

**RAPPORT D'ACTIVITE DU GROUPE NATIONAL D'APPUI
A LA MISE EN OEUVRE DE LA LOI DU 4 JUILLET 2001
RELATIVE A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
ET A LA CONTRACEPTION.**

Rapport présenté par :

Madame Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Ce rapport a été préparé à partir des travaux du groupe national d'appui et avec la contribution des services centraux et déconcentrés du Ministère chargé de la santé.

***Rapport 2002 145
Décembre 2002***

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1) Mise en place du groupe national d'appui	3
2) Organisation des travaux du groupe national d'appui	4
3) Activité du groupe	4
PREMIERE PARTIE- L'IVG EN 2000 EN FRANCE	6
IVG TOTALES	6
Comparaison par région de l'évolution des IVG totales	7
Part des IVG médicamenteuses dans le total des IVG	8
Répartition des IVG par catégories d'établissements	10
DEUXIEME PARTIE - REFLEXIONS D'ENSEMBLE	11
1. Mesurer les IVG de manière précoce et régulière	11
2. Réduire les délais d'accès à l'IVG	11
3. Faciliter la prise en charge des IVG des 11 ^è et 12 ^è semaines de grossesse	12
4. Rester attentif à la prise en charge des mineures	13
5. Faire évoluer le conseil conjugal et mieux articuler contraception et IVG	14
6. Dégager les conditions satisfaisantes d'une intégration des « centres autonomes » dans le droit commun hospitalier	14
7. Inciter les cliniques privées à prendre une part plus importante dans la prise en charge de l'IVG	14
8. Mettre en place rapidement les conditions du développement de l'IVG médicamenteuse en ville	15
9. Anticiper les effets d'une démographie médicale en baisse : rôle et place des sages femmes	15
10. Améliorer l'information des femmes	16
CONCLUSION	17

FICHES DE RECOMMANDATIONS.....18

FICHE 1	19
FICHE 2	22
FICHE 3	27
FICHE 4	30
FICHE 5	33
FICHE 6	38
FICHE 7	41
FICHE 8	44
FICHE 9	46
FICHE 10	48

ANNEXES (disponibles prochainement, en cours de numérisation)

Lettre de mission du 6 novembre 2001

Composition du groupe: arrêtés du 1er février et du 25 avril 2002.

Etudes et Résultats, DREES n°69, juin 2000

Enquête DHOS du 3 décembre 2002 diffusés en octobre 2002.

Analyse du Pr. Didier Truchet du 29 mai 2002.

Lettre de la SFAR de décembre 2002

Liste des textes d'application de la loi du 4 juillet 2001

INTRODUCTION

Les débats qui ont précédé la présentation du projet de loi gouvernemental modifiant la loi Veil du 17 janvier 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG), tout autant que ceux qui ont eu lieu au Parlement pendant la discussion du texte, ont amené les ministres, en accord avec les parlementaires, à souhaiter qu'un groupe d'appui soit mis en place pour suivre l'application de la loi.

La loi a été promulguée le 4 juillet 2001. La lettre de mission¹ demandant à la chef de l'inspection générale des affaires sociales l'affectation d'un membre de l'inspection afin de présider les travaux du groupe date du 6 novembre 2001. La mise en place officielle du groupe a eu lieu le 7 février 2002 et avait été précédée d'une réunion préparatoire le 10 janvier.

1) Mise en place du groupe national d'appui

Le groupe² est formé de deux parlementaires, et de professionnels travaillant plus particulièrement dans le champ de l'IVG : gynécologue, anesthésiste, sage-femme, conseillère conjugale, responsable du mouvement français pour le planning familial, directeur d'hôpital et de clinique. La représentation des services déconcentrés du ministère est assurée par des responsables locaux : médecin inspecteur de santé publique (MISP), directeur d'agence régionale de l'hospitalisation (DARH) et chargé de mission départemental des droits des femmes et de l'égalité. Les services centraux, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), direction générale de la santé (DGS), services des droits des femmes (SDDF), ainsi que, en fonction des thèmes abordés, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction générale de l'action sociale (DGAS) et le service d'information et de communication (SICOM), suivent les travaux du groupe.

La lettre de mission signée des ministres est centrée sur la question du rattachement des centres autonomes d'interruption volontaires de grossesse (CIVG) aux structures de droit commun des établissements publics de santé. Cette question avait en effet fait l'objet d'une inquiétude des parlementaires lors de la discussion à l'Assemblée Nationale du texte de loi. La lettre de mission évoque cependant in fine la question des difficultés d'application de toute nature liées à la mise en œuvre de l'IVG en France et plus particulièrement celles directement consécutives aux nouvelles dispositions législatives:

« Nous souhaitons ...qu'il nous soit rendu compte...de l'état des difficultés existantes et de celles que la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 est susceptible de révéler ».

¹ Voir la lettre de mission en annexe 1

² Voir la composition du groupe en annexe 2

2) Organisation des travaux du groupe national d'appui

Le groupe s'est donné pour objectif, conformément à la lettre de mission des ministres, de mesurer l'état des lieux et d'intervenir sur l'ensemble des aspects couverts par la loi. Il a choisi en premier lieu de s'intéresser aux dispositions les plus sensibles du texte, du moins à celles qui avaient provoqué les débats les plus vifs : allongement du délai de 10 à 12 semaines de grossesse permettant le recours à l'IVG, prise en charge des mineures, pratique des IVG médicamenteuses en ville par les praticiens libéraux, évolution des centres autonomes... mais a décidé de n'exclure aucun sujet.

La première réunion a permis de mettre en commun les informations dont disposent les pouvoirs publics et l'ensemble des acteurs pour connaître et analyser la situation. Elles proviennent de sources dispersées, disparates, tardives et ne permettent pas de rendre compte des conditions d'application de la récente loi. Ce constat a été pris en compte par le groupe pour définir l'organisation de ses travaux et caler sa méthode de travail.

Le groupe a donc choisi d'engager son travail, en organisant, d'une part, des réunions plénières, sur un rythme mensuel pour le premier semestre 2002, afin de faire le point sur un sujet, qui permette de compléter l'information du groupe et de construire un point de vue commun. Il a prévu, d'autre part, de se déplacer sur le terrain en fonction des difficultés d'application de la loi recensées par les acteurs de terrain et dont l'administration était informée. Des réunions régionales dans les trois régions réputées pour connaître le maximum de difficultés : Ile de France, Rhône-Alpes et Provence Alpes Côte d'Azur ont ainsi été montées rapidement avec l'appui des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). D'autres déplacements ont ensuite suivi ces premières rencontres.

3) Activité du groupe.

- 7 réunions plénières ont eu lieu, chacune centrée sur un ou deux thèmes précis :
 - février* : cadrage global sur les informations disponibles, état des lieux et définition de la méthode de travail.
 - Mars* : allongement des délais permettant de pratiquer une IVG.
 - Avril* : évolution des centres autonomes d'IVG
 - Mai* : tarification des IVG dans les cliniques privées, rôle des conseillères conjugales.
 - Juin* : prise en charge des mineures, point sur la clause de conscience, premières réflexions sur le passage en ville de l'IVG médicamenteuse.
 - Septembre* : point statistique sur l'IVG en 2000 et la situation de la prise en charge des IVG pendant l'été 2002, incidence de l'évolution démographique des professions de santé sur la réalisation des IVG dans l'avenir, état d'avancement du dossier concernant le passage en ville des IVG médicamenteuses.
 - Novembre* : état d'avancement des perspectives de passage en ville de l'IVG médicamenteuse, information des femmes, validation du rapport à présenter aux ministres.

- 7 réunions d'information et de débat avec les professionnels de terrain :

Rhône-Alpes, Provence Alpes Côte d'azur, Ile de France, Haute Normandie, Eure et Loire, Alsace/Lorraine, Yvelines. Il faut y ajouter un déplacement au CHU de Grenoble sur le sujet de l'évolution du CIVG, à la demande de la direction générale du CHU ainsi que la visite du service d'orthogénie du centre hospitalier de Roubaix.

Les quatre premières réunions régionales étaient situées dans des régions dans lesquelles l'accès à l'IVG était réputé difficile. Le choix des régions Alsace/Lorraine était principalement lié aux différences de pratique, l'Alsace pratiquant des IVG médicamenteuses réalisées entre 10 et 12 semaines. La réunion en Eure et Loire a été prévue pour répondre à l'invitation de la déléguée départementale aux droits des femmes. Le choix du département des Yvelines correspond à l'identification des difficultés persistantes d'accès à l'IVG dans les départements d'Ile de France.

PREMIERE PARTIE

L'IVG EN 2000 EN FRANCE

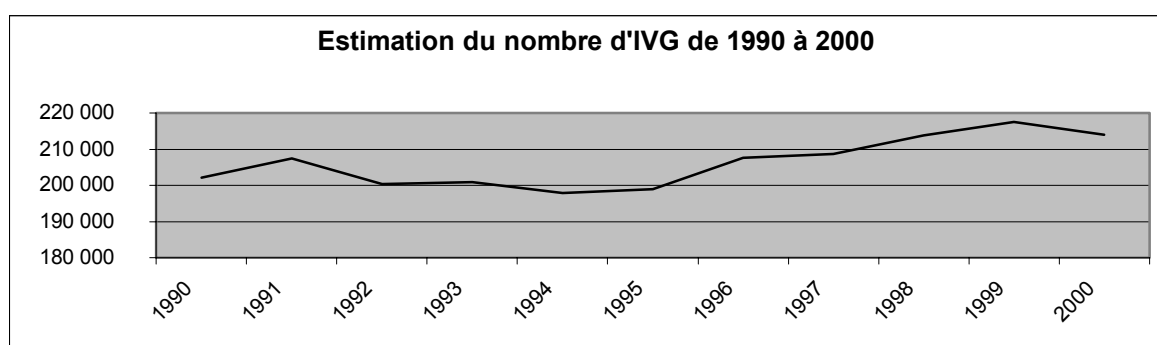
Les quelques éléments statistiques d'ensemble qui suivent sont extraits de la statistique SAE 2000. Ils fournissent une première approche de l'IVG en 2000. Ce sont les chiffres les plus récents dont les pouvoirs publics puissent disposer à ce jour. Pour avoir des données définitives et exhaustives il faut se référer à l'exploitation des bulletins IVG de 1998³.

Aucune mesure de la réalité de l'application de la loi de juillet 2001 n'est à ce jour faite. Les premiers éléments se dessineront avec l'exploitation de la SAE 2001 et du PMSI 2001, qu'on peut espérer fin 2002⁴ ou début 2003. Par ailleurs, la DHOS avait entrepris à la fin de l'année 2001 de demander aux ARH, sous la forme d'un questionnaire sommaire, des informations sur les éventuelles difficultés d'application de la loi. Cette demande a été mal suivie par les ARH, qui l'ont sous-traitée aux DRASS et DDASS sans réel souci de sa fiabilité et de l'intérêt de résultats rapides qui auraient permis d'identifier, même grossièrement, les difficultés principales sur le territoire. En définitive cette enquête s'est révélée relativement difficile à exploiter⁵. Elle a cependant eu le mérite de pointer une articulation incertaine entre ARH et services déconcentrés de l'Etat ainsi que l'investissement éminemment variable des responsables administratifs sur le sujet de l'IVG.

IVG TOTALES

IVG +IMG en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
IVG	202133	207451	200383	200902	197794	199000	207554	208624	213761	217511	213897



Jusqu'en 1998, les données résultent d'une estimation réalisée à partir des bulletins d'IVG et des nombres d'IVG déclarées par les établissements de santé dans la SAE. De 1999 à 2000, la série a été prolongée en appliquant les mêmes coefficients de

³ voir la synthèse établie par la DREES : « études et résultats. Juin 2000. En annexe3.

⁴ le groupe d'appui n'en disposait pas au moment de la rédaction finale du rapport.

⁵ en annexe 4 les résultats traités par la DHOS et diffusés en octobre 2002.

redressement aux seules données SAE. En 2000, les données déclarées par les établissements des DOM étant de très mauvaise qualité, une estimation supplémentaire a été faite pour évaluer le nombre d'IVG dans les DOM. Ces données incluent les interruptions médicales de grossesse (IMG). Entre 1997 et 1999, environ 3000 IMG étaient déclarées dans SAE, soit un peu plus de 1 % de l'ensemble.

En 2000, le chiffre déclaré dans SAE est en hausse (il est estimé à environ 4600 pour l'ensemble France métropolitaine + DOM), mais cela tient peut-être pour partie à une modification du questionnaire qui les isolait davantage que les années précédentes.

Comparaison par région de l'évolution des IVG totales⁶

Région	Année				Evolution		
	1997	1998	1999	2000	évol 97/98	évol 98/99	évol 99/00
ALSACE	4368	4961	4891	4795	13,6%	-1,4%	-2,0%
AQUITAINE	8681	8937	9040	10118	2,9%	1,2%	11,9%
AUVERGNE	3243	3225	3546	3413	-0,6%	10,0%	-3,8%
BASSE-NORMANDIE	3370	3347	3427	3324	-0,7%	2,4%	-3,0%
BOURGOGNE	3676	3563	3727	3792	-3,1%	4,6%	1,7%
BRETAGNE	7181	7523	7478	7676	4,8%	-0,6%	2,6%
CENTRE	5868	6266	6228	6390	6,8%	-0,6%	2,6%
CHAMPAGNE- ARDENNE	3367	3414	3365	3352	1,4%	-1,4%	-0,4%
CORSE	1183	1226	1292	1241	3,6%	5,4%	-3,9%
FRANCHE-COMTE	2907	2976	3058	2933	2,4%	2,8%	-4,1%
HAUTE-NORMANDIE	4927	4914	4776	4644	-0,3%	-2,8%	-2,8%
ILE DE France	53665	55912	55075	52471	4,2%	-1,5%	-4,7%
LANGUEDOC- ROUSSILLON	8369	8713	9302	8875	4,1%	6,8%	-4,6%
LIMOUSIN	1742	1831	1737	1822	5,1%	-5,1%	4,9%
LORRAINE	6185	6435	6256	6300	4,0%	-2,8%	0,7%
MIDI-PYRENEES	7775	8204	8142	8326	5,5%	-0,8%	2,3%
NORD-PAS DE CALAIS	11682	12128	12447	11748	3,8%	2,6%	-5,6%
PACA	18983	20260	20741	20113	6,7%	2,4%	-3,0%
PAYS DE LA LOIRE	7208	7271	7432	7637	0,9%	2,2%	2,8%
PICARDIE	5012	5361	5137	5253	7,0%	-4,2%	2,3%
POITOU-CHARENTES	3865	3945	3935	3822	2,1%	-0,3%	-2,9%
RHONE-ALPES	18174	18463	18710	18583	1,6%	1,3%	-0,7%
TOTAL	191431	198875	199742	196628	3,9%	0,4%	-1,6%

⁶ y compris les IMG

DOM	1997	1998	1999	2000	Evol 97/98	Evol 98/99
GUADELOUPE	5506	5025	5402	nd	-9,6%	7,0%
MARTINIQUE	1975	2388	2529	nd	17,3%	5,6%
GUYANE	1262	1163	1310	nd	-8,5%	11,2%
REUNION	4729	4652	4759	nd	-1,7%	2,2%
TOTAL	13472	13228	14000	nd	-1,8%	5,5%

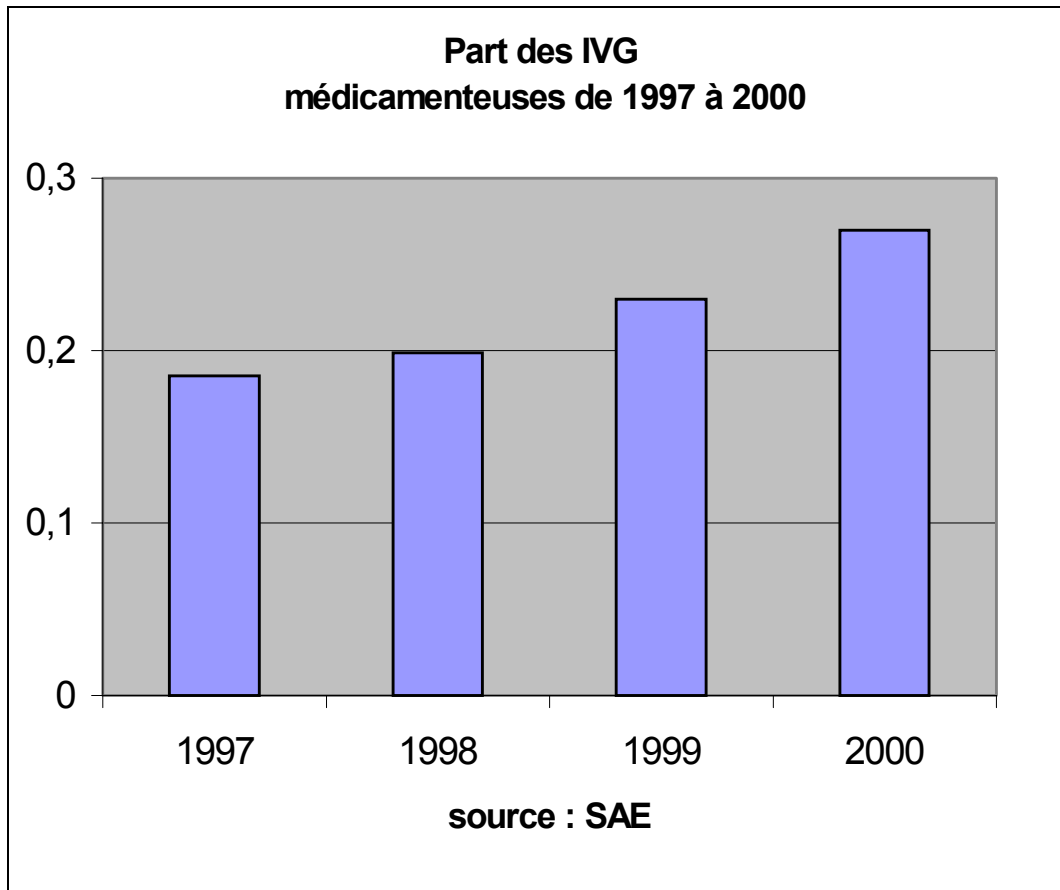
Source : SAE (non redressée des bulletins IVG)

nb : les données des DOM sont trop partielles en 2000 pour pouvoir en induire une évolution régionale

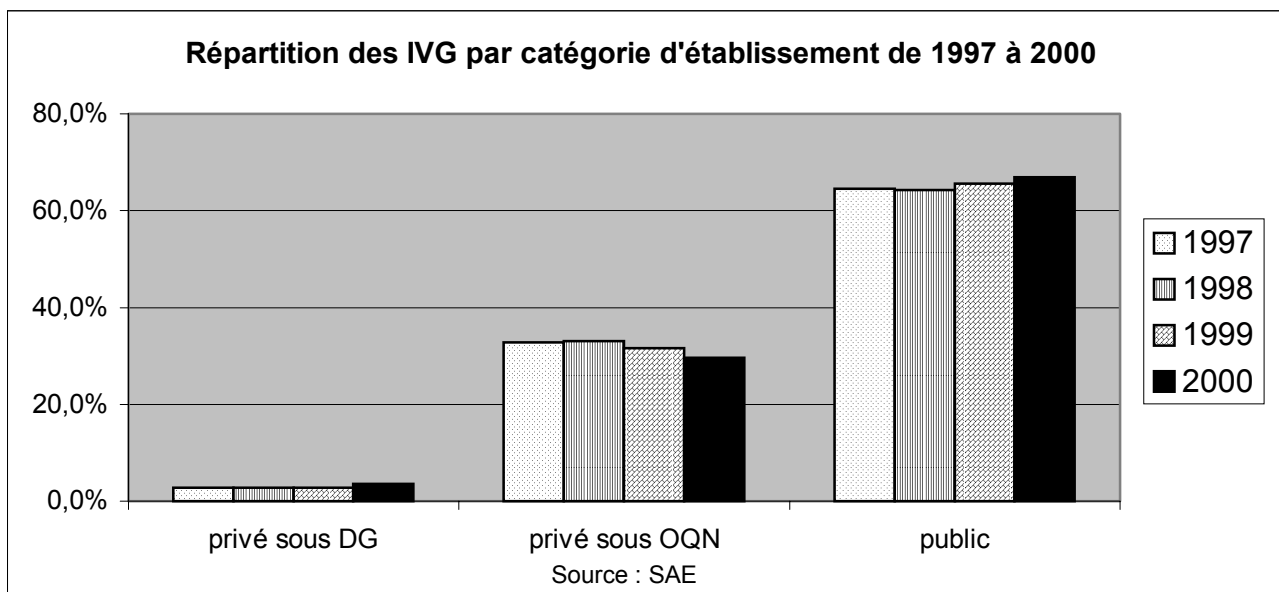
Part des IVG médicamenteuses dans le total des IVG

	IVG médicamenteuse	Total IVG	%
1997	35 453	191 431	18,5%
1998	39 483	198 875	19,9%
1999	45 897	199 742	23%
2000	53 044	196 620	27%

NB : données calculées sur la France métropolitaine



Répartition des IVG par catégories d'établissements⁷



ANNEE	STATUT	% SELON TYPE ETABLISSEMENTS	IVG TOTAL
1997	privé sous DG	2,7%	5256
1997	privé sous OQN	32,8%	62740
1997	public	64,5%	123435
1998	privé sous DG	2,7%	5454
1998	privé sous OQN	33,0%	65722
1998	public	64,2%	127699
1999	privé sous DG	2,8%	5654
1999	privé sous OQN	31,6%	63034
1999	public	65,6%	131054
2000	privé sous DG	3,5%	6904
2000	privé sous OQN	29,6%	58275
2000	public	66,9%	131441

Ces statistiques 2000 ne montrent globalement pas de changement significatif par rapport à la situation connue en 1998. Les IVG totales sont stables, la légère décroissance observée en 2000 ne peut pas vraiment être interprétée aujourd'hui. La part des IVG médicamenteuses augmente ce qui est une évolution normale qui devrait s'amplifier dans les années à venir ; la part respective du secteur public et du secteur privé ne change guère, 70% pour le public contre 30% pour le privé.

