



Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-096A

Evaluation de la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse en Outre-mer

RAPPORT

Établi par

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN MENNINGER

Avec la participation du Dr. Laurent CHAMBAUD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Octobre 2009 -

Synthèse

Dans le cadre de son programme de travail, l'IGAS a inscrit une évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'éducation à la sexualité, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesses, et des dispositions prises pour son application. La mission avait pour objet de recenser et d'analyser, à partir de l'objectif 97 « *assurer l'accès à une contraception adaptée, à une contraception d'urgence et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours* » annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, la situation de prise en charge des IVG, dans les établissements de santé et en ville, les meilleures pratiques et d'envisager les pistes d'amélioration concernant l'accès et le recours à la contraception, à la contraception d'urgence. Elle a examiné les initiatives innovantes, sur les sites dans lesquels elle s'est déplacée, des actions de promotion de l'éducation à la sexualité, dans les établissements scolaires et les lieux extra-scolaires. La mission s'est également intéressée aux actions d'information et de communication sur ces problématiques. Le présent rapport thématique a pour objet de présenter une évaluation dans les départements et collectivités ultramarins, et s'inscrit en complément du rapport de synthèse portant sur l'ensemble de la problématique, et des trois rapport thématiques portant respectivement sur la prise en charge des IVG, la contraception et la contraception d'urgence ainsi que sur l'information, la communication et l'éducation à la sexualité.

Dans l'ensemble des départements d'outremer (DOM), la situation sur cette problématique est préoccupante. Le taux de recours à l'IVG est en moyenne de 28% femmes en âge de procréer, (pour 14,5% en France métropolitaine), la prise en charge de l'IVG reste à améliorer, l'utilisation des contraceptifs est relative et des difficultés persistent pour diffuser l'éducation à la sexualité, notamment dans les établissements scolaires.

La mission s'est rendue dans deux départements d'Amérique, en Martinique et en Guadeloupe. Des réunions ont été organisées par les deux directions de la santé et du développement social (DSDS) avec l'ensemble des professionnels, les médecins, hospitaliers et libéraux, les personnels soignants, les personnels hospitaliers, les représentants des structures associatives, et des administrations de l'Etat, de la sécurité sociale et des collectivités territoriales et élu. La mission s'est également rendue dans les établissements publics et privés pratiquant les IVG, ainsi que dans des centres d'éducation et de planification familiale.

Ne pouvant, dans le cadre fixé pour ses travaux, se rendre sur place pour les deux autres départements d'outremer, Guyane et La Réunion, ainsi que les collectivités d'outremer, la mission a demandé, par l'intermédiaire du Secrétariat d'Etat chargé de l'outremer, aux Préfets et Hauts Commissaires de la République un état des lieux permettant d'apprécier la mise en œuvre de ces disposition auprès des populations ultramarines. Les notes élaborées en retour par les responsables sanitaires locaux, et les éléments d'information figurent dans l'annexe du présent rapport.

La situation en Guadeloupe et Martinique en matière de prévention des grossesses non désirées reste préoccupante malgré une forte mobilisation

Dans ces deux départements d'outremer, **les taux de recours à l'IVG sont encore importants**, avec près de **40% femmes en âge de procréer en Guadeloupe** et de **23% en Martinique**, et un taux d'IVG et de grossesses précoces chez les mineures non négligeable. 7% des femmes qui ont eu recours à l'IVG étaient mineures en Guadeloupe en 2006, et 11% en Martinique. Les premières relations sexuelles chez les jeunes ont lieu plus tôt qu'en France métropolitaine, et le nombre de grossesses chez les mineures est non négligeable, pour des motifs similaires dans les deux départements, grossesses parfois non désirées, parfois assumées car créatrices de statut social,

en particulier chez des jeunes en difficulté économique-sociale et scolaire. De fait un certain nombre de réticences pèse sur l'utilisation de la contraception, liées souvent à des tabous et des freins, pour des raisons diverses : poids des religions et mouvements sectaires dont l'influence compte sur les positions face à l'avortement et à la contraception, difficulté des adultes à reconnaître la sexualité des jeunes, méfiance et idées reçues quant aux effets des méthodes contraceptives, implication inégale des communautés éducatives dans les actions d'éducation à la sexualité, reconnaissance de la place des femmes dans la sexualité, et aussi, comme en métropole, problèmes d'observance. L'utilisation de la contraception d'urgence reste à développer. L'application du coefficient multiplicateur aux médicaments et contraceptifs oraux en renchérit par ailleurs le coût.

Face à cette situation, les pouvoirs publics se sont fortement mobilisés. L'objectif de prévention des grossesses non désirées a conduit les services déconcentrés à fixer cet objectif dans le programme régional de santé publique, et à se donner les moyens d'un véritable travail de partenariat. En Martinique, le partenariat est particulièrement actif avec le secteur associatif, en s'appuyant sur le « réseau sexualité » qui rassemble tous les professionnels concernés et bénéficient des actions financées par le groupement régional de santé publique. En Guadeloupe, les partenaires institutionnels sont très déterminés compte tenu des chiffres élevés de recours à l'IVG pour faire progresser les actions d'information et d'éducation à la sexualité.

La prise en charge des IVG en Guadeloupe est d'abord le produit d'une histoire qui a débuté avant la loi de 1975 et fait de cet acte une pratique longtemps illégale mais pas clandestine, effectuée dans les cabinets des médecins libéraux formés aux Etats-Unis, ce qui a ultérieurement facilité l'expérimentation du RU 486. Cette longue tradition, permet aussi de comprendre pourquoi les établissements de santé privés participent à l'activité, alors qu'en Martinique, ce sont les trois établissements publics de santé qui assurent seuls la prise en charge des IVG. Aucun médecin libéral ne pratique l'IVG médicamenteuse en ville dans ce département, et ils sont peu nombreux à le faire en Guadeloupe, le cas de l'île de Saint-Martin, constituant une exception à cet égard puisque 7 médecins libéraux sur les 8 présents dans l'île pratiquent l'IVG médicamenteuse. Une démographie médicale tendue, des conditions de rémunération jugées insuffisantes expliquent en partie cette absence d'implication des médecins libéraux dans les deux départements d'Amérique.

En Guadeloupe, et dans l'île de Saint Martin, les avortements clandestins sont nombreux et concernent en grande partie les femmes en situation de séjour irrégulier.

Comme en France métropolitaine, on assiste à un développement des méthodes médicamenteuses dans les établissements de santé, et à la possibilité pour les patientes de choisir leur méthode en fonction de l'âge gestationnel. L'IVG est possible jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée dans les deux départements, mais pas dans tous les établissements et le délai d'attente entre le premier rendez-vous et l'acte est conforme au délai préconisé par la Haute autorité de santé, (HAS) soit inférieur à 5 jours. Néanmoins, la progression des établissements de santé dans la prise en charge de l'IVG doit être poursuivie.

La contraception d'urgence est connue, mais les modalités d'utilisation sont variables, en dépit des efforts des pouvoirs publics pour connaître les conditions de délivrance en Martinique, et pour développer des actions de communication spécifiques en Guadeloupe.

En revanche, le recours à la contraception soulève beaucoup de questions. Les idées reçues sur la contraception sont nombreuses, et l'articulation entre l'IVG et les actions de planification restent insuffisamment organisées. Les conseils généraux ont fait en sorte que les CPEF soient en mesure de fournir en contraceptifs et contraception d'urgence pour les mineures et les femmes en situation financière difficile. Mais la question de l'observance, comme en métropole, n'est pas résolue. Se pose également un problème d'articulation entre contraception et prévention du VIH, notamment pour le passage des couples du préservatif au contraceptif d'où la nécessité d'intégrer la place du préservatif dans la stratégie de protection et dans le parcours contraceptif.

Compte tenu des données culturelles et des traditions locales, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est difficile à organiser, en dépit de l'implication forte des partenaires institutionnels et associatifs, et, en plus en Martinique, du dynamisme du rectorat sur les questions de santé. Dans chacun des deux départements, des initiatives complémentaires ont été organisées pour atteindre la population, jeunes, hommes et femmes, dans toutes ses activités, activités extra-scolaires pour les jeunes, centres de vacances, période de carnaval, activités sportives et ludiques, et actions de formation permanente spécialisées. En complément, des campagnes de communication spécifiques, élaborées localement en Guadeloupe, sont définies par référence aux traditions locales et adaptées aussi en créole.

Des efforts importants ont aussi été entrepris dans les autres départements d'outremer

Le département de la Guyane connaît un recours à l'IVG stable et important, avec un taux de 36,7% des femmes en âge de procréer en 2006, dont 46% de femmes d'origine étrangères. La situation des jeunes est préoccupante au regard des politiques de prévention, une mineure sur trois ayant recours à l'IVG, et plus de 330 grossesses ayant été déclarées chez les jeunes filles scolarisées pendant l'année scolaire 2007-2008, (dont plus de 80 chez les moins de 15 ans). La prise en charge des IVG est réalisée uniquement dans quatre établissements de soins publics. En raison d'un taux élevé de prévalence du SIDA, notamment de type hétérosexuel, les autorités sanitaires de l'Etat ont entrepris de revoir la stratégie de prévention, et de financer, sur crédits du GRSP, des actions relevant d'une stratégie de prévention globale des risques liés à la sexualité et des grossesses non désirées. En l'absence, pour l'instant, de centre de planification, il est prévu de développer les actions de prévention et d'articuler, comme dans tous les territoires dans lesquels l'épidémie de SIDA est importante, la place du préservatif dans la stratégie de protection et dans le parcours contraceptif.

Le département de la Réunion a un taux de recours à l'IVG de 21,2% des femmes en âge de procréer en 2006. D'après les tendances dégagées à partir des nouveaux modes d'exploitation statistiques locaux, l'âge moyen des femmes demandant une IVG était de 26 ans, et 12,8% des femmes en demande d'IVG étaient des mineures. Plus d'un tiers des IVG sont des IVG réitérées. La prise en charge des IVG est assurée par trois établissements de santé publics et un établissement de santé privé, permettant ainsi de couvrir les trois territoires de santé de l'île. L'offre de service est globalement assurée dans les délais de la HAS, y compris pendant les périodes de congé scolaires. Grâce à la participation des médecins libéraux à la prise en charge des IVG (deux médecins généralistes, deux médecins gynécologues), répartis sur le territoire, le taux de recours à la méthode médicamenteuse a atteint 45% en 2008. Les patientes du département ne connaissent pas de problème financier d'accès à l'IVG, car les médecins libéraux qui la pratiquent relèvent du secteur 1 (ce qui est important pour les actes non inclus dans le forfait), et il existe une permanence d'accès aux soins (PASS) dédiée dans deux des centres hospitaliers. En outre, 55% des femmes de 18 à 45 ans bénéficient de la CMU. Le nombre important d'IVG chez les jeunes filles ainsi que le nombre d'IVG réitérées montre la nécessité, soulignée par les pouvoirs publics de mieux organiser l'entretien psychosocial préalable à l'acte (obligatoire pour les mineures) pour être réellement en mesure de le proposer systématiquement. L'accès à la contraception, (pour lequel il n'existe aucune donnée récente sur le taux d'utilisation et la méthode choisie), en dépit du fort taux de pourcentage de femmes bénéficiant de la CMU, peut être pénalisé par l'application du coefficient multiplicateur au coût, supérieur comme dans tous les DOM de 30% à celui de la métropole, et par une trop faible fréquentation des centres de planification familiale, alors que les conditions matérielles de délivrance de la contraception d'urgence ne permet pas forcément aux pharmaciens de dispenser les conseils prévus. Les pouvoirs publics ont fait de la question des grossesses précoces et des IVG des mineures une priorité de l'action de l'Etat, qui a pour objectif, avec tous les partenaires y compris les élus, d'initier un plan régional de prévention afin d'améliorer notamment la prévention en milieu scolaire et extrascolaire, la communication, l'accès à la contraception, la qualité des soins pour ces jeunes et un accompagnement social et éducatif des mineures enceintes et, c'est à noter, des jeunes pères concernés.

Des situations contrastées dans les autres collectivités ultramarines

La société mahoraise est entrée dans une mutation difficile. Attachée à des valeurs et à des modes de fonctionnement dont certains ne sont pas compatibles avec les principes fondamentaux de la République¹, **la collectivité d'outremer de Mayotte**, connaît des difficultés pour rendre compatibles les droits des femmes et avec ce qui reste du statut personnel-âge au mariage, polygamie, en dépit de l'application, depuis le 1^{er} janvier 2008, des principes de l'identité et de l'assimilation législative. Avec une population de plus de 200 000 habitants, l'île a aussi un taux d'immigration clandestine particulièrement élevé, et un grand nombre de femmes jeunes et très jeunes. En 2007, le nombre d'IVG s'élevait à 1531, pour 7941 naissances. Le recours à l'IVG semble néanmoins se stabiliser depuis 2006. Près de 70% des femmes qui demandent une IVG ont entre 18 et 35 ans, (47% entre 18 et 25 ans). **Si la part mineures est inférieure à 13%, il n'est pas possible d'ignorer les 5 IVG pour des fillettes de 11 et 12 ans, et les 27 IVG pour celles de 14 et 15 ans en 2007.** Toutes les méthodes d'IVG sont accessibles, et la méthode médicamenteuse se développe, y compris en ville. Néanmoins, le coût des médicaments pour l'IVG médicamenteuse étant également majoré à Mayotte, ce pourrait constituer un obstacle au développement de cette méthode dans le milieu libéral. Les médecins du centre hospitalier souhaiteraient pouvoir en réaliser dans les dispensaires, ce qui suppose d'étendre les conventions à d'autres médecins hospitaliers pour assurer la distribution de façon nominative, mais sans doute aussi les mettre aux normes. Enfin la prise en charge de l'IVG est gratuite pour les ressortissants mahorais et étrangers (pas de ticket modérateur à Mayotte). Quant à l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence, elle semble mal connue : selon une enquête partielle récente menée par l'institut de soins infirmiers sur 322 dossiers, 69% des femmes étaient sous pilule lors de leur première IVG, sans doute en raison de mauvaises explications, de difficultés de compréhension ou de régularité dans la prise. Les services de l'Etat (DASS de Mayotte) n'interviennent pas sur les questions de contraception, et les actions de communication et de prévention relèvent de la seule direction de la solidarité du conseil général de Mayotte, et de son service de conseil et d'orientation familiale (COFAMIL), rattaché à la protection maternelle et infantile (PMI), spécialisé dans le domaine de la planification familiale et de la maîtrise des naissances. Il assure des activités de prévention des grossesses précoces ou non désirées et d'information sur la contraception. Il semble que la situation de la PMI se soit fortement dégradée, (nombreux postes vacants et conditions matérielles peu satisfaisantes), conduisant à une forte diminution des consultations de prévention et de contraception, avec les répercussions inévitables sur les IVG. Dans la perspective de la l'accession à un statut de département de la collectivité de Mayotte, c'est l'ensemble de ces données qui est à prendre en compte.

A **Saint Pierre et Miquelon**, le nombre d'IVG, comme celui des naissances, est à mettre en rapport avec le nombre d'habitants : en 2007, 46 naissances et 23 IVG, pour 6300 habitants, la plus jeune femme ayant demandé une IVG en 3 ans avait 20 ans. Les éléments statistiques sont peu utilisables compte tenu de l'étroitesse des populations concernées. L'IVG est possible uniquement au centre hospitalier, dans le service de maternité, et relève majoritairement de la méthode médicamenteuse. L'absence de centre de planification familiale rend difficile toute action de prévention, même si la faible population de l'archipel permet néanmoins un suivi individuel. Le projet de création d'un centre de planification reste inscrit dans le schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale.

La situation de la Polynésie française concernant l'IVG et la contraception a été largement améliorée en raison de l'extension des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 à la Polynésie française, qui a adopté rapidement les textes réglementaires nécessaires à son application, et les a complétés et actualisés par l'ordonnance du 18 décembre 2008 relative à l'extension et à l'adaptation en Polynésie, en Nouvelle Calédonie et à Wallis et Futuna de dispositions ayant trait à la protection des personnes et à la santé. Les données démographiques en

¹ E. Gissler, J-M. Fromion, P. Bourgeois, P. Blanchard, rapport sur l'amélioration de la protection sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation, IGF, IGA, IGAS, 2008

2007 montrent une tendance générale à la baisse des naissances, y compris chez les mineures, le nombre d'accouchements à 12 ou 13 ans s'étant en outre raréfié. **Il faut néanmoins noter que 8 jeunes filles de 10 à 14 ans avaient eu une IVG en 2007. Le taux moyen estimé d'IVG, calculé sur plusieurs années compte tenu de la non-exhaustivité des statistiques, est de 12,3%** femmes en âge de procréer. Parmi les motifs de recours à l'IVG, sont souvent évoqués les problèmes financiers, sociaux, la pauvreté, la violence conjugale, et l'isolement. Le recours à l'IVG est possible dans quatre centres agréés, dont un établissement privé, le centre hospitalier de Papeete assurant les $\frac{3}{4}$ des IVG. L'éloignement et la problématique de l'offre de soins de proximité constituent une difficulté spécifique pour les femmes des îles éloignées, dont la seule solution est parfois celle de l'évacuation sanitaire pour respecter les délais. Il faut ajouter, malgré les efforts menés par les autorités sanitaires pour mettre en place de nombreuses formations pour l'organisation et l'amélioration du dispositif d'IVG, une forte déperdition des professionnels formés, liée à la fois à la mobilité professionnelle et à une forte démotivation. Les deux méthodes d'IVG sont pratiquées, mais rien n'est encore possible dans le cadre de la médecine de ville. De même, l'organisation des entretiens pré-IVG, qui n'est plus que « systématiquement proposé » aux femmes majeures depuis l'adoption de l'ordonnance du 18 décembre 2008, et ils ne sont pas possibles partout. La prise en charge financière des IVG est effectuée sur la base d'un forfait à 100% en tiers payant. Lors de la dernière enquête menée en 2005, **62% des femmes utilisaient une méthode de contraception**, délivrée gratuitement dans les centres de planification aux mineures sur prescription médicale. Il faut noter que les autorités sanitaires locales ont mené des actions importantes d'information et de communication, y compris auprès des lycéens et collégiens, complétées utilement par des actions, enquêtes et campagnes de communication sur les violences envers les femmes. Parmi les initiatives menées localement, les actions de sensibilisation concernant l'entrée en vigueur de la loi du 4 juillet 2001, ainsi que les formations de professionnels et de représentants des secteurs associatifs et religieux ont sans doute permis une atténuation des freins culturels et religieux, permettant, sous réserve des contraintes géographiques, aux femmes polynésiennes de bénéficier des dispositions prévues dans la loi du 4 juillet 2001 dans leur totalité.