⁷ les statistiques distinguent trois catégories d'établissements : les établissements publics, les établissements privés à but non lucratifs, intitulés ici « établissements sous dotation globale », et les établissements privés à but lucratifs ou cliniques privées, intitulés ici, « établissements sous objectif quantifié national ».

DEUXIEME PARTIE

REFLEXIONS D'ENSEMBLE

Les travaux du groupe d'appui ont amené ses membres à émettre une série de recommandations concrètes destinées à améliorer la prise en charge de l'IVG en France. Ces recommandations sont rassemblées dans 10 fiches techniques qui développent les thématiques suivantes :

1. Mesurer les IVG de manière précoce et régulière

La première contrainte rencontrée par le groupe d'appui fut de mesurer la situation exacte de l'IVG en France et encore plus de connaître quelle pouvait être l'ampleur des difficultés suscitées par la mise en œuvre des nouvelles dispositions législatives.

Les informations dont disposent les pouvoirs publics sont tardives et ne permettent pas de mettre en œuvre des ajustements rapides au plan local. Les délais d'accès à l'IVG ne sont pas mesurés, les éventuels dysfonctionnements des services⁸ sont repérés essentiellement par les centres locaux du mouvement français pour le planning familial, qui en informent le cas échéant les autorités administratives.

Le groupe a donc été amené à travailler et à aller à la rencontre des professionnels sur la base d'informations disparates, remontant du terrain dans des conditions aléatoires et ne permettant ni de mesurer de manière objective la réalité des IVG en France aujourd'hui, ni l'application de la loi du 4 juillet 2001.

Le groupe préconise donc d'améliorer le recueil statistique permettant aux pouvoirs publics et aux professionnels d'avoir des informations plus actualisées et par ailleurs de pouvoir mesurer les délais d'accès à l'IVG (voir fiche de recommandation 1).

2. Réduire les délais d'accès à l'IVG

Alors que les recommandations de l'agence nationale d'évaluation en santé (ANAES) chiffrent à 5 jours le délai raisonnable pour prendre en charge une demande d'IVG, le constat fait par le groupe à l'occasion de ses contacts avec les professionnels de terrain, est la persistance de zones d'ombre sur le territoire dans lesquelles les délais d'accès à l'IVG sont aléatoires et parfois très élevés.

⁸ Les enquêtes, réalisées par Mme Blayo à la demande du Ministère chargé de la santé, chaque année depuis 3 ans, permettent de disposer d'informations sur l'accès à l'IVG, mais se limitent à la période estivale, qui ne saurait faire référence, les dysfonctionnements constatés étant dans une large mesure liés aux congés des praticiens.

Lors de la réunion régionale Rhône-Alpes organisée à la fin du mois de mars 2002, le planning chiffrait à 4 semaines le délai d'accès dans l'agglomération lyonnaise. Les causes en étaient partiellement connues, notamment liées aux difficultés, dont on pouvait espérer qu'elles seraient conjoncturelles, d'un des services des hospices civils de Lyon.

En Ile de France, malgré les efforts importants fournis par les centres autonomes et le nombre élevé de cliniques privées prenant en charge les IVG, à la différence de beaucoup de régions, les délais restent chroniquement importants. Ils s'établissent à 3 semaines environ, aux dires du planning, et les périodes de vacances, notamment estivales, sont particulièrement tendues, comme en ont témoigné les médias en août dernier (le parisien du 21 août 2002).

Ce ne sont que deux exemples parmi d'autres, mais ils illustrent la nécessité de mesurer cet indicateur et pour les pouvoirs publics centraux et locaux de rester extrêmement attentifs à ce point sensible (voir fiche de recommandation 2).

3. Faciliter la prise en charge des IVG des 11^e et 12^e semaines de grossesse.

Le débat ouvert par la loi du 4 juillet 2001 sur la disposition allongeant à 12 semaines le délai légal d'accès en France à l'IVG, ne s'est pas traduit, semble-t-il, par un surcroît de querelles idéologiques ni par un développement massif et durable du recours individuel par les professionnels de santé à la clause de conscience⁹.

Les membres du groupe, qui ont entendu un grand nombre de professionnels de terrain dans les réunions régionales et locales, ont surtout pu mesurer les craintes des professionnels face à un acte qui leur paraissait plus difficile à pratiquer et dont ils ignoraient s'il faisait appel ou non à de nouvelles techniques. Les recommandations de l'ANAES, qui avaient été publiées avant l'examen de la loi au Parlement¹⁰, pour éclairer le débat mais aussi pour permettre aux professionnels de s'appuyer sur un référentiel actualisé, n'étaient pas suffisamment connues, et ne le sont toujours pas encore suffisamment, pour rassurer. Quand elles l'étaient, elle étaient souvent lues de manière excessivement restrictive, avec un souci de la sécurité des patientes, louable, mais qui agissait parfois comme un frein, refoulant du même coup les demandes d'IVG des 11^e et 12^e semaines sur quelques centres qui furent très vite débordés.

Le groupe d'appui estime aujourd'hui que les IVG afférentes à cette période sont progressivement prises en charge dans de nombreux centres et services, même si des progrès restent encore à faire. Cependant pour faciliter la diffusion de la pratique, le groupe préconise la mise en place au niveau régional de formations et de méthodes de compagnonnage par des équipes plus rôdées, afin d'épauler le démarrage des équipes

⁹ Voir sur ce point en annexe 3 du rapport l'analyse du Pr. Didier Truchet.

¹⁰ Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. ANAES.Mars 2001.

qui n'avaient jamais pratiqué d'IVG au-delà de la 10^{ème} semaine¹¹ (voir fiche de recommandation 3).

4. Rester attentif à la prise en charge des mineures

Le nombre d'IVG pratiqué sur des mineures est assez délicat à évaluer, les systèmes d'informations actuels ne comportant pas cette information et la DREES ne disposant pas de chiffres fiables. Toutefois, une extrapolation des données laisse penser qu'il y aurait environ 10 000 grossesses non désirées par an chez les mineures qui donneraient lieu à 6700 IVG dont 5 à 10% sans consentement parental¹².

A part quelques difficultés résiduelles, dont le groupe a été témoin notamment en Provence Alpes Côte d'Azur, la prise en charge des mineures sans autorisation parentale ne semble pas avoir posé de difficultés particulières. Les anesthésistes, qui avaient manifesté leur inquiétude lors de la mise en œuvre du dispositif, ont, grâce à l'effort d'analyse juridique fourni par la société française d'anesthésie réanimation¹³ à l'intention de ses membres, dissipé leurs réserves. Il n'en demeure pas moins qu'en cas de complication grave, les médecins sont nécessairement amenés à prévenir la famille et qu'il leur revient d'apprécier l'attitude à avoir dans les cas particulièrement rares où un tel événement se produit¹⁴.

Les textes réglementaires¹⁵ ayant été pris, les difficultés initiales liées à la prise en charge financière et au maintien de l'anonymat des mineures, sont techniquement levées mais ces dispositions sont mal connues.

Il reste cependant quelques incertitudes à résoudre sur le plan pratique en liaison avec le ministère de l'Education Nationale, lorsque la mineure doit être prise en charge pour une IVG pendant les heures de cours. Les questions de responsabilité de l'infirmière scolaire et des dirigeants du collège ou du lycée méritent d'être approfondies avec la volonté de dégager des solutions concrètes satisfaisant au mieux l'intérêt des élèves en difficulté (voir fiche 4).

¹¹ La circulaire DHOS/DGS n° 2002-350 du 14 juin 2002 relative à l'organisation et à la prise en charge des IVG dans les établissements de santé publics et privés en période estivale préconise en effet de telles dispositions.

¹² L'INED ("Population et sociétés" n° 361, octobre 2000) évalue pour sa part à 13694 le nombre d'avortements de femmes mineures en 1997. La différence met en avant les insuffisances du système d'information. Elle s'expliquerait, notamment, par le fait que de nombreuses femmes mineures au moment de la conception ont atteint la majorité lors de l'IVG.

¹³ en annexe, la lettre de la SFAR

¹⁴ Le groupe d'appui a consulté le professeur Didier Truchet, professeur de droit de la santé à l'université de Paris I, sur ce point et celui de l'application de la clause de conscience. L'analyse de M. Le Pr. Truchet est mentionnée en annexe 3 du rapport. Elle confirme la clarté de la loi qui dégage la responsabilité des professionnels de santé pratiquant des IVG sur des mineures dépourvues d'autorisation parentale.

¹⁵ Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des IVG pratiquées sur des mineures sans consentement parental

5. Faire évoluer le conseil conjugal et mieux articuler contraception et IVG.

Lors des rencontres du groupe d'appui avec les professionnels, les conseillères conjugales se sont largement exprimées en manifestant leur malaise face aux nouvelles dispositions de la loi qui supprime l'obligation de recours à une consultation de conseil conjugal pré IVG pour les adultes (la loi maintient cette obligation pour les mineures).

Les travaux préparatoires au débat parlementaire s'étaient fait l'écho des réserves exprimées par de nombreuses femmes ayant eu recours à l'IVG et qui ressentaient cet entretien préalable comme une entreprise de dissuasion souvent maladroite. Le législateur a estimé qu'il fallait maintenir cette possibilité de recours mais sans la rendre obligatoire. Cet entretien doit permettre notamment d'évoquer les questions de contraception et d'information sur la vie sexuelle.

Il est indispensable de poursuivre une réflexion active sur le rôle et le métier de conseil et d'accompagnement¹⁶ dans la prise en charge de l'IVG en l'articulant avec l'information sur la vie sexuelle et la contraception (voir fiche 5).

6. Dégager les conditions satisfaisantes d'une intégration des « centres autonomes » dans le droit commun hospitalier.

Une des missions clairement définie du groupe national d'appui, consiste à accompagner le rattachement des centres autonomes aux établissements de santé et leur intégration au sein de l'hôpital dans des conditions qui permettent une reconnaissance de leur activité et un fonctionnement correct.

Or ces conditions sont parfois mauvaises et source de conflits entre les équipes et l'administration hospitalière, elles sont surtout source d'inquiétudes pour les centres qui craignent que l'intégration dans les services de gynécologie obstétrique de leurs équipes, ne comporte le risque d'une réduction des moyens destinés à l'IVG, en faisant masse de ceux affectés au centre et de ceux affectés au service de gynécologie obstétrique.

La fiche de recommandation N°6 préconise quelques solutions pratiques pour favoriser une intégration raisonnable et fonctionnelle.

7. Inciter les cliniques privées à prendre une part plus importante dans la prise en charge de l'IVG.

Les données issues de la SAE 2000 montrent que les cliniques privées assurent environ 30% des IVG totales et que ce chiffre est quasiment stable sur la durée. La répartition est très inégale sur le territoire, les cliniques intervenant davantage dans le sud de la France, en Ile de France et dans quelques départements de l'est de la France.

¹⁶ le terme même de conseil conjugal paraît obsolète et peu adapté à ce qu'on pourrait attendre aujourd'hui en matière d'information, de conseil et d'accompagnement tout au long de la vie sexuelle des femmes.

Des quelques contacts locaux que le groupe d'appui a eu, il ressort clairement que, sauf pour aider leurs patientes, les médecins qui interviennent dans les cliniques, ne souhaitent guère développer cette activité. Par ailleurs ils n'y sont pas incités sur le plan financier.

En effet l'arrêté tarifaire qui fixe le montant de la prise en charge financière de l'acte par les cliniques n'a pas été revalorisé depuis 1991. Il semblerait donc raisonnable que les pouvoirs publics envisagent d'ouvrir des négociations avec les cliniques sur ce point et de rediscuter sur cette base de leur engagement à prendre davantage d'IVG en charge (voir fiche 7).

8. Mettre en place rapidement les conditions du développement de l'IVG médicamenteuse en ville.

La loi du 4 juillet 2001 est particulièrement novatrice sur ce sujet puisqu'elle ouvre la possibilité pour les médecins de ville de pratiquer les IVG sous la forme médicamenteuse à leur cabinet. La loi met une condition essentielle à cet exercice en prévoyant que le médecin passe convention avec un établissement hospitalier. Il s'agit là d'une garantie de bonne pratique et de sécurité tant pour les patientes que pour les médecins eux-mêmes.

Il est souhaitable que cette disposition puisse entrer en application rapidement. Ce dispositif devrait permettre de soulager la pression sur les établissements et donc améliorer l'accès des femmes à l'IVG et réduire les délais de prise en charge.

Une difficulté subsiste à ce jour sur le dosage de la mifégyne tel qu'il est prévu par les recommandations de l'ANAES, dosage qui est contesté par certains praticiens. Ce point doit être tranché avant que ne soit fixé le prix de vente en officine de la mifégyne. Il conviendra ensuite de mettre en œuvre rapidement le dispositif en incitant médecins libéraux et établissements à faire preuve de souplesse et à dégager des solutions concrètes sur le terrain allant dans l'intérêt d'un accès rapide et sûr à l'IVG pour les femmes.(voir fiche 8)

9. Anticiper les effets d'une démographie médicale en baisse : rôle et place des sages femmes.

Les perspectives de la démographie médicale dans les années qui viennent, de manière générale, mais aussi telle qu'elle est prévisible dans les centres autonomes, qui se sont appuyés depuis 1975 sur des médecins vacataires ou contractuels, bientôt en âge de cesser leur activité, laissent penser que le risque sera grand de rencontrer des difficultés pour assurer la prise en charge des IVG¹⁷. Or l'IVG est un acte d'une

¹⁷ Le groupe d'appui ne dispose pas de statistiques sur la pyramide des âges des médecins qui travaillent à titre de vacataires ou de contractuels dans les centres autonomes mais cette information devra être vérifiée et analysée précisément avec l'aide de l'ANCIC (association nationale des centres d'interruption volontaire de grossesse et de contraception)

fréquence élevée (200 000 environ), il faut donc anticiper ces difficultés et envisager différentes mesures permettant de faire face à la décrue des médecins.

Il est certain que l'intégration des centres autonomes dans les services hospitaliers, le développement de l'activité d'IVG dans les cliniques, la prise en charge en ville des IVG médicamenteuses, en ouvrant largement l'éventail des services et des praticiens concernés, sera une première garantie.

Mais il semble au groupe d'appui que devrait être explorée la possibilité de la prise en charge des IVG médicamenteuses par les sages femmes.¹⁸ Cette perspective mérite d'être discutée avec les représentants de la profession et d'être analysée dans un cadre plus global, celui de la modernisation du décret de compétences définissant les actes qui peuvent être pratiqués par les sages femmes, afin d'envisager également la possibilité de prescrire des contraceptifs, ce qui leur est interdit aujourd'hui (voir fiche 9).

10. Améliorer l'information des femmes

Un premier pas a été fait avec la création de permanences téléphoniques régionales. Créées depuis l'année 2000, elles sont montées en charge lentement mais témoignent de la prise de conscience collective qu'il est nécessaire de mettre à disposition de tous et des femmes en particulier, des possibilités simples et rapides d'informations sur l'IVG et la contraception. Il est donc indispensable de poursuivre l'effort commencé et de conforter les permanences téléphoniques dans leur fourniture d'information au service des femmes.

Cependant cet effort restera insuffisant s'il ne s'inscrit pas dans un cadre plus global d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception. L'institut national de promotion et d'éducation à la santé (INPES) devra être saisi par la direction générale de la santé pour mettre au point des outils d'information, d'éducation à la santé et de communication en direction des professionnels et de la population. Ces programmes viendront en appui des campagnes de communication nationales ou locales, qui restent toujours utiles mais ne doivent pas être les seuls instruments d'information du grand public sur l'IVG et la contraception.

Enfin le dossier guide, dont le groupe d'appui déplore la publication tardive, est un excellent instrument d'information mais devra être régulièrement actualisé et largement diffusé pour favoriser son appropriation par les acteurs et les décideurs locaux pour rester un outil efficace et vivant (voir fiche de recommandation 10).

¹⁸ 14 353 sages femmes ont été recensées sur le fichier "ADELI" au 1^{er} janvier 2000, dont 14% exercent en libéral et 86% sont salariées en milieu hospitalier (dont 69% en établissement de santé public).

CONCLUSION

Le groupe d'appui a conçu son rôle comme celui d'un facilitateur dans la mise en place des nouvelles dispositions législatives du 4 juillet 2001.

En rencontrant de multiples professionnels de terrain il a mesuré à quel point des progrès avaient été faits depuis 1975 dans l'acceptation collective de l'interruption volontaire de grossesse. Cependant il a mesuré aussi des difficultés persistantes dans les délais de prise en charge, l'information et l'accueil des femmes et l'absence de valorisation des professionnels qui consacrent une partie ou la totalité de leur temps à la pratique des IVG. Sur ces différents aspects il a souhaité non seulement attirer l'attention des ministres et des administrations sur la persistance de l'enjeu de service public mais également leur proposer des recommandations pratiques pour aider à l'amélioration de la prise en charge de l'IVG.

Globalement ces préconisations portent essentiellement sur des questions d'organisation et de sensibilisation de tous les acteurs et décideurs à une meilleure prise en compte de l'IVG. Cependant il ne faut pas négliger l'impact financier que certaines de ces propositions peuvent avoir. Le groupe d'appui n'a pas fait de chiffrage des mesures qui ont des conséquences économiques directes (revalorisation du forfait pour les cliniques privées, forfaitisation du passage en ville de l'IVG médicamenteuse, formation des personnels hospitaliers, développement de l'information du public...) mais il est prêt à poursuivre ses travaux pour mettre au point avec les administrations centrales un tableau de bord permettant d'évaluer le coût de chaque mesure et de suivre point par point leur mise en œuvre.

FICHES DE RECOMMANDATIONS

FICHE 1

RECOMMANDATIONS SUR LE SYSTEME STATISTIQUE DE SUIVI DES IVG

Estimer le nombre annuel d'IVG à partir du PMSI¹⁹ et de la SAE²⁰ :

Il existe trois sources administratives d'information sur les IVG : les bulletins d'IVG, le PMSI pour les IVG donnant lieu à un séjour ou une venue dans un établissement de santé, la SAE collectée auprès des établissements de santé.

Les **bulletins d'IVG**, prévus dans la loi de 1975, constituent un système statistique très spécifique, indépendant des autres systèmes d'information hospitaliers, avec des circuits de remontée particuliers et une saisie d'information centralisée au niveau national. C'est pourquoi le système est très lourd, et en conséquence son exploitation est très décalée dans le temps. Une autre conséquence de cette lourdeur est le manque d'exhaustivité de cette source : par comparaison avec les données de comptage des IVG par établissement issues de la SAE, on a pu évaluer à plus de 15% la sous-estimation des nombres annuels d'IVG issus du comptage des bulletins.

Le dispositif **PMSI** permet également de décompter les IVG pratiquées dans les établissements de soins de court séjour. Jusqu'à 2000, les consignes de codage n'étaient cependant pas suffisantes pour distinguer les IVG des interruptions de grossesse pour motif médical. Les données du PMSI 2001 devraient permettre, grâce au codage spécifique d'un diagnostic associé, de décompter plus précisément les IVG. Par ailleurs, l'exploitation des RSA²¹ permettra de fournir des statistiques par âge, lieu de résidence et d'hospitalisation, méthode utilisée et d'en analyser la saisonnalité. Enfin, le chaînage des séjours pour une même patiente, possible à partir de 2002, permettra à terme d'évaluer la récurrence des recours.

Les informations remontent semestriellement dans les régions et nationalement à la fin de l'été n+1 pour les informations de l'année n.

La SAE collecte par établissement de santé le nombre d'IVG pratiquées selon la durée d'hospitalisation, en distinguant également les IVG médicamenteuses des IVG chirurgicales et en décomptant spécifiquement celles réalisées sous anesthésie. Elle décompte séparément les IMG et collecte également des informations sur les personnels contribuant à cette activité. Les délais de collecte de la SAE 2000, qui a subi de profonds changements conceptuels, ont été très longs. En routine, le fichier final de l'enquête sera disponible avant la fin de l'année n+1. Les informations individuelles

¹⁹ Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

²⁰ Statistique annuelle des établissements

²¹ résumé de sortie anonymisé, information de base du PMSI.

sont cependant accessibles aux DRASS et à la DREES dès que les établissements les ont renseignées, au cours du premier semestre n+1.

La procédure de **collecte des bulletins** prévue dans la loi de 1975 apparaît inadaptée. Il est souhaitable que la collecte d'informations sur les IVG ne soit plus distincte de celle des autres actes médicaux, tout en apportant les informations nécessaires à la connaissance et à la prise de décision dans des délais raisonnables.

Compléter les données recueillies pour mieux mesurer l'accès des femmes à l'IVG :

La persistance de difficultés d'accès est reconnue par tous ; le groupe d'appui estime qu'il conviendrait :

- d'être en capacité de procéder à une **mesure** exacte de ces difficultés ;
- de **responsabiliser** les établissements de santé à la réalité de ces difficultés.

Il conviendrait donc d'inclure dans les enquêtes annuelles transmises aux hôpitaux (SAE) des questions sur le nombre d'IVG de 12 à 14 semaines et sur le délai d'attente moyen²² assorties de consignes de collecte précise. Une information anticipée des établissements leur permettrait de se préparer à collecter ces informations.

Organiser un dispositif de recueil d'informations en ce qui concerne l'IVG médicamenteuse en médecine ambulatoire :

Il sera demandé aux **médecins de ville** de renseigner une fiche d'informations anonymes avec quelques données sur l'âge, la commune de résidence et le terme, utilisables par les établissements avec lesquels ils ont passé convention.

La saisie annuelle de l'intégralité des bulletins pourrait être différée :

Le dispositif afférent aux bulletins pourrait être écarté dès que le système d'information décrit ci-dessus aurait produit des données de qualité suffisante, ce qui supposerait à terme une modification de la loi. Enfin, l'accès de l'INED et l'INSERM aux données constituant le nouveau système d'information (hors enquêtes spécifiques) pourrait être organisé de manière à ce que ces organismes puissent procéder à des analyses et des publications de statistiques relatives à l'IVG.

Mettre en place des enquêtes ad hoc si nécessaire:

Afin de compléter le nouveau dispositif, il conviendrait d'enquêter auprès d'un échantillon de centres sur des **questions particulières** (caractéristiques socio-économiques des femmes, mode d'interruption, grossesses antérieures...), enquête qui serait menée à intervalles réguliers, sans que la fréquence soit nécessairement annuelle. Des enquêtes par échantillon pourraient en outre être organisées selon les besoins. Par exemple, une évaluation rapide des nouvelles dispositions législatives pourrait être mise en œuvre.

²² une semaine donnée, tous les ans pour les 3 exercices à venir et selon une période à définir, par la suite.

Dans le cadre des travaux du groupe d'appui, une partie des membres du groupe ont affirmé l'importance que revêtait à leurs yeux l'exploitation de données sociologiques analogues à celles qui sont recueillies par le biais des bulletins IVG. Ces données leur apparaissent tout particulièrement utiles pour procéder à des analyses approfondies sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recours à l'IVG ; il leur semble en outre important de pouvoir disposer d'éléments précis susceptibles d'étayer les réponses à apporter aux affirmations non fondées et aux idées reçues qui persistent encore sur ce sujet.

En outre, la nécessité de maintenir un système permettant de procéder à des analyses sur le plan régional a été soulignée.

FICHE 2

Réduire les délais d'accès à l'IVG

Une des difficultés principales et récurrentes soulignées par le groupe national d'appui dans la prise en charge des IVG est liée à la problématique des délais d'accès. Il est en effet inacceptable qu'une femme qui exprime le souhait de ne pas mener sa grossesse à terme doive attendre plusieurs semaines, au prix parfois de nombreux appels, avant d'obtenir un rendez-vous. Il est indispensable que cette situation s'améliore.

1. Organiser et sensibiliser les secrétariats et plus généralement la fonction d'accueil

La sensibilisation des secrétariats médicaux lors de la prise de rendez-vous est essentielle. Il est donc important que les secrétaires soient sensibilisées et formées afin de faciliter une certaine fluidité de l'organisation du planning de rendez-vous. C'est pourquoi il est nécessaire de prévoir des **formations à destination des personnels** exerçant dans les services d'IVG. A cette fin, des formations à l'accueil et à l'orientation des femmes doivent être incluses dans les programmes de formation continue proposés aux personnels non-médicaux en charge de ces fonctions essentielles. De même le standard central de l'établissement doit pouvoir donner un minimum d'informations aux femmes ou à défaut assurer une orientation immédiate vers le service qui répondra à ses questions. Seule une bonne qualification des secrétariats leur permettra de donner une réponse adaptée aux demandes des patientes. **L'objectif est qu'un premier rendez-vous puisse être donné dans les cinq jours, ainsi que le prévoient les recommandations de Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.** Il est également souhaitable qu'une tranche horaire soit réservée à d'éventuelles urgences permettant ainsi la prise en charge rapide des IVG réalisées entre 10 et 12 semaines sans désorganiser les autres activités programmées. Dans la mesure du possible, un secrétariat avec une ligne spécifique doit être dédié au service d'IVG dès que l'activité dépasse 400 actes par an.

Par ailleurs, certains professionnels signalent des rendez-vous non honorés par des femmes qui acceptent plusieurs propositions dans différents établissements. Il semble qu'avec une prise en charge en cinq jour maximum, ce type de comportement puisse être évité. Il est cependant compréhensible qu'une femme à qui l'on propose un premier rendez-vous deux ou trois semaines plus tard l'accepte, mais cherche à trouver un autre établissement pouvant l'accueillir plus tôt. Il est nécessaire de sensibiliser les secrétariats à cette difficulté et que lorsqu'un rendez-vous est donné dans un délai tardif, il soit demandé aux femmes de rappeler pour confirmer leur venue, comme cela se pratique déjà dans certains établissements.

2. Organiser la continuité de la prise en charge en période de vacances, notamment estivales

Les enquêtes relatives à la prise en charge des IVG, réalisées chaque été depuis 1999 par l'Institut des Etudes Démographiques de l'Université de Bordeaux (IEDUB), ont montré certains dysfonctionnements des structures d'accueil, en période estivale, durant laquelle les difficultés sont d'autant plus élevées que de nombreux praticiens sont

en congés. Les permanences téléphoniques permettent désormais d'améliorer l'orientation des femmes.

La permanence de l'accès à l'IVG doit pouvoir être mieux assurée par une organisation concertée préparée en amont. L'ensemble des professionnels médicaux et non-médicaux intervenant dans le domaine de l'IVG au sein d'un établissement doivent se réunir dès avril ou mai pour discuter et organiser cette continuité des soins. De même, des réunions entre spécialistes d'une même discipline, notamment, les anesthésistes-réanimateurs, doivent permettre d'assurer l'accès aux techniques chirurgicales en période estivale. Un planning de fermeture préétabli doit être réalisé sous l'autorité du chef de service, transmis au directeur, qui informe ainsi l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ou des DRASS de l'organisation prévue pour garantir une réelle continuité d'accès à l'IVG. A cette occasion, les ARH examinent avec les cliniques les possibilités de coordination à développer avec les établissements de santé publics. Les pouvoirs publics seraient alors en mesure de contrôler l'organisation mise en œuvre pour que la permanence pendant les vacances, notamment estivale, soit effectivement assurée.

3. Faciliter l'accès aux plateaux techniques.

Les difficultés d'accès au plateau technique constituent parfois une vraie difficulté pour les équipes qui pratiquent les IVG.

L'organisation de l'activité d'orthogénie intégrée au projet du service de gynécologie-obstétrique ou éventuellement de chirurgie et la transformation de structures importantes en unités fonctionnelles, voire en services, devraient favoriser une meilleure place et une réelle intégration de cette activité au sein du service. Les chefs de service doivent veiller à une organisation du plateau technique qui garantisse l'équilibre et un accès égal à chacune des activités, proportionnellement au nombre d'actes pratiqués. Des tranches horaires suffisantes en fonction du nombre d'actes pratiqués et justement réparties doivent être accessibles, voire réservées à la pratique des IVG chirurgicales et certains lits dédiés à leur hospitalisation. L'organisation en unité fonctionnelle permet de répondre à ce dernier impératif.

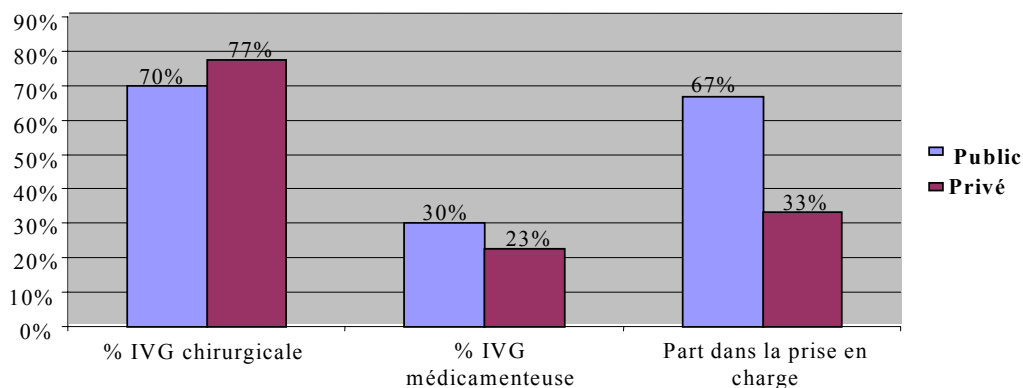
4. Mesurer les délais d'accès à l'IVG

Dans l'attente de l'intégration de cette données dans la Statistique annuelle d'établissements, il est indispensable de pouvoir évaluer les délais d'accès moyens afin d'intervenir sur d'éventuelles difficultés le cas échéant. Les services du ministère chargé de la santé réaliseront une brève enquête annuelle auprès d'un échantillon d'établissements qui permettrait d'évaluer ces délais de prise en charge. Ces remontées des établissements impliquent la sincérité de leurs déclarations.

5. Donner le choix des méthodes d'interruption volontaire de grossesse aux femmes, notamment en développant le recours aux IVG médicamenteuses et aux IVG sous anesthésie locale

La technique médicamenteuse repose sur l'association de l'antiprogéstérone mifépristone et de prostaglandines. Les recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'ANAES ont été publiées en mars 2001. Ce document précise les techniques d'IVG recommandées en fonction de l'âge gestationnel. Selon l'ANAES, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées (49 jours), les deux techniques, chirurgicale et médicamenteuse sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la patiente. Ces recommandations ont été diffusées à tous les établissements de santé en annexe à la circulaire DGS/DHOS du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001.

Répartition des IVG selon la méthode utilisée et le statut de l'établissement



Source SAE 2000, hors interruptions médicales de grossesse.

Les chiffres de la Statistique Annuelle des Etablissements pour l'année 2000 montrent que près de 30% des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse, les 70% restant l'étant par voie instrumentale. Or, la pratique de l'IVG médicamenteuse ne nécessite ni hospitalisation, ni plateau technique. Elle est donc beaucoup plus simple à développer en terme d'organisation. Une pratique plus répandue de cette méthode permettrait aux femmes de bénéficier d'une véritable possibilité de choix de la technique d'intervention, comportant un risque moindre de développer des complications.

Pourtant tous les établissements de santé publics ne proposent pas cette méthode, qui devrait l'être systématiquement pour des grossesses de moins de six semaines. De plus, les délais d'accès à l'IVG, trop longs, imposent fréquemment la réalisation d'interventions à des stades de la grossesse incompatibles avec la pratique d'IVG médicamenteuses.

Il faut donc faire valoir que la méthode médicamenteuse permet d'une part, de réaliser des IVG plus précoces et d'autre part de dégager du temps au bloc opératoire afin d'améliorer la réponse aux demandes d'IVG plus tardives nécessitant d'être réalisées par voie chirurgicale, rapidement pour ne pas dépasser les délais légaux.

Dans les cliniques privées une des difficultés est liée au blocage du forfait financier depuis 1991, ce qui rend la technique peu incitative. Ainsi, l'IVG médicamenteuse est moins pratiquée dans les établissements privés, 23%, contre 30 % dans le secteur public.

Les IVG sous anesthésie locale représentent une très faible proportion des IVG chirurgicales. Pourtant, cette méthode présente deux avantages. Le premier est de diminuer les complications et les effets secondaires de l'anesthésie générale et le second de réduire la durée d'hospitalisation. Pratiquer une IVG sous anesthésie locale suppose toutefois une plus forte implication du médecin dans le dialogue qu'il établit avec la femme au cours de la prise en charge ainsi qu'un protocole anti-douleur adapté.

Il faut donc inciter les établissements et les praticiens à se former afin de mettre ces techniques à disposition des femmes qui le demandent, leur offrant ainsi un véritable choix de méthodes.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur des dispositions réglementaires prévoyant l'organisation de la prise en charge par des médecins de ville de l'IVG médicamenteuse devrait permettre d'améliorer et d'accroître l'offre de prise en charge des IVG. Ce nouveau dispositif devrait donc diminuer les demandes assurées par les hôpitaux, ces derniers pouvant d'ailleurs indiquer aux femmes la possibilité de se rendre chez un médecin de ville avec lequel ils auront passé convention.

Le dispositif, qui n'est pas encore entré en vigueur²³, est forcément aujourd'hui méconnu de certains professionnels. Il paraît donc indispensable de sensibiliser les directeurs d'établissements de santé et les médecins de ville à la possibilité de partenariat qui leur est désormais offerte et de les inviter à signer des conventions dans l'attente de l'entrée en vigueur définitive du dispositif. Il sera à terme également nécessaire d'organiser une campagne de communication par le biais des organismes spécialisés, comme les associations (par exemple le mouvement français pour le planning familial) ou les délégations régionales aux droits des femmes afin de faire connaître cette nouvelle possibilité offerte aux femmes.

Augmenter la part prise en charge par les établissements privés

La part assurée par les établissements privés dans la prise en charge des IVG doit être augmentée dans certaines régions, dans lesquelles le secteur public assure presque seul cette activité. En moyenne nationale, le secteur privé prend en charge environ le tiers des IVG, les 67% restant étant réalisés dans le secteur public. En revanche dans certaines régions, comme Ile de France et Midi-Pyrénées, les cliniques constituent un soutien important du secteur public, voire prennent en charge une part plus importante que les établissements publics.

Aujourd'hui, certains établissements privés menacent de se désengager de cette activité du fait de sa faible rentabilité, voire sa pratique à perte²⁴. Des incitations à la prise en charge de l'IVG dans les cliniques privées doivent être trouvées au niveau national comme régional.

Intégrer l'IVG dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire tout en poursuivant les travaux des commissions régionales de la naissance.

²³ Cf. fiche n°8

²⁴ Cf. fiche n°7

L'activité d'IVG est actuellement abordée d'un point de vue de santé publique, par les DRASS et les DDASS, notamment dans le cadre des travaux des commissions techniques régionales de la naissance²⁵. Cet effort devra être poursuivi par les DRASS et coordonné par l'administration centrale. Cependant les questions d'accueil et d'organisation à l'hôpital sont également en cause.

Les SROS sont les outils de planification et d'organisation d'une offre de soins pertinente et concertée dans chaque région. Les SROS de deuxième génération (1999-2004) ont fait une place importante à la périnatalité, toutes les régions ayant adopté un volet sur cette thématique. L'IVG a été évoquée dans de nombreux schémas, la région Nord-Pas-de-Calais par exemple, a rédigé un volet spécifique sur l'IVG. Or les régions dans lesquelles l'enquête estivale 2002 menée par Mme Blayo constate une amélioration (l'Auvergne, le Nord-Pas-de-Calais et les Pays de Loire) sont celles qui se sont fortement investies en matière de périnatalité et ont mis en œuvre les orientations souhaitées dans leur SROS. Il semble donc que l'organisation de la prise en charge de l'IVG bénéficie des améliorations du fonctionnement général des services de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie.

L'effort réalisé doit être poursuivi. A cette fin, il est souhaitable que les régions intègrent dans leur SROS de troisième génération des éléments d'organisation de la prise en charge des IVG, soit par un volet particulier, soit au sein du SROS périnatalité. **Dès les premiers travaux de réflexion sur les orientations de leurs prochains schémas, les Agences régionales de l'hospitalisation doivent évaluer les besoins par des indicateurs tels que le nombre d'IVG pratiquées, les durées de gestation des grossesses interrompues, les délais de réponse aux demandes de prise en charge, le nombre et le statut des médecins pratiquant les IVG, ainsi que les flux de patientes ou leur origine géographique... L'accès à l'IVG doit être organisé dans les établissements de santé et en ville dans des conditions permettant le respect des délais légaux et le choix des méthodes par les femmes**

L'IVG doit être prise en compte dans les problématiques d'organisation sanitaire au même titre que les autres activités de soins. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation doivent donc veiller, en lien avec les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, à intégrer et évaluer cette activité dans l'organisation de l'offre régionale qu'elles arrêtent au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

²⁵ la circulaire N°99.394 du 6 juillet 1999 renouvelant les commissions régionales de la naissance a prévu de manière impérative que les travaux portent entre autres sur l'IVG. Elle a été complétée sur ce point par la circulaire N° 628 du 17/11/99 relative à l'organisation et à la prise en charge des IVG dans les établissements de santé publics et privés.

FICHE 3

FACILITER LA PRISE EN CHARGE DES IVG RÉALISÉES ENTRE 10 ET 12 SEMAINES

1. L'accès des femmes aux IVG des 11^e et 12^e semaines de grossesse demeure difficile :

Certaines difficultés d'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, au sein des établissements de santé, sont liées à l'allongement du délai légal de recours à l'intervention de 10 à 12 semaines de grossesse.

Malgré une amélioration de la situation, la persistance de difficultés rencontrées par les femmes pour accéder aux IVG et tout particulièrement aux interventions de la 11^e et 12^e semaine révèle, au delà du choix effectué par certains praticiens à titre individuel de recourir à la clause de conscience pour refuser la pratique des actes afférents à cette période, des insuffisances à différents niveaux et plus particulièrement :

- des insuffisances quant à l'organisation de cette activité au sein des établissements de santé ;
- des insuffisances quant à l'information des médecins sur les techniques utilisées pour cette période.

L'enquête réalisée par la DHOS sur la base de données recueillies en décembre 2001 indiquait que 21% des établissements de santé publics ayant répondu au questionnaire déclaraient que leurs praticiens ne pratiquaient plus les IVG après 10 semaines de grossesse, en invoquant la clause de conscience. Elle soulignait que la nature de leur refus n'était pas toujours d'ordre moral ou éthique mais souvent liée à l'ignorance du geste technique approprié aux IVG réalisées entre 10 et 12 semaines. S'ajoutaient à ces motifs, pour certains établissements, des difficultés plus générales de réalisation des IVG chirurgicales : un manque d'équipements, de locaux ou de personnel.

Ces difficultés privent un certain nombre de femmes de leur droit légal de recours à l'intervention jusqu'à 12 semaines et contribuent à prolonger, de manière désormais injustifiée, les pratiques antérieures de départ des intéressées vers l'étranger dans les situations d'IVG réalisées entre 10 et 12 semaines.

Ce constat effectué par le groupe d'appui incite à la mise en œuvre de mesures pour améliorer la situation et plus particulièrement à la mobilisation des équipes sur le problème de la formation des praticiens.

2. Mettre en œuvre des actions de formation :

2.1. Le cadre des actions :

Elles doivent s'inscrire dans le cadre des techniques recommandées par l'ANAES dans son rapport sur la prise en charge de l'IVG. La mise en œuvre de formations aux techniques, conformes aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur, permettra :

- de réduire le nombre des refus de pratiquer des IVG, justifiés par des arguments techniques non fondés sur le plan médical ;
- permettre aux médecins des centres d'IVG, ayant une pratique régulière de l'interruption de grossesse instrumentale jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, d'effectuer par ces mêmes techniques des interventions jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée ;
- d'éviter le recours parfois systématique à la méthode médicamenteuse pour cette période. L'ANAES indique en effet que cette technique « n'est pas recommandée sauf cas particulier ».

2.2. Les actions à développer :

L'organisation par les DRASS de **journées de formation** en direction des médecins soucieux de recevoir les informations techniques nécessaires à la pratique des IVG de la période 10-12 semaines de grossesse doit être encouragée.

Ces actions peuvent s'inspirer d'un dispositif en cours de mise en œuvre dans la région d'Ile de France, s'appuyant sur une initiative d'une équipe d'un établissement de santé (maternité des Lilas- 93260- les LILAS).

Cette démarche de formation de type « **compagnonnage** » repose sur :

- le repérage d'une équipe de 2 ou 3 médecins expérimentés, volontaires pour entreprendre une formation de leurs confrères ;
- l'utilisation d'outils adaptés.

Les outils mis au point L'ANCIC (association nationale des centres d'interruption volontaire de grossesse et de contraception) sont susceptibles de faciliter les actions à développer :

- un **film vidéo** réalisé par la maternité des Lilas, explicatif de la technique utilisée pendant la période considérée par l'établissement.
- Le film réalisé vise à montrer que la technique utilisée pendant la période 10-12 semaines de grossesse est la même que celle appliquée pour les termes inférieurs à 10 semaines ; elle nécessite des moyens garantissant la sécurité de l'intervention (bloc opératoire, environnement chirurgical et anesthésique). Elle requiert une formation spécifique mais les médecins ayant la pratique d'IVG plus précoces l'acquièrent rapidement.
- un **texte d'accompagnement** de la cassette ;

- une **étude** réalisée par la même équipe sur les IVG des 11^e et 12^e semaines de grossesse.

La circulaire DHOS/DGS du 14 juin 2002 demande aux DRASS d'organiser des formations de ce type au plan régional.

2.3. La diffusion des recommandations de l'ANAES :

Ces recommandations ont été diffusées à tous les établissements de santé en annexe à la circulaire du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001. La circulaire attirait tout particulièrement leur attention sur ces recommandations, s'agissant de la prise en charge des IVG jusqu'à 12 semaines de grossesse.

Le groupe d'appui dresse le constat d'une connaissance insuffisante de ces bonnes pratiques de la part des professionnels ; de nouvelles modalités d'information des intéressés doivent donc être envisagées avec l'appui des services de l'Etat, des unions régionales de médecins libéraux (URML) et du conseil de l'ordre, en recourant le cas échéant à l'aide de la presse professionnelle.