La situation en **Nouvelle Calédonie** s'inscrit dans une problématique de santé publique de lutte contre les grossesses non désirées. L'extension des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 à la Nouvelle Calédonie a été reprise dans le corpus juridique local, et actualisée par l'ordonnance du 18 décembre 2008 citée supra. L'obligation de l'entretien social préalable a été comme en métropole supprimée. Par ailleurs, si l'obligation faite aux établissements qui pratiquent les IVG de prévoir un centre de planification n'a pas été reprise dans ce dernier texte, toutes les modalités relatives à la contraception d'urgence s'appliquent. La population de la Nouvelle Calédonie est une population jeune, (37% de la population à moins de 20 ans), notamment dans les provinces nord et les îles, avec une évolution démographique différente selon les provinces. Cependant, l'âge moyen des mères lors de la première naissance a tendance à augmenter, et si le nombre de grossesses précoces avant 18 ans diminue, il représente encore 2% des naissances en 2007, soit près de 500 naissances. Sous réserve des incertitudes statistiques, **le taux de recours à l'IVG est estimé à 21%** femmes en âge de procréer, avec une part majeure des femmes de 20 à 24 ans, une surreprésentation des femmes mélanésiennes, des célibataires et des jeunes scolarisées. Au centre de conseil familial de la province sud, en 2007, sur 376 demandes d'IVG, 70 mineures étaient concernées, dont la plus jeune avait 12 ans. L'âge gestationnel est élevé, puisque les $\frac{3}{4}$ des interventions ont lieu après la 8^{ème} semaine, et plus de 30% des femmes ont déjà eu une IVG. La prise en charge des IVG se fait uniquement dans les établissements hospitaliers, et depuis l'ordonnance du 18 décembre 2008, dans les centres de santé provinciaux, mais n'est pas autorisée dans les cabinets libéraux ; la méthode médicamenteuse est encore minoritaire. Dans l'incertitude des statistiques, **la couverture contraceptive des femmes serait de l'ordre de 37,5% des femmes en âge de procréer**. La prise en charge financière de la contraception et de l'IVG, a été complétée, de par la volonté des provinces de favoriser l'accès à la contraception, par une extension de la gratuité des consultations et des contraceptifs dans les centres médico-sociaux, et par la prise en charge à 100% des IVG des mineures quelle que soit la couverture sociale des parents.

Cependant, même si des efforts très importants ont été mis en œuvre, **l'inégalité des possibilités de prise en charge de l'IVG et des actions de prévention** au sein du territoire de la Nouvelle Calédonie persiste. Pour pallier les contraintes structurelles réglementaires et organisationnelles qui peuvent encore constituer des obstacles à la politique de prévention des grossesses non désirées, les responsables sanitaires du gouvernement de Nouvelle Calédonie préconisent une adaptation de la réglementation au contexte local, notamment pour faciliter l'accessibilité géographique, ou pour compenser l'inégale répartition des professions de santé sur le territoire, l'amélioration de la connaissance de cette problématique par un recueil des activités de contraception et d'IVG ainsi que par la réalisation d'enquêtes sur les comportements sexuels de la population et les représentations de la sexualité au sein des différentes communautés culturelles de la Nouvelle Calédonie.

Parmi les recommandations les plus importantes qui concernent les deux départements de la Guadeloupe et de la Martinique dans lesquels la mission de l'IGAS s'est rendue, et qui peuvent sans doute s'appliquer aussi aux départements de la Guyane et de la Réunion, la première consiste à **sensibiliser la population** à la problématique de prévention en particulier le taux d'IVG chez les mineures, et à **développer l'information et de l'éducation à la sexualité** un impératif de politique publique. L'importance des grossesses précoces est liée à trop de facteurs, dont les facteurs socio-économiques pour être résolue facilement, mais elle s'inscrit dans une problématique générale de développement du recours la contraception et à la contraception d'urgence qui fait de ces questions un enjeu majeur pour l'avenir de ces départements d'outremer.

Le cas de Mayotte est particulier, dans la mesure où cette collectivité est en voie de départementalisation, ce qui implique, sur ces questions, un investissement très important des autorités locales, dans un contexte juridique, sociétal et culturel très particulier, mais indispensable à la transformation de cette collectivité en département.

Les collectivités d'outremer disposent d'une grande autonomie dans la mise en œuvre de ces dispositions. Les documents fournis à la mission montrent que les autorités locales se sont généralement donné les moyens de favoriser l'accès des populations locales à toutes les possibilités offertes par la loi, en dépit des contraintes spécifiques, liées aux questions de société, de culture, mais aussi de dispersion géographique. La persistance de naissances chez les très jeunes filles, d'IVG chez des fillettes montre bien qu'il ne suffit pas d'assurer l'accès à la contraception et à la prise en charge de l'IVG et qu'il faut renforcer la connaissance des situations, et des comportements, et renouveler sans cesse les actions d'information, de communication et d'éducation à la sexualité.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1. LA GUADELOUPE.....	13
1.1. <i>Le département français où le recours à l'IVG est le plus important.....</i>	13
1.1.1. Une population jeune avec des difficultés socio-économiques	13
1.1.2. Le plus fort taux d'IVG qu'en métropole et un recours à la contraception plus faible	13
1.1.3. Une mobilisation à la hauteur du problème.....	14
1.1.4. Tenir compte des spécificités locales	15
1.2. <i>Une expérience singulière de l'IVG.....</i>	17
1.2.1. Une pratique antérieure à la loi de 1975.....	17
1.2.2. La persistance d'avortements clandestins.....	22
1.2.3. Les méthodes utilisées	23
1.3. <i>Une sous-utilisation du recours à la contraception d'urgence et à la contraception liée à des réticences avérées</i>	24
1.3.1. Une utilisation modérée de la contraception d'urgence	24
1.3.2. La contraception, moins un problème d'accès que d'observance et de recours	25
1.4. <i>L'éducation à la sexualité : un enjeu majeur autant que délicat.....</i>	27
1.4.1. Des actions diversifiées	27
1.4.2. Des actions de communication locales à privilégier.....	29
2. LE DEPARTEMENT DE LA MARTINIQUE	29
2.1. <i>Un nombre d'IVG encore non négligeable par rapport à la structure de la natalité.....</i>	29
2.1.1. Une population jeune et des problèmes de précarité	29
2.1.2. Des chiffres peu satisfaisants.....	30
2.1.3. Une priorité reconnue de santé publique	31
2.1.4. Tenir compte des spécificités locales	32
2.2. <i>Une prise en charge des IVG assurée par le seul secteur hospitalier public</i>	35
2.3. <i>Un équilibre dans les méthodes utilisées</i>	36
2.3.1. Les trois méthodes utilisées	36
2.3.2. L'absence de la médecine de ville.....	36
2.4. <i>Un recours difficile à la contraception.....</i>	37
2.4.1. Un réseau inégalement présent	37
2.4.2. Des freins et réticences.....	37
2.4.3. Un accès financier facilité	38
2.4.4. Un objectif partagé, le recours à la contraception d'urgence	38
2.5. <i>L'éducation à la sexualité toujours recommandée.....</i>	39
2.5.1. Un axe important avec une préoccupation importante de formation des professionnels	39
2.5.2. Des actions dans les établissements scolaires.....	40
2.5.3. Des interventions originales	41
2.5.4. Ou urgentes.....	41
2.5.5. Des campagnes de communications à adapter.....	41

3. RECOMMANDATIONS GENERALES POUR LES DEPARTEMENTS D’OUTREMER	42
3.1. Intensifier les actions d’éducation à la sexualité mais sous une forme adaptée	42
3.2. Renforcer la place de la planification familiale dans le parcours contraceptif et l’IVG	42
3.3. Faciliter l’observance de la contraception.....	42
3.4. Intégrer cette thématique dans l’organisation régionale future.....	43
3.5. Mieux adapter les actions d’information et de communication.....	43
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	45
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES OU CONTACTEES.....	47
ANNEXE 1 : DEPARTEMENT DE LA GUYANE	51
ANNEXE 2 : DEPARTEMENT DE LA REUNION.....	55
ANNEXE 3 : COLLECTIVITE DE NOUVELLE CALEDONIE.....	73
ANNEXE 4 : COLLECTIVITE DE POLYNESIE FRANÇAISE.....	99
ANNEXE 5 : COLLECTIVITE DE SAINT PIERRE ET MIQUELON.....	115
SIGLES UTILISES.....	121
BIBLIOGRAPHIE	123

Introduction

Les questions générales relatives au recours à l'IVG, à l'évolution du phénomène, à ses enjeux, les questions relatives à la prévention des grossesses non désirées, à l'accès et à la diffusion de la contraception ainsi que celles qui concernent la problématique et la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité font l'objet d'une analyse dans le rapport de synthèse auquel ce rapport thématique est joint.

Le présent rapport porte sur les conditions de mise en œuvre de ces politiques publiques telles que prévues dans la loi du 4 juillet 2001 et par les textes législatifs et réglementaires pris après leur adoption dans les départements de la Guadeloupe (première partie) et de la Martinique (deuxième partie). Ces deux départements ont fait l'objet d'un déplacement des inspecteurs de l'IGAS et d'investigations sur le terrain, avec l'appui des deux directions des services déconcentrés (DSDS).

La mission a choisi également de procéder à une enquête par l'intermédiaire des services déconcentrés, saisis par le ministère de l'outremer, dans les deux autres départements d'outremer, Guyane et La Réunion, ainsi qu'à Mayotte et en Polynésie. La mission de l'IGAS, ne pouvant se rendre sur place, a demandé, par l'intermédiaire du Secrétariat d'Etat chargé de l'outremer, aux Préfets et Hauts Commissaires de la République un état des lieux permettant d'apprécier l'impact de la loi du 4 juillet 2001 sur les populations ultramarines. Les notes élaborées en retour par les autorités locales, et les éléments d'information figurent dans l'annexe du présent rapport.

Il faut rappeler qu'avec un taux moyen de 28% femmes en âge de procréer, la fréquence de recours à l'IVG dans les départements d'outremer (DOM) est deux fois plus importante qu'en France métropolitaine, avec une légère tendance à la baisse sauf pour les mineures pour lesquelles comme en France métropolitaine, le taux de recours à l'IVG augmente. Le département de la Guadeloupe présente deux caractéristiques, un taux record d'IVG (près de 40% femmes en âge de procréer), avec une tendance à la baisse du nombre d'IVG chez les mineures en Guadeloupe depuis trois ans, (7% des femmes demandant une IVG) mais qui reste à confirmer, et la poursuite d'une augmentation de ce taux en Martinique avec un taux de 11%.

Les quelques études menées depuis dix ans montrent une stabilité des constats, dont certains sont communs aux trois départements français d'Amérique :

- les premières relations sexuelles ont lieu plus tôt qu'en métropole² ; 14 ans en Guadeloupe en moyenne pour les garçons et les filles (15 ans en Martinique) ;
- les naissances chez les jeunes et très jeunes filles³ sont importantes, parfois non désirées, parfois assumées car créatrices de statut⁴ ;

² Le taux d'élèves de classe de 4^{ème} déclarant avoir eu des rapports sexuels est de 47 % pour les garçons et 15% pour les filles, cité dans V. Cornelly et al. 'connaissances de l'infection à VIH-Sida : enquête chez les jeunes scolarisés en Guadeloupe, DSDS, ODESSA, 2001, et « étude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane », Service études et statistiques de la santé et du développement social des Antilles et de la Guyane, SESAG, DSDS, 2008, étude enquête menée auprès de 2500 collégiens des classes de 3^{ème} scolarisés en collège en 2008 dans les 3 départements.

³ « La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », COGES, DSDS, 2003, et « étude des modes de vie des adolescents aux Antilles-Guyane », et SESAG, op. cité, et Arline T Geronimus, « teenage childbearing as cultural prism », *British medical bulletin*, 2004, et P. Faucher, S. Dappe, P.Madelenat « maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économique et psychologique à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », in *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 30, 2002.

⁴ S. Singh, J.E. Darroch, J. Frost, and the study team, "Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries", *Family Planning perspectives*, vol. 33, n°6, December 2001.

- le poids des religions et mouvements sectaires hostiles à la contraception et à l'IVG est important, et son influence est non négligeable sur les positions vis-à-vis des la contraception et de l'IVG ;
- les familles acceptent la sexualité des adolescents mais le sujet, difficilement abordé, reste tabou dans plus d'un cas sur quatre ;
- le taux de contraception est faible, inférieur aux chiffres métropolitains⁵, les idées reçues et les idées fausses sur la contraception sont nombreuses, les tabous sur la sexualité aussi ;
- comme en métropole, les sous-déclarations d'IVG sont non négligeables.

Les femmes qui désirent interrompre une grossesse non désirée ont dans l'ensemble la possibilité d'être prises en charge dans les départements d'outremer, la mise en œuvre du droit à l'IVG étant une mission de service public dans les DOM comme en France métropolitaine, les modalités de prise en charge dans de bonnes conditions matérielles, physiques, et morales doivent être équivalentes à celles de la métropole.

C'est pourquoi les questions d'organisation, de formation, de remplacement des professionnels, de visibilité des ressources et des dépenses, des liens entre les établissements de santé et les centres de planification familiale comme l'intégration dans les différents outils de planification et d'organisation sont autant de critères qui permettent une évaluation des processus. Elles sont posées parfois de manière différente dans les deux départements examinés pour des raisons diverses, dont l'insularité, l'éloignement, ou la démographie médicale.

La place de la contraception dans l'analyse de ces pratiques est essentielle. Les études menées localement par les chercheurs soulignent également l'importance qu'il faut accorder, quand on se penche sur ces politiques publiques, à la place de la famille, de la parentalité et de la sexualité et à l'impact auprès des populations concernées des actions de communication publiques.

Les comparaisons avec la France métropolitaine n'ont de valeur que relative, et la mission de l'IGAS ne se risquera pas à procéder à des constats définitifs sur ces questions après les quelques jours d'entretiens passés en Martinique et en Guadeloupe, et à partir des analyses des différents documents relatifs à ces questions. La mission s'est appuyée sur les quelques enquêtes sociologiques et statistiques menées sur ces sujets, pour étayer son raisonnement et ajuster ses recommandations.

Enfin, l'enquête de la DREES 2007 menée auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG en France métropolitaine et outremer, analysée par l'INSERM, portera sur l'analyse des circonstances des échecs contraceptifs et sur la question de l'adaptation des choix contraceptifs post-IVG au regard des circonstances de l'échec, ainsi que sur les conditions d'accès et de réalisation de l'IVG. L'étude de la situation particulière de l'outremer, compte tenu du recours plus fréquent à l'avortement et des taux plus élevés de grossesses chez les adolescentes a été incluse dans ces travaux, et permettra de disposer de chiffres et de données plus récentes que les seuls aujourd'hui disponibles issus d'enquêtes locales anciennes. Les données n'étaient pas encore utilisables au moment de la rédaction du présent rapport. Une extension de ce travail avait été prévue pour la Guadeloupe, mais pas pour les autres DOM. La Martinique a, de ce fait, engagé une étude spécifique à partir des fiches statistiques.

La mission de l'IGAS tient à remercier les professionnels de santé, les élus, les fonctionnaires des services déconcentrés et territoriaux, ainsi que les responsables des associations pour la qualité de leur accueil. La mission tient à souligner la disponibilité des agents des Directions de la santé et du développement social (DSDS) de Martinique et de Guadeloupe qui ont organisé les différents entretiens sur site et permis de disposer en un minimum de temps de

⁵ Selon cette même enquête, 22% de ces jeunes connaissaient la pilule contraceptive, mais 5% l'utilisaient, 13 % ne connaissaient aucune méthode contraceptive et 34% n'en utilisaient aucune, le préservatif étant la méthode la plus connue -42%- et la plus utilisée -37%-.

l'information et de la documentation nécessaire, pendant et après le déroulement de la mission. La mission tient aussi tout particulièrement à remercier les services de l'Etat et des collectivités des Gouvernements de Nouvelle Calédonie et de Polynésie Française pour la qualité des informations transmises.

1. LA GUADELOUPE

1.1. Le département français où le recours à l'IVG est le plus important

1.1.1. Une population jeune avec des difficultés socio-économiques

La population de la Guadeloupe est une population jeune, puisque 27,5% des Guadeloupéens ont moins de 16 ans, avec une moyenne d'âge de 35 ans. Les jeunes de 15 à 19 ans sont près de 34 000 sur une population totale de 444 000 habitants. En 2005⁶, on comptait 7551 naissances domiciliées définitives et 4599 IVG.

Le nombre d'IVG est, depuis longtemps, important, supérieur à 40 IVG ‰ femmes en âge de procréer et stable depuis une dizaine d'années.

En 2005, le taux de natalité reste élevé, soit 17‰, pour 12,7‰ en France métropolitaine.

La densité des professionnels de santé libéraux est peu élevée⁷, avec au 1^{er} janvier 2007, une densité de 83 médecins généralistes pour 100 000 habitants et de 59 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, contre respectivement 112 et 87 en France métropolitaine. Un seul gynécologue médical libéral était en exercice au 1^{er} janvier 2007, 38 gynécologues obstétriciens, et 81 sages femmes libérales. On comptait à la même date 956 médecins salariés et libéraux et 153 sages femmes au total.

L'équilibre socio-économique de la Guadeloupe fait partie des données à prendre en compte sur ces questions, avec quelques indicateurs de précarité :

- le taux d'allocataires de l'Allocation pour parents isolés (API), s'élève à 46,0‰ femmes de 15 à 49 ans (soit 5 399 femmes)⁸ ;
- un quart des enfants vit au sein de ménages sous le seuil de pauvreté, phénomène expliqué en partie par la forte proportion de familles monoparentales⁹ ;
- 28% de la population était attributaire de la CMU de base et complémentaire en 2006 ;
- le taux d'étudiants boursiers est de 56,4% contre 33% en métropole ;
- un nombre élevé de femmes en situation irrégulière et sans couverture sociale¹⁰.

1.1.2. Le plus fort taux d'IVG qu'en métropole et un recours à la contraception plus faible

Les enquêtes sont rares, d'où l'intérêt des données issues de l'enquête récente réalisée par la mutuelle des étudiants et l'observatoire expert pour la santé des étudiants (EPSE)¹¹ dans les DOM, et portant en Guadeloupe sur un échantillon de 813 étudiants ayant répondu à un questionnaire, population jeune et féminine. Elles montrent que les étudiants guadeloupéens ont le

⁶ Statiss 2007

⁷ DREES. DRASS. ADELI au 1.01.2007.

⁸ 12,2‰ en France métropolitaine

⁹ G. Forgeot, 10 ans d'évolution des inégalités dans les DOM, DED, décembre 2008.

¹⁰ A titre d'exemple, plus de la moitié des femmes hospitalisées dans le service de gynéco-obstétrique est d'origine étrangère et/ou sans couverture sociale.

¹¹ « Mieux vous connaître pour mieux vous protéger », enquête sur la santé des étudiants de l'Outre-mer », mutuelle des étudiants et EPSE, 2008.

même comportement que le reste de la population guadeloupéenne de leur âge : un taux de recours au préservatif élevé, avec 59,8% des étudiants l'ayant utilisé lors du dernier rapport, 63,2% annonçant recourir régulièrement au préservatif (81,1% des hommes et 52,7% des femmes) pour 47% en métropole.

« Ces résultats peuvent s'expliquer à la fois par la jeunesse de l'échantillon, et l'importante sensibilisation et les efforts de prévention sur la transmission du VIH, la Guadeloupe étant le second département de France touché par le VIH ».