3. L'organisation de l'activité au sein de chaque département :

Le groupe d'appui constate que dans certains départements, aucun établissement ne pratique les IVG des 11^e et 12^e semaines ; les femmes se trouvent dès lors placées dans l'impossibilité d'avoir accès à ces interventions.

L'enquête DHOS susmentionnée indiquait ainsi que 9 départements n'assuraient aucune prise en charge des IVG afférentes à ce terme.

Dans ces situations, il est indispensable que les ARH et DRASS prennent, sur le plan local, les mesures nécessaires pour que cette activité soit organisée afin de répondre aux besoins de la population. Elles doivent donc veiller à ce que :

- chaque établissement prenne les mesures susceptibles de lui permettre, à terme, de rendre son activité conforme à la législation ;
- dans l'attente de la généralisation de cette pratique, à ce qu'**au moins un établissement** du département assure la prise en charge de ces interventions.

4. Développer l'IVG médicamenteuse

Une pratique plus répandue de cette méthode permettrait en ce qui concerne les établissements, d'éviter la mobilisation de moyens hospitaliers (lit, bloc opératoire...) pour un certain nombre d'interventions, de raccourcir les délais de prise en charge des IVG chirurgicales et de réduire en conséquence le nombre des IVG réalisées entre 10 et 12 semaines.

1. Mettre en œuvre les dispositions législatives relatives à l'IVG des mineures :

- Les **analyses juridiques** émanant de Didier Truchet, Président de l'Association française de droit de la santé, et de la Société française d'anesthésie réanimation à l'intention de ses membres.
- La **circulaire** DGS/DHOS du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001.

- **Les médecins :**

Les anesthésistes apparaissent désormais informés de leur habilitation à intervenir en l'absence d'un consentement parental. Ils soulignent toutefois que si leurs préoccupations, s'agissant des suites d'une IVG d'une mineure ou d'une majeure (vigilance quant à l'accompagnement effectif de la patiente et la possibilité pour cette dernière d'être aidée en cas de complication consécutive à l'intervention) sont identiques en termes de sécurité sanitaire, elles se posent différemment pour eux en termes de responsabilité.

- le choix de la personne accompagnante appartient à la seule mineure ;
- la désignation d'une personne accompagnante est obligatoire pour l'accès de la mineure à une IVG sans consentement parental ;
- l'accompagnant est appelé à décliner son identité auprès de l'établissement de santé qui doit être en mesure de vérifier que la personne est bien majeure ; le secret de cette identité doit être assuré ;
- c'est l'adulte choisi par la mineure qui, si cette dernière le souhaite, est informé par l'établissement de la sortie à l'issue de l'hospitalisation ;

- l'adulte choisi ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale et ne se substitue pas au représentant légal. Cette situation d'accompagnant ne génère donc aucune obligation légale qui serait susceptible d'engager la responsabilité juridique de la personne concernée ;
 - il appartient à la mineure de définir avec la personne majeure les modalités de l'accompagnement de sa démarche. Il apparaît particulièrement important, s'agissant pour la mineure d'une décision autonome, que les professionnels ne se substituent pas à l'intéressée dans le choix de ces modalités, notamment en décidant pour elle des moments de présence de la personne accompagnante.
 - les situations de détresse chez certaines mineures souhaitant recourir à une IVG et refusant de solliciter l'autorisation parentale, justifient un travail important sur le plan psychologique dans le cadre des entretiens. Avant l'intervention, il facilitera l'aide à la décision, le choix de la personne adulte et la définition des modalités d'accompagnement. Après l'IVG, il facilitera le suivi des conséquences de l'intervention et notamment la gestion du secret vis à vis des parents.
- **Rappeler aux établissements de santé que la prise en charge des IVG des mineures est anonyme et gratuite :**

Les modalités de prise en charge anonyme et gratuite des IVG des mineures prévues par le décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 apparaissent encore insuffisamment connues des professionnels; un rappel de ces dispositions, par voie de circulaire auprès de directions d'établissement, apparaît donc nécessaire.

2. Résoudre le plus rapidement possible les problèmes posés aux établissements scolaires par les dispositions législatives relatives aux mineures :

Lorsque l'intervention ou les démarches y afférentes sont effectuées pendant les heures de scolarité, les services de l'Education Nationale estiment que les chefs d'établissements sont placés dans l'obligation de prévenir les parents de l'absence de l'élève mineure. Cette information des parents est susceptible de porter atteinte au droit au secret de l'intervention reconnu par l'article L. 2217-7 du CSP.

Ces mêmes services estiment par ailleurs que les infirmières relevant d'établissements scolaires et sollicitées par des mineures pour un transport ou un accompagnement dans leurs démarches, agissent dans ces situations, à titre personnel et n'engagent pas la responsabilité des établissements. Cette position est susceptible de provoquer de la part des personnels concernés, un refus d'accompagnement des mineures et de priver, de fait, certaines d'entre elles, de l'exercice de leur droit à recourir à une IVG protégée par le secret vis à vis de leurs parents.

L'entretien pré-IVG des mineures : afin de faciliter les démarches des adolescentes en leur évitant notamment une sortie de l'établissement scolaire, certaines assistantes sociales souhaiteraient pouvoir assurer l'entretien pré-IVG obligatoire. Cette demande soulève des difficultés au regard des textes en vigueur : les professionnels réalisant des entretiens doivent relever de structures spécifiques (établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, centre de planification, service social, autre organisme agréé). Le groupe d'appui souhaite qu'une solution soit recherchée, s'agissant des établissements particulièrement éloignés de toute structure habilitée à réaliser des entretiens.

Les problèmes posés par la prise en charge des mineures sur le plan de la responsabilité appellent une réflexion conjointe des services des ministères de la Santé et de l'Education Nationale. La rédaction d'un protocole de prise en charge des mineures concernées par ces situations doit être élaborée dans un délai rapide.

FICHE 5

FAIRE EVOLUER LE CONSEIL CONJUGAL ET MIEUX ARTICULER CONTRACEPTION ET IVG

Certaines des modifications apportées par la loi du 4 juillet 2001 ont une incidence sur l'activité des conseillers conjugaux et familiaux

1. Les entretiens assurés dans le cadre des interruptions volontaires de grossesse :

1.1. L'activité en termes quantitatifs :

En supprimant le caractère obligatoire de la consultation sociale préalable à l'IVG pour les personnes majeures, la loi du 4 juillet 2001 a induit très probablement une diminution du nombre global des entretiens menés avant l'intervention.

Le même texte prévoit que soit proposée à toute femme, après l'intervention, une deuxième consultation. Cette disposition crée, en droit, un élargissement des possibilités d'intervention des conseillers conjugaux dans le domaine de l'interruption volontaire de grossesse. Il est toutefois probable que certaines femmes ne souhaiteront pas se trouver placées, immédiatement après l'intervention, dans une situation qui les rattache à un événement qu'elles auront pu vivre difficilement et vis à vis duquel elles souhaiteront prendre du recul.

1.2. Une appropriation nécessaire du nouveau dispositif :

Le groupe d'appui a constaté, dans le cadre de ses rencontres, qu'une appréciation souvent réservée, voire globalement négative, était portée par les conseillers conjugaux et familiaux sur la loi au cours des premiers mois de l'application du texte ;

Il semble qu'il soit peu aisé pour une profession dont les contours ont été dessinés dans le contexte spécifique de la mise en œuvre de la loi Veil du 17 janvier 1975, de mettre en conformité, rapidement et sans réticence, sa pratique aux évolutions arrêtées par la loi du 4 juillet 2001 qui a souhaité adapter les modalités des interventions et des démarches aux nouvelles réalités sociales et médicales dans le domaine de l'IVG.

Afin que le nouveau dispositif relatif aux entretiens soit mis en œuvre dans de bonnes conditions, il apparaît important que ces professionnels soient convaincus que leur rôle tel qu'il est redéfini n'est pas affaibli mais très certainement transformé et inscrivent leurs nouvelles missions dans leur réflexion sur leur activité:

- leur rôle est différent dans le cadre d'entretiens choisis par les femmes ; ces consultations facultatives constituent le support privilégié d'un dialogue spontané et donc plus approprié pour aider les femmes dans leur capacité propre à prendre la décision qui leur appartient et à assumer ce choix ;

- la loi leur confie par ailleurs un nouveau rôle délicat, vis à vis des mineures, en leur demandant d'aborder avec l'adolescente souhaitant garder le secret, la question du choix de la personne adulte susceptible de l'accompagner dans sa démarche ; cette mission recouvre une aide au sens large sur l'accompagnement : une sensibilisation de l'adolescente à la nécessité de ne pas être seule, une aide à la réflexion sur le choix de la personne susceptible d'assurer au mieux cette tâche et sur les modalités d'accompagnement souhaitées par la mineure;
- l'intervention de ces professionnels sur le sujet de la contraception est renforcée puisqu'ils sont appelés à aborder cette question dans le cadre des entretiens désormais systématiquement proposés après l'interruption de la grossesse.

1.3. L'organisation de l'activité :

L'activité relative à la conduite des entretiens préalables apparaît étroitement liée au contexte dans lequel elle s'inscrit et notamment :

- aux modalités d'organisation de l'activité :

Il est constaté que la proximité des lieux de consultation et des lieux d'entretien, le dialogue établi dans les équipes, entre médecins et personnels assurant les entretiens, la présence de ces derniers sur les lieux où sont réalisées les consultations médicales, les facilités apportées à la prise des différents rendez-vous, favorisent la proposition d'un entretien. **En tout état de cause, il est souhaitable que l'entretien s'inscrive dans un travail d'équipe associant médecins et conseillers conjugaux, permettant d'assurer une complémentarité entre les deux types de consultations.** Cette dimension devrait être également retenue dans le cadre de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les médecins de ville.

- à la sensibilisation des médecins à la question de l'entretien:

La qualité de l'information délivrée par le médecin dans le cadre de la première consultation médicale apparaît essentielle pour permettre à la femme d'exercer un véritable choix quant à la possibilité de recourir à une consultation sociale susceptible de constituer un soutien approprié à sa situation.

2. L'information et l'éducation à la sexualité :

La loi précitée a institué pour l'Education Nationale, l'obligation d'organiser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées ».

Des séquences obligatoires d'éducation à la sexualité ont déjà été mises en œuvre depuis plusieurs années en application de la circulaire n° 98-237 du 19 novembre 1998 (en remplacement de celle du 15 avril 1996) ; elles ont été instaurées en priorité pour les élèves de 4° et 3° de collège et lycée professionnel.

L'organisation de ces séances impose la formation des personnels intervenant devant les élèves. A ce titre, sont sollicités les personnels du champ éducatif et médico-social : enseignants, conseillers d'éducation, médecins et infirmières scolaires...

La multiplication des séances obligatoires, prévue par la loi du 4 juillet 2001, nécessite un appel accru à des intervenants extérieurs aux établissements scolaires et tout particulièrement aux conseillers conjugaux et familiaux dont le champ de compétences recouvre la mise en œuvre d'actions collectives d'information et d'éducation à la sexualité.

3. Une redéfinition de l'activité des conseillers conjugaux et familiaux :

Il apparaît indispensable que la réflexion menée par les services de l'administration centrale et les représentants des conseillers conjugaux et familiaux sur le rôle et la formation de ces personnels prenne en compte la réorientation nécessaire de leur activité (un groupe de travail constitué au sein du Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle réfléchit actuellement à la rénovation des formations à l'éducation à la vie et au conseil conjugal); cette réflexion peut contribuer à une plus juste appréciation des nouvelles missions des conseillers conjugaux et familiaux dans le cadre de la mise en œuvre de la loi.

Il est par ailleurs nécessaire que les moyens affectés aux structures assurant les entretiens préalables fassent l'objet d'un rééquilibrage en faveur de l'information relative à la contraception assurée dans le cadre d'entretiens individuels ou de séances de caractère collectif.

4. L'évolution du rôle des lieux d'information sur la contraception :

Les travaux en cours :

- Les travaux du **Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle** sur l'évolution du rôle des lieux d'information sur la contraception devraient apporter des propositions quant à une meilleure adaptation des structures (centres de planification et d'éducation familiale, établissements d'information et de conseil conjugal) aux besoins de la population dans ce domaine.
- L'enquête quantitative et qualitative sur les usagers des lieux d'information sur la contraception menée par la **DREES** donnera des informations sur les attentes de la population au regard des services rendus et permettra de porter une appréciation plus pertinente sur les évolutions souhaitables d'un dispositif particulièrement complexe en termes de missions, de statut, de financement, d'échelon administratif de rattachement (cf. tableau joint).

L'enquête quantitative établit qu'il existe en France (métropole et DOM) 366 établissements d'information et de conseil familial, y compris leurs antennes et autres lieux de permanence et 1253 centres de planification, antennes comprises.

Ces résultats confirment un inégal accès de la population à ces structures : si tous les départements ont au moins un centre de planification, ils n'ont pas systématiquement d'établissement d'information. Si sur un territoire donné, on rapporte la densité des structures de planification familiale au nombre de femmes d'âge fécond, on constate que certaines régions sont particulièrement sous-équipées, en particulier les régions Pays de Loire, Poitou-Charentes et Centre.

Les écarts en termes de densité de CPEF (structures décentralisées) pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans sont très importants : on relève un taux de 30,2 en Seine Saint Denis pour des taux de 2,8 dans le Pas de Calais et de 2,1 en Loire Atlantique. **Ces écarts soulignent la nécessité de rechercher des solutions alternatives lorsque l'accès aux structures s'avère particulièrement difficile, notamment pour les plus jeunes.**

Les expériences menées dans certaines régions constituent des pistes de réflexion intéressantes :

Certains projets tentent de répondre dans les zones rurales aux grandes difficultés d'accès à la contraception imputables à leur éloignement des centres de planification, le coût des déplacements, l'inadaptation des heures d'ouverture des centres.

Dans le département du Haut Rhin par exemple, le conseil général a souhaité favoriser l'accès à la contraception des adolescents. Dans le cadre de consultations assurées par des médecins libéraux, des mineures peuvent accéder à titre gratuit et de façon anonyme à une information sur la contraception et à des contraceptifs. Sont pris en charge financièrement par les conseils généraux : la consultation, les contraceptifs, les tests de grossesse, les bilans biologiques éventuellement nécessaires. Ces praticiens travaillent en lien avec la permanence téléphonique et leurs coordonnées sont diffusées par son intermédiaire. Un autre projet envisage par ailleurs le financement de prestations identiques par la CPAM.

5. Les actions en faveur de la contraception :

La mise en œuvre du programme d'actions préparé par la **Direction Générale de la Santé** doit permettre de développer et diversifier les actions en faveur de la contraception :

- Bilan d'évaluation de la loi relative à la **contraception d'urgence**: il est actuellement en cours de réalisation sur la base des données recueillies par les différents partenaires (éducation nationale, conseil national de l'ordre des pharmaciens, CNAM-TS). En fonction des difficultés qui auront été soulignées par les différents partenaires impliqués, de nouvelles actions seront développées pour permettre une meilleure information et un meilleur accès des femmes, notamment des adolescentes, à la contraception d'urgence.
- **Réduire les inégalités d'accès à la contraception en définissant des populations cibles et mener des actions d'information en matière de contraception** (partenariat DGS/ Associations nationales):
 - └ les jeunes ne relevant plus du système scolaire : au sein des missions locales, par exemple
 - └ les étudiants : ils n'ont pas toujours été en mesure de bénéficier au lycée d'une information sur la contraception et notamment sur la contraception d'urgence. Certains travaux récents (Santé et recours aux soins des étudiants affiliés à la SMEREP, septembre 2002) font état d'un recours à l'IVG important : 8,8% des jeunes femmes interrogées, ayant des relations sexuelles, ont eu recours à une IVG.

- **Développer une information adaptée en direction de populations :**
 - └ les femmes de langue étrangère (constitution d'outils d'information accessibles)
 - └ les femmes en milieu rural
- Solliciter de la part de l'ANAES l'**élaboration de recommandations** sur les stratégies à développer en réponse aux demandes de contraception, respectueuses des situations diverses vécues par les femmes ;
- Créer un site Internet spécifique IVG-contraception

6. Fonctionnement des centres de planification ou d'éducation familiale et des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

	Centres de planification ou d'éducation familiale	Etablissements d'information, de consultation ou de conseil familial
STATUT	Collectivités publiques ou organismes privés sans but lucratif	Associations
ACTIVITES	Exercent l'ensemble des activités suivantes : (décret du 6 août 1992) - consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité - Dépistage et traitement des MST (sauf VIH) (décret 2000-842 du 30 août 2000) - Actions individuelles et collectives d'information et de prévention sur la sexualité et l'éducation familiale (dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci) - Conseil conjugal et familial : préparation à la vie en couple et à la fonction parentale - Entretiens pré et post IVG	Exercent au moins 3 des activités suivantes, dont obligatoirement les entretiens pré et post IVG - Préparation des jeunes à la vie de couple et à la fonction parentale (information collective et individuelle) - Accueil, information et orientation sur la sexualité, prévention des MST dont le VIH - Entretiens pré et post IVG - Accueil et conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux.
CREATION	- Agrément préalable obligatoire par le Président du Conseil général (instruction dossier par médecin responsable PMI) - Déclaration auprès du Préfet du département pour les activités de dépistage et traitement des MST.	Déclaration préalable auprès du préfet de département (DDASS)
PERSONNEL	- Direction assurée par un médecin qualifié en gynécologie (dérogations possibles pour la qualification) - Personne compétente en conseil conjugal et familial (400h de formation sur 2 années et 2 stages de 40h)	Personne compétente en conseil conjugal et Familial (400h de formation sur 2 années et 2 stages de 40h)
FINANCEMENT	- Conseil général par voie de convention - Ressources propres	- Convention avec l'Etat (5 ans) qui finance les heures d'activité (8 euros/heure) - Ressources propres (département, mairie, participation demandée)
PARTICULARITES	- Gratuité des contraceptifs pour les mineurs et les non-assurés sociaux - Gratuité du dépistage et du traitement des MST pour les mineurs et les non-assurés sociaux - Anonymat et gratuité des consultations	Anonymat et gratuité des consultations

FICHE 6

DEGAGER LES CONDITIONS D'UNE INTEGRATION SATISFAISANTE DES CENTRES AUTONOMES DANS LE DROIT COMMUN HOSPITALIER.

Dans son rapport de 1999²⁶, le Pr. Israël Nisand dénombrait 66 centres d'IVG²⁷, sur 455 établissements publics qui réalisaient des IVG. Les structurations de type « autonome », c'est à dire, en unité placée sous la responsabilité directe du directeur de l'établissement, ne sont plus autorisées depuis que la loi du 4 juillet 2001 a abrogé les deux derniers alinéas de l'article L.2212-8 du code de la santé publique²⁸. En conséquence, l'organisation médicale de cette activité est de droit commun, prévue aux articles L.6143-1 à L.6146-8 du code de la santé publique. Les structures d'IVG doivent être progressivement rattachés aux services des établissements de santé. L'IVG doit donc désormais être prise en charge, soit au sein même du service de gynécologie-obstétrique, soit par d'une unité fonctionnelle du service de gynécologie-obstétrique ou d'un autre service, notamment de chirurgie, soit au sein d'un service d'orthogénie.

Une des missions clairement définie du groupe national d'appui, est de favoriser le rattachement des centres autonomes aux établissements de santé et leur **intégration au sein de l'hôpital dans des conditions qui permettent une reconnaissance de leur activité et un fonctionnement correct.**

La solution la plus satisfaisante de ce rattachement dégagée par le groupe consiste à transformer les centres autonomes en **unité fonctionnelle du service de gynécologie-obstétrique** en y maintenant une **articulation entre les activités d'information à la sexualité, de planification familiale et de contraception, et les activités d'IVG.**

Il faut souligner l'intérêt porté à l'organisation de la prise en charge de l'IVG par certains SROS, notamment celui du Nord-Pas-de-Calais, qui fixe un seuil de 400 IVG par an au-delà duquel les IVG ne doivent plus être prises en charge de manière indifférenciée au sein même du service de gynécologie-obstétrique mais relever d'une unité fonctionnelle d'orthogénie. Lorsque ce seuil atteint 1000 IVG par an, le SROS recommande la création d'un **service d'orthogénie**, comme cela a été décidé au centre hospitalier de Roubaix.

*

* *

²⁶ Israël Nisand, « l'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. » Février 1999.

²⁷ Dont 7 à l'AP-HP

²⁸ Ces alinéas énonçaient que le conseil d'administration désignait le service dans lequel les IVG étaient pratiquées et qu'en cas de refus du chef de service concerné, le conseil d'administration devait créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des IVG.

La transformation en unité fonctionnelle permet de **dédier des moyens humains et matériels nécessaires à l'activité d'IVG** et d'intégrer plus largement l'activité d'orthogénie à celle du service de gynécologie-obstétrique et de l'établissement. En effet, l'unité fonctionnelle est représentée par le biais du chef de service dans les instances hospitalières, notamment en conférence médicale d'établissement.

Il est indispensable que le **projet médical** présenté par le chef du service de gynécologie-obstétrique comporte un volet « unité fonctionnelle d'orthogénie ». Le nom du praticien hospitalier responsable de l'Unité Fonctionnelle, approuvé de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale et ceux des personnels chargés de ces tâches, ainsi que le dispositif mis en place pour cette activité doivent également figurer dans le projet médical. C'est pourquoi la **fiche de recrutement** d'un praticien hospitalier amené à assumer la responsabilité d'un service chargé de l'orthogénie doit mentionner cette activité.

Il est normal d'exiger du chef de service, dans le cadre de la responsabilité fonctionnelle de chefferie de service, qu'il assume les engagements de service public que la loi lui fixe. Il doit donc garantir l'accueil des femmes et la bonne prise en charge des IVG, au même titre que celle de l'ensemble des activités de son service.

Par ailleurs, dans la mesure du possible, il est préférable que des locaux dans lesquels les IVG sont prises en charge soient dédiés à cette activité, afin de garantir aux femmes un environnement adapté à leur éventuelle souffrance psychologique.

Ainsi, les Agences Régionales de l'Hospitalisation devraient veiller à la prise en compte de l'activité d'IVG dans les **projets d'établissement** lors de la signature des contrats d'objectifs et de moyens qu'elles négocient avec les directeurs d'établissements publics.

Le budget de l'Unité Fonctionnelle d'orthogénie devra être clairement **individualisé par la comptabilité analytique** qui permet de quantifier précisément les moyens humains, matériels et financiers dédiés en propre à cette activité. Ce mode d'analyse financière est utilisée par de nombreux établissements de santé et est amené à se développer

Le groupe d'appui considère que l'organisation en unité fonctionnelle permettra de garantir le choix de la patiente entre IVG médicamenteuse et IVG chirurgicale, l'accès à l'anesthésiste et au bloc opératoire pouvant ainsi être mieux discuté et les tranches horaires mieux partagées avec les autres activités du service de gynécologie-obstétrique et de chirurgie. De même l'accès, voire l'attribution d'un échographe à l'unité d'orthogénie doit pouvoir être ainsi mieux assuré. Il revient au chef de service de faire respecter une organisation adaptée.

Dans la mesure du possible, les praticiens exerçant dans l'unité fonctionnelle d'orthogénie doivent pouvoir bénéficier du **statut de praticien contractuel**. Aujourd'hui de nombreux praticiens sont des attachés rémunérés à la vacation de trois heures pour une somme d'environ 41 euros. La situation de la démographie médicale et le faible intérêt des praticiens pour cette activité obligent certains établissements à doubler, voire tripler cette rémunération pour assurer leur obligation de service public.

Le statut de praticien contractuel²⁹ permet de garantir la stabilité et la qualité de l'activité d'orthogénie.

Enfin, l'organisation doit permettre de garantir la proximité entre les activités d'information à la sexualité, de planification familiale et de contraception, garantissant ainsi un meilleur accompagnement psychologique et un suivi de la femme plus satisfaisant. **L'intégration des centres autonomes dans les services de gynécologie obstétrique doit permettre de maintenir un accueil de qualité et une prise en charge globale des femmes.**

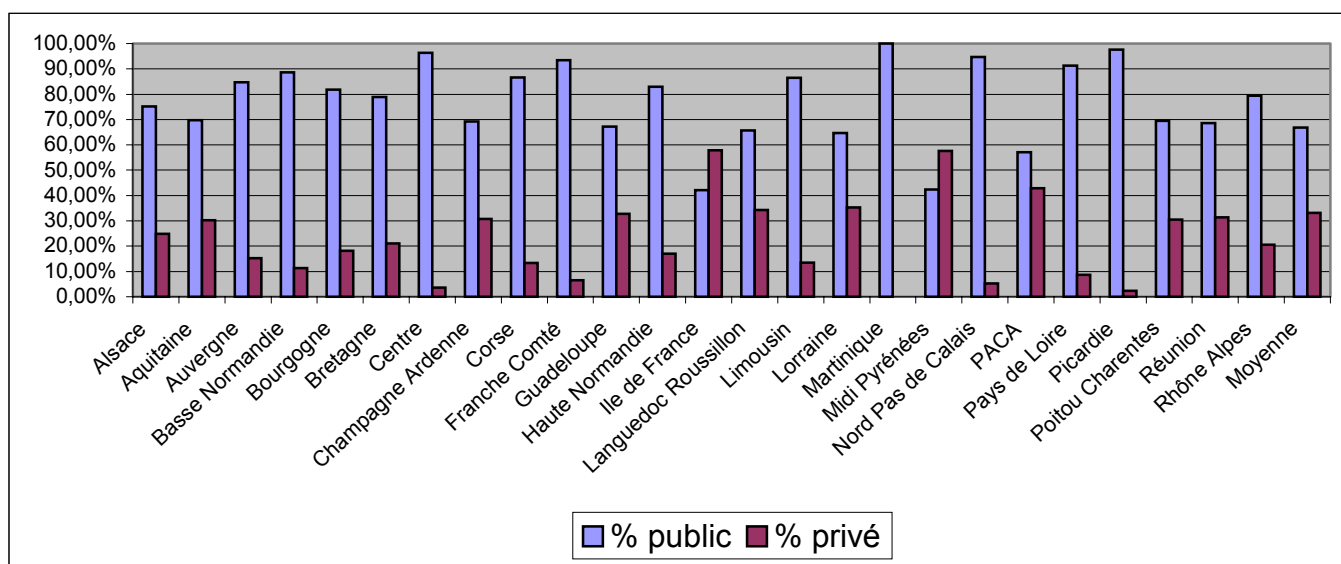
²⁹ Les établissements de santé ont la possibilité de transformer les postes de vacataires en postes de praticiens contractuels ou de PH temps partiel. Ces trois dernières années, le Ministère chargé de la santé a consacré 2,3 M€ à cette fin.

FICHE 7

INCITER LES ETABLISSEMENTS PRIVES A PRENDRE UNE PART PLUS IMPORTANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IVG

La loi du 4 juillet 2001 a abrogé l'article L.2322-4 du code de la santé publique qui prévoyait la limitation au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux, le nombre annuel d'actes d'IVG réalisés dans des établissements privés autorisés à recevoir à titre onéreux ou gratuit des femmes enceintes. Cette restriction explique en partie la part nécessairement limitée prise par les cliniques dans l'activité d'IVG jusqu'alors.

La participation des 297 établissements de santé privés sur les 706 établissements prenant en charge des IVG représente un tiers des IVG pratiquées. Ce pourcentage est cependant très variable selon les régions.



Source SAE 2000. Hors interruptions médicales de grossesse

Dans quelques régions, les cliniques prennent largement part à l'activité d'IVG, notamment en Ile de France ou en Midi Pyrénées, où elles assurent plus la moitié des IVG. En revanche, dans d'autres, la participation des cliniques à la prise en charge des IVG représente une très faible part des IVG pratiquées dans la région, notamment, dans les régions Nord Pas de Calais, Centre, Franche-Comté et Picardie. Ces écarts reflètent des histoires régionales diverses. Dans certaines régions les établissements publics arrivent à assumer les IVG tout à fait convenablement, c'est le cas du Nord Pas de Calais par exemple ; dans d'autres la charge générale qui pèse sur les établissements publics et le faible engagement des cliniques privées ne permettent pas d'assurer la prise en charge des IVG, c'est le cas par exemple de la Haute Normandie ; enfin dans les régions où le partage est plus équilibré entre secteur public et secteur privé, les défaillances historiques du secteur public et la fermeture progressive de nombre de maternités privées, comme en Ile de France, rendent la prise en charge des IVG particulièrement fragile et insatisfaisante.

On peut en conclure pour l'avenir que la saturation des moyens et les difficultés globales des établissements de santé publics ne leur permettront que difficilement de répondre à toutes les demandes d'IVG ; il serait donc particulièrement souhaitable que les établissements privés soient incités à s'impliquer dans cette activité afin de participer à l'amélioration de la situation .

Or de **nombreuses cliniques se plaignent de manière de plus en plus pressante du tarif de l'IVG et menacent de se désengager de cette activité**. D'après la Fédération Hospitalière Privée, cette activité serait pratiquée à perte.

La tarification de l'interruption volontaire de grossesse est fixée par l'arrêté du 14 janvier 1991 relatif aux prix des soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG. Les tarifs diffèrent selon le mode, instrumental ou médicamenteux, utilisé pour cette intervention, et selon la durée de l'hospitalisation nécessaire dans le cas d'une IVG instrumentale. **Ces tarifs sont présentés sous forme de forfaits plafonnés qui n'ont jamais été réévalués depuis 1991**. Ainsi, en ce qui concerne les établissements privés à but lucratif, le tarif d'une IVG pratiquée par mode instrumental pour une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à douze heures est fixé à 67,41 € (y compris les frais de salle d'opération mais hors la rémunération des praticiens libéraux et les frais de biologie). En ce qui concerne l'IVG par mode médicamenteux, le forfait d'accueil s'élève à 67, 41 € dans les cliniques privées à but lucratif, auquel il faut rajouter les taux forfaitaires de remboursement des médicaments, soit une rémunération totale de 119 € (127 € si la clinique facture en sus une consultation de contrôle).

Une étude réalisée par la Fédération Hospitalière Privée présentée au groupe national d'appui, détaille toutes les dépenses nécessaires à la réalisation d'une IVG. Elle montre que le coût d'une IVG chirurgicale à la charge de la clinique s'élève à 149.39 € et celui d'une IVG médicamenteuse à 158.64 €. Un des postes de dépenses le plus important est constitué par les frais de personnels paramédicaux, auxquels s'ajoutent les frais de matériel mobilisé, de médicaments et de pharmacie, ainsi que les frais administratifs et éventuellement les frais d'hôtellerie et de restauration. Le différentiel représenterait donc environ 82 € pour une IVG chirurgicale et 40 € pour une IVG médicamenteuse à la charge des cliniques.

Selon la FHP, cette **sous-évaluation explique** en grande partie la faible mobilisation du secteur privé dans la prise en charge des IVG dans certaines régions. Ce n'est probablement pas le seul facteur expliquant le faible investissement des cliniques, mais il est certain qu'à défaut d'une revalorisation des tarifs, elles poursuivront leur désengagement.

La loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative aux modalités de financement des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse avait permis le remboursement par la sécurité sociale de toutes les interruptions de grossesse. Toutefois, les dépenses afférentes à cet acte étaient à la charge de l'État, qui les remboursait a posteriori aux caisses d'assurance maladie. Cette situation rendait particulièrement difficile toute évolution des tarifs. Pour des nécessités de clarification des relations entre l'État et l'assurance maladie, la Loi de Finances pour la Sécurité Sociale de 2003 prévoit le transfert des dépenses afférentes à l'IVG de l'Etat à l'assurance maladie.

Avec le transfert des dépenses afférentes à l'IVG de l'Etat à l'assurance maladie, un premier obstacle à l'évolution tarifaire est ainsi levé. **Le groupe d'appui préconise l'ouverture rapide d'une négociation tarifaire entre l'Etat, la CNAM et la FHP afin de favoriser une plus grande implication des établissements privés dans la prise en charge de l'IVG.**

D'autre part, le groupe national d'appui recommande que les Agences Régionales de l'Hospitalisation invitent les établissements privés qui le souhaitent à s'impliquer de manière plus importante dans la prise en charge des IVG au travers des contrats d'objectifs et de moyens, dont elles négocient le contenu avec les cliniques.

FICHE 8

METTRE EN PLACE RAPIDEMENT LES CONDITIONS DU DEVELOPPEMENT DE L'IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

L'IVG médicamenteuse représentait 28 % des IVG pratiquées En 2000. Son utilisation a progressé régulièrement et augmenté de 8% au cours des 4 dernières années. Des perspectives nouvelles sont ouvertes par la mise en oeuvre de l'article 3 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception : l'IVG médicamenteuse peut être réalisée par des médecins de ville, dans le cadre d'une convention conclue entre un praticien et un établissement de santé dans les conditions fixées par le **décret n°2002-796 du 3 mai 2002**.

Le dispositif présente l'avantage pour la patiente de réduire son délai d'accès à l'IVG, de permettre à l'intéressée de solliciter l'intervention du médecin de son choix, et d'éviter des démarches dans un cadre hospitalier à un moment de sa vie qu'elle peut considérer difficile.

Les dispositions réglementaires encadrent précisément la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville. Des conditions de sécurité similaires à celles mise en œuvre dans les établissements de santé pour la pratique de l'IVG ont été prévues. Le lien conventionnel entre le médecin et un établissement de santé garanti l'accueil de la femme par l'hôpital à tout moment et quel que soit le motif.

L'entrée en vigueur de ces dispositions est suspendue à la **modification de certaines dispositions réglementaires applicables à la mifégyne** :

- L'abrogation de l'arrêté du 10 septembre 1992 sur la distribution de la Mifégyne. Le texte prévoyait un encadrement de l'utilisation de la Mifégyne auquel se substituent désormais les dispositions du décret du 3 mai 2002
- La modification de l'arrêté du 14 janvier 1991 relatif au prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'IVG, afin de fixer un prix pour la Mifégyne vendue en officine ainsi que la fixation d'un tarif pour l'acte pratiqué en ville.
- Un débat est actuellement ouvert sur le dosage de la Mifégyne recommandé par l'AMAES.

Il semble essentiel aux membres du groupe d'appui que ce débat ne bloque pas la possibilité pour les médecins de pratiquer l'IVG médicamenteuse en ville. Si une étude complémentaire devrait être faite, il serait souhaitable que ses résultats ne conditionnent pas le démarrage du dispositif.

Le groupe national d'appui souhaite l'entrée en vigueur rapide de ce nouveau dispositif, qui est de nature en outre à apporter une contribution à l'allègement des problèmes rencontrés par les établissements de santé pour la prise en charge des IVG.

Il est toutefois difficile de préjuger actuellement du nombre de praticiens qui souhaiteront s'engager dans cette démarche. A cet égard, on peut estimer que deux éléments favoriseront le développement de l'IVG médicamenteuse en ville : d'une part, la fixation d'un tarif incitatif pour la pratique de ces IVG et d'autre part, une information des établissements de santé, des médecins et des femmes sur cette nouvelle possibilité qui leur est ouverte.

A cette fin, le groupe recommande de diffuser cette information le plus largement possible, au moyen de divers supports:

- Dans un premier temps, il est nécessaire que le décret du 3 mai 2001 fasse l'objet d'une **circulaire** précisant l'interprétation qui doit être donnée à certaines de ces dispositions. Par exemple, le texte dispose qu'une "pratique régulière" permet au médecin, qui n'a pas la qualification universitaire en gynécologie médicale ou obstétrique, de justifier de son l'expérience professionnelle dans la prise en charge de l'IVG. Le groupe recommande que le terme "régulier" soit interprété d'une manière souple, afin que les médecins souhaitant entrer dans ce dispositif ne soit pas contraints d'effectuer concomitamment une vacation à l'hôpital.
- Le groupe recommande que cette circulaire incite les **établissements à prendre contact avec des médecins libéraux** afin d'envisager les conditions de leur partenariat. La relation bilatérale qui s'établit entre le médecin et l'établissement de santé est de nature contractuelle. Elle a pour objectif de sécuriser la prise en charge des IVG médicamenteuses en dehors des établissements de santé.
- Dans un second temps, une **large communication** sur la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse en ville doit être mise en place. Le groupe recommande que des contacts soient pris d'une part auprès du Conseil de l'ordre et des URML, d'autre part avec la presse médicale spécialisée, mais également, avec la presse générale, notamment féminine, afin de faire connaître ce nouveau dispositif. De plus, le groupe suggère qu'un site Internet puisse être mis en place, afin de faciliter l'accès aux informations relatives à l'IVG. Ce site pourrait comporter les recommandations de l'ANAES, le dossier-guide IVG³⁰, l'adresse des centres de planification ou d'éducation familiale, les établissements d'information de consultation ou de conseil familial, voire les coordonnées des établissements de santé qui pratiquent l'IVG, les textes législatifs et réglementaires (voir fiche 10).

³⁰ Prévu par la loi ce dossier guide informatif est disponible sous forme papier ; il s'agit d'une publication récente sous l'en-tête des trois ministères : ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité/ministère de la santé, de la famille et des handicapés/ministère délégué à la parité et à l'égalité professionnelle. Il est également accessible sur les site internet des ministères.

FICHE 9

ANTICIPER LES EFFETS D'UNE BAISSSE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE - ROLE ET PLACE DES SAGES-FEMMES

Face aux difficultés annoncées en terme de démographie médicale, le groupe national d'appui a soulevé la possibilité de confier les IVG médicamenteuses³¹ à d'autres professionnels, notamment les sages-femmes³². Elles ont en effet l'avantage d'exercer une profession médicale dans le champ obstétrical et certaines participent déjà dans les établissements de santé à cette activité. Les infirmières, quant à elles, du fait de leur statut paramédical et de leur formation, ne semblent pas pouvoir pratiquer seules l'ensemble des actes afférents à une interruption de grossesse médicamenteuse.

Il convient de préciser que le fait de confier l'acte d'IVG aux sages-femmes, même limité à la méthode médicamenteuse, imposerait des modifications législatives notamment des articles L.2212-2 et L.4151-1 du code de la santé publique. C'est pourquoi le groupe d'appui observe que cette proposition imposerait d'avoir des arguments forts en termes de bénéfices futurs pour les femmes qui justifieraient l'ouverture d'un débat législatif.

Sur un plan technique, les sages-femmes pourraient réaliser seules la procédure d'IVG médicamenteuse dans son ensemble : consultations, recueil du consentement, prescriptions médicamenteuses, surveillance médicale et orientation en cas de pathologies. Ainsi, si l'on reprend chacune des étapes du déroulement d'une IVG médicamenteuse, on remarque que les sages-femmes possèdent pratiquement toutes les compétences nécessaires à sa réalisation :

1. **Première consultation avec la patiente** en demande d'IVG: la sage-femme est habilitée à pratiquer le diagnostic de grossesse, l'examen gynécologique et l'écoute de la femme enceinte.
2. **Datation de la grossesse** : une sage-femme peut pratiquer elle-même l'échographie ou la prescrire. Elle peut ainsi vérifier la compatibilité du terme avec le mode médicamenteux. L'échographie permet l'élimination d'une grossesse extra-utérine.
3. **Recherche de contre-indications médicales aux médicaments** : ce point nécessiterait une formation adaptée.
4. Si la femme maintient sa décision après le délai de réflexion, la sage-femme pourrait, si les textes l'y autorisaient, **administrer par voie orale la mifépristone**.
5. De même, **elle pourrait administrer par voie orale le misoprostol** 48 h plus tard. La surveillance clinique de la patiente et le maintien d'un bon environnement psychologique entrent dans les compétences de la sage-femme.

³¹ L'IVG par voie instrumentale, technique chirurgicale invasive non dénuée de complications, ne semble pas pouvoir être confiée à une sage-femme.

³² Il faut toutefois tenir compte des projections démographiques qui montrent des difficultés également pour cette profession, accentuées par une répartition hétérogène des sages-femmes sur le territoire.

6. **La visite de contrôle** entre également dans les compétences de la sage-femme.

Ainsi, sous réserve que la sage-femme, comme pour tous les actes qu'elle pratique, puisse faire appel à un médecin en cas de situation pathologique, la pratique de l'IVG uniquement par voie médicamenteuse, celle-ci ne comportant aucun geste invasif, ne semble pas poser de problèmes sur le plan de leurs compétences. Une formation spécifique sur les médicaments et les protocoles serait nécessaire.

Le groupe national d'appui n'a pas évalué ce que pourraient être les réactions des professionnels, sages-femmes et médecins, face à une telle proposition. Les sages-femmes participent déjà dans certains services à l'activité d'IVG médicamenteuse, notamment pour la surveillance médicale des femmes. La pratique de l'IVG par les sages-femmes constituerait une évolution importante et symbolique de la profession tournée uniquement vers la grossesse et la naissance. Il convient de souligner que les sages-femmes ne peuvent actuellement ni prescrire une contraception orale ni placer un dispositif intra-utérin. **La réflexion sur l'IVG devrait être élargie à l'ensemble des problèmes de la reproduction en termes d'information, de prévention et de soins afin d'envisager que les sages-femmes puissent prescrire contraception, contraception d'urgence et IVG médicamenteuse.**

Le fait de confier les IVG aux sages-femmes ne poserait pas de difficultés techniques majeures, sous réserve de l'accord des professionnelles concernées. L'intérêt pourrait être d'alléger le temps d'attente pour le premier rendez-vous, dès lors que les sages-femmes viendraient renforcer l'équipe de médecins. Cela constituerait un gain en temps médical sous réserve de l'implication des sages-femmes dans les services et de la volonté de la profession de participer à cette l'activité, éléments difficiles à évaluer aujourd'hui.

Le groupe d'appui préconise que les services centraux du ministère de la santé puisse prendre contact avec les représentantes des sages femmes pour analyser avec elles ces nouvelles perspectives.

FICHE 10

AMELIORER L'INFORMATION DES FEMMES

L'article 13 de la loi du 4 juillet 2001 a abrogé les dispositions de l'article 2221.1 du code de la santé publique qui sanctionnaient le délit de propagande et de publicité directe ou indirecte pour les établissements pratiquant des IVG ou pour des médicaments, produits, ou méthodes permettant la réalisation des IVG. Cette abrogation doit faciliter la conduite d'actions en faveur de la prévention des grossesses non désirées et des IVG.

1. L'information des femmes sur l'IVG doit répondre à deux objectifs complémentaires :

L'information du public sur l'IVG ne doit pas être strictement liée à la demande d'IVG ou de contraception, elle doit être générale et préventive.