Il faut noter l'importance des violences faites aux femmes révélée notamment par cette étude relative aux étudiants : en effet, dans cette enquête, 9,4% des étudiantes déclaraient avoir subi des attouchements sexuels, et 5,1% d'entre elles avaient subi un rapport sexuel forcé.

1.1.3. Une mobilisation à la hauteur du problème

Un taux d'IVG particulièrement élevé a conduit les services de l'Etat et du département, à intégrer cette thématique dans les actions de santé publique¹².

C'est ainsi qu'un volet « santé sexuelle et reproductive et santé maternelle et périnatale » a été intégré dans le plan régional de santé publique (PRSP), en complément du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). En s'appuyant sur les objectifs de périnatalité inscrits dans la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, « améliorer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à la et à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes qui y décident d'y avoir recours », les institutions locales ayant décidé d'ajouter un objectif défini localement, qui présente l'intérêt de montrer dans quelle problématiques elles s'inscrivent, même si cet objectif est bien difficile à évaluer.

Objectif local du plan périnatalité en Guadeloupe

« Développer la capacité de l'individu à exprimer ses émotions/sentiments ou opinions et à résoudre des problèmes préalablement identifiés par lui-même en matière de santé sexuelle et reproductive qui affectent la qualité de la vie ».

Source : Volet périnatalité du PRSP de Guadeloupe

La mission a noté avec beaucoup d'intérêt la mobilisation des institutions dans leur ensemble, chacun dans leur domaine de compétence, pour aboutir à un plan d'ensemble destiné à prendre cette thématique dans sa globalité.

- la commission régionale de la naissance du réseau périnatalité a intégré les questions dans ses analyses et objectifs;
- les services de la protection maternelle et infantile (PMI) du conseil général ont entrepris depuis le plan périnatalité du département de 1996-2001 de développer des actions d'éducation à la sexualité en dépit de ses moyens humains réduits signalés par le rapport de l'IGAS¹³;
- le service « éducation pour la santé » de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) a mis en œuvre un programme « contraception d'urgence » assorti d'actions de communication adaptées localement ;
- le diplôme universitaire de « sexologie de l'adolescent », module « accompagnement de la délivrance de la contraception d'urgence aux mineures » est assuré par la faculté de

¹² V. Boudan, « l'IVG demeure une pratique fréquente », *Info santé*, novembre 2004.

¹³ E.Jeandet-Mengual, A Denechère, M. Vernerey, contrôle des services d'aide sociale à l'enfance et de protection maternelle et infantile du conseil général de la Guadeloupe, octobre 2005

médecine de Guadeloupe, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), l'éducation nationale et depuis peu piloté par l'association « Entraide Galoup » ;

- des groupes de travail animés par la déléguée régionale aux droits des femmes ont été organisés au niveau de l'académie avec l'éducation nationale
- C'est dans ce cadre partenarial que les travaux du PRSP se sont organisés, avec un pilotage DSDS/CGSS, pour aboutir à un plan de travail associant toutes les parties prenantes, y compris les représentants d'associations et les professionnels de santé.

La mission, qui a rencontré tous ces partenaires, a constaté sur le terrain à quel point ce travail en commun a été bien conçu compte tenu des enjeux. **Même si, sur le plan des résultats statistiques, l'amélioration de la situation n'est pas encore perfectible, s'agissant d'actions à long terme, l'ensemble de ces travaux a, par la mobilisation qu'elle représente, permis d'éviter une situation encore plus dégradée.** Comme le souligne le document de présentation du GRSP, « l'enjeu consiste à rechercher cohérence et articulation entre toutes les actions proposées », et à tenir compte, sans brouiller les messages, des volets du PRSP SIDA, programme régionaux d'accès aux soins (PRAPS), santé scolaire, conduites addictives... Il restera à voir, à partir d'un objectif si difficile à évaluer, si les résultats statistiques permettront de démontrer l'efficacité de cette mobilisation.

1.1.4. Tenir compte des spécificités locales

« des faits facilement observables toutefois questionnent. Alors que les moyens de contraception n'ont jamais été aussi efficaces, aussi diversifiés, alors que l'information n'a jamais été aussi accessible, nous assistons à une croissance significative des grossesses à l'adolescence, devenue précoce, à des IVG vécues par les adolescentes comme moyens de contraception. Comment dans ce contexte ne pas réfléchir à ces situations ? Observer uniquement les comportements des adolescents et réagir de façon ponctuelle à leur agir ne changera rien¹⁴ ».

Le taux d'IVG réitérées est important en Guadeloupe (42% des femmes qui avortent avaient des antécédents d'IVG lors de la réalisation de l'étude sociologique de 2004¹⁵, ce taux étant en hausse d'après les professionnels rencontrés par la mission). Ce constat pose très clairement la question de la qualité de l'information et de l'accompagnement en matière de planification familiale, mais aussi les conseils ou l'absence de conseils donnés à la femme, au couple, et aux parents pour les jeunes, par les professionnels, après une IVG.

L'étude du numéro de « Info santé » de 2004 pré-citée réfute l'hypothèse d'une surreprésentation des femmes en difficultés socio-économiques, en indiquant que les classes moyennes sont surreprésentées chez les femmes qui ont recours à l'IVG, elles sont plus souvent « actives occupées » chez les moins de 25 ans, avec une majorité d'employées, alors qu'aux deux bouts de la chaîne socio-économique, les ouvrières et les cadres avortent moins. Il faudra voir, lors de sa publication, si les données les plus récentes issues de l'enquête DREES-INSERM confirment ces analyses socio-économiques plus anciennes.

Comme en métropole, c'est chez les femmes de 20 à 24 ans que le nombre moyen d'IVG est le plus important.

Parmi les éléments d'explication du recours à l'IVG, les éléments exposés dans le rapport de synthèse de la mission sont aussi applicables à la Guadeloupe. Mais il faut y

¹⁴ V. Boudant, op. cité

¹⁵ « La sexualité en Guadeloupe », quelle réalité ? Actes du colloque des 17 et 18 juin 2004, DSDS, CGSS et ministère de l'outremer,

ajouter un taux de recours à la contraception peu développé, et une sous-utilisation de la contraception d'urgence.

Alors que le taux de fécondité a diminué entre 1960 et 1990, la baisse de la fécondité, comme en métropole, a été accompagnée par un recul de l'âge moyen à l'accouchement, ce qui peut impliquer le choix de recourir à une IVG préalablement au choix d'enfant. « *Ainsi, les IVG pourraient elles révéler une difficulté à adapter les comportements sexuels, fortement liés à l'environnement culturel, au souhait d'avoir moins d'enfants que les générations précédentes et de les avoir plus tard*¹⁶ ».

Caractéristiques des femmes vues en entretien pré-IVG, 1991-2001

L'association « La maternité consciente », association Guadeloupéenne pour le planning familial, a été fondée en 1964 pour assurer les consultations de contraception, puis les entretiens pré-IVG. Le nombre de femmes vues représente au moins un dixième des femmes ayant pratiqué une IVG dans l'année pour tous les établissements, publics et privés de la Guadeloupe. Lors de ces consultations ont été recueillies pour une étude des données relatives aux femmes vues en entretien en 1991 (909 femmes) et en 2001 (1000 femmes). Trois niveaux d'information ont été renseignés : les caractéristiques socio-économiques (âge, activité professionnelle, logement, situation professionnelle, nombre d'enfants), la perception du partenaire, contraception utilisée ou non au moment de la grossesse, problèmes perçus comme responsables de l'échec, existence d'IVG antérieures et motivation principale de l'IVG.

Parmi les évolutions notables entre 1991 et 2001, on peut noter :

- la classe d'âge la plus importante est celle des 20/24 ans
- la part des 30 ans passe de 12% à 24% des demandes
- la proportion des jeunes de moins de 18 ans passe de 21 à 15 %
- le nombre de femmes demandant une IVG et déjà mères passe de 59 à 65 %

Parmi les motivations de l'IVG :

- le souhait pour les femmes mariées de ne pas avoir un 3^{ème} enfant
- le moyen d'éviter une grossesse non désirée chez les célibataires vivant seules

Source : Journée internationale de la femme, 8 mars 2008, « les femmes en Guadeloupe », Observatoire régional de la santé (ORSAG et Maternité consciente).

Le caractère désormais facultatif des entretiens pré-IVG ne permet plus d'effectuer une comparaison actualisée de ces données recueillies par cette association, mais ces analyses devraient néanmoins trouver un prolongement dans l'étude de la DREES/INSERM de 2009.

On peut évoquer aussi le poids des « *représentations populaires, les croyances et résistances culturelles vis-à-vis de la contraception liées entre autres à la crainte de la stérilité, à une mauvaise connaissance du corps, ainsi que la difficulté à admettre et assumer sa vie sexuelle pour les jeunes femmes*¹⁷ ».

De plus, et ce fait est rarement souligné, à la différence de la métropole, il semble que le manque de débat autour de ces questions, au moment de l'adoption de la loi, puisse marquer la persistance, autour de la contraception, de croyances et représentations culturelles fortes qui nuisent à leur bonne utilisation¹⁸.

¹⁶ V. Boudan, op. Cité.

¹⁷ G. Bombereau, « la contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », in Info santé n° 13, décembre 2004.

¹⁸ Info santé n° 13, op. Cité

Avortement et contraception

A des mères venant accompagner leur fille soir pour une IVG, soit pour un accouchement, les professionnels de santé proposent systématiquement un entretien et indiquent qu'une contraception serait utile pour que ces jeunes filles entrent vraiment dans une problématique de grossesse désirée. ; et qu'il leur est parfois répondu « ma fille n'est pas comme cela, ma fille n'est pas une prostituée » ...réponses abruptes révélant un déni marqué de la sexualité de ces jeunes filles.

Source : Entretiens de la mission avec les professionnels de santé

L'accroissement du nombre d'IVG déclarées s'analyse aussi par rapport au nombre de grossesses non désirées, et à celui des grossesses précoces. Les informations sur les circonstances de la conception, le poids des violences, entre hommes et femmes, des violences infra-familiales, montrent l'inanité des affirmations péremptoires ou culpabilisatrices. L'avenir de ces très jeunes filles en cas de grossesses précoces voire très précoces, doit être envisagé dans toutes ses composantes.

Il faut également ajouter qu'en ce qui concerne les grossesses précoces, le niveau socio-économique de la jeune fille joue un rôle important, que l'on retrouve dans toutes les études relatives à ces situations¹⁹. Désir de statut dans une famille en difficulté, monoparentale ou recomposée, rôle de l'API, désinvestissement dans les études, autant de facteurs pouvant conduire aux choix de grossesse plutôt que d'avortement.

« On ne peut plus soutenir aujourd'hui que les adolescentes deviennent mères par ignorance, naïveté, ou par inaptitude à utiliser les moyens de contraception ; devenir mère pour une adolescente peut aussi se comprendre comme une stratégie d'adaptation : projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un support familial et social accru de prestations d'aide social ;seul projet viable pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Des études épidémiologiques ont confirmé cette vision en montrant une corrélation entre la parentalité précoce et la mauvaise intégration sociale »²⁰.

Le recours à l'IVG chez les jeunes filles est important, mais il reste impossible, là comme en France métropolitaine, de connaître le nombre de jeunes filles sans autorisation parentale, les établissements de santé donnant des ordres de grandeur approximatifs, et la CGSS ne disposant pas plus de ces chiffres qu'en métropole.

1.2. Une expérience singulière de l'IVG

1.2.1. Une pratique antérieure à la loi de 1975

Ce n'est que depuis peu que l'augmentation du taux d'IVG préoccupe à ce point les pouvoirs publics. En réalité, le recours à l'IVG est une pratique ancienne en Guadeloupe. Dans un contexte de « BABY DOM » avec un taux de natalité très important, un réseau d'accès à l'IVG dans le secteur libéral s'est progressivement mis en place, bien avant l'adoption de la loi Veil. Les médecins allaient se former aux Etats-Unis auprès de confrères pratiquant les IVG, et pratiquaient

¹⁹ S.Singh et al. op. cité.

²⁰ P. Faucher, S. Dappe, P. Madelenat, « maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économique et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie, obstétrique et fertilité* 30 (2002), 944-952.

les IVG dans leurs cabinets médicaux, par la méthode de l'aspiration²¹. Actes illégaux, mais pas clandestins, ils ne pouvaient donner lieu à l'établissement de statistiques²², ce qui conduit à relativiser l'apparente « explosion » des IVG.

Un coup d'arrêt brutal ayant été porté à ces pratiques par un dépôt de plainte, les pratiques d'IVG se sont reportées sur les établissements publics et privés. On peut en tirer plusieurs enseignements : il faut d'une part relativiser les statistiques de l'IVG, et d'autre part mettre en relation cette expérience ancienne avec l'implication des établissements de santé privés dans l'activité d'IVG. Enfin, c'est en raison de cette pratique ancienne des IVG par les cabinets libéraux que la Guadeloupe a été un lieu d'expérimentation du RU 486 par le Pr. Baulieu.

Tableau 1 : Part du secteur public et du secteur privé dans la prise en charge des IVG en 2006

Nature de l'établissement	Nombre d'IVG	%
Secteur public	3021	72,6%
Secteur privé	1605	28,4 %

Source : DSDS, BIG, SAE-DREES

Comme en métropole, les jeunes filles mineures sont en majorité accueillies dans le secteur public, mais le secteur privé prend aussi sa part.

Depuis près de 10 ans, en Guadeloupe, quatre conceptions sur dix se terminent par une interruption volontaire de grossesse. C'est dans ce contexte et celui de la parution de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique que la DSDS a diligenté une enquête auprès des établissements pratiquant des interruptions volontaires de grossesse, en complément des travaux du PRSP. L'objectif de cette enquête était de faire des propositions pour améliorer la qualité de la prise en charge par les équipes de professionnels et pour favoriser l'accès à une contraception adaptée.

Un questionnaire a été adressé au préalable à tous les établissements qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesse. Ce travail a été actualisé par la DSDS dans le cadre de la DNO, en 2007 et 2008, comme en France métropolitaine, ce qui a permis de compléter utilement les constats faits par la mission sur le terrain.

Enfin, l'enquête de la DREES de 2007, qui sera complétée par l'enquête de l'INSERM, a analysé les réponses apportées par les établissements constitutifs d'un échantillon de 16 établissements dans les DOM, six établissements de Guadeloupe ayant participé à l'enquête, incluant les réponses de 1211 femmes à un auto-questionnaire complété par un questionnaire destiné au praticien réalisant l'IVG. Ces données ne sont pas encore rendues publiques.

Enfin, les centres de planification et d'éducation et familiale (CPEF) de Guadeloupe ont reçu en 2007, 2100 femmes venues pour une consultation pré/IVG, dont 41 avait moins de 16 ans, et 234 entre 16 et 17 ans²³.

²¹ M. Manouana et E. Janky, « interruption volontaire de grossesse en ambulatoire, expérience Guadeloupéenne » in J.C. Pons, F. Vendittelli, P. Lachcar, « l'IVG et sa prévention, Masson, 2003

²² Entretien avec le Dr. Bangou, maire de Pointe-à-Pitre, vice-président du conseil général de Guadeloupe., et le Dr. Manouana, praticien hospitalier au CHU.

²³ Rapport annuel des activités de planification et d'éducation familiales, 2007.

1.2.1.1. Une situation inégale dans le secteur public

Tous les services de gynécologie-obstétrique sont autorisés à pratiquer des IVG. Il s'agit d'établissements publics, le CHU de Pointe-à-Pitre, le centre hospitalier de Basse-Terre, le centre hospitalier de Saint-Martin, le centre hospitalier de Marie-Galante, et deux établissements de santé privés, la « clinique des eaux claires » et la polyclinique. Les conditions de l'offre sont inégales

Les deux établissements publics qui ont l'activité la plus importante sont le CHU de Pointe-à-Pitre et le centre hospitalier de Basse-Terre, qui, à eux deux, reçoivent l'essentiel des demandes. Chacun des deux établissements présente des forces et des faiblesses :

Des éléments positifs :

Le CHU de Pointe-à-Pitre, qui traite plus de 2000 IVG par an, est le seul établissement à accepter de prendre en charge les IVG dans le délai de 12 à 14 semaines. La répartition entre les IVG selon la méthode médicamenteuse et chirurgicale est équilibrée (41%), ce qui laisse supposer que le choix est bien laissé à la patiente entre les deux méthodes, même si cet établissement dans lequel le RU a été expérimenté par le Pr. Baulieu, s'est depuis longtemps intéressé à cette méthode. Le personnel soignant et administratif s'est fortement impliqué dans la prise en charge médicale et administrative et a tenté de rationaliser son organisation, notamment pour préserver l'anonymat des jeunes filles mineures.

Le personnel administratif et soignant a été récemment renforcé, grâce à l'appui de la DSDS, qui a effectué deux contrôles; en effet, a été attribué, pour l'activité d'IVG, un poste de secrétaire, une mi-temps de psychologue et un mi temps de sage femme s'ajoutant au poste de la sage-femme surveillante²⁴.

L'établissement s'est engagé dans une active campagne de promotion de l'IVG médicamenteuse en ville, en organisant deux formations, mais avec un succès relatif, puisque seuls un médecin gynécologue et deux médecins généralistes sont conventionnés avec le CHU. Cette formation a été organisée aussi en direction de l'île de Saint Martin, permettant, en revanche, de conventionner 7 médecins sur 8.

Néanmoins, la mission de l'IGAS a noté avec intérêt l'implication des sages femmes, et du chef de service lui-même dans les séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires, à la demande des infirmières scolaires ou des associations de parents d'élèves, et « *compte tenu de mon statut, -de chef de service au CHU - personne n'ose refuser l'organisation de ces séances dans les établissements scolaires²⁵* ».

Le CH de Basse Terre a pris en charge 521 IVG en 2006. L'articulation entre le centre d'orthogénie et le centre de planification familiale permet d'assurer un encadrement et un accompagnement des femmes et des mineures d'autant plus que la convention signée avec le département a permis ce travail en commun. L'établissement dispose d'une sage femme à mi-temps d'une conseillère conjugale à temps plein, de deux secrétaires à mi-temps et d'une cadre sage femme. Les locaux sont refaits, clairs et spacieux et l'activité bien intégrée comme activité d'orthogénie, avec un accès au bloc chirurgical et une intervention des anesthésistes sans problèmes.

Les deux établissements respectent le délai de 5 jours à partir du premier rendez-vous figurant dans les recommandations de la HAS.

²⁴ Dr. Marquestaut, MISP, DSDS, contrôle du Chu de Pointe-à-Pitre, février 2007, et entretiens des professionnels avec la mission.

²⁵ Entretien avec le Pr. Janky, chef de service.

Les points faibles :

Même avec plus de 2000 IVG par an, l'activité d'IVG n'est cependant pas intégrée dans les documents stratégiques du CHU. L'établissement dispose d'effectifs réduits pour cette prise en charge. En effet, seuls deux médecins participent à cette activité, un praticien hospitalier et un médecin généraliste pour 9 vacations par semaine. Les internes ne pratiquent pas d'IVG et le service ne s'est pas engagé à les former pour cette activité. Le cadre sage femme qui a en charge ce service partage son activité avec les consultations externes, le service d'échographie et le service d'orthogénie.

Le problème des locaux du centre d'orthogénie du CHU saute aux yeux. Ainsi la salle dédiée au repos des patientes après intervention au niveau du bloc opératoire a été récupérée pour installer l'assistance médicale à la procréation, et la psychologue doit squatter un bureau administratif pour réaliser ses entretiens. Le rapport récent du conseil économique, social et environnemental pointe d'ailleurs ce fait, pour l'ensemble des prises en charges des patients, dans son dernier rapport²⁶. Compte tenu du peu de cas qui est souvent fait dans les projets de reconstruction de CHU des activités d'orthogénie, il sera important que les autorités sanitaires veillent à ce que cette activité ne soit pas une « variable d'ajustement » dans la répartition des locaux et des enveloppes budgétaires.

Le CHU, une situation difficile

« Si le CHU bénéficie d'une offre de soins satisfaisant, il pêche par la vétusté des locaux, son inconfort et son ambiance sociale tendue. Il ne dispose que de peu de psychologues ou d'assistantes sociales. Il connaît une situation financière difficile avec des déficits très importants et des plans de redressement ardu à mettre en œuvre »

Cette situation rejaillit bien entendu sur les conditions, au moins matérielles, de l'activité d'orthogénie au CHU.

Avec une pratique de la clause de conscience largement partagée, par 7 médecins sur 8, le CH de Basse Terre fait appel à un praticien hospitalier (PH) à plein temps et à un PH à mi temps, même si des remplacements peuvent être assurés par d'autres praticiens en tant que de besoin. Les médecins refusent d'assurer les IVG de 12 à 14 semaines, ce qui déporte sur le CHU cette prise en charge spécifique. Comme l'indique le rapport de la DSDS, la prise en charge des IVG de manière partenariale entre ce qui relève du centre hospitalier et ce qui relève du centre de planification mériterait d'être mieux défini²⁷, mais l'existence de ce partenariat représente néanmoins un bon début.

Dans les deux établissements de santé, en cas d'IVG médicamenteuse, la deuxième prise se fait au domicile de la patiente contrairement aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Les mineures et l'IVG médicamenteuse

Beaucoup de mineures sont satisfaites du fait de ne pas revenir dans le service d'orthogénie parce que cela leur permet de ne pas avoir à justifier d'une absence à l'école auprès des parents et/ou auprès de l'administration scolaire. En effet compte tenu de l'aménorrhée inférieure ou égale à 7 semaines, les adolescentes nous disent pouvoir plus facilement en cas de questionnement parental éventuel, faire passer pour des menstruations les métrorragies liées à l'expulsion du produit

²⁶ J. André-Cornier, « l'offre de santé dans les collectivités ultra-marines », rapport pour le conseil économique, social et environnemental, juin 2009

²⁷ Dr. C. Collange, MISP, DSDS, contrôle du CH de Basse terre, août 2008, et entretiens avec la mission.

ovulaire.

Par ailleurs pour les mineures sans autorisation parentale qui le souhaitent, nous disposons de la possibilité de réaliser une mise en observation, le cas échéant, en gynécologie dans le cadre de soins ambulatoires. Mais il est très exceptionnel de recevoir des demandes dans ce sens.

Source : Service d'IVG, CHU de Pointe-à-Pitre

1.2.1.2. Une contribution significative du secteur privé

Sans doute liée à l'histoire de l'IVG en Guadeloupe, deux établissements de santé privés, la « clinique des eaux claires » et la « polyclinique de Pointe-à-Pitre », sont autorisées à pratiquer des IVG, mais la mission ne s'est rendue que dans les locaux de la « clinique des eaux claires » qui réalise plus de 1000 IVG, dont 57% sous forme médicamenteuse. Cet établissement de santé apporte un renfort non négligeable dans la prise en charge des IVG, mais dans une complémentarité avec la médecine de ville, une partie des actes se fait dans les cabinets des médecins libéraux²⁸. Les IVG sont réalisés dans le service de chirurgie ambulatoire et de gynécologie-obstétrique, sous la responsabilité du cadre sage-femme, par neuf médecins. Tous sont gynéco-obstétriciens sauf un médecin chirurgien²⁹. Une formation complémentaire a été assurée par le chef du service du CHU en 2006, permettant à l'établissement de ne pas fonctionner en autarcie.

La sage-femme cadre est chargée de l'organisation, de l'accueil des femmes et de la délivrance des médicaments dans le cadre d'une interruption médicamenteuse. Le reste du personnel qui participe à l'activité le fait dans le cadre des activités du service de gynéco-obstétrique ou de chirurgie ambulatoire (consultation, hospitalisation, bloc...).

Comme dans les établissements publics, la deuxième prise de médicament pour l'IVG médicamenteuse se fait à domicile, sauf pour les mineures qui restent plusieurs heures dans l'établissement.

L'activité de cet établissement est importante et permet, dans les délais impartis, d'assurer une prise en charge indispensable des femmes en demande d'IVG. Les liens avec la planification familiale sont plus ténus (l'adresse des centres de planification est donnée si nécessaire aux patientes), l'essentiel de l'information (et du conseil ?) étant assuré par les médecins, en consultation dans la clinique ou à leur cabinet.

Les autres îles de l'archipel posent des problèmes spécifiques. La mission ne s'est pas rendue dans l'île de Saint Martin qui a fait l'objet d'une enquête de la DSDS

Le changement de statut de l'île de Saint Martin en février 2007 a modifié les compétences de cette collectivité.

Avec un taux de natalité de 25‰, une moyenne d'âge de 33 ans, l'île de Saint Martin a 36% de sa population qui a moins de 20 ans, et 35% qui est d'origine étrangère.

L'établissement public de santé assure les IVG, 80% sous la forme médicamenteuse. Il permet d'assurer les IVG, y compris jusqu'à 14 semaines. L'IVG médicamenteuse en ville se développe (8 médecins), et le CHU s'est fortement impliqué dans leur formation comme cela a été indiqué supra. Les activités de planification restent insuffisantes et la place considérable des femmes en situation irrégulière n'est pas négligeable pour le fonctionnement de l'établissement, comme pour l'activité d'obstétrique.

²⁸ Dr. C. Collange, MISP, DSDS, contrôle de la clinique des « eaux claires », septembre 2007, et entretiens avec la mission.

²⁹ La situation de ce chirurgien par ailleurs gynécologue, devrait être réglée administrativement en un sens positif par la CNAMTS.

« Mais le problème reste toujours la gestion spécifique nécessaire des ces patientes et de leur dossier. C'est pourquoi il manque une véritable structure individualisée et autonome d'orthogénie couplée à un planning familial animée par une sage-femme, une secrétaire et une assistante sociale, à côté du centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'hôpital déjà dynamique ».

Source : Rapport de la DSDS en 2006 et 2007

Comme pour les autres îles, il est important de permettre à la fois une prise en charge correcte des femmes et de les articuler avec les activités de planification.

1.2.2. La persistance d'avortements clandestins

La question se pose notamment sur le plan médical, car les établissements hospitaliers reçoivent des femmes qui ont entrepris une IVG seules et viennent en consultation en cas de complication.

Une partie des patientes qui ont recours à l'achat clandestin de médicaments abortifs, la plupart du temps par manque de moyens financiers et absence de couverture sociale, est, pour la majorité d'entre elles d'origine étrangère et pour certaines sans papiers ou en séjour illégal en France.

Les avortements clandestins

Période d'étude : du 1er juillet 2007 au 30 Juin 2008 soit une année.

Méthode : Nous avons utilisé un questionnaire évaluant les paramètres socio- démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, les raisons ayant poussé la patiente à choisir une IVG clandestine, le nombre de comprimés de misoprostol utilisé et leur circuit d'obtention, le temps écoulé entre la prise du ou des comprimé(s) et le début des saignements, des douleurs ou d'autres symptômes, la prise éventuelle d'autres médicaments que le cytotec et l'utilisation éventuelle concomitante d'un autre moyen abortif, les suites cliniques, notamment les complications de ces IVG clandestines.

Nous avons colligé 52 cas d'avortement clandestin. Il s'agissait de patientes en général sans profession, célibataires, d'origine étrangère, sans sécurité sociale, peu scolarisées et habitant sur le Grande-Terre lieu géographique du CHU (tableau I). Elles avaient un âge moyen de 28,5 ans avec des extrêmes allant de 17 ans à 40 ans.

Comme dans d'autres publications citées ci-dessus, les patientes de notre étude disent recourir à l'IVG médicamenteuse illégale pour les raisons suivantes :

- plus facile qu'un avortement chirurgical ou médicamenteux pratiqué dans les conditions légales parce qu'il n'y a pas à leur avis, « un parcours du combattant » pour effectuer l'IVG.
- plus rapide que dans les conditions légales parce qu'elles veulent une réponse rapide et aussi privée que possible à un problème intime.
- plus discrète notamment pour les adolescentes mineures qui pensent ainsi échapper à l'obligation d'avoir un adulte référent dans le cadre de l'IVG légale. Certaines parmi ces patientes ont programmé et réalisé la tentative d'IVG par automédication, seules, sans n'en avoir parlé à personne.
- Pour les personnes en situation irrégulière, elles veulent ainsi échapper au dispositif social et administratif de peur de se retrouver sur une liste ou un quelconque registre pouvant être ainsi facilement décelées et être éventuellement « reconduites à la frontière ». Elles veulent en fait

« échapper au mailles du filet ». Elles souhaitent bénéficier du système tout en restant dans un anonymat complet, sans aucune traçabilité possible.

-L'IVG clandestine par misoprostol pour ces patientes, est moins chère que la méthode légale (une boîte de 50 comprimés de cytotec® coûte environ 19 euros pour 60 comprimés, soit un peu moins de 32 centimes par comprimés)...

... Nous pensons que la diffusion des informations auprès des populations cibles sur la contraception (y compris la contraception d'urgence), la possibilité actuelle dans notre département comme dans toute la France de pratiquer les IVG médicamenteuses dans le cabinet de médecins de Ville pourrait faire reculer voire faire disparaître les IVG clandestines.

Source : M. Manouana, A. Koffi, E. Janky, « cytotec et ivg clandestines en Guadeloupe, expérience du CHU de Pointe-à-Pitre », 2008.

1.2.3. Les méthodes utilisées

Comme en France métropolitaine, l'IVG par voie médicamenteuse se développe de manière importante, représentant 43% des IVG, et 57% dans le secteur privé.

Tableau 2 : La part de l'IVG médicamenteuse en Guadeloupe en 2006

établissement	commune	IVG total	IVG méd.
Polyclinique de la Guadeloupe	Les abymes	374	271
Clinique Saint Pierre	Basse terre	60	
CH Basse Terre	Basse terre	521	415
CH Flemming	Saint Martin	263	100 (dont 16 en ville)
CH Sainte Marie	Grand Bourg	28	28
CHU Pointe à Pitre	Les Abymes	2193	899
Clinique des eaux claires	Baie Mahaut	1171	672

Source : DSDS, BIG, SAE-DREES

Il est difficile de s'assurer de la réalité du choix pour la patiente, mais les recommandations de la HAS insérant la pratique dans le délai des 7 semaines sont strictement respectées.

En revanche, la question des médicaments n'est pas réglée, et la deuxième prise de médicaments est quasi systématiquement faite au domicile de la patiente, sauf exception éventuelle pour les mineures (voir supra). La mission comprend que dans certains cas, les femmes préfèrent cette solution, mais rappelle qu'elle n'est pas conforme aux recommandations de la HAS et qu'elle laisse les femmes dans une grande solitude.

Le développement de la méthode médicamenteuse en ville est plus limité, hormis à Saint Martin. Pour les interlocuteurs rencontrés par la mission, dont certains se sont engagés fortement pour assurer les formations nécessaires, la démographie médicale n'est pas favorable à ce que les médecins libéraux, au moins lorsque l'offre dans les établissements hospitaliers est correcte, s'engagent dans cette voie. Le prix du médicament utilisé pèse aussi sur le développement de cette méthode en ville, compte tenu de l'existence du montant du coefficient multiplicateur sur le coût du médicament remboursé. Le pharmacien inspecteur régional de la Guadeloupe avait d'ailleurs appelé l'attention des autorités administrative sur cette situation, (montant du forfait et le coût

d'acquisition du médicament). Depuis cette date, l'IVG médicamenteuse s'est néanmoins développée en ville, à un rythme lent, tributaire en partie de la rémunération globale de cet acte.

1.3. Une sous-utilisation du recours à la contraception d'urgence et à la contraception liée à des réticences avérées

Les études relatives au recours à la contraception sont relativement peu nombreuses³⁰, mais lorsqu'elles existent, elles démontrent bien les spécificités locales de l'approche de la sexualité, et la nécessité de ne pas les négliger pour les actions de santé publique.

Les entretiens avec les différents professionnels révèlent bien que les actions traditionnelles dans les établissements scolaires se heurtent à des réticences fortes : désintérêt des chefs d'établissement, crainte devant les réactions des associations de parents d'élèves ; c'est pourquoi les actions innovantes dans des lieux moins classiques, en s'adressant parfois aussi aux ascendants (parents et grands parents) ont sans doute plus d'effet.

1.3.1. Une utilisation modérée de la contraception d'urgence

Les chiffres d'utilisation de la contraception d'urgence sont peu connus. D'une manière générale, sur une année, les ventes de grossistes se sont élevées à 20 690 boîtes entre novembre 2007 et novembre 2008³¹. Les trois grossistes de l'île ne procèdent pas à des livraisons aux infirmières scolaires, qui ne sont pas référencées comme clientes et qui s'approvisionnent chez les pharmaciens détaillants.

Dans les établissements scolaires, les interlocuteurs rencontrés par la mission au rectorat ont indiqué, mais sans disposer de données chiffrées qu'aucune augmentation de la distribution de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires n'avait été constatée. D'après les informations connues du rectorat, la réticence des parents d'élèves est importante, ce qui n'empêche pas les jeunes filles de s'adresser à l'infirmerie scolaire, où les infirmières scolaires essaient d'engager un suivi sur les méthodes contraceptives.

Le conseil général fournit l'ensemble des centres de planification en contraception d'urgence. Les chiffres fournis par le rapport d'activité de la protection maternelle et infantile de Guadeloupe pour 2007 montrent une légère augmentation du recours à la contraception d'urgence, (150 consultantes en 2006 et 182 en 2007), mais il faut les comparer aux 2100 femmes venues dans un CPEF pour une consultation pré-IVG en 2007, (dont 25% à 17 ans ou moins). Cependant, la faiblesse de l'offre des CPEF n'est pas significative, dans la mesure où l'accès en pharmacie est facile, et gratuit pour les mineures.

Les principales difficultés du recours à la contraception d'urgence proviennent, comme en matière de contraception, de réticences non affichées à prendre un moyen de contraception. Les refus des pharmaciens, souvent évoqués, de délivrer la contraception d'urgence semblent se résorber. Il faut souligner les initiatives prises en matière de formation par le pharmacien inspecteur régional en direction de ces professionnels, les actions du conseil de l'ordre des pharmaciens, ou les campagnes spécifiques de communication élaborées par la CGSS de la Guadeloupe dans son programme « contraception d'urgence ».

³⁰ Outre la récente enquête de la mutuelle des étudiants citée supra et qui se borne, par définition, aux étudiantes, on peut citer celle qui a été réalisée par l'association « la maternité consciente », association de planification familiale subventionnée par le conseil général en tant que CPEF, et par la DSDS, à partir des entretiens pré-IVG.

³¹ La conférence des pharmaciens inspecteurs régionaux s'était penchée sur la question de l'information en 2004 en lien avec les grossistes et finalisé les modalités de transmission régulière des chiffres de vente d'une liste de spécialités à risque ou à intérêt particulier.

1.3.2. La contraception, moins un problème d'accès que d'observance et de recours

1.3.2.1. Une situation mal connue

Hormis des enquêtes spécifiques comme l'enquête citée supra relative aux étudiantes, et les rapports d'activité de la PMI, la situation de la Guadeloupe en matière d'utilisation de la contraception est mal connue, ou ne fait l'objet que d'enquêtes partielles. Les données dont disposait l'association « la maternité consciente » récoltées à partir des entretiens pré-IVG, et qui renseignaient aussi sur la pratique contraceptive, n'ont plus la même portée avec la fin du caractère obligatoire de l'entretien.

L'accès à la contraception dans les établissements scolaires (100 000 élèves scolarisés dont 50 000 dans le secondaire) est surtout évoqué par rapport à l'utilisation de distributeurs de préservatifs. Cependant, ces appareils ne sont présents que dans 11 établissements scolaires sur 20, les chefs d'établissements ne s'engageant pas à passer outre des conseils d'administration d'établissements réticents, et à qui il est demandé un vote à bulletin secret.

1.3.2.2. Les centres de planification familiale complètent les prescriptions des médecins libéraux

La répartition des 20 CPEF de Guadeloupe est la suivante :

- 16 centres en régie directe assurée par les services du conseil général
- 4 centres ainsi qu'une annexe relevant d'une association « la maternité consciente », conventionnée avec le département
- 2 centres dans des établissements hospitaliers publics

Dans les CPEF de Guadeloupe, sur les près de 12 000 consultations médicales assurées par les médecins ou sages femmes, 8600, soit 72% étaient relatives à la contraception, dont 1357 dans les centres de planification des deux établissements hospitaliers qui en possèdent un.

L'accès à la contraception par l'intermédiaire des CPEF permet d'assurer un accès, gratuit pour les mineures, la majorité des femmes qui consultent utilisant la pilule contraceptive.

L'activité des CPEF en matière de planification familiale a fait l'objet du contrôle de l'IGAS cité supra, et la mission a pu constater que le conseil général avait commencé à en mettre en œuvre les recommandations, qui restent à développer notamment à Saint Martin, dont l'évolution du statut risque de ne pas permettre une accélération de leur application. La question des moyens humains reste essentielle.

D'une manière générale, si la mission a noté que l'approvisionnement par le conseil général en moyens contraceptifs n'était pas négligeable, (ce dernier consacre un budget de l'ordre de 60 à 70 000 euro à l'achat de contraceptifs), la décision de prévoir une partie de pilules de « troisième génération », mériterait une analyse plus fine des motifs de recours à des contraceptifs non remboursés, pour des jeunes notamment qui n'auront plus la possibilité ensuite de poursuivre ce type de contraception compte tenu de son coût, et conformément aux recommandations de la HAS.

1.3.2.3. La contraception, un sujet tabou

La faible utilisation de la contraception ne s'explique pas seulement par un problème financier : les CPEF sont présents, même si le maillage du territoire reste insuffisant, en particulier dans les îles, et une partie non négligeable de femmes a la possibilité d'avoir recours à la CMU et CMUC. En revanche, c'est surtout pour les femmes en situation irrégulière que la question se pose. Enfin, les questions d'observance analysées dans le rapport thématique de la mission sur la contraception sont également observables en Guadeloupe, et confirmées par les professionnels.