1-1- Cette information doit s'inscrire au sein des dispositifs plus globaux relatifs à l'éducation à la sexualité et à l'information sur la contraception (cf fiche 5 « Faire évoluer le Conseil Conjugal et mieux articuler contraception et IVG »).

Cette information doit s'adresser à tous et aborder de façon large les différentes implications dans la survenue d'une grossesse non désirée.

L'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé est susceptible, dans le cadre des programmes définis par la Direction Générale de la santé, de mettre au point des méthodologies d'intervention :

- celles-ci doivent être élaborées à partir du constat que la seule délivrance d'informations ne suffit pas et que les aspects affectifs en lien avec la sexualité doivent être abordés pour développer une politique de prévention pertinente ;
- elles doivent avoir pour objet la réalisation d'outils adaptés aux publics concernés en fonction de leurs besoins spécifiques.

L'information doit être diffusée par des canaux divers et dans de multiples lieux publics, autres que médicaux : centres de sécurité sociale, pharmacies, infirmeries scolaires, points d'information pour les jeunes, mairies etc... Ces informations, très pratiques, doivent être conçues en articulation avec les messages adressés par le biais des campagnes d'information (nationales ou locales), qui restent indispensables mais ne sont pas suffisantes.

Des recommandations devraient être élaborées par l'ANAES, en complément des recommandations publiées en mars 2001 sur l'IVG, sur le thème de la contraception : il convient de permettre aux professionnels de conseiller les femmes, mais pas uniquement elles, aussi les hommes, notamment les adolescents et les couples ; ces recommandations fourniront ainsi une information précise et exhaustive sur les techniques actuellement disponibles, ouvrant la possibilité pour chacun d'entreprendre une démarche contraceptive responsable et d'être impliqué dans le choix d'une méthode adaptée à sa situation (voir fiche 5 précitée).

1.2 Information relative à l'IVG doit permettre de guider au mieux la femme confrontée à une situation de grossesse non désirée et l'aider dans sa réflexion et dans la réalisation de ses démarches lorsqu'elle en a décidé l'interruption.

2. Sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'information des femmes :

- Il apparaît essentiel de **sensibiliser et d'améliorer la formation des personnels des établissements** prenant en charge des IVG (accueil, information, accompagnement...) ;
Sur le sujet particulier de l'accueil, l'ANAES précise que ce dernier doit être apte à apporter les principales réponses aux demandes des femmes (orientation, modalités de l'intervention), l'accueil et le secrétariat devant être signalés avec précision à l'entrée, ainsi qu'à l'intérieur de l'établissement de santé (ce sujet est abordé dans la fiche 2 relative à l'amélioration de l'accès à l'IVG).
- Il est en outre nécessaire de **sensibiliser les médecins assurant la première consultation médicale en vue d'une IVG, au caractère décisif de leur rôle dans la rapidité et la facilité de la démarche de la femme**. Il incombe à ces praticiens d'informer les femmes de la possibilité de bénéficier d'un entretien psycho-social. Le recours à la consultation sociale qui peut constituer pour la femme un soutien approprié dans un moment difficile, dépend bien souvent de la qualité de l'information délivrée par le médecin sur ce sujet dans le cadre de la première consultation médicale.

3- Améliorer le fonctionnement des dispositifs en place : les permanences téléphoniques régionales d'information sur la contraception et l'IVG .

3-1- Le dispositif :

Ces permanences³³, confiées à des associations habilitées à traiter des problèmes de maîtrise de la fécondité ou à des établissements de santé, assurent une double mission :

- l'information du public en réponse à toutes questions relatives à la contraception ;
- l'aide aux démarches et l'orientation des femmes souhaitant accéder à une interruption volontaire de grossesse.

Pour mettre en œuvre cette dernière mission, les permanences disposent d'informations sur les coordonnées des établissements de santé pratiquant les IVG, leurs disponibilités et les méthodes pratiquées par ces centres.

Environ : - 60 % des permanences ont été confiées à des associations ;
- 40 % des permanences ont été confiées à des établissements de santé.

Les horaires prévus pour leur fonctionnement indiquent, dans l'ensemble, de bonnes capacités à répondre aux besoins des femmes.

³³ Elles ont été créées par voie de circulaire : circulaire N° 2000/347 du 26 juin 2000 relative à l'amélioration de l'organisation des IVG : fonctionnement des permanences téléphoniques régionales et continuité du service public pendant l'été.

Il apparaît globalement (notamment par le biais des sondages réalisés dans le cadre de l'enquête nationale qui a été confiée à l'Institut Démographique de l'Institut de Bordeaux et de l'enquête rapide menée par la Direction Générale de la Santé en novembre 2002) que ces permanences ont connu une montée en charge très lente de leur fonctionnement. Toutefois les professionnels reconnaissent désormais les avantages qu'elles présentent pour les patientes et les établissements.

L'évolution de leur activité apparaît très contrastée suivant les régions. Les régions faisant état d'une activité satisfaisante de la permanence estiment que ce résultat est lié à des **efforts répétés entrepris pour la faire connaître et l'organiser**.

Il apparaît nécessaire de veiller à la **réalisation équilibrée des différentes missions** qui ne semble pas toujours aisée à assurer ; en effet, elle semble relativement dépendante de l'organisation retenue. Ainsi, lorsque la permanence a un support hospitalier il semble que la mission orientation soit privilégiée et que la mission d'information proprement dite et notamment celle concernant la contraception soit mise en œuvre plus difficilement.

3-2- Affirmer la place des permanences :

Les permanences s'inscrivent dans l'ensemble des mesures prises, pour améliorer l'accès des femmes à l'IVG. Elles peuvent jouer un rôle essentiel pour l'accompagnement des femmes, en facilitant l'information des intéressées sur les techniques d'IVG proposées, les démarches à entreprendre, les établissements pratiquant les interventions et en favorisant des prises de rendez-vous les plus rapides possible, permettant ainsi la réalisation d'interventions précoces. Ces structures, dont le rôle est déterminant pour une orientation des femmes vers le lieu le plus adapté à leur situation et à leur choix doivent également être à même d'apporter une information de qualité en matière de contraception.

3-3 Renforcer l'efficacité de ces structures :

Si l'analyse des résultats permet de souligner la compétence de la majorité des personnes chargées de la tenue des permanences, en matière d'écoute et d'aide aux démarches en vue d'une IVG, elle révèle aussi des inégalités en ce qui concerne la qualité des prestations fournies et encore quelques lacunes dans la nature et le contenu de l'information fournie.

Les outils à la disposition des personnels assurant l'information ont été améliorés dans l'ensemble et permettent de fournir des informations adaptées en ce qui concerne les horaires d'ouverture des structures, les méthodes, les tarifs, les possibilités d'entretiens, les nouvelles dispositions légales... En revanche les informations relatives aux disponibilités des établissements assurant des IVG méritent souvent d'être améliorées.

Les régions ont réalisé des efforts importants pour assurer la diffusion du numéro d'appel, des horaires et des missions :

- Les supports les plus fréquents de cette diffusion ont été : des affiches, des cartes de format carte bancaire, des plaquettes ; l'information a souvent été intégrée à des plaquettes éditées sur des sujets en relation avec la sexualité.

- Ces documents d'information ont été diffusés dans le cadre des séances d'éducation à la sexualité dans les lycées et les collèges et par ailleurs dans les missions locales, centres sociaux, foyers de jeunes travailleurs, sur les sites internet DRASS-DDASS...

Il convient de prolonger ou renouveler ces modes d'information et de privilégier les modalités de diffusion permettant d'informer les publics les plus larges : publications dans les journaux locaux accompagnées de la rédaction d'articles spécifiques, **inscription des coordonnées dans les pages jaunes de l'annuaire téléphonique.**

3-4- Les perspectives :

- **l'analyse de appels reçus** par les permanences doit être encouragée. Elle constitue un outil précieux **d'information sur les besoins de la région dans le domaine de l'IVG** et permettre l'adaptation et la mise en place du dispositif approprié pour y répondre

Ainsi, l'exploitation de ces informations est susceptible d'indiquer si la répartition de l'offre en matière d'actes pratiqués est adaptée à celle de la demande, si les techniques proposées par les institutions correspondent aux choix des patientes, si l'information relative à la contraception et à l'IVG mise à la disposition des femmes dans les structures intervenant dans ce domaine, est suffisante et répond aux besoins des publics concernés...

- **L'organisation et le suivi du fonctionnement des permanences** ainsi que l'analyse des appels reçus **semblent devoir être systématiquement inscrits par chaque région dans le cadre des travaux des commissions régionales de la naissance** qui constituent des instances appropriées pour proposer les adaptations nécessaires.

4- Adapter les outils d'information des femmes susceptibles de les aider dans leurs démarches : l'actualisation permanente du dossier-guide.

Le groupe d'appui regrette le retard apporté à la diffusion du nouveau document, qui n'a pas permis à la population et aux femmes en particulier, de prendre rapidement connaissance du nouveau dispositif et a pu les pénaliser dans leurs démarches.

Le dossier-guide, dans sa nouvelle rédaction, améliore l'information des femmes : mise à jour du dispositif législatif, aide aux démarches, information sur les techniques à la disposition des femmes, informations spécifiques aux mineures...

Il doit être systématiquement actualisé pour apporter une information complète à tous et constituer un véritable outil d'aide à la réflexion des femmes préalable à l'intervention et aux démarches en vue d'une IVG. Il est tout particulièrement important que les **DDASS et les DRASS complètent cette brochure par une liste exhaustive des structures auxquelles les femmes ont à faire appel ainsi que leurs coordonnées : établissements de santé pratiquant les IVG, centres de planification et d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial.**

Liste des annexes

- Annexe 1** Lettre de mission du 6 novembre 2001
- Annexe 2** Composition du groupe : arrêtés du 1^{er} février et du 25 avril 2002
- Annexe 3** Etudes et résultats, DRESS n° 69, juin 2000
- Annexe 4** Enquête DHOS du 3 décembre 2002 diffusés en octobre 2002
- Annexe 5** Analyse du Pr. Didier TRUCHET du 29 mai 2002
- Annexe 6** Lettre de la SFAR de décembre 2002
- Annexe 7** Textes de référence

Annexe 1
Lettre de mission du 9 novembre 2001

REPUBLIQUE FRANCAISE

La Ministre de l'Emploi
et de la Solidarité

Le Ministre délégué à la Santé

La Secrétaire d'Etat aux Droits des Femmes
et à la Formation Professionnelle

CAB/CK/DB/D 010:6706

25 NOV 2001

NOTE

A l'attention de Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Inspection Générale des Affaires Sociales

- :-

Objet : Création d'un groupe national destiné à accompagner le rattachement des centres d'IVG autonomes aux unités de l'établissement de santé désormais en charge de cette activité.

L'article 8 de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, a abrogé les deux derniers alinéas de l'article L.2212-8 du code de la santé publique qui avaient institué des structures médicales autonomes pour l'activité d'IVG.

En conséquence, l'organisation médicale, dans ce domaine, est désormais l'organisation de droit commun, fixée par les dispositions des articles L.6143-1 5°, L.6143-1 à L.6146-8 du code de la santé publique (unités fonctionnelles, services ou départements, voire structures libres).

Néanmoins, le rattachement des centres d'interruption volontaire de grossesse aujourd'hui autonomes dans l'organisation hospitalière de droit commun ne doit pas remettre en cause leur spécificité et leurs modalités de fonctionnement.

C'est la raison pour laquelle il a été décidé de créer un groupe national destiné à accompagner le rattachement des centres d'IVG par les unités, services ou départements, de l'établissement de santé désormais en charge de l'activité d'IVG.

Nous vous saurons gré de désigner un inspecteur général afin de présider ce groupe.

Cette instance comprendra des représentants des directeurs d'établissements publics et privés de santé, des représentants de praticiens pratiquant les IVG, des représentants des centres de Planification Familiale, des représentants des sages-femmes, des représentants des usagers et une ou plusieurs personnes qualifiées.

Sa mission principale sera de faciliter les opérations d'intégration des CIVG aujourd'hui autonomes. A ce titre, il proposera au conseil d'administration de l'établissement hospitalier les mesures de nature à faciliter l'organisation médicale de l'activité d'IVG.

Il pourra, sur demande de l'établissement hospitalier, accompagner localement les négociations entre les établissements et les responsables des structures.

Il rendra compte de la situation et des difficultés persistantes.

Il pourra être saisi soit par :

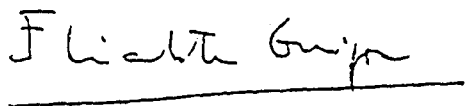
- Le ministre ou son représentant,
- Le représentant de l'établissement hospitalier,
- Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Il pourra également s'auto-saisir.

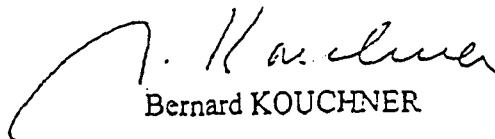
Il s'adjoindra, en tant que de besoins, toute personne qu'il jugera nécessaire à la réalisation de sa mission et notamment le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ou le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales ou leur représentant.

Nous souhaitons que ce groupe soit mis en place le plus rapidement possible afin qu'il nous soit rendu compte, dans les meilleurs délais, de l'état des difficultés existantes et de celles que la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 est susceptible de révéler.

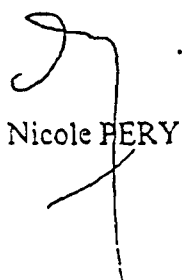
Katherine Cornier, conseillère technique au cabinet du Ministre délégué à la Santé, se tient à votre disposition pour toute précision complémentaire.



Elisabeth GUIGOU



Bernard KOUCHNER



Nicole PERY

Annexe 2
Composition du groupe
(arrêtés du 1^{er} Février et 25 avril 2002)

ARRETE DU 1^{er} FEVRIER 2002 RELATIF A LA CREATION ET A LA COMPOSITION DU GROUPE NATIONAL D'APPUI AUX CENTRES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.

La ministre de l'emploi et de la solidarité

Le ministre délégué à la santé

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à l'égalité professionnelle

Vu le décret 90-437 du 28 mai 1990

Vu la lettre de mission du 6 novembre 2001

Arrête:

Article 1: un groupe national d'appui aux centres d'interruptions volontaires de grossesse est constitué. Il a pour mission de faciliter l'intégration des centres d'orthogénie autonomes dans les services de gynécologie-obstétrique des établissements de santé et plus largement, d'accompagner la mise en place du dispositif légal issu de la loi du 4 juillet 2001.

Article 2: le groupe national d'appui aux centres d'interruptions volontaires de grossesse est composé de :

- Madame Emmanuele JEANDET-MENGUAL, inspectrice générale des affaires sociales, présidente
- Dr Elisabeth AUBENY, gynécologue médicale, présidente de l'association française pour la contraception
- M. Michel BILIS, directeur de l'hôpital Avicenne de Bobigny
- Mme Nathalie BRIELLE, sage-femme au CHU de Caen
- Mme Sophie BUSQUET, attachée de direction à la FHP
- Mme Christine CRUBILLE, anesthésiste à l'hôpital Saint-Antoine à Paris
- Mme Christine DER ANDREASSIAN, infirmière et conseillère conjugale au centre d'orthogénie de Broussais
- Mme Danielle GAUDRY, gynécologue-obstétricienne, membre du bureau national de la confédération française pour le planning familial.
- Dr. Philippe LEFEBVRE, vice-président de l'ANCIC, responsable du centre d'orthogénie de Roubaix
- Mme Cécile LEMOINE, chargée de mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité.
- Mme Martine LEROY, présidente de l'association départementale du mouvement français pour le planning familial de Loire-Atlantique
- Mme Martine LIGNIERES-CASSOU, députée
- Pr. Jacques MILLIEZ, chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Saint-Antoine à Paris
- Mme Sophie MIRAMAND, directrice de la polyclinique URBAIN V à Avignon
- Dr MONTALVO, médecin inspectrice de santé publique à la DDASS du Bas-Rhin
- Mme Danièle POURTAUD, sénatrice
- Mme VIGNERON-MELEDER, directrice de l'agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine

Article 3: les conclusions et les propositions de ce groupe national d'appui feront l'objet d'un rapport qui sera transmis aux ministres concernés.

Article 4: les remboursements de frais de déplacement des membres du groupe national d'appui seront établis conformément aux conditions fixées par le décret n°90-437 du 28 mai 1990, et seront effectués avec effet rétroactif à dater du 1^{er} janvier 2002.

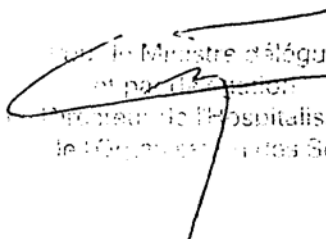
Article 5: Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Fait à Paris, le

01 FEV. 2002

La ministre de l'emploi et de la solidarité

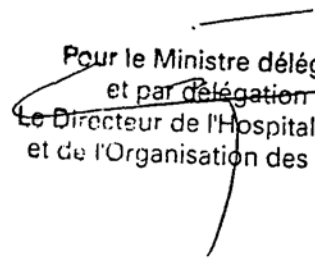
Pour la ministre et par délégation


 Pour le Ministre délégué
 et par délégation
 Directeur de l'Hospitalisation
 et de l'Organisation des Soins

Edouard COUTY

Le ministre délégué à la santé

Pour le ministre délégué et par délégation


 Pour le Ministre délégué
 et par délégation
 Le Directeur de l'Hospitalisation
 et de l'Organisation des Soins

Edouard COUTY

**ARRETE DU 25 AVRIL 2002 MODIFIANT L'ARRETE DU 1^{er} FEVRIER 2002
RELATIF A LA CREATION ET A LA COMPOSITION DU GROUPE NATIONAL
D'APPUI AUX CENTRES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.**

La ministre de l'emploi et de la solidarité

Le ministre délégué à la santé

La secrétaire d'Etat aux droits des femmes et à l'égalité professionnelle

Vu le décret 90-437 du 28 mai 1990

Vu la lettre de mission du 6 novembre 2001

Arrête:

Article 1: A la composition initiale du groupe national d'appui aux centres d'interruptions volontaires de grossesse présidé madame Emmanuele JEANDET-MENGUAL, inspectrice générale des affaires sociales sont ajoutées les personnes suivantes:

- Madame Josette SOTTILE-NOCCA, représentante de l'Union Féminine Civique et Sociale
- Madame Odile BOSC, représentante de l'Union Féminine Civique et Sociale

Article 2: Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Fait à Paris, le **25 AVR. 2002**

La ministre de l'emploi et de la solidarité

Le ministre délégué à la santé

Pour la ministre et par délégation

Pour le ministre délégué et par délégation

Pour la Ministre et par délégation
Le Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Edouard COUTY

Pour le Ministre délégué
et par délégation
Le Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Edouard COUTY

N° 69 • juin 2000

Les IVG en 1998

En 1998, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) s'établit à 214 000, soit 6 % de plus qu'en 1990. Dans le même temps, le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans a légèrement diminué (de 13,6 à 13,3). Si l'on restreint l'observation aux femmes de 15 à 44 ans, il s'est au contraire un peu accru (de 15,0 à 15,4‰). En fait, ce taux, stable après 25 ans, a plutôt crû pour les jeunes et très jeunes femmes, ce qui révèle peut-être un changement de comportement.

Le secteur hospitalier public assure les deux tiers des IVG. Son activité n'est minoritaire en ce domaine que dans douze départements, situés en Ile-de-France et dans le sud de la France. Ces régions sont, par ailleurs, celles où le taux d'IVG est plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. Les départements d'Outre-mer présentent des taux d'IVG plus importants. Le secteur public assure, en outre, la majeure partie de la prise en charge des IVG par mode médicamenteux qui concerne désormais le cinquième des IVG pratiquées.

Marie LE CORRE et Édith THOMSON
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

En 1998, 214 000 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été pratiquées en France, dans les hôpitaux publics et privés contre 202 000 en 1990, soit 6 % de plus. Le nombre d'IVG (encadré 1) avait plutôt légèrement diminué de 1990 à 1995 (199 000). Il a augmenté deux fois, en 1996 et en 1998 (graphique 1), sans que l'on puisse encore établir si ces évolutions récentes sont accidentelles ou ont une dimension plus structurelle.

Rapporté au nombre de femmes considérées habituellement comme étant en âge de procréer (c'est à dire les femmes de 15 à 49 ans), le nombre d'IVG pour 1 000 femmes a évolué à la baisse, de 13,6 en 1990 à 13,3 en 1997. Toutefois, il faut noter qu'à partir de 1991, les femmes nées dans les années d'après-guerre arrivent dans la tranche d'âge des 45 à 49 ans au sein de laquelle les IVG sont rares (0,7 ‰). L'augmentation importante du nombre de femmes dans cette tranche d'âge (700 000 entre 1990 et 1997) exerce, à cet égard, un effet mécanique à la baisse.

Si, en revanche, on ne prend en compte que les femmes âgées de 15 à 44 ans, le taux d'IVG apparaît plutôt en légère progression, de 15,0 ‰ en 1990 à 15,4 ‰ en 1997.

• • •



E-1

Méthodologie

Le nombre des IVG déclarées est obtenu à partir de deux sources d'information :

- les bulletins d'interruption volontaire de grossesse qui doivent être renseignés pour chaque IVG par l'établissement dans lequel elle a lieu ;
- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui recense toutes les IVG facturées au forfait.

Ce nombre ne comprend pas les IVG qui seraient facturées sous une autre cotation ni celles qui seraient effectuées en dehors des hôpitaux publics et privés.