Mais il faut en outre évoquer les freins et tabous pour l'utilisation de la contraception, qui ont longtemps été décrits à la mission. Ils sont largement décrits dans le colloque relatif à la sexualité³², et notamment :

La non-utilisation d'un moyen de contraception chez les 20-35 ans

<p>peur d'éventuels risques d'infécondité problèmes sociaux situation économique instable difficultés d'accès aux soins pour les femmes étrangères problèmes culturels poids de la famille même si la pilule est d'actualité Que faire ? nécessité d'informer avant l'âge de 12 ans maintenir cette sensibilisation nécessité de consulter un psychologue après une IVG faciliter l'accès aux soins former les professionnels développer l'écoute lever les verrous culturels</p>

Source : Intervention du Pr. Jansky, gynécologue obstétricien au CHU

Les spécificités locales jouent en ce sens un rôle non négligeable. « *L'étude des représentations sociales montre que les connaissances sont suffisantes mais que les idées préconçues influencent les attitudes, que la crainte pour une fécondité ultérieure domine ces représentations et peut expliquer l'observance, et que l'approche psychosociale et la connaissance du cadre socioculturel ouvrent la voie à une nouvelle approche préventive* »³³.

1.3.2.4. L'activité d'IVG n'est pas suffisamment articulée à la prévention

Les IVG répétées, une ou plusieurs fois, sont une réalité. L'information et le conseil après cet acte sont particulièrement importants en ce cas, et le rôle des sages femmes peut être majeur. Il est regrettable que seuls deux établissements hospitaliers aient conclu une convention avec le département pour ces activités de planification familiale, et pas le CHU qui a l'activité la plus importante. La part non négligeable des établissements privés dans l'activité d'IVG, pour lesquels les liens avec la planification familiale sont encore plus relâchés, impliquent l'engagement d'actions de partenariat, comme avec les médecins généralistes. La mission a noté avec intérêt des initiatives originales d'information, par l'intermédiaire d'un blog d'un médecin gynécologue intervenant dans un établissement de santé privé, et accessible facilement aux jeunes. Mais tout cela reste insuffisant au regard des besoins et des enjeux.

³² « La sexualité en Guadeloupe », op. cité.

³³ M. Chollet, responsable du service éducation à la CGSS, in *La sexualité en Guadeloupe*, op. cité.

1.4. L'éducation à la sexualité : un enjeu majeur autant que délicat

1.4.1. Des actions diversifiées

1.4.1.1. L'urgence du développement de l'information et de l'éducation familiales

Ces actions sont menées par trois institutions, les CPEF de la PMI en régie directe, les CPEF de l'association « la maternité consciente », plus les CPEF des deux établissements publics de santé. Il faut ajouter l'action du secteur associatif en direction de publics vulnérables, comme les associations « Forces » ou « entraida Galoup ».

La demande provient des établissements scolaires, de la protection judiciaire de la jeunesse pour des stages de citoyenneté, ou comme alternatives à la prison, mais de manière inégale. L'importance du public touché est, elle aussi, variable.

Sur les 50 000 élèves scolarisés dans le secondaire, en 2007, moins de 10% de ces élèves, adolescents ou préadolescents avaient été destinataires de ces actions³⁴. La mission a bien noté les contraintes, les réticences des parents d'élèves, directement ou par les associations de parents d'élèves, les moyens humains ou la disponibilité parfois insuffisants³⁵. Le nombre d'IVG et de grossesses précoces devrait néanmoins servir de signal d'alerte pour que la question de l'éducation à la sexualité et l'information sur la contraception puissent être abordée de manière partagée entre tous les intervenants, les élus, et que l'information sur les statistiques soient rendue publique et expliquée.

Comme pour les actions menées dans le cadre de la réduction des risques liés au VIH, certaines actions de prévention doivent intégrer les spécificités locales. L'enquête financée par le GRSP de Guadeloupe et le service études et statistiques Antilles Guyane (SESAG)³⁶ montre notamment la nécessité de valoriser la place et la parole des femmes sur la sexualité (comme l'avaient montré les affiches du COGES sur le dépistage), de poursuivre l'utilisation du créole dans les dépliants VIH et dans les campagnes de prévention, et de favoriser les actions de proximité et la création d'espaces de dialogues autour des questions du VIH, de la sexualité et du multi partenariat.

En revanche, l'idée d'une table ronde sur la contraception que la DGS a inscrite dans ses axes stratégiques actualisés en matière de contraception pour l'outremer reste vraisemblablement en deçà de l'ampleur du problème.

1.4.1.2. Le développement d'initiatives plus ciblées

La mission a noté avec intérêt que dans le cadre du PRSP, les différents partenaires avaient engagé des actions diversifiées pour essayer de mener une politique de prévention adaptée aux difficultés rencontrées. Ces actions ne font pas obligatoirement preuve d'originalité, mais reflètent la préoccupation de trouver d'autres modalités d'action, complémentaires et adaptées aux besoins et attitudes locaux.

- Une consultation « spécifique jeunes »

Un centre de consultation spécifique pour les jeunes le mercredi après midi a été développé depuis 2005, après qu'une enquête sur les grossesses précoces ait alerté les autorités locales, qui

³⁴ Rapport annuel d'activité de la PMI, op. Cité.

³⁵ D'après le rectorat, seules 18 infirmières scolaires sur 67 seraient d'accord pour y participer et seules 13 d'entre elles ont suivi le DU sur la sexualité.

³⁶ M. F. Guillemaut et M. Schultz-Samson, « la réduction des risques liés au VIH/Sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges économico-sexuels en Guadeloupe », juillet 2009.

montrait que 20 % seulement des jeunes mères de moins de 17 ans avaient une contraception³⁷. Situé dans un lieu facile d'accès et dans un quartier dans lequel les jeunes sont nombreux³⁸, il s'agit d'une consultation gratuite avec des professionnels de santé partenaires, sur le modèle de la maison des adolescents de Montréal, et dans laquelle les jeunes peuvent venir sans autorisation parentale. Reçus par des sages femmes ou des psychologues, les adolescents peuvent évoquer toutes questions, comme la relation parents-enfants, la grossesse et notamment la grossesse à l'adolescence, les violences... Sorte de maison des adolescents, mais plus spécialisée, ce centre, seul exemple en Guadeloupe, permet de relayer les informations données dans les établissements scolaires, ou aussi de pallier leur absence d'information.

- Le développement des compétences parentales

Compte tenu des difficultés de communications entre parents et jeunes, l'action auprès des parents est un axe fort du PRSP. L'idée consiste à développer les compétences parentales, à partir de formations réalisées avec un sexologue clinicien du Québec. Les jeunes parents, invités par l'équipe pédagogique, et ayant des enfants dans les écoles maternelles, sont particulièrement ciblés par ces actions d'information, qui devraient être relayées par les associations de parents d'élèves. D'autres initiatives de discussions ou d'actions communautaires en direction des grands parents présentent l'intérêt d'impliquer toute la chaîne générationnelle.

- Les « groupes carnavalesques » dans le cadre du carnaval

Les partenaires du PRSP ont partagé l'idée de mettre à profit le travail effectué dans le cadre des programmes « nutrition », en direction des participants aux « groupes carnavalesques ». Ces actions, menées par la CGSS lors du carnaval, avaient touché de 2 à 3000 personnes, de toutes générations. A la suite de l'étude citée supra³⁹, montrant les difficultés à faire passer un message de prévention touchant à la contraception, cette méthode du programme nutrition a été reproduite, avec des messages adaptés, des pièces de théâtre, des rencontres, qui, en commençant par ne toucher que les femmes, ont vu la participation des hommes à ces actions de proximité concernant l'information et la prévention s'accroître.

- L'action des associations en direction des groupes de populations vulnérables

L'action de ces associations est plus orientée vers les populations ayant des problèmes d'information ou d'accès aux soins, prostituées⁴⁰, sortants de prisons, sans papiers, femmes isolées avec enfants. La mission a pu se rendre compte sur place de ce travail de proximité, qui présente en particulier l'intérêt de bien s'inscrire dans les réseaux de financement et de suivi du GRSP.

- Le diplôme universitaire de sexologie des adolescents

Après des débuts difficiles face aux réticences de l'université, ce programme a bénéficié de l'appui précieux du chef de service du CHU, qui en a rédigé la partie théorique. Là encore, en s'inspirant des méthodes des programmes nutrition, cette formation a pour objet de développer des éléments de langage communs entre professionnels, des éducateurs, des sages femmes, des psychologues, des infirmières scolaires⁴¹, le secteur associatif. La formation était également destinée aux internes, aux médecins généralistes et aux pharmaciens, qui n'ont pas dépassé le stade de l'inscription. Plus de 40 professionnels ont ainsi été formés et ont pour mission de répercuter dans chaque lieu d'information les approches permettant de lever les freins socioculturels à la contraception.

³⁷ Enquête « jeunes mères » en Guadeloupe : PMI, ORSTOM, IDS, 1988.

³⁸ Dr. S. Carbonnel, colloque « l'adolescence en question », Gosier, 2006.

³⁹ M. Chollet, op. Cité.

⁴⁰ M. F. Guillemaut et M. Schultze-Samson, op. cité

⁴¹ 13 d'entre elles avaient suivi cette formation au moment du passage de la mission.

1.4.2. Des actions de communication locales à privilégier

La campagne nationale triennale de communication dirigée par l'INPES a développé une thématique en direction des DOM. En Guadeloupe, cette campagne, parfois critiquée car perçue comme s'adressant plutôt aux « Domiens des départements de métropole » a été relayée par des actions plus locales financées par l'assurance maladie, sur un budget « actions locales hors GRSP ». C'est ainsi qu'une action a été financée en 2007 sur les modalités de délivrance et d'utilisation de la contraception d'urgence, et, en 2008, c'est une action relative à la prévention des grossesses non désirées qui a fait l'objet d'un financement spécifique.

L'idée consiste à utiliser les supports qui concernent et touchent les jeunes, et notamment des spots TV, les blogs et les sites internet en français et en créole.

2. LE DEPARTEMENT DE LA MARTINIQUE

2.1. *Un nombre d'IVG encore non négligeable par rapport à la structure de la natalité*

2.1.1. Une population jeune et des problèmes de précarité

La population de la Martinique, quoique dans des proportions moindre qu'en Guadeloupe, est elle aussi une population jeune, puisque 20% des Martiniquais ont moins de 16 ans. Les jeunes de 15 à 19 ans étaient plus de 30 500 en 2005, pour une population de près de 400 000 habitants, avec 5032 naissances domiciliées définitives et 2304 IVG⁴².

Les taux de natalité est proche de celui de la France métropolitaine, soit 12,7‰ naissances domiciliées.

Comme en Guadeloupe, le déficit des professions de santé est d'environ 50% par rapport à la métropole, à l'exception des infirmiers libéraux et des sages femmes.

On compte en Martinique 972 médecins et 164 sages femmes, salariés et libéraux.

La densité des professionnels de santé libéraux est peu élevée, avec une densité de 84 médecins généralistes et de 46 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, avec néanmoins un recours aux médecins spécialistes plus élevé en Martinique qu'en Guadeloupe⁴³. Les insuffisances de l'offre de soin concernent le secteur libéral dans son ensemble. Deux gynécologues médicaux et 20 gynécologues obstétriciens libéraux étaient en activité au 1^{er} janvier 2007 et 81 sages femmes libérales.

Les indicateurs de précarité sont les suivants :

- le taux d'allocataires de l'Allocation pour parents isolés (API), s'élève à 41,4‰ femmes de 15 à 49 ans (soit 4311 femmes)
- un quart des enfants vit au sein de ménages sous le seuil de pauvreté, phénomène expliqué en partie par la forte proportion (40%) de familles monoparentales⁴⁴;
- 28,3% de la population était attributaire de la CMU de base et complémentaire ;
- le taux d'étudiants boursiers est de 49,1% contre 33% en métropole.

⁴² Statifs 2007, Drees-Driss-Adelia au 01.01.2007, et Sassage, Adelia et enquêtes hospitalières

⁴³ M. Bernier, député, rapport parlementaire pour la commission des affaires culturelles, familiales et sociales « sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire », n° 1132, 2008.

⁴⁴ G. Forgeot, 10 ans d'évolution des inégalités dans les DOM, DED, décembre 2008.

2.1.2. Des chiffres peu satisfaisants

Le nombre d'IVG est stable depuis une dizaine d'années, soit 23% femme en âge de procréer et la part des mineures est en augmentation, passant de 7% en 2002 à 11% en 2007⁴⁵. « Sur les quatre dernières années connues, ce sont entre 190 et près de 250 jeunes filles mineures qui ont été concernées chaque année par une IVG »⁴⁶.

Le nombre d'IVG ne diminue pas, mais si on le rapporte à la diminution du nombre de naissance, il aurait même tendance à augmenter, (8704 conceptions en 2000 et 2631 IVG, 7806 conceptions et 2382 IVG en 2003, 2392 en 2006)⁴⁷.

Cependant, cette tendance illustre le fait que les femmes, par rapport à l'objectif de réduction des grossesses non désirées, choisissent de plus en plus de recourir à l'IVG plutôt que d'avoir une grossesse non désirée.

En 2006, les IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée représentent 5% de l'ensemble des IVG, mais près de la moitié des IVG se pratiquent avant la 8^{ème} semaine d'aménorrhée.

L'enquête menée par la mutuelle des étudiants dans les départements d'outremer⁴⁸ a touché une population étudiante jeune et féminine, (en Martinique, sur un échantillon de 548 réponses, 67 % avait moins de 22 ans, et 2 étudiants sur 3 sont des étudiantes). Alors que 31% des étudiants métropolitains déclaraient avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport, les étudiants Martiniquais de l'échantillon sont 49,3% à faire la même réponse. Ils sont 56,8% à annoncer recourir régulièrement au préservatif (80,7% des hommes et 45,3% des femmes) pour 47% en métropole.

Le recours des étudiantes à la contraception est faible, (25,2% des étudiantes Martiniquaises utilisent la pilule seule et 13,1% la combinaison pilule-préservatif - 47,2% et 14% en France métropolitaine, 10,1% des étudiantes interrogées avaient déjà eu recours à une IVG contre 5% pour l'enquête menée en France métropolitaine). Le recours à la contraception d'urgence selon cette même enquête est plus répandu que le recours à la contraception (moins de 26% de l'échantillon), mais faible au regard du nombre d'avortements dans cette classe d'âge.

Il faut noter, comme en Guadeloupe, l'importance des violences faites aux femmes révélée notamment par cette étude relative aux étudiants.

En effet, selon cette même enquête, 11% des étudiantes déclaraient avoir subi des attouchements sexuels, et 8,3% avaient subi un rapport sexuel forcé.

Les professionnels rencontrés par la mission ont confirmé le poids des violences, notamment dans les décisions de recours à l'IVG, et ont particulièrement insisté sur la nécessaire vigilance en regard de « l'adulte âgé » ou personne adulte accompagnante pour ce qui concerne les mineures, face au risque de violences sexuelles, ou de pressions de toutes sortes.

Enfin, le besoin d'information est important, et le relevé d'activité de la permanence téléphonique régionale pour 2008 montre que les questions posées (à 88% par les femmes) portent en premier lieu sur l'IVG (procédure et méthodes pratiquées), et -de manière très minoritaire- sur la contraception.

⁴⁵ Observatoire de la santé de Martinique, DSDS, « les IVG en Martinique », op. cité et axe « prévention –santé » du PRSP de Martinique.

⁴⁶ Observatoire de la santé de Martinique, op. cité.

⁴⁷ Observatoire de la santé Martinique, et les IVG en Martinique, étude citée supra

⁴⁸ Enquête sur la santé des étudiants outremer, op. cité

2.1.3. Une priorité reconnue de santé publique

Comme en Guadeloupe, les institutions se sont mobilisées pour développer la prévention et les conditions de prise en charge des IVG.

Les axes prioritaires du PRSP

Le PRSP cible deux axes prioritaires, les mineures et les femmes en demande d'IVG répétées. Le PRSP s'oriente vers la préconisation de deux modes d'incitation à la contraception : l'approche individuelle et l'approche collective, et à inscrire dans la promotion de la contraception la protection vis-à-vis du VIH et des IST.

Le PRSP a décliné des objectifs généraux quantifiés sur 5 ans :

- Réduire de 5% la proportion des IVG répétées, qui ne représenteront plus que 5% du total des IVG ;
- Réduire de 2,5% la proportion de mineures ayant recours à l'IVG, soit un taux de cible de 5,2% de mineures dans l'effectif des femmes ayant recours à l'IVG

A terme l'incidence globale de l'IVG pourra être réduite de 5% pour atteindre 20/1000.

Source : PRSP Martinique

La mission a noté avec intérêt ces objectifs plaçant la thématique au niveau des priorités de santé publique. L'objectif contenu dans ce PRSP de Martinique est rédigé de manière moins généraliste que celui qui figure dans le PRSP de Guadeloupe. Cette orientation est en effet plus opérationnelle en s'appuyant sur des objectifs quantifiés. Cependant, la mission recommande, si le choix est fait d'un objectif quantifié, d'énoncer plutôt un objectif quantitatif lié à la réduction des grossesses non désirées, plutôt que la diminution quantitative des IVG avec des objectifs quantifiés qui auraient pour effet, **en étant interprétés de manière automatique, de faire basculer à tort l'objectif de réduction des grossesses non désirées vers un objectif de réduction des IVG.**

Fort heureusement, les objectifs opérationnels définis par ce PRSP doivent permettre de lever toute ambiguïté et visent à améliorer la prise en charge orthogénique par une approche individuelle de qualité, à mieux connaître et à développer le recours à la contraception d'urgence, à contribuer à l'éducation à la sexualité et à la vie affective en milieu scolaire et à impliquer davantage les hommes dans l'appropriation de la contraception.

Tous les professionnels rencontrés par la mission ont insisté sur la plus value considérable apportée par l'insertion d'un **axe de prévention important** dans le PRSP, permettant des financements sur des projets judicieusement sélectionnés, qui n'auraient pas trouvé de légitimité sans cet appui.

Le « réseau sexualité », composé de partenaires associatifs et institutionnels, et de professionnels (infirmière scolaire, pharmacien, sage-femme de PMI, assistante sociale, conseillère conjugale, psychologue, médecin...) a permis une mise en commun et une déclinaison partenariale de ces objectifs. Destiné à élaborer un langage commun, le réseau met en œuvre la coordination de professionnels, à partir de financements sur appels à projets. Le réseau est particulièrement investi sur l'éducation à la sexualité, notamment mais pas seulement dans les établissements scolaires, avec l'appui remarqué du rectorat.

L'éducation à la sexualité fait partie des thématiques importantes de prévention, et la thématique « maîtrise de la sexualité et de la fécondité en Martinique » constitue un des axes de prévention santé du GRSP. « *L'objectif de cet axe est d'améliorer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence, et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les*

femmes qui décident d'y avoir recours. Il s'agit aussi de développer des actions d'éducation globale à la sexualité et à la contraception⁴⁹ ».

Comme en Guadeloupe, la mission a pu apprécier l'investissement de tous les partenaires institutionnels de la DSDS pour un travail de partenariat remarqué, pour une thématique dont chacun a analysé l'enjeu pour l'avenir de la Martinique.

2.1.4. Tenir compte des spécificités locales

2.1.4.1. Une majorité de femmes majeures dont les occupations professionnelles sont diverses

Il est délicat de faire une corrélation entre IVG et situation socio-économique, même si les conditions de vie peuvent déterminer le choix ou non de grossesse, qu'il s'agisse ou non d'une première grossesse. Cependant, les études sociologiques ont montré que pendant longtemps, seule la population du chef lieu, aisée ou moyenne, utilisait des moyens de contraception, avec un approvisionnement en moyens contraceptifs depuis les îles anglaises, alors que les populations urbaines de milieux plus modestes ou les populations rurales restaient en dehors du circuit⁵⁰. Cependant, dès mars 1968, s'ouvrait le premier centre de planification, à Fort-de-France.

Plus de la moitié des IVG ont lieu entre 20 et 35 ans, les femmes ayant pour plus d'un tiers un emploi, et pour un autre tiers sont au chômage ou au foyer ; 20% sont élèves ou étudiantes.

2.1.4.2. Un moment de la vie des femmes

Les IVG récurrentes (2 ou plus) concernent moins de 10% des femmes. Pour 6 femmes sur 10, il s'agit de leur première IVG et pour 30% d'entre elles la deuxième. Les IVG répétées concernent principalement la tranche d'âge 30-34 ans.

Tableau 3 : Antécédents d'IVG chez les femmes ayant pratiqué une IVG en Martinique en 2007

Nombre d'IVG antérieures	Effectifs	%
0	1468	61,5%
1	716	30%
2 ou plus	202	8,5%
TOTAL	2386	100%

Source : DSDS Martinique-exploitation OSM

Cependant, si l'IVG est réalisée chez les femmes dont c'est la première grossesse dans 40% des cas, dans 60% des cas, la femme a déjà eu une ou plusieurs grossesses.

⁴⁹ PRSP de la Martinique, les axes prioritaires 2006/2011 –avenant- 2008.

⁵⁰ PRSP, op. cité

Tableau 4 : Nombre de grossesses antérieures à celle motivant une demande d'IVG chez les femmes ayant pratiqué une IVG en Martinique en 2007

Nombre de grossesses antérieures	Effectifs	%
0	961	40,3 %
1	599	25,1%
2	454	19%
3	223	9,4%
4 ou plus	149	6,2%
TOTAL	2386	100%

Source : DSDS Martinique-exploitation OSM

2.1.4.3. Des éléments d'analyse pas si éloignés de la France métropolitaine,

Comme l'a analysé le volet « maîtrise de la sexualité et de la fécondité en Martinique » du PRSP, et l'analyse sociologique de 2004 relative au recours à l'IVG⁵¹, la situation martiniquaise est ambivalente.

Les échecs et absences de contraception, comme en France métropolitaine, sont liés à l'ambivalence du désir de grossesse, la non-reconnaissance parentale de la sexualité des mineures et l'inadaptation de la méthode utilisée aux conditions de vie ;

Les raisons de recours à l'IVG découlent essentiellement de l'appréciation par la femme ou le couple d'un âge jugé trop jeune pour un engagement parental, d'une trajectoire sociale ou professionnelle difficile au moment de la grossesse, d'un géniteur qui ne peut être père.

2.1.4.4. Et des particularités

Selon ces mêmes analyses, la situation n'est pas très différente de celle qui est constatée en Guadeloupe :

- Le poids du facteur religieux est majeur, contrastant avec « *la liberté apparente des mœurs* » dans une société caractérisée par le multi-partenariat », qu'il soit masculin et féminin, « *cette contradiction n'étant qu'apparente et révèle que la sexualité se joue sur un terrain différent de la conscience morale ou religieuse* », quel que soit le nombre d'IVG antérieures.
- Les hommes sont peu impliqués, et les professionnels de santé rencontrés par la mission comme les témoignages de l'enquête sociologique citée supra le confirment
- Les idées reçues sur la pilule, comme en Guadeloupe, sont importantes, d'autant plus que le surpoids dont souffrent les Martiniquaises est important et semble être une cause majeure du rejet de la pilule contraceptive.

⁵¹ C. Quélier, « le recours à l'IVG en Martinique », août 2004

Le surpoids et la pilule

« La pilule fait l'objet d'un rejet, en raison notamment de ses effets rapportés sur le poids. La prise de poids est elle réellement liée aux effets induits de la pilule ou aux modes alimentaires actuels.

Les premiers résultats de l'enquête « escale Martinique », réalisée fin 2003-début 2004 donnent les indicateurs suivants sur le statut pondéral de la population Martiniquaise :

- chez les 3-15 ans, 1 enfant ou adolescent sur 4 présente déjà un excès pondéral ;
- chez les plus de 16 ans, 55% des femmes et 51% des hommes sont en surpoids.
- Ainsi, plus d'une femme sur 2 est en surcharge pondérale et plus d'une sur quatre est obèse selon les définitions internationales.

Face à de tels indicateurs, on peut difficilement attribuer à la pilule l'origine du méfait.

Les résultats à venir de l'analyse des habitudes alimentaires permettront de mieux identifier les facteurs de surpoids. A priori, l'excès alimentaire, conjugué à la sédentarité participent énormément à la genèse de cette situation, aux conséquences sanitaires particulièrement néfastes ».

Source : PRSP Martinique

2.1.4.5. La question des IVG « itératives » :

Dans l'enquête sociologique de 2004 sur le recours à l'IVG en Martinique citée supra, la partie relative aux IVG réitérées est particulièrement intéressante, dans la mesure où elle montre bien que cette catégorie d'acte n'est pas traitée de la même manière que l'IVG « accidentelle et unique » par les professionnels. Asymétrie de la communication entre professionnels et la femme, renforcée par la culpabilité et l'urgence, « *cette situation crée une certaine forme de docilité des femmes qui entendront les réprimandes, promettent de ne plus recommencer, accepteront la contraception prescrite : plusieurs femmes ont ainsi déclaré lors de l'enquête avoir été confrontées, lors de leur parcours à un discours ou une attitude culpabilisante et moralisatrice chez au moins un professionnel, que ce soit le médecin de ville, une sage-femme du centre de planification ou un professionnel du centre d'orthogénie* »⁵².

Afin d'agir sur la prévention, la mission a noté avec intérêt qu'à la suite de ces différents contrôles de la DSDS, et des études sociologiques, la mise en place, dans le cadre du travail partenarial du « réseau sexualité » d'un accompagnement psychologique des femmes en demande d'IVG dans les trois centres d'orthogénie de Martinique depuis 2006. La psychologue fait ainsi systématiquement **une proposition de soutien psychologique** sous la forme d'un formulaire joint à l'ensemble du dossier. L'objectif consiste à permettre l'amélioration de la prise en charge des patientes et la définition d'actions de prévention. En un an, (2007), 866 entretiens avaient été réalisés pour 405 patientes, dont 30% de mineures, 104 accompagnants, et 375 entretiens de suivi. Les entretiens sont majoritairement menés au CHU (541), puis à parts quasi égales entre le CH du Lamentin (179) et de la Trinité (139). L'analyse qui a été faite ensuite de ces entretiens confirme bien les analyses sociologiques déjà citées⁵³ :

⁵² A titre d'exemple, il est possible de citer le compte rendu d'inspection fait par la DSDS dans le centre hospitalier de la Trinité en 2003 « à la question de savoir s'il faut un renforcement de l'équipe par une sage femme conseillère conjugale, les points de vue sont partagés : certaines personnes y sont plutôt favorables car cela permettrait de décharger le travail des secrétaires médicales, notamment dans l'accueil des patientes demandeuses d'une IVG, d'autres ont exprimé des réserves : tout en reconnaissant que cela apportera un plus dans la prise en charge, ces personnes rappellent que c'est aussi aux femmes elles-mêmes de se prendre en charge. Selon ces personnes, beaucoup de femmes sont des « récidivistes », parfaitement au courant des méthodes contraceptives ».

⁵³ Dr. C. Bonnier et collaborateurs, « IVG chez les ados, quelles prises en charge, comment prévenir les récurrences, quelle prévention en milieu scolaire » ? Unité d'orthogénie, CHU Fort-de-France.

- une mineure sur 3 pense avoir une mauvaise connaissance de la contraception, et avoir des doutes sur sa fertilité ;
- plus d'une femme sur 2 reçue en entretien est victime de violences physiques.

La portée de ces actions est importante à la fois pour orienter les actions de prévention (éducation à la sexualité, information sur les méthodes, mais aussi prévention des violences, respect du corps), en direction des filles et des garçons, des femmes et des hommes, mais aussi pour sensibiliser les professionnels sur leurs pratiques et leurs modalités d'accueil et d'accompagnement des femmes..

2.2. Une prise en charge des IVG assurée par le seul secteur hospitalier public

Le diagnostic du PRSP sur la prise en charge des IVG est largement partagé par la mission à la suite de ses entretiens, même de courte durée.

L'activité d'IVG en Martinique est uniquement prise en charge par les établissements de santé publics, le CHU de Fort-de-France, le centre hospitalier du Lamentin, et dans une moindre mesure, le centre hospitalier de la Trinité; ces établissements ont fait l'objet de trois missions d'inspection en 2003 et sont en attente des inspections de la DSDS prévues par la DNO.

Les délais d'attente préconisés par la HAS sont globalement respectés, hormis en période estivale ou de carnaval, et les IVG sont réalisées jusqu'à 14 semaines. Il faut noter, comme dans certains départements de métropole, mais seulement depuis quelques mois, une situation de blocage par les médecins anesthésistes du centre hospitalier du Lamentin, qui refusent d'effectuer des IVG pour les mineures sans autorisation parentale. La mission a demandé une expertise juridique à la mission du Conseil d'Etat placée auprès de la Ministre de la santé sur cette question, qui figure en annexe du rapport de synthèse de la mission et qui permettra de lever toute ambiguïté.

Tableau 5 : La répartition des IVG en 2008

établissements	CHU	CH Lamentin	CH Trinité
Nombre d'IVG déclarées en 2008	1092	801	526
Nombre d'IVG chez les mineures	102	56	nc
Nombre d'IVG 13/14 semaines	70	41	51
IVG M/C	367/701/28	300/501	nc

Source : données brutes de 2008 retraitées par la DSDS (sous réserve de quelques fiches non renseignées)

Le CHU réalise la plus grosse activité de l'île, avec plus de la moitié des IVG déclarées et plus de la moitié des IVG chirurgicales, le reste des interventions étant assuré par l'établissement du Lamentin, puis de la Trinité.

La part des IVG réalisées dans le délai supérieur à 12 semaines s'élève respectivement à 6,4%, 5,1% et 9,6% dans les trois établissements hospitaliers en 2008, sous réserve de fiches non renseignées, et des nécessités de retraitement par rapport aux données issues de Statiss.

La mission ne s'est rendue que dans les établissements du Lamentin et au CHU. A travers les différents entretiens menés avec les professionnels, les enquêtes et questionnaires et les analyses menées notamment par le réseau sexualité »et l'enquête sociologique précitée, il est possible de retenir les éléments suivants :

- une diversité des pratiques, en matière d'accueil des femmes, du circuit, des techniques pratiquées ;

- des IVG considérées essentiellement comme un acte technique à accomplir sans que l'accompagnement psycho social soit encore intégré dans les pratiques ;
- une inégalité des moyens (personnels locaux, lignes téléphoniques dédiées...) ;
- une ambiguïté dans le fonctionnement des centres sur la gratuité pour les mineures sans autorisation parentale ;
- et une absence de coordination entre les trois centres.

Comme l'indique le diagnostic du PRSP, la prise en charge orthogénique s'est améliorée depuis 2000, mais elle est perfectible :

- la création de la consultation psychosociale, et le financement par le « réseau sexualité » du poste de psychologue a permis de pallier une approche de l'acte par trop « technique »
- afin d'harmoniser pratiques et prise en charge, à la demande du « réseau sexualité », des actions ont été entreprises par la DSDES entre les professionnels des trois établissements hospitaliers, mais qui ne semblait pas, lorsque la mission avait rencontré les professionnels, avoir beaucoup avancé. Un protocole devait être signé entre les trois établissements hospitaliers, mais ne l'était toujours pas au moment où la mission a rencontré les professionnels ;
- enfin, les équipes du centre hospitalier du Lamentin ont engagé un travail en commun de l'équipe sur leurs pratiques médicales, mais n'ont pu se mettre d'accord sur la mise en œuvre d'un questionnaire de satisfaction auprès des patientes.

2.3. Un équilibre dans les méthodes utilisées

2.3.1. Les trois méthodes utilisées

Les équipes des trois centres hospitaliers ont recours aux trois méthodes, l'IVG médicamenteuse étant effectuée à l'intérieur du délai de 7 semaines, et représentant 40% des interventions. Au CHU, un seul médecin sur les huit qui réalisent des IVG, le chef de pôle, pratique les IVG médicamenteuses.

Cependant, la réalité du choix de la méthode pour les femmes ne semble pas toujours acquise. Si plus d'un tiers des femmes vient à la consultation pré/IVG avec une lettre de leur médecin libéral préconisant une IVG par voie médicamenteuse, le PRSP indiquait, à la suite des contrôles de la DSDES : « *les IVG chirurgicales se font essentiellement sous anesthésie locale au CH du Lamentin, et sous anesthésie générale au CHU et au CH de la Trinité. Le choix du mode d'anesthésie n'est pas fait par les femmes mais décidé par les équipes en fonction de leurs modalités internes de fonctionnement* ». Comme l'indique le rapport thématique de la mission sur la prise en charge des IVG, cette pratique n'est pas propre à la Martinique et la mission l'a rencontrée dans de nombreux services d'orthogénie. Comme en Guadeloupe, la deuxième prise de médicament est faite à domicile.

2.3.2. L'absence de la médecine de ville

La Martinique est un des seuls départements où l'IVG médicamenteuse en ville n'est pas pratiquée ; des courriers, des actions d'incitation (une proposition de formation avait été organisée à partir du CHU, pour 400 médecins libéraux, dix se sont inscrits et aucune convention n'a été signée) ont été menées auprès des médecins chargés de mission auprès de l'union régionale des médecins libéraux (URML), sans succès à ce jour.

Le conseil général ne semble pas enclin à utiliser la possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses dans les centres de planification comme la loi le permet désormais, ce qui permettrait pourtant de pallier l'absence totale de cette pratique en ville.

Un projet de réseau « ville-hôpital », sous l'égide du réseau sexualité, permettra peut être de dépasser ces réticences locales, et d'intégrer des actions de sensibilisation (comme la contraception et l'éducation à la sexualité) dans les trois « ateliers santé ville » de Martinique.

2.4. Un recours difficile à la contraception

Les études et enquêtes comme les entretiens avec les professionnels menés par la mission montrent les difficultés attachées au recours à la contraception.

2.4.1. Un réseau inégalement présent

L'accès à la contraception est possible dans les 18 centres de planification qui relèvent du conseil général, 7 centres rattachés aux antennes de PMI, 2 aux deux centres hospitaliers, le CHU et le CH du Lamentin, les 9 autres dépendent de l'association AMIOF. Cependant, si la répartition sur le territoire de l'île est satisfaisante, certaines difficultés, communes à de nombreux centres de planification, constituent des freins fonctionnels à l'accès à la contraception : horaires peu adaptés, listes d'attente, consultations surchargées et sur-rendez-vous, dissuasives pour les adolescents.

En dépit d'une faible densité de médecins libéraux, les prescriptions restent majoritairement du ressort des médecins généralistes (près de 63%), puis les gynécologues (17%) et les établissements publics (14%)⁵⁴. La prescription de pilules remboursées est en baisse de près de 6% en 2008, le nombre de contraceptifs autres (dispositifs intra-utérins, implants) s'accroissant de 5%. Le nombre de contraceptifs oraux remboursés en 2008 (près de 55 000) reste légèrement supérieur aux ventes de contraceptifs oraux non remboursés (de l'ordre de 47 000)⁵⁵.

2.4.2. Des freins et réticences

Un extrait de l'étude menée entre le 9 juin 2008 et le 31 décembre 2008 par la responsable de l'accompagnement psychologique mis en place depuis 2006 dans les trois établissements de santé, sur un échantillon des 128 femmes ayant accepté l'entretien psychologique, montre, même en tenant compte de l'étroitesse de l'échantillon, des caractéristiques similaires: 79 femmes utilisaient une contraception avant l'IVG, 39 la pilule, 36 le préservatif, 2 le patch, et 2 le stérilet. 6 femmes de l'échantillon ont déclaré avoir été victimes de violences conjugales et 2 de viol⁵⁶.

Les femmes et la contraception

L'enquête sociologique de 2004 citée supra montre que dans l'ensemble, les femmes ayant fait l'objet de l'étude connaissent les méthodes et leur mode d'application, mais *« cela ne signifie pas pour autant une bonne connaissance de la physiologie de la fertilité. Plusieurs femmes se méprennent sur le sujet... ; au mystère de la fertilité correspond une représentation de la conception comme don de la femme à un homme « on m'a dit que le gars voulait se débarrasser de moi et il m'a donné l'enfant », don que la femme annule à travers l'IVG : « il faut retirer l'enfant » ou qu'elle va dire avoir perdu.*

La majorité des femmes interviewées parlent de leur méfiance, de leurs craintes voire de leur intolérance vis-à-vis des méthodes contraceptives médicalisées qui sont pourtant considérées comme les plus efficaces par le milieu médical : pilule, implant, stérilet : *« la pilule est ainsi l'objet de réticences car elle est un-médicament, elle fait grossir, donne du cholestérol, des problèmes aux seins, empêche d'avoir ses règles, voire rend stérile. Implant et stérilet font aussi l'objet de représentations et de craintes ; selon ces mêmes enquêtes, la stricte observance (pilule) est difficile*

⁵⁴ Direction régional du service médical de la Martinique, courrier du 02/02/2009.

⁵⁵ Information fournie par le CERP Martinique

⁵⁶ « L'accompagnement psychologique des femmes en demande d'IVG », « Réseau sexualité » rapport d'activités 2007 et 2008.

et repose avant tout sur les femmes. *« pour les femmes interviewées, la contraception est de fait une affaire de femmes, l'IVG est là pour le leur rappeler, qu'elles l'acceptent facilement ou le regrettent : à la fois parce que les quelques méthodes masculines sont moyennement efficaces et peu prisées par les hommes mais aussi parce que ces derniers ne soutiennent pas leur partenaire dans cet effort contraceptif voire n'adhèrent pas fondamentalement à cet effort ».*

Le défaut de contraception chez les jeunes femmes ajoute une dimension complémentaire, c'est la non acceptation par la famille de leur sexualité, ce qui ne facilite pas la perception du risque de grossesse ni l'accès à la contraception.