La comparaison établissement par établissement fait apparaître un certain nombre de divergences entre les chiffres des bulletins et les chiffres de SAE. Dans ce cas, c'est le chiffre le plus élevé des deux qui est retenu après une analyse permettant d'éliminer la plupart des risques de doubles comptes. En raison de défauts de transmission, c'est souvent le nombre des bulletins qui est le plus faible.

En ce qui concerne l'année 1998, la vérification et l'exploitation des bulletins ne sont pas achevées, les chiffres pour cette année sont donc ceux de l'enquête SAE complétée éventuellement par les bulletins disponibles et faisant apparaître pour l'établissement concerné un nombre d'IVG supérieur à celui que donne la SAE. Ces corrections ont eu pour effet d'augmenter les chiffres de la SAE d'environ 1 600 IVG réparties dans une dizaine de départements, soit un peu moins que les années précédentes (2 000 à 3 000 en moyenne).

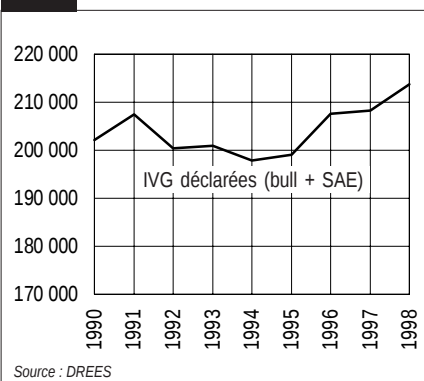
Les taux d'IVG pour 1 000 femmes sont ceux issus de l'exploitation des bulletins, l'enquête SAE ne permettant pas de répartir les IVG selon l'âge et le domicile des patientes. Au niveau départemental, les populations de femmes auxquelles sont rapportées les IVG en 1997 sont estimées au 1/1/1998. Dans l'attente des résultats du recensement de 1999, les structures par âge n'ont pas été prises en compte. Elles pourraient expliquer une part des taux faibles (respectivement forts) des départements dont la population de femmes est plus (respectivement moins) âgée.

Le relevé des dépenses liées à la prise en charge des IVG par l'État constitue une troisième source d'information. Le décalage de quelques mois entre les interventions et les mandatements empêche de confronter strictement les chiffres pour une même année, mais permet de confirmer les ordres de grandeur et les tendances présentés dans cette étude.

Les interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) déclarées pour des motifs médicaux sont incluses dans cette étude. Leur nombre est faible : 3 000 en 1998.

G-01

nombre d'IVG de 1990 à 1998



Légère croissance du taux d'IVG chez les plus jeunes femmes

Les différences de taux d'IVG observées selon l'âge des femmes illustrent les moments de la vie pour lesquels le risque d'interruption de grossesse peut se révéler plus ou moins important. Ces différences peuvent aussi indiquer des évolutions de comportement d'une génération à l'autre, les plus jeunes remplaçant leurs aînées au fil du temps.

De 1990 à 1997, le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes (graphique 2). Les taux les plus élevés concernent les femmes de 20 à 24 ans (24 % en 1997, 21 % en 1990), mais la plus forte augmentation est le fait des 18-19 ans : 19 % contre 15 % sept ans auparavant.

Pour les très jeunes, âgées de 15 à moins de 18 ans, le taux atteint près de

7 ‰ en 1997 (6 ‰ en 1990). Cette évolution, certes limitée par rapport à celle constatée pour les femmes un peu plus âgées, illustre l'importance d'une information précoce sur les moyens contraceptifs et d'un accès facilité aux jeunes.

L'augmentation du taux d'IVG chez les jeunes peut donner lieu à plusieurs hypothèses, encore difficiles à confirmer (encadré 2).

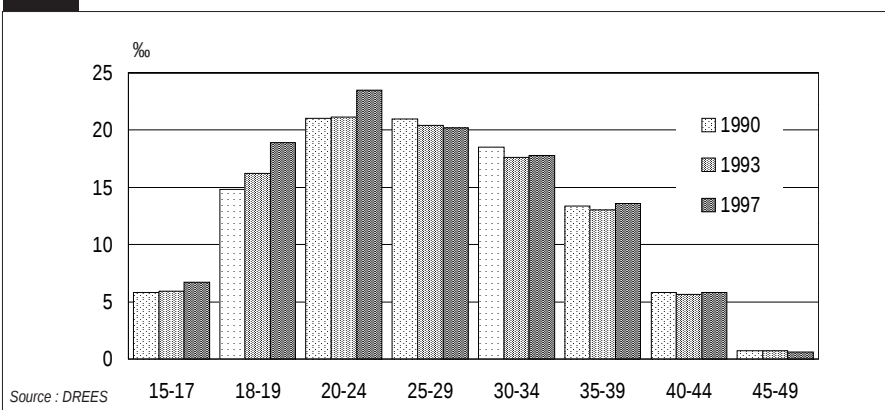
Montée en charge des IVG par mode médicamenteux

Une autre évolution peut être constatée au niveau des techniques utilisées. L'IVG par mode médicamenteux apporte désormais la possibilité de recourir à une technique moins invasive. Cependant, la mifépristone (RU 486) ne peut être utilisée légalement que dans les trois semaines qui suivent l'absence des règles (soit 49 jours d'aménorrhée) (encadré 3). Elle ne concerne donc que les IVG très précoces.

Son utilisation se développe progressivement : 14 % des IVG en 1990, 20 % en 1998. Cette technique est plus souvent utilisée au sein des établissements du secteur public (23 % des IVG en 1998) contre 16 % pour les cliniques soumises à l'Objectif quantifié national (OQN)¹ et 13 % pour les établissements privés sous budget global. 17 % des établissements publics et 60 % des établissements privés ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuses.

G-02

taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (France entière)



Deux tiers des IVG sont pratiquées par le secteur public

Le système hospitalier public étant tenu de par la loi (encadré 3) de répondre aux demandes d'interruption de grossesse, les hôpitaux publics prennent en charge les deux tiers environ des IVG réalisées sur l'ensemble du territoire. Dans le secteur privé, ce sont surtout les cliniques soumises à l'OQN qui assurent ces interventions, les établissements privés sous budget global n'en réalisant, pour leur part, que moins de 3 %.

Dans plus de la moitié des départements, plus de 75 % des IVG sont réalisées dans le secteur public (carte 1). Dans dix-neuf départements, le secteur privé n'intervient pas.

En revanche, dans douze départements, les établissements privés réalisent plus de la moitié des IVG. Ils se situent essentiellement dans la région Ile-de-France et dans quelques départements du Sud.

Recours plus important à l'IVG en Ile-de-France et dans le sud de la France

Le quart des départements métropolitains présente des taux d'IVG su-

périeurs à la moyenne (13,3 ‰). Ils sont exclusivement concentrés en Ile-de-France et dans les régions du sud de la France : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA et Rhône-Alpes ainsi que dans les DOM (carte 2). Il en va ainsi dans certains départements très urbanisés où le taux d'IVG peut dépasser 18 ‰ : la Seine-Saint-Denis, Paris, le Val-de-Marne, le Var, les Bouches-du-Rhône et les Hauts-de-Seine. Toutefois, dans les régions du sud, trois départements, plus ruraux, ont des taux inférieurs à 10 ‰. Il s'agit des Landes, du Gers et de la Lozère.

À l'opposé, un quart des départements présente des taux inférieurs à 10 ‰. Ils se situent principalement dans la partie centrale du territoire. Ainsi, en Vendée, dans les Deux-Sèvres et en Mayenne les taux sont inférieurs à 8,5 ‰.

Pour la moitié restante des départements les taux d'IVG varient entre 10 ‰ et 13 ‰. Les régions du nord de la France, Nord-Pas-de-calais, Picardie, Haute-Normandie, ainsi que la Bretagne et l'Alsace se situent par exemple intégralement dans cette fourchette.

Dans les départements d'Outre-mer, les taux d'IVG sont souvent très élevés et posent manifestement le problème du recours à la contraception (en-

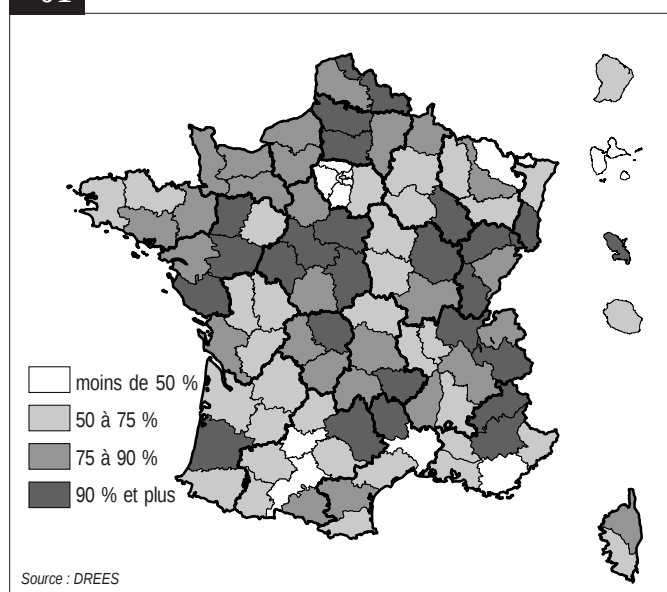
cadré 4, relatif aux DOM).

Si les transferts (IVG pratiquées dans un département autre que celui où la femme est domiciliée) sont assez nombreux (17 % en métropole), ils se font généralement dans un département limitrophe, le plus souvent à l'intérieur d'une même région. Quelques régions font cependant exception : l'Ile-de-France, notamment, accueille des patientes de toute la France. Ces transferts se font au profit de localités plus accessibles ou mieux équipées. Une autre raison peut être le désir d'anonymat, en particulier quand il n'existe qu'un ou deux établissements pratiquant les IVG dans le département.

1. Les établissements sont répartis en trois secteurs : le secteur public ; le secteur privé sous dotation globale qui comprend les établissements privés ayant opté pour ce mode de tarification, et rassemble principalement les établissements participant au service public hospitalier ; le secteur qui regroupe les établissements privés relevant de l'article L-710-16.2 du code de la Santé publique, les établissements à tarif d'autorité ainsi que les établissements sans mode de fixation des tarifs. Ce secteur est intitulé "établissements soumis à l'OQN (Objectif quantifié national)".

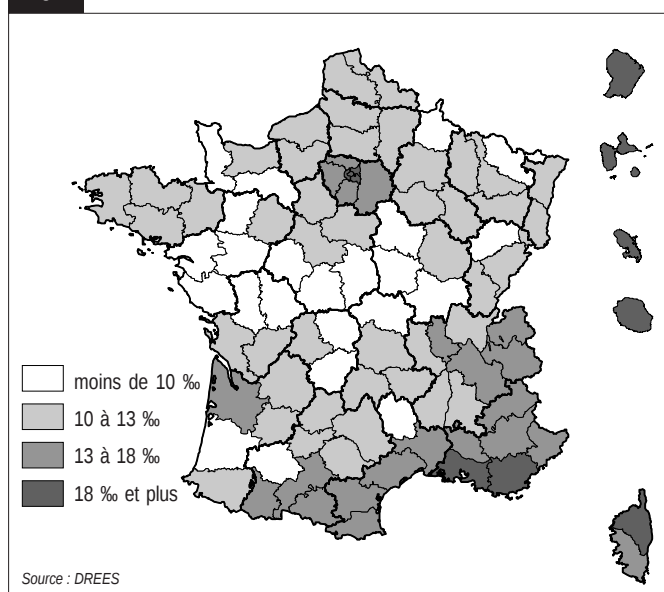
C
01

part du secteur public dans les IVG pratiquées par département (France entière)



C
02

nombre d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (France entière)



E•2 L'évolution des taux d'IVG chez les jeunes femmes : des hypothèses à confirmer

Les évolutions de taux d'IVG mises en évidence par le dispositif statistique utilisé sont assez ténues et très récentes. Elles peuvent donner lieu à plusieurs hypothèses, encore difficiles à confirmer.

Une augmentation de la fréquence ou de la précocité des rapports sexuels semble devoir être écartée. L'âge médian des premiers rapports est situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons depuis plusieurs décennies (baromètre santé jeunes 1997/1998).

L'évolution des modes de vie dans un contexte parfois marqué par la précarité économique pourrait apporter des éléments d'explication.

Une fraction significative des jeunes femmes d'aujourd'hui a, en effet, été confrontée à des situations prolongées de chômage, pour elles-mêmes ou leurs proches. Ceci a, entre autres, pour effet de conduire à des installations en couples plus tardives, avec ou sans mariage, et donc à un nombre croissant de jeunes femmes seules ou n'ayant pas de situation professionnelle et familiale stable. Celles-ci pourraient avoir plus de difficultés, souvent en raison de leur situation matérielle, à recourir à une contraception efficace et, en cas de grossesse accidentelle, ne pas se sentir en mesure de l'assumer.

L'accent mis sur la prévention contre le SIDA et l'usage du préservatif a pu aussi faire ressentir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection contre la maladie et ne pas inciter à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif.

La situation des jeunes femmes de 18 à 20 ans scolarisées, "ayant droit" de leurs parents pour la prise en charge de la sécurité sociale, peut enfin susciter des difficultés. Étant majeures, elles n'ont plus droit à la gratuité des consultations médicales et des contraceptifs dans les centres de planification familiale, alors que leurs moyens financiers sont souvent limités, et qu'elles peuvent hésiter à solliciter un remboursement nécessitant d'informer leur famille.

E•3 La législation en matière d'IVG

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a été autorisée en France sous certaines conditions, de façon temporaire par la loi du 17 janvier 1975, puis de façon définitive par la loi du 31 décembre 1979. Son remboursement pris en charge par l'État a été mis en œuvre en 1983 (Loi 82-1172 du 31/12/1982).

Toute femme en situation de détresse peut demander une IVG à un médecin. Après un entretien social et une semaine de réflexion (délai qui peut être réduit en cas d'urgence), elle doit confirmer sa demande.

L'acte doit avoir lieu dans un établissement hospitalier habilité à recevoir des femmes enceintes, avant la fin de la 10^{ème} semaine de gestation, soit 12 semaines d'aménorrhée.

Les mineures doivent produire une autorisation parentale, les étrangères doivent justifier d'un titre de résidence en règle.

Jusqu'à 49 jours d'aménorrhée (7 semaines), l'interruption de grossesse peut être réalisée par la prise de médicaments en association : une antiprogéstérone, la Mifegyne (RU 486 ou mifépristone), administrée par voie orale, associée à un analogue de progestérone par voie orale ou vaginale.

Par ailleurs, l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) peut être pratiquée sans limitation de délai s'il y a accord de deux médecins (dont un expert auprès des tribunaux) sur la situation de risque grave pour la femme ou pour l'enfant.

Sont tenus de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, en application des articles L. 162-8 et L. 162-9 du code de la santé publique (Décret 88-59 du 18/01/1988) :

- 1 • les centres hospitaliers régionaux ;
- 2 • les centres hospitaliers généraux ;
- 3 • les autres établissements d'hospitalisation publics qui comportent une unité pour pratique chirurgicale ou obstétricale, à l'exception des centres hospitaliers spécialisés.

Les établissements privés sont astreints à ne pas dépasser un quota d'IVG égal au quart des actes chirurgicaux ou obstétricaux qu'ils pratiquent.

4

E•4 Les IVG dans les DOM

Taux d'IVG dans les DOM et IVG répétées*

Les taux d'IVG en 1997 sont plus élevés dans les départements d'Outre-mer qu'en France métropolitaine. Ils atteignent 2 fois le taux métropolitain pour la Martinique, la Guyane et la Réunion et 3,5 fois en Guadeloupe.

En Martinique et à la Réunion, environ un quart des femmes qui ont subi une IVG en 1996 en avaient déjà subi au moins une autre précédemment. Cette situation est relativement proche de celle de la France métropolitaine. Cette proportion est, en revanche, sensiblement plus élevée en Guyane où elle dépasse le tiers et surtout en Guadeloupe où elle atteint 43 % (tableau).

Ces IVG répétitives représentent, pour l'ensemble des DOM, 12 % des IVG concernant les jeunes femmes de moins de 20 ans. Le risque de telles répétitions s'accroît bien sûr avec l'âge. La moitié des IVG réalisées sur des femmes de 30 à 34 ans en Guyane et en Guadeloupe ont un caractère répétitif, contre un tiers pour la France métropolitaine.

Taux d'IVG ¹ (en %, en 1997)		Taux de répétition ² (en % des IVG, en 1996)					
		Moins de 20 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 49 ans	Ensemble
49	Guadeloupe	12	35	46	53	56	43
27	Guyane	12	33	38	52	47	37
25	Réunion	12	24	36	39	41	28
26	Martinique	12	20	26	30	37	25
13	France métropolitaine	7	19	28	33	33	26

1. Nombre d'IVG en 1997 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

2. Lecture : en Guadeloupe, sur 100 femmes de moins de 20 ans ayant subi une IVG en 1996, 12 en avaient déjà subi au moins une auparavant.

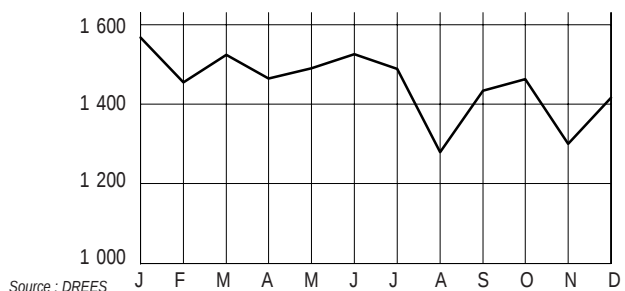
*. Pourcentage de femmes qui, ayant subi une IVG en 1996, en avaient déjà subi au moins une antérieurement.

Champ : départements d'Outre-mer.

Source : DREES

E•5 Répartition mensuelle des IVG

Le nombre d'IVG mensuelles subit des variations saisonnières, c'est-à-dire qui s'observent régulièrement chaque année de façon similaire. On observe une baisse en février et surtout une chute importante en août, due très vraisemblablement à la fermeture ou à la baisse d'activité d'un certain nombre d'établissements (graphique). Un niveau relativement faible apparaît également en novembre, mais sans qu'il puisse être expliqué par les capacités d'accueil.



Source : DREES

Annexe 4
Enquête DHOS du 3 décembre 2002 diffusés en octobre 2002

Paris, le 10 octobre

Synthèse de l'enquête DHOS du 3 décembre 2001

relative aux difficultés rencontrées

par les établissements de santé qui pratiquent les IVG.

A l'entrée en vigueur de certaines dispositions de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, des difficultés d'application ont été portées à notre connaissance, tant par les services de l'Etat, que par les établissements de santé ou encore les personnels médicaux et soignants.

Afin d'apporter une réponse adéquate aux difficultés ainsi constatées, la DHOS devait analyser la situation générale des régions et connaître les établissements hospitaliers qui rencontrent des difficultés persistantes en la matière.

La DHOS a donc réalisé une enquête au mois de décembre 2001 auprès des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Les réponses portent sur 25 régions¹ et recensent 729 établissements de santé qui pratiquent l'IVG, dont **463 publics et 266 privés**. Les réponses au questionnaire sont cependant parfois assez imprécises, tous les établissements de santé qui pratiquent les IVG n'ayant pas répondu à l'enquête. En moyenne, **le taux de réponse est de 80%**, avec 86% pour les établissements publics et 68% pour les établissements privés, avec de fortes disparités régionales (20% pour les établissements publics d'Aquitaine et 53% pour ceux d'Ile de France). Les pourcentages de cette synthèse rapportent donc les données aux 400 établissements publics qui pratiquent les IVG ayant répondu à l'enquête.

L'enquête réalisée en décembre 2001 permet d'avoir une vision globale de la situation de la prise en charge des IVG et du point de vue des professionnels de santé, notamment ceux qui rencontraient des difficultés notables.

¹ Métropole et DOM, à l'exception de la région Bretagne

D'une manière générale toutes les régions déclarent rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001, certaines les considérant comme ponctuelles et limitées. (Centre, Réunion, Poitou-Charentes et Martinique)

10 régions déclarent rencontrer des difficultés sur la pratique de l'ensemble des IVG quelle qu'en soit la période. Ces difficultés ne concernent pas forcément tous les établissements de la région, mais un ou plusieurs établissements clairement identifiés. On peut noter que **14 établissements publics, soit 4%², déclarent ne pas pratiquer d'IVG**, sans que soit précisé s'ils en pratiquaient antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi de juillet 2001. Cette enquête permet cependant de conclure que les dysfonctionnements récurrents portent essentiellement sur l'organisation de la pratique des IVG au-delà de 12 semaines d'aménorrhées et celles réalisées sur les mineures sans consentement parental.

1) Les difficultés liées à la pratique des IVG tardives (entre 12 et 14 semaines d'aménorrhées)

85 établissements de santé publics³, soit 21%¹, déclarent que leurs praticiens ne pratiquent plus les IVG après 12 semaines d'aménorrhées, en invoquant la clause de conscience. La nature de leur refus n'est pas toujours morale ou éthique mais est souvent liée à l'ignorance du geste technique approprié aux IVG tardives. Les praticiens demandent donc une formation complémentaire adaptée (Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Pays de Loire et Poitou-Charentes). Certains établissements mettent en avant un manque d'équipement, de locaux ou de personnel, notamment la Guyane, qui rencontre de graves difficultés pour hospitaliser les IVG chirurgicales. Dans certains établissements de Rhône-Alpes et des Pays de Loire, les réticences viennent des personnels paramédicaux. Globalement, en terme d'organisation des soins, seuls neuf départements n'assurent pas la prise en charge des IVG tardives.