L'analyse qualitative de ces entretiens cliniques montre *« aussi que l'absence, ni la non-observance de la contraception ne sont sur le générateur de grossesse non désirée. La prise d'une contraception est fortement influencée par les problématiques psychologiques, les croyances diverses ».*

Enfin, s'il est vrai que la politique de réduction des risques (IST, SIDA) a permis d'évoquer, en direction de publics diversifiés, jeunes, hommes, la vie sexuelle et le préservatif, elle peut aussi présenter le risque d'occulter la contraception et de monopoliser une grande partie des budgets de prévention. Les professionnels rencontrés par la mission ont beaucoup insisté sur le message selon lequel **le préservatif est aussi un moyen de contraception.**

2.4.3. Un accès financier facilité

Sous réserve du coefficient multiplicateur applicable outremer, qui en renchérit le coût, les contraceptifs sur prescription médicale sont accessibles avec les consultations médicales des centres de planification, en complément de l'offre libérale⁵⁷. Pour les usagers mineurs désirant garder le secret, ainsi que les femmes non couvertes par un régime d'assurance maladie, les frais d'analyse et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives restent, comme souvent, à la charge des centres de planification familiale. Dans le but de faciliter le recours à la contraception, et comme en Guadeloupe, le conseil général a décidé de délivrer gratuitement la pilule dite de « 3^{ème} génération ». La mission souhaite là aussi appeler l'attention sur cette question, évoquée dans le rapport thématique de la mission sur la contraception. Dans l'attente des dispositions qui seront prise au niveau national, permettant le remboursement d'un contraceptif de 3^{ème} génération, la prescription gratuite de cette catégorie de contraceptifs non remboursés, en dehors de la nécessité médicale (contre-indications pour d'autres contraceptifs), peut présenter, comme le souligne justement le document de synthèse du PRSP de Martinique, *« le risque à venir de non-couverture des besoins pour les mineures ou les femmes à revenu modestes »* soit que le conseil général décide de revenir sur la gratuité, soit que les femmes concernées sortent de la catégorie bénéficiaire de la gratuité.

Il serait peut être judicieux de ne pas se limiter à cette forme de contraception et d'élargir la procédures de gratuité sur les nouvelles méthodes de contraception non remboursées comme le patch ou l'anneau vaginal, tout en étant conscient de l'effet pervers important d'une gratuité non pérenne sur le suivi de l'observance.

2.4.4. Un objectif partagé, le recours à la contraception d'urgence

La contraception d'urgence est une solution de recours préconisée par les autorités sanitaires notamment, et c'est le cas à la Martinique, quand le nombre d'IVG est important chez les mineures. Le dispositif de gratuité chez les pharmaciens, et de distribution par les infirmières scolaires a été conçu pour cela. Le PRSP s'est donné comme objectif opérationnel la nécessité d'informer sur la contraception d'urgence, mais le recours à cette modalité contraceptive reste mal connu.

⁵⁷ CGSS, PMI, convention relative à la régulation des naissances, 2005.

Les ventes de la contraception d'urgence par les grossistes répartiteurs de Martinique sont passées de 15 800 en 2005 à 19 536 en novembre 2008. Les CPEF sont approvisionnés par le Conseil général.

Compte tenu du recours insuffisant à la contraception d'urgence, et à la demande du « réseau sexualité », une enquête a été commandée à l'observatoire régional de santé (ORS) afin d'harmoniser et de développer le recours à la contraception d'urgence chez les mineures⁵⁸. Mais au-delà de l'indispensable connaissance des conditions de délivrance, des axes d'intervention plus opérationnels doivent désormais être développés.

Les conditions de délivrance du de la contraception d'urgence pour les mineures

Ont participé à cette enquête les pharmaciens d'officine (71 sur 150) et les infirmières scolaires, (49 sur 68) concernant les conditions de délivrance du Oléo en 2006, mais les données relatives aux mineures n'ont pu être collectées de manière fiable. Plus de 6000 boîtes auraient été délivrées par les pharmaciens en 2006, sans qu'il soit possible de connaître une bonne estimation du nombre de boîtes délivrées aux mineures compte tenu de la faiblesse de l'échantillon ; sur les 138 boîtes demandées par les établissements scolaires en 2006, une centaine aurait été délivrée par les infirmières scolaires.

Les conclusions de cette enquête ne sont guère différentes de celles que la mission de l'IGAS a retiré des réponses données par les pharmaciens d'officine d'Alsace à sa propre enquête : information insuffisante des jeunes sur la contraception, notamment dans les établissements scolaires, problème de confidentialité dû à la configuration des locaux, difficulté de donner des conseils quand ce n'est pas la jeune fille elle-même qui vient s'approvisionner, et surtout crainte que la contraception d'urgence devienne un mode de contraception régulier. Les infirmières scolaires s'estiment elles bien informées sur la contraception d'urgence, et soulignent la collaboration efficace entre les professionnels de santé et les responsables d'établissements scolaires. Les réponses aux questionnaires soulignent les difficultés rencontrées quant à la délivrance de l'Oléo, d'ordre essentiellement psychologique et comportemental (manque de prise de conscience de l'élève face à sa sexualité et notamment sur la prise de l'Oléo), et la nécessité de mettre en place une véritable campagne de prévention pour l'éducation des jeunes gens à la contraception. Certaines ont émis l'idée de mettre une affiche sur l'infirmerie scolaire « où s'adresser en cas d'absence », pour l'instant sans succès, ou un recours à « fil santé jeunes ».

Source : ORS Martinique

La contraception d'urgence fait partie intégrante des objectifs de prévention poursuivis par le PRSP et à ce titre, l'information et la communication doit intégrer cette méthode dans ses axes prioritaires.

2.5. L'éducation à la sexualité toujours recommencée

2.5.1. Un axe important avec une préoccupation importante de formation des professionnels

Le PRSP a inscrit cet objectif et le « réseau sexualité » a décliné ses projets et actions, sur la base d'une restructuration et du développement de l'éducation à la sexualité. L'appui du rectorat, bien sensibilisé aux questions de santé scolaire, constitue sans aucun doute un « plus » appréciable pour le développement de ces actions. Il sera important de maintenir cet objectif dans les missions que les futures agences régionales de santé estimeront prioritaires.

⁵⁸ Enquête sur les conditions de délivrance du Norlevo, rapport réalisé par l'ORS de Martinique, 2007.

L'élaboration d'un socle commun de connaissances théoriques en sexualité pour tous les intervenants, d'un référentiel de bonnes pratiques, d'une charte d'engagement et d'outils pédagogiques ont montré la pertinence d'une implication des professionnels de l'éducation nationale à tous les niveaux, surtout compte tenu des réticences des chefs d'établissement et des parents d'élèves. La formation des professionnels comme les infirmières scolaires sur « la communication sur les risques sexuels en direction des adolescents » est prévue afin de les impliquer dans toutes les actions d'éducation à la sexualité prévues par la loi. Le secrétariat d'Etat à l'outremer intervient de son côté pour financer de manière complémentaire les actions conduites par les associations sur ces thématiques. L'appui des infirmières scolaires apparaît essentiel et la formation qui a été menée en leur direction un atout pour atteindre ces objectifs. De même, des groupes de parole en direction des sages femmes intègrent les questions de violence et de pornographie auxquelles elles sont confrontées dans le cadre de leurs entretiens, notamment avec les jeunes filles mineures.

2.5.2. Des actions dans les établissements scolaires

Dans l'ensemble des départements et des collectivités ultramarines, un rapport récent du conseil économique et social évoquait le rôle de l'éducation nationale, qui a un rôle prépondérant à jouer dans la prévention, « *mais ne s'inscrit pas facilement dans les politiques de prévention et d'éducation à la santé décidées à l'échelon local et semble avoir du mal à partager sa légitimité éducative pour agir en synergie avec d'autres partenaires*⁵⁹ ».

Là encore, il faut vaincre les réticences des parents d'élèves et des chefs d'établissements⁶⁰, (les demandes d'interventions sont rares...). La rédaction d'un cahier des charges élaboré avec le « réseau sexualité » et le rectorat est destiné à convaincre de la nécessité d'appliquer tout simplement la loi. Les sages femmes correspondantes du réseau ont de leur côté entrepris de rencontrer l'ensemble des chefs d'établissements pour les sensibiliser à ces questions.

Les avis divergent sur l'âge idéal des destinataires des interventions: les sages femmes de PMI interviennent essentiellement dans les établissements scolaires, (11 collèges et lycées, en 2006, 114 classes de la 4ème à la terminale pour près de 3000 élèves de 13 à 20 ans), la politique du département en la matière consistant à organiser un « cheminement pédagogique » à partir de la fin de l'école primaire jusqu'en terminale. Les intervenants du « réseau sexualité », plus en phase avec le rectorat, privilégient de leur côté une action plus intensive, sur les classes de 4 et de 3^{ème}, deux fois deux heures plus une heure d'évaluation, mais aussi dans les classes de 6^{ème}, en direction des jeunes filles, plus « mûres » que les garçons. Mais le rectorat souhaite également privilégier la classe de seconde.

Là aussi, les avis divergent, certains professionnels estimant qu'à cet âge, tous les jeunes sont informés et qu'il est plus utile d'évoquer les questions du corps, du respect de l'autre, de la vie à deux.

Tout est, à la fin, une question de moyens humains, et de réceptivité des chefs d'établissements et des parents d'élèves à la démarche.

La mission a noté l'initiative pragmatique des sages femmes, qui donnent lors de ces séances, leur numéro de téléphone portable pour pouvoir être contactées « en cas d'urgence », assurant ainsi le relai entre l'information et la réalité...

⁵⁹ Rapport du conseil économique et social, juin 2009

⁶⁰ Les distributeurs de préservatifs dans les établissements scolaires ne sont installés qu'à la condition que le conseil d'établissement en ait voté le principe à l'unanimité.

2.5.3. Des interventions originales

Le diagnostic effectué par le PRSP a montré que la participation des hommes à la prise en charge de la contraception méritait d'être développée.

- Des actions de prévention des risques sexuels **en direction des hommes** durant une activité culturelle et sportive, le « *tour des yoles* » ont ainsi été engagées, pour tenter de favoriser des comportements responsables, en promouvant l'usage du préservatif : affiches en créole, informations sur site lors des étapes, et sur l'ensemble du territoire de l'île, questionnaires/jeux etc... ;
- Des actions menées pendant le **carnaval**, avec des affiches « grand public » tablant sur l'humour »⁶¹ ;
- De même, une action en direction d'**adolescents de centres de vacances**, hors contexte scolaire, sur l'ensemble de la thématique.
- Enfin, le recours à des interventions comme le **théâtre socio-éducatif** (ICAR) permet, dans le cadre d'une approche interactive, de favoriser, chez des adolescents, scolarisés ou non une réflexion sur diverses problématiques comme la santé, la violence, la sexualité, les comportements sexistes, la sexualité en imagesavec des mises en situation.

2.5.4. Ou urgentes

La mission avait déjà rencontré ce type d'intervention⁶², à la suite d'évènements ayant alerté la communauté éducative. Dans ces exemples, une action intensive d'information et de réflexion a été menée dans un établissement scolaire à la suite d'une succession de grossesses précoces et très précoces (13 en une année dans un cas, 8 dans un autre), avec une demande de l'équipe éducative auprès de l'association « réseau sexualité » et l'intervention de huit sages femmes appuyées par le réseau. La nature de la demande montre bien que ce travail de partenariat, associé étroitement à la communauté éducative, a acquis une véritable légitimité, et permet, quand la demande émane de l'établissement scolaire, de poursuivre une action d'éducation à la sexualité « au long cours ».

2.5.5. Des campagnes de communications à adapter

Comme en Guadeloupe, les campagnes de communication nationales déclinées et adaptées aux DOM posent question. Un représentant de l'INPES siège théoriquement dans chaque conseil d'administration des GRSP. La mise en réseau des actions de communication menées localement dans les DOM, la mise en œuvre par leur intermédiaire d'une action transversale dans le domaine d'éducation à la santé reste à entreprendre⁶³.

En effet, faute d'enquêtes sur la sexualité des adolescents, les professionnels rencontrés par la mission pensent que les campagnes sont soit inadaptées, car pas élaborées sur place, soit présentent des dangers comme lors de la dernière campagne nationale qui incite un peu légèrement à passer du préservatif à la pilule. Comme en Guadeloupe, offrir la possibilité de campagnes d'information préparées localement, de préférence avec les destinataires de ces informations, semble plus pertinente.

⁶¹ « Capotes pas faites pour chiens »

⁶² Voir le rapport thématique sur l'éducation à la sexualité.

⁶³ Conseil économique, social et environnemental, op.cité

3. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LES DÉPARTEMENTS D'OUTREMER

3.1. *Intensifier les actions d'éducation à la sexualité mais sous une forme adaptée*

Recommandation n°1 : Donner une nouvelle dimension à toutes les actions en faveur de la parentalité, développer les actions collectives d'information, les groupes de parole, pour lever les tabous relatifs à la sexualité des jeunes, développer les actions destinées à renforcer l'estime de soi.

Recommandation n°2 : Combattre les idées reçues sur la contraception et la contraception d'urgence en utilisant tous les supports y compris les plus modernes (blogs, tags, etc....)

Recommandation n°3 : Elargir les thématiques des lieux où se rendent les jeunes à la possibilité de diffuser l'information sur l'accès à la contraception d'urgence « points infos jeunes », infirmeries scolaires « où s'adresser en cas d'absence ».

Recommandation n°4 : Associer l'éducation nationale et impliquer les chefs d'établissements en partenariat avec les Conseils généraux à la réalisation des objectifs d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires avec des indicateurs quantitatifs sur le nombre de séances réalisées, et en faire un élément de la « performance » des chefs d'établissement.

3.2. *Renforcer la place de la planification familiale dans le parcours contraceptif et l'IVG*

Recommandation n°5 : Conventionner les établissements de santé qui ne le sont pas encore avec les centres de planification familiale des Conseil généraux.

Recommandation n°6 : Mettre à profit l'école régionale de sages femmes de la Martinique pour impliquer davantage les professionnels dans l'activité générale liée à la planification familiale et à l'IVG, y compris en organisant des stages dans les CPEF.

Recommandation n°7 : Inscrire dans les orientations des futures commissions de coordination des politiques publiques de santé instituées par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui seront composées des services de l'Etat mais aussi des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, au titre de la prévention, la thématique de la planification familiale dans tous ses aspects

Recommandation n°8 : Former les professionnels de santé à l'accueil des adolescents, les sensibiliser à la question du risque de violences sexuelles ou de pression en cas de présence « d'un adulte âgé » comme personne adulte accompagnante, rappeler l'existence des procédures de signalement (cellule départementale de signalement ou procureur)

3.3. *Faciliter l'observance de la contraception*

Recommandation n°9 : Revoir avec les collectivités territoriales et les CPEF la question du choix des moyens de contraception dans le budget alloué aux CPEF, revoir la question des contraceptifs non remboursés à ce jour pour trouver des solutions pérennes, en liaison avec l'assurance maladie.

Recommandation n°10 : Analyser, en lien avec la prévention du VIH et des IST, la cohérence des politiques de prévention et de communication entre protection VIH et contraception, préservatif et pilule contraceptive.

3.4. Intégrer cette thématique dans l'organisation régionale future

Recommandation n°11 : Conformément aux recommandations du rapport thématique de l'IGAS, intégrer le thème de l'organisation de la prise en charge des IVG dans les relations contractuelles prévues dans la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, entre les futures agences régionales de santé et le conseil national de surveillance et dans les documents de programmation qui remplaceront le PRSP.

Recommandation n°12 : Prévoir dans les futurs contrats d'objectifs et de moyens entre les ARS et les établissements de santé des indicateurs de mise aux normes de l'activité : accueil, locaux, réalité de la gratuité pour les mineures, nombre de professionnels investis dans l'activité et statut.

Recommandation n°13 : Garantir, comme en France métropolitaine, l'accès de toutes les femmes à toutes les techniques d'IVG, médicamenteuse et chirurgicale.

3.5. Mieux adapter les actions d'information et de communication

Recommandation n°14 : Engager les campagnes d'information et de communication pour tous les âges, renouveler les campagnes d'information et de le faire de manière répétée pour les jeunes.

Recommandation n°15 : Associer les jeunes sur le terrain à la conception des campagnes d'information et de communication.

Recommandation n°16 : Ne pas se contenter de « colorier les affiches », et prévoir une conception des campagnes d'information et de communication sur la contraception d'urgence et la contraception réalisées localement en déconcentrant la conception et la réalisation des campagnes de prévention.

Recommandation n°17 : Poursuivre l'utilisation du créole pour les Antilles, de langues locales pour les autres collectivités dans les documents de communication (affiches, spots ...)

Recommandation n°18 : Engager une enquête sur la sexualité des jeunes pour adapter les campagnes de communication aux besoins constatés.

Recommandation n°19 : Rendre publiques les informations relatives aux statistiques concernant l'IVG, l'IVG des mineures, les grossesses précoces.

Recommandation n°20 : Renforcer ou créer des formations continues spécialisées type DU pour l'ensemble des professionnels de la santé, du social, de l'éducation par des actions de sensibilisation à haut niveau.

Recommandation n°21 : Créer une mise en réseau des actions de prévention et d'éducation à la sexualité entre DOM et entre les DOM et l'ensemble des collectivités d'outremer et diffuser les documents de l'INPES sur ces questions.

Recommandation n°22 : Dans la perspective de la départementalisation de Mayotte, étudier les conditions d'un renforcement de la planification familiale, de la PMI et de l'éducation à la sexualité.

Claire AUBIN

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Donner une nouvelle dimension à toutes les actions en faveur de la parentalité, développer les actions collectives d'information, les groupes de parole, pour lever les tabous relatifs à la sexualité des jeunes, développer les actions destinées à renforcer l'estime de soi.	chaque ARS	2010
2	Combattre les idées reçues sur la contraception et la contraception d'urgence en utilisant tous les supports y compris les plus modernes (blogs, tags, etc....)	chaque ARS et chaque établissement de santé	2010
3	Elargir les thématiques des lieux où se rendent les jeunes à la possibilité de diffuser l'information sur l'accès à la contraception d'urgence « points infos jeunes », infirmeries scolaires « où s'adresser en cas d'absence ».	chaque ARS et chaque établissement de santé	2010
4	Associer l'éducation nationale et impliquer les chefs d'établissements en partenariat avec les Conseils généraux à la réalisation des objectifs d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires avec des indicateurs quantitatifs sur le nombre de séances réalisées, et en faire un élément de la « performance » des chefs d'établissement.	chaque ARS et chaque établissement de santé	Fin 2010
5	Conventionner les établissements de santé qui ne le sont pas encore avec les centres de planification familiale des Conseil généraux.	chaque établissement de santé et Conseils généraux pour les CPEF	Fin 2010
6	Mettre à profit l'école régionale de sages femmes de la Martinique pour impliquer davantage les professionnels dans l'activité générale liée à la planification familiale et à l'IVG, y compris en organisant des stages dans les CPEF.	chaque ARS	Fin 2010
7	Inscrire dans les orientations des futures commissions de coordination des politiques publiques de santé instituées par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui seront composées des services de l'Etat mais aussi des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, au titre de la prévention, la thématique de la planification familiale dans tous ses aspects.	chaque établissement de santé et Conseils généraux pour le signalement	Fin 2010
8	Former les professionnels de santé à l'accueil des adolescents, les sensibiliser à la question du risque de violences sexuelles ou de pression en cas de présence « d'un adulte âgé » comme personne adulte accompagnante, rappeler l'existence des procédures de signalement (cellule départementale de signalement ou procureur).	Chaque ARS et Conseils généraux	Fin 2010
9	Revoir avec les collectivités territoriales et les CPEF la question du choix des moyens de contraception dans le budget alloué aux CPEF, revoir la question des contraceptifs non remboursés à ce jour pour trouver des solutions pérennes, en liaison avec l'assurance maladie.	Direction générale de la santé, INPES, ARS	Fin 2010

10	Analyser, en lien avec la prévention du VIH et des IST, la cohérence des politiques de prévention et de communication entre protection VIH et contraception, préservatif et pilule contraceptive.	Chaque ARS et Conseils généraux	2010
11	Conformément aux recommandations du rapport thématique de l'IGAS, intégrer le thème de l'organisation de la prise en charge des IVG dans les relations contractuelles prévues dans la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, entre les futures agences régionales de santé et le conseil national de surveillance et dans les documents de programmation qui remplaceront le PRSP.	DGS, INPES, ARS	2010
12	Prévoir dans les futurs contrats d'objectifs et de moyens entre les ARS et les établissements de santé des indicateurs de mise aux normes de l'activité : accueil, locaux, réalité de la gratuité pour les mineures, nombre de professionnels investis dans l'activité et statut.	ARS, Conseils généraux, PJJ	2010
13	Garantir, comme en France métropolitaine, l'accès de toutes les femmes à toutes les techniques d'IVG, médicamenteuse et chirurgicale .	Education nationale, Conseils généraux, ARS	2010
14	Engager les campagnes d'information et de communication pour tous les âges, renouveler les campagnes d'information et de le faire de manière répétée pour les jeunes.	INPES, ARS, éducation nationale, associations	2010
15	Associer les jeunes sur le terrain à la conception des campagnes d'information et de communication	INPES, ARS, éducation nationale, associations	2010
16	Ne pas se contenter de « colorier les affiches », et prévoir une conception des campagnes d'information et de communication sur la contraception d'urgence et la contraception réalisées localement en déconcentrant la conception et la réalisation des campagnes de prévention,	INPES, ARS, éducation nationale, associations	2010
17	Poursuivre l'utilisation du créole pour les Antilles, de langues locales pour les autres collectivités dans les documents de communication (affiches, spots ...)	INPES, ARS, associations	2010
18	Engager une enquête sur la sexualité des jeunes pour adapter les campagnes de communication aux besoins constatés.	INPES, chercheurs, ARS, associations	2010
19	Rendre publiques les informations relatives aux statistiques concernant l'IVG, l'IVG des mineures, les grossesses précoces	ARS	2010
20	Renforcer ou créer des formations continues spécialisées type DU pour l'ensemble des professionnels de la santé, du social, de l'éducation par des actions de sensibilisation à haut niveau.	ARS, universités, CHU	2010
21	Créer une mise en réseau des actions de prévention et d'éducation à la sexualité entre DOM et entre les DOM et l'ensemble des collectivités d'outremer et diffuser les documents de l'INPES sur ces questions.	SEOM, INPES	2010
22	Dans la perspective de la départementalisation de Mayotte, étudier les conditions d'un renforcement de la planification familiale, de la PMI et de l'éducation à la sexualité.	SEOM, DGS, DGCS, Conseil général,	2010

Liste des personnes rencontrées ou contactées

Secrétariat d'état a l'Outre-Mer

M. le Préfet SAMUEL, coordonnateur des Etats-généraux de l'outremer
Mme. M-L. DAUPHIN, chargée de mission

MARTINIQUE

DIRECTION DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL DE LA GUADELOUPE (DSDS)

M. C.URSULET, Directeur
M. le Dr. Hung DO CAO, MISP
M. le Dr. RIPERT, MISP
Mme BOUTTRIN, DSDS, responsable des réseaux de santé

DELEGATION REGIONALE AUX DROITS DES FEMMES

Mme J.AUGUSTIN

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION

M. le Dr L.STEIN

CONSEIL GENERAL

Mme le Dr. BRANCHET DU NOYER, Responsable de la PMI
Mme le Dr. FERREIRA, service de PMI du Conseil général
Mme le Dr. KELLER, service de planification du CHU de Fort de France

CHU DE FORT DE FRANCE

Mme le Dr. BONNIER
Mme Marie Alice DIVONNE, sage femme responsable du service

CENTRE HOSPITALIER DU LAMENTIN

Mme LAFLEUR, directrice des affaires médicales et générales
M. le Dr MANSOUR
M. le Dr. LOZA

RÉSEAU PERINATALITE

M. le Dr. CHALONS
Mme DOMI

RESEAU SEXUALITE

M. le Dr. PETIT, Président de l'AMIOF
Mme L. JEAN DE DIEU, adjointe au Directeur de l'AMIOF
Mme BOUTRIN, DSDS, responsable des réseaux de santé
Mme le Dr. BOTTIUS, conseillère technique du Recteur
Mme le Dr. MERLE, Observatoire régional de la santé

AMIOF

M. le Dr. PETIT, Président de l'AMIOF
Mme M-O .MAZARIN, sage-femme
Mme A. MAVILLE, conseillère conjugale et familiale

GUADELOUPE**DIRECTION DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL DE LA GUADELOUPE (DSDS)**

M. A.PARODI, Directeur
Mme J. MADIN, Directrice adjointe
Mme le Dr. F. BRADAMANTIS, MIR
Mme le Dr. C. COLLANGE, MISP
M. P. SAINT MARTIN, PHIR
Mme H. MARIE-ANGELIQUE, IASS et déléguée régionale aux droits des femmes
Mme M. BONAZZI, CTSS

CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE

Mme M. CHOLLET, responsable du service éducation pour la santé
M. RODRIGO, pharmacien, contrôle médical

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION

M le Dr. M. MEISSONNIER, conseiller médical

RECTORAT

Mme le Dr. CORBEAU, médecin conseiller
M. P. ROBELOT, infirmier conseiller

PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

MME G. JANIN,

MAIRIE DE POINTE A PITRE

M. le Dr. J. BANGOU, Gynécologue-obstétricien, Maire de Pointe à Pitre, Vice-président du Conseil général

CONSEIL GENERAL

Mme le Dr. CARBONNEL, responsable de la planification familiale à la PMI

CENTRE HOSPITALIER DE BASSE TERRE

M. C. CELESTE, Directeur général
Mme DOLOIR, Responsable des entrées
M. BLANCHARD, Directeur des affaires financières
Mme SAMUEL, responsable de la pharmacie
M. le Dr. LANCELOT, chef du pôle
Mme VANDALE, conseillère conjugale
Mme PAULIN, Sage Femme

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. P. HOUSSEL, Directeur général
M. le Pr. E. JENKY, chef de service
Mme J. BIJOU, responsable des entrées
M. le Dr.M.MANOUANA, Praticien hospitalier
Mme M. L. JEAN BAPTISTE, cadre
Mme C. BORES, psychologue
Mme C. TINVAL, sage femme
Mme F. JEHU DOLIUS, secrétaire médicale
Mme E. PHEMIUS, sage femme

CLINIQUE « LES EAUX CLAIRES »

M. le Dr BELHASSEN, gynécologue obstétricien, chirurgien, Président de la CME
M. le Dr PERRETTI, médecin généraliste
Mme LECLERCQ, sage Femme responsable du service

CONSEIL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS

Mme CHEVRY, Pharmacienne

ASSOCIATION « LA MATERNITE CONSCIENTE »

Mme C. BOREL, directrice
M. le Dr F. HALLEY, médecin
Mme C. COTELLON, infirmière
Mme C. AGAR, assistante sociale
Mme B. DATIL, secrétaire de direction
Mme M. ZAMIA, secrétaire

ASSOCIATION « FORCES », Fédération d'organisation et de revalorisation culturelle, économique et sociale)

Mme C. GASPARD –MERIDE, Présidente
Mme Protection judiciaire de la jeunesse
Mme Centre d'information et droits des femmes
Mme Fédération des associations de parents d'élèves de Guadeloupe (FAPEG)

VIE ETUDIANTE

Mlle TRAVENTAL, Présidente d'une association d'étudiants

ASSOCIATION « CAP AVENIR »

Mme BEBEL, Directrice

Mme C.GOMBAULT, assistante sociale

Mme R. EQUINOXE, éducatrice spécialisée

Mme A. MORVANY, coordonnatrice

ASSOCIATION ENTRAID ' GWADLOUP

M. M. MELIN, Président

Annexe 1 : Département de la Guyane

- Note de M. Thierry DEVIMEUX, Secrétaire général, décembre 2008



**PREFECTURE DE LA REGION GUYANE
PREFECTURE DE LA GUYANE**

Direction de la Santé
Et du Développement Social

N° : *1668*/DSDS/PSPS/AB
Dossier suivi par : A. BARBAIL

Cayenne le,

Le Préfet de la Région Guyane
Préfet de la Guyane

à

M. le Secrétaire d'Etat à l'Outre-Mer

Objet : Evaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Référence : Votre courrier n° 248 en date du 12 novembre 2008.

Par courrier du 12 novembre 2008, vous m'informez qu'une évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, a été confiée une mission de l'inspection générale des affaires sociales. Compte tenu des chiffres enregistrés dans les départements d'outre-mer au regard des interruptions volontaires de grossesse (IVG), la mission souhaite disposer d'informations sur l'ensemble de l'outre-mer.

Concernant la Guyane, les données épidémiologiques suivantes illustrent, de façon globale, la situation de la région vis-à-vis de la pratique de l'IVG, des besoins, et des risques liés à la sexualité :

- depuis 2002, une tendance stable avec environ 1600-1700 IVG déclarés par an ;
- une étude de la DREES¹ montre que le recours à l'IVG en 2006 est particulièrement fréquent en Guyane avec un taux d'IVG pour 1000 femmes à 36,7 (il est en moyenne de 14,9 IVG/1000 femmes sur la France entière) avec un recours à l'IVG particulièrement important chez les mineures où il concerne trois jeunes filles sur 100 ;
- les premiers résultats de l'exploitation locale des bulletins IVG² de l'année 2005 montre que 46% des IVG concernent des femmes d'origine étrangère, 15% sont effectués chez des femmes ayant eu plus de deux IVG ;
- plus de 330 grossesses ont été déclarées chez les jeunes filles scolarisées en 2007-2008 dont plus de 80 chez les moins de quinze ans ;
- la Guyane est par ailleurs le département français le plus touché par l'épidémie de Sida-Vih, en situation d'épidémie généralisée selon les critères de l'OMS-ONUSIDA avec une séroprévalence du VIH chez la femme enceinte au dessus de 1%, l'épidémie de VIH touchant autant les hommes que les femmes de tous âges, et la contamination hétérosexuelle demeurant la principale source de contamination.

¹ Les interruptions volontaires de grossesses en 2006 – DREES - Etudes et résultats n°859 de septembre 2008

² Document de travail n°1 : l'IVG en Guyane : profil des femmes concernées en 2005 – Service d'Etudes Statistique Antilles-Guyane

En termes d'équipement, la Guyane possède quatre centres de soins pratiquant les IVG, leur fonctionnement sera évalué, début 2009, dans le cadre du plan d'inspection-contrôle. Par contre, il n'y a pas de centre de planification familiale.

Sur les stratégies mises en œuvre : suite aux recommandations du Conseil National du Sida en mars 2008, l'enjeu actuel en Guyane consiste à redéfinir une stratégie globale de santé sexuelle, intégrant la prévention du VIH au sein de la prévention globale des risques liés à la sexualité, mais également les grossesses non désirées.

Depuis mai 2008, une programmation régionale pour la prévention des risques sexuels est ainsi en cours d'élaboration et vise en particulier à :

- améliorer la connaissance des pratiques et des comportements en matière de prévention des risques sexuels (réalisation d'une enquête sur le recours et l'accès à l'IVG avec le service des études statistique Antilles-Guyane (SESAG)) ;
- favoriser l'accès aux méthodes contraceptives et à l'IVG (création d'un centre de planification familial à Cayenne, la mise en place d'une permanence téléphonique IVG sur la région);
- développer les outils pédagogiques et de communication sur la prévention des risques sexuels (création d'une plaquette informative sur les structures d'information et de prise en charge) ;
- renforcer la connaissance et les compétences des professionnels y compris sur les méthodes contraceptives et l'IVG.

Les éléments de cette programmation ont été repris dans l'appel à projet 2009 du groupement régional de santé publique (GRSP), une enveloppe d'environ 800.000 € est pré-réservee sur budget opérationnel de santé publique.

Le Préfet

Pour le Préfet
Le Secrétaire Général
Thierry DEVIMEUX

Annexe 2 : Département de la Réunion

- Note de M. Michel THEUIL, Secrétaire général de La Réunion, décembre 2008

09-12-2008 11:10 DE PREFECTURE

A 0-0153692154

P.01/04



PREFECTURE DE LA REUNION

Pôle Régional Santé Publique
et Cohésion Sociale

Saint Denis, le **09 DEC. 2008**

Direction Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales

LE PREFET DE LA REUNION

*Pôle santé
Service Inspection de la santé
Affaire suivie par : Mme la Dr Anh-Dao NGUYEN
Tel : 02 62 93 94 00 / Fax : 02 62 93 94 18
Courriel : anh-dao.nguyen@sante.gouv.fr*

A

MONSIEUR LE SECRETAIRE
D'ETAT A L'OUTRE-MER

Objet : Évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Réf : Votre lettre du 12 novembre 2008

Par lettre citée en référence, vous demandez de faire un point sur l'impact à La Réunion de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesses (IVG) et à la contraception.

I - Données de cadrage :

Depuis 2000, le nombre annuel d'IVG à la Réunion est de l'ordre de 4 300 à 4 400, ce qui correspond à un taux de recours de 21,2 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, versus 14,5 en métropole en 2006.

Depuis janvier 2008, grâce au financement du Groupement Régional de Santé Publique, une exploitation régionale des bulletins d'IVG est réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé, en lien avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et le Réseau Périnatal Réunion. L'exploitation des 2 321 premiers bulletins a permis de dégager les principales tendances suivantes :

- âge moyen des femmes = 26 ans avec 12,8% de mineures ;
- médiane de gestation au moment de l'IVG = 8 semaines d'aménorrhée ;
- 37.5% des femmes ont déjà eu une IVG antérieure ;
- 44.6% des IVG sont des IVG médicamenteuses ;
- Pratiquement toutes les IVG chirurgicales se font sous anesthésie générale.

II - Offre de prise en charge des IVG

L'offre de prise en charge est assurée par les 4 établissements publics de santé porteurs d'une autorisation d'activité de gynéco-obstétrique (Centre Hospitalier Félix-Guyon, Groupe Hospitalier Sud Réunion sur le site de Saint-Louis, CHI Saint-Benoît, Centre Hospitalier Gabriel-Martin) et par un établissement de santé privé (Clinique Sainte-Clotilde) sur les 3 porteurs d'activité de gynéco-obstétrique. Géographiquement, les 3 territoires de santé définis par le SROS 3 sont pourvus de structure de prise en charge des IVG.

A cette offre de service s'ajoute la participation des médecins libéraux, 2 médecins généralistes dans le territoire Nord-Est et 2 gynécologues dans le territoire Sud. Les gynécologues du Sud exercent également à temps partiel à la maternité de Saint-Louis.

Les médecins libéraux effectuent 48,2% des IVG médicamenteuses, dont 44,3% par les gynécologues du Sud. Grâce à leur participation, la proportion des IVG médicamenteuses a rapidement augmenté à la Réunion, passant de moins de 30% en 2004 à 45% en 2008. C'est un aspect positif de la loi qu'il convient de souligner.

En termes de continuité de service, la Réunion ne connaît pas les difficultés de fonctionnement de la métropole. L'offre de service est assurée tout au long de l'année, sans rupture, y compris pendant les deux grandes périodes de congés scolaires que sont l'été austral (du 20 décembre au 20 janvier) et l'hiver austral (de mi juillet à mi août).

En termes de délai d'accès à l'IVG, le délai moyen de rendez-vous pour une 1^{ère} consultation dans les établissements de santé est de moins de 5 jours, ce qui est conforme à la recommandation de la Haute Autorité de Santé, sauf au Centre hospitalier Félix-Guyon où il est supérieur à 5 jours. Ce délai est moindre pour les médecins libéraux.

En termes d'accessibilité financière, les maternités du Centre hospitalier Félix-Guyon et de Saint-Louis bénéficient d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dédiée. Les gynécologues de la clinique Sainte-Clotilde ainsi que les gynécologues libéraux du Sud exercent en secteur conventionnel 1 et déclarent ne pas demander de dépassement de tarif pour l'activité d'IVG.

III - Points à améliorer dans la prise en charge des IVG

Sur le plan de la qualité de la prise en charge, les principaux points à améliorer sont les suivants :

1. **Accompagnement psycho-social des femmes et des jeunes filles mineures en demande d'IVG** : à l'heure actuelle, cet accompagnement n'est pas systématiquement proposé aux femmes.

Dans le cadre du Plan de santé mentale, des crédits ont été accordés fin 2006 par l'ARH à l'Établissement public de Santé Mentale (EPSM) pour mettre en place des équipes en périnatalité. Les équipes se sont progressivement déployées fin 2007/ début 2008 à l'Ouest et au Nord et difficilement à l'Est.

Les équipes de l'Ouest et du Nord ne prennent en charge les IVG que sur demande particulière des gynécologues, il n'est pas proposé systématiquement aux femmes de rencontre notamment en cas d'IVG répétées. Il n'est pas proposé non plus de suivi

09-12-2008 11:11 DE PREFECTURE

A 0-0153692154

P.03/04

spécifique pour les mineures, pour lesquelles l'entretien social pré-IVG est réputé être fait par les équipes du Planning Familial du Conseil Général ;

2. Suivi des femmes et jeunes filles en demandes répétées d'IVG : la proportion d'IVG répétées est élevée, plus d'un tiers de l'effectif. Pour ces femmes et ces jeunes filles, il n'est pas proposé de suivi spécifique en post-IVG par les équipes, lesquelles priorisent le travail pré-IVG et la réalisation de l'acte dans les délais légaux pour des raisons d'effectifs médicaux.

Il est à noter qu'à l'exception de la sage-femme conseillère conjugale au Centre hospitalier Félix-Guyon, il n'y a pas de sage-femme qui s'investisse dans la prise en charge des IVG, que ce soit en consultation pré- ou post-IVG. Un travail de concertation régionale paraît nécessaire ;

3. Meilleure connaissance des raisons de recours à l'IVG à la Réunion : sur demande de la DRASS, le GRSP a accordé à l'ORS un financement au titre de 2008 pour la réalisation d'une étude qualitative explorant les itinéraires des femmes en demande d'IVG. L'étude a pour objectifs d'identifier les difficultés des femmes dans leur parcours d'IVG et dans leur accès à la contraception.

IV- Accès à la contraception

A la Réunion, 55% des femmes de 18 à 45 