La Corse et la Picardie signalent n'avoir aucune difficulté particulière sur les IVG pratiquées entre 10 et 12 semaines et n'avoir pas rencontré de réticences particulières de leurs praticiens.

Les régions Haute Normandie, Pays de Loire et Rhône-Alpes précisent qu'un de leur établissement transfère les IVG supérieures à 13 semaines d'aménorrhées. Certains centres hospitaliers n'acceptent de pratiquer que les IVG tardives des femmes de leur bassin de population, manifestant ainsi leur refus de pallier l'absence de prise en charge par les autres établissements de leur région, voire des régions limitrophes.

Par ailleurs, il faut noter que dans certains établissements d'Alsace et de Haute Normandie, la demande d'IVG tardive est soumise à l'avis préalable de l'équipe de gynécologues-obstétriciens.

Certains établissements d'Alsace et de Guyane pratiquent des IVG tardives par méthodes médicamenteuses et ne suivent donc pas les recommandations de l'ANAES.

Enfin, la région Midi-Pyrénées évoque le report des IVG tardives du secteur privé sur le secteur public.

² Des établissements de santé publics ayant répondu

³ 2 en Alsace, 2 en Aquitaine, 3 dans le département du Cantal (Auvergne), 14 en Basse Normandie, 3 dans la région Centre, 4 en Champagne-Ardenne, 1 en Guadeloupe, 4 en Haute-Normandie, 15 en Ile de France, 1 en Languedoc-Roussillon, 1 en Limousin, 7 en Lorraine, 3 en Midi-Pyrénées, 1 dans le Nord-Pas de Calais, 3 en Pays de Loire et 21 en Rhône-alpes.

2) Les difficultés liées à une prise en charge trop tardive des IVG

De nombreuses régions mettent en avant les difficultés liées au retard de prise en charge des femmes souhaitant pratiquer une IVG (Alsace, Aquitaine, Basse Normandie, Bourgogne, Picardie...). Il faut noter que cette prise en charge tardive est en général liée à une certaine désorganisation des services hospitaliers dans la prise en charge de l'IVG, qui a pour conséquence qu'ils ne peuvent répondre dans un délai rapide à une demande de rendez-vous. Deux ARH font état de délais de plus de deux semaines pour obtenir le premier rendez-vous. La priorité faite aux IVG tardives allonge les délais d'attente. La région Midi-Pyrénées évoque l'importance de sensibiliser les secrétariats médicaux afin que les rendez-vous soient donnés dans des délais permettant de réaliser les IVG. La région Auvergne note un effort particulier pour limiter le délai de prise en charge des femmes souhaitant réaliser une IVG.

L'Ile de la Réunion note que certaines femmes, qui connaissent les nouveaux délais légaux, ont tendance à reculer leur prise de rendez-vous.

3) Les difficultés liées à la prise en charge des mineures

Onze établissements de santé publics, soit 3%, refusent de pratiquer les IVG sur des mineures sans consentement parental et un département d'Auvergne envisage de demander l'autorisation au procureur de la République. Vingt établissements publics, soit 5, expriment de grandes réticences (Pays de Loire, Rhône-Alpes, Réunion, Guadeloupe) notamment pour des mineures de moins de quinze ans n'ayant donc pas la majorité sexuelle (Franche-Comté).

L'absence de consentement parental est notamment contestée lorsqu'une **anesthésie est pratiquée** (Centre, Franche-Comté, Nord pas de Calais, Rhône-alpes). Certains anesthésistes considèrent, d'une part que l'acte présente des risques opératoires et d'autre part, que la surveillance en ambulatoire d'une mineure dont l'IVG a été réalisée sous anesthésie générale pose de réelles difficultés lorsque les parents ne sont pas prévenus (Poitou Charentes, Midi Pyrénées). De même, ils craignent les poursuites judiciaires, notamment en cas de complications. La région Midi-Pyrénées évoque les difficultés liées à l'éventuelle fausse déclaration d'identité de la jeune fille en cas de complications.

Par ailleurs, les soignants ont parfois des **réticences à valider le choix de la personne majeure choisie comme référent**. Ils ont parfois des doutes quant au sens des responsabilités de cette dernière ou quant à son influence sur la mineure (Alsace, Guadeloupe, Ile de France, Réunion, Rhône-Alpes). Un établissement n'accepte de les pratiquer qu'à condition que l'accompagnant soit « réellement un adulte et non le camarade ou le petit ami à peine majeur », un autre déclare que le référent ignore parfois le motif de sa présence. De même, la crainte que l'accompagnant ne puisse surveiller la mineure lors de son retour à domicile a souvent été exprimée.

Les régions Ile de France, Midi Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes et Réunion font part des difficultés de **prises en charge financières des mineures**, ces dernières n'ayant pas les moyens de payer les frais restant à la charge des assurés sociaux. Les établissements passent par l'Aide Médicale d'Etat ou la Couverture Maladie Universelle, ce qui implique un surcroît de travail pour les équipes des centres IVG.

Par ailleurs se pose le problème du respect de **l'anonymat des IVG** réalisées sur les mineures, remis en cause, d'une part, par le remboursement des mutuelles, dont le décompte est reçu par les

parents et, d'autre part, par les absences scolaires injustifiées, pour lesquelles les parents sont prévenus.

Un département de Midi-Pyrénées et la Basse Normandie mettent en avant l'intérêt de sensibiliser les mineures à la contraception du lendemain et à l'éducation à la sexualité, en lien avec les services d'urgences, les centres de planification, les plannings familiaux et les structures scolaires.

4) L'entretien pré-IVG

Trois établissements de Rhône-Alpes maintiennent l'exigence de l'entretien psycho-social pré-IVG pour les femmes majeures, contrevenant ainsi aux dispositions législatives issues de la loi du 4 juillet 2001.

Les équipes de soignants estiment souvent dommageable l'absence d'entretien psycho-social, les femmes leur exprimant leur souffrance psychologique lors de la réalisation de l'IVG. Cet entretien reste donc parfois proposé avec une forte insistance.

Deux établissements de Corse bénéficient de crédits spécifiques de l'ARH permettant aux sages-femmes de réaliser des entretiens pré et post-IVG de qualité.

5) Sur l'information des professionnels

Presque toutes les régions indiquent avoir informé les professionnels concernés soit à l'occasion de réunions ad hoc, soit au cours des réunions de la Commission Régionale de la Naissance. Ces réunions avaient pour objet, soit une information juridique, soit une information plus médicale, portant sur les techniques à utiliser pour les IVG tardives. Il faut noter que le groupe national d'appui aux Centres d'IVG a observé que cette information a souvent permis de surmonter de nombreuses réticences à pratiquer les IVG tardives. La Commission Régionale de la Naissance d'Auvergne prévoit de faire un bilan de la prise en charge des IVG tardives en 2002. Rhône-Alpes prévoit une réunion interdépartementale pour envisager de résoudre les difficultés propres aux IVG tardives.

En général, ces réunions ne s'adressaient qu'aux professionnels hospitaliers, certaines régions y ont cependant convié les médecins libéraux et notamment les généralistes, voire des représentants du champ des droits des femmes, de la contraception et plus largement, de l'éducation sanitaire. Pour certaines régions, l'information des praticiens s'est limitée à la communication des textes (loi du 4 juillet 2001 et circulaire du 28 septembre 2001), qui ont été transmis à pratiquement tous les centres et services pratiquant les IVG.

Certaines régions ont mis en place des structures de veille spécifiques à l'IVG : l'Alsace a mis en place un observatoire régional de l'IVG ; le Nord-Pas de Calais a constitué, en octobre 2000, un groupe technique régional relatif à l'IVG et a réalisé un volet IVG dans son SROS II ; la Picardie met en place une cellule de vigilance qui s'assure de la mise en œuvre de la loi. Enfin, de nombreuses régions envisagent de réaliser des enquêtes complémentaires par leur commission régionale de la naissance.

Les régions Nord-Pas de Calais, Midi-Pyrénées et Picardie mettent en avant l'importance d'améliorer la formation et l'information des médecins généralistes afin qu'ils orientent les femmes vers les hôpitaux, en recommandant l'urgence lorsque les délais l'exigent. Une lettre d'information aux médecins généralistes est envisagée. Dans les Hautes-Pyrénées et le Nord Pas de Calais, des protocoles de prise en charge avec les services d'urgence ou entre établissements ont été mis en place.

6) L'organisation mise en place pour faire face aux difficultés

Les régions ne rencontrant pas de difficulté majeures n'apportent pas de réponse particulière aux difficultés rencontrées. Certaines s'appuient sur les permanences téléphoniques (Bourgogne, Limousin, Midi Pyrénées, PACA et Picardie), d'autres ont organisé la réorientation des femmes vers des établissements à même de les accueillir. (Auvergne, Centre, Languedoc Roussillon, Lorraine et PACA) parfois dans une autre région (Haute Normandie).

L'Aquitaine, la Guyane et le Limousin, font état de difficultés de gestion et d'un manque de disponibilité des blocs chirurgicaux.

La Bourgogne, la Haute Normandie et la région Midi-Pyrénées envisagent la formation de médecins référents ou la création de centre de référence, en général, au niveau des CHU, qui dans toutes les régions assurent d'ailleurs une grande partie des IVG et organisent des formations pour les médecins volontaires sur la base des recommandations de l'Anaes. La région Centre s'oppose à de tels centres de référence.

Enfin, les régions Picardie et Basse Normandie font valoir le rôle minime du secteur privé dans la prise en charge des IVG, ces derniers, notamment en Ile de France, faisant par ailleurs valoir la faible rémunération de cette activité. Dans les régions Aquitaine, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA, il faut en revanche souligner l'équilibre de la prise en charge des IVG entre les établissements du secteur public et du secteur privé.

*

*

*

D'une manière générale, les difficultés récurrentes dans la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 portent d'une part, sur le refus de pratiquer des IVG supérieures à douze semaines d'aménorrhées, pour lesquelles les demandes sont faibles, et d'autre part, sur les IVG pratiquées sur les mineures sans consentement parental.

Les régions rencontrant les difficultés les plus notables sont l'Ile de France (notamment les départements de la Seine St Denis et du Val d'Oise), la Basse Normandie (département du Calvados), la Guyane, la Haute Normandie (département de la Seine-Maritime), et la région Rhône Alpes, dans lesquelles l'accès à l'IVG est globalement difficile et est encore plus délicat pour les IVG tardives.

L'accès à l'IVG tardive est cependant assurée dans au moins un centre par département. Les neuf départements qui n'assurent pas cette prise en charge orientent les patientes, dans des conditions plus ou moins difficiles, le nombre de place étant partout limité.

Cette enquête révèle que quelques établissements ont des pratiques contraires aux dispositions légales introduites en juillet 2001. D'autres réalisent les IVG médicamenteuses en contradiction avec les recommandations de l'Anaes de mars 2001.

Une vigilance particulière doit être observée sur les délais de rendez-vous, afin d'éviter une attente trop longue, psychologiquement insupportable. Les IVG réalisées pourront ainsi l'être plus précocement et les dépassements de délais légaux de recours à l'IVG, être évités.

11/05/2002 14:00:00

Annexe 5
Analyse du Pr. Didier TRUCHET du 29 mai 2002

Didier TRUCHET
Professeur à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)
Président de l'Association française de droit de la santé

Le 29 mai 2002

Madame Emmanuelle JEANDET-MENGUAL
Inspectrice générale des Affaires sociales

Madame l'Inspectrice Générale,

Comme nous en étions convenus, vous m'avez adressé, par lettre du 12 mai, les questions que désirait me poser le groupe national d'appui sur l'IVG que vous présidez. Vous trouverez ci-après les réponses qu'elles me paraissent appeler.

I – Sur la clause de conscience

Divisibilité de la clause de conscience :

Il ne fait aucun doute à mes yeux que la clause de conscience est « divisible » : un médecin est libre de décider en conscience, dans chaque cas, s'il accepte ou refuse de pratiquer une IVG. Il lui est notamment loisible d'accepter jusqu'à la 10^e semaine et de refuser au delà, mais aussi d'appliquer une autre limite ou d'autres critères de décision.

Cette interprétation du début de l'article L 2212-8 C.S.P. (« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ») semble unanimement admise ; elle n'a pas, à ma connaissance, donné lieu à contentieux.

Comme toute liberté, celle-ci n'est pas absolue. Le médecin qui refuse de faire une IVG doit bien sûr observer les prescriptions de l'article L 2218-8 : informer « sans délai » l'intéressée et lui communiquer « immédiatement » le nom de praticiens susceptibles de pratiquer cette intervention (ces derniers gardant d'ailleurs le droit de faire jouer la clause de conscience...).

J'estime en outre que le médecin qui ferait systématiquement jouer la clause de conscience envers des catégories de femmes pour des motifs tombant sous le coup de l'article 225-1 du Code pénal (dans la mesure d'une application raisonnable de celui-ci) abuserait de sa liberté et engagerait sa responsabilité pénale, disciplinaire (pour violation de l'article 7 du code de déontologie médicale), voire civile. Mais c'est là un propos très théorique car, le médecin n'ayant pas de motif à fournir, la preuve de l'infraction serait pratiquement impossible à établir.

Plus délicate est la question apparue avec le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002. Ce texte applique l'article L 2212-2 C.S.P. dans la rédaction que lui a donnée la loi du 4 juillet 2001 : la possibilité nouvelle offerte à un médecin de pratiquer une IVG en dehors d'un établissement de santé est subordonnée d'une part à l'utilisation exclusive de la voie

médicamenteuse, d'autre part, à la conclusion d'une convention avec un établissement de santé. Ce médecin peut-il encore opposer la clause de conscience ? Une réponse négative ne manquerait pas de logique, puisqu'en signant la convention, le médecin manifeste à tout le moins qu'il n'éprouve pas de réticence insurmontable à l'encontre des IVG. Je considère néanmoins qu'une réponse positive s'impose : en droit, car aucune disposition législative ne prive le médecin du bénéfice de cette clause dans le cas présent et une disposition réglementaire ne pourrait pas légalement l'en priver ; en fait, puisqu'il serait permis à ce médecin, de refuser, par exemple, les IVG au delà de 10 semaines.

Sur l'étendue de la clause de conscience :

Comme vous l'écrivez, la clause de conscience s'applique évidemment au personnel soignant, énuméré aux deux premiers alinéas de l'article L 2212-8 C.S.P.

J'estime qu'elle ne s'étend pas au delà. Seuls doivent en bénéficier ceux qui participent directement (« pratiquer » ou « concourir ») à l'acte d'IVG lui-même : le législateur leur a donné la garantie qu'ils ne seront jamais tenus d'effectuer eux-mêmes des actes, des gestes que leur conscience réprouve.

Dans le silence de la loi, cette garantie ne peut s'appliquer à ceux qui n'ont pas ce contact « physique » avec l'IVG : personnel de direction, de secrétariat etc. Ils doivent au contraire accomplir les diligences qui leur incombent dans le cadre de leurs fonctions.

Il convient cependant de réserver l'hypothèse différente prévue par l'alinéa 3 de l'article L 2218-8 : « un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux ».

II – Sur le cas spécifique de la prise en charge des mineures

Ce cas est aujourd'hui prévu par l'article L 2212-7 nouveau C.S.P.

Responsabilité des médecins ou de l'établissement :

La fait de procéder à une IVG sur une femme mineure sans le consentement de l'un au moins des titulaires de l'autorité parentale n'est pas en lui-même fautif, dès lors que les conditions légales sont respectées : elles résultent d'une part de l'article L 2212-7 (tentative du médecin pour convaincre l'intéressée d'accepter que le titulaire de l'autorité parentale soit consulté, demande de la femme mineure, accompagnement par un majeur), d'autre part de l'article L 2212-4 (consultation préalable obligatoire).

Ces prescriptions particulières s'ajoutent aux conditions générales de l'article L 2212-3 (information sur les méthodes, les risques et les effets ; remise du dossier guide).

Pratiquer une IVG sur une mineure sans respecter ces conditions peut constituer une faute. Le faire en les respectant n'est pas susceptible de constituer une faute. Cependant, il faut conseiller à l'établissement ou au médecin de conserver une preuve de l'accomplissement de ces formalités. L'article L 2212-4 prévoit la délivrance d'une attestation de consultation : il suffit à l'« organisme concerné » d'en garder une copie. L'article L 2212-7 en revanche est muet sur ce point : il appartient au médecin ou à l'établissement de demander à la mineure de

signer une attestation des informations données ou des démarches effectuées et, en cas de refus, d'en dresser procès-verbal.

Le respect de la loi n'exonère le médecin ou l'établissement de toute responsabilité qu'au regard du grief éventuel d'avoir pratiqué une IVG sur une mineure sans l'accord du titulaire de l'autorité parentale. En revanche, toute faute dans l'information de la femme, dans le choix de la méthode, dans l'exécution de l'acte, dans la surveillance des suites ... serait susceptible d'engager la responsabilité du médecin ou de l'établissement dans les conditions du droit commun : la situation n'est pas, à cet égard, différente du cas d'une victime majeure.

La personne majeure qui accompagne la femme mineure

La femme mineure qui refuse que le titulaire d'autorité parentale soit consulté « se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ». La formule utilisée par l'article L 2212-7 implique qu'il y a là une obligation : si la mineure refuse de désigner un accompagnant, le médecin ou l'établissement doit refuser de pratiquer l'IVG. Par ailleurs, l'expression « de son choix » implique qu'il serait illicite de désigner d'office un accompagnant ; sous réserve de la jurisprudence ultérieure, j'estime que le juge des enfants lui-même ne pourrait pas le faire.

Au demeurant, l'article L 2212-4 précise que la mineure « doit être conseillée sur le choix de la personne majeure ... ». Elle peut ainsi être orientée vers les membres d'une association, une assistante sociale ou un agent hospitalier, encore qu'il paraisse raisonnable que ce dernier n'appartienne pas au service dans lequel sera pratiquée l'IVG. Mais il ne s'agit que d'un conseil que la mineure peut ne pas suivre : en ce cas, il faut s'incliner devant son choix.

Un hôpital est-il fondé à demander à l'accompagnant de décliner son identité ? Je considère que, non seulement il le peut, mais encore qu'il le doit, ne serait-ce que pour vérifier que l'accompagnant est majeur. Bien sûr, cette identité sera couverte par le secret médical.

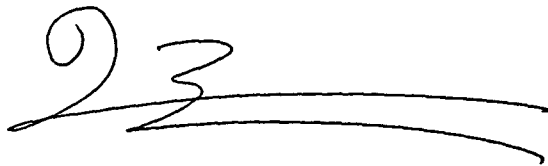
On ne peut exclure que le médecin ou le personnel hospitalier éprouve les doutes les plus graves sur la moralité de l'accompagnant ou sur la nature des liens qui l'« unissent » à la femme mineure (hypothèse de proxénétisme, voire d'enlèvement, par exemple). En ce cas, l'IVG doit, à mon avis, être pratiquée s'il n'y a pas de doute sur la volonté de l'intéressée (exprimée en l'absence de toute autre personne que le médecin). La direction de l'établissement peut cependant avertir le Parquet de la situation probable de la mineure, afin qu'il ordonne une enquête ou saisisse le juge des enfants qui prendra les mesures d'assistance éducative adéquates (art. 375 du Code civil).

Vous m'interrogez également sur la responsabilité de l'accompagnant. De manière très théorique, on peut toujours dire qu'il devrait répondre de ses fautes envers la femme mineure, mais je dois avouer ne pas pouvoir en imaginer de vraisemblables.

Une précision complémentaire, plus « psychologique » que juridique, s'impose : pratiquer une IVG sur une femme mineure sans le consentement d'un titulaire de l'autorité parentale est une telle rupture avec la législation antérieure qu'elle peut légitimement susciter l'incompréhension ou l'inquiétude du corps médical. Il a pu d'autant plus les éprouver que le nouvel article L 2212-7 accentuait le caractère exceptionnel des règles relatives à l'IVG. Mais ce caractère exceptionnel est aujourd'hui très sensiblement atténué : le nouvel article L 1111-5 C.S.P., issu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du

système de santé, étend en effet à l'ensemble des soins délivrés à des mineurs le mécanisme prévu pour la seule IVG par l'article L 2212-7 : dispense du consentement parental, effort pour convaincre le mineur d'accepter la « consultation » d'un titulaire de l'autorité parentale, accompagnement par un majeur de son choix. Dès lors, c'est de manière générale –et pas seulement dans le cas d'une IVG- que les professionnels et établissements de santé vont devoir s'habituer à pratiquer des actes médicaux sur des mineurs sans l'accord des parents et affronter les difficultés qui en résulteront inévitablement, dans un premier temps au moins.

J'espère que ces réponses, pour brèves qu'elles soient, répondront à l'attente du groupe d'appui. Comme nous en étions convenus, je me tiens à la disposition de ce dernier pour les préciser de vive voix, s'il l'estime nécessaire.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized '2' followed by a '3' and a long horizontal line.

Annexe 6
Lettre de la SFAR de décembre 2002

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, 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

Annexe 7
Textes de référence

Textes de référence :**LOIS**

Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

DECRET

Décret n° 2001-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption de grossesse pour motif médical pris pour l'application de l'article L.2213-3 du code de la santé publique

Décret n°2002-779 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article L.2123-2 du code de la santé publique

Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé

Décret n°2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé.

Décret n°2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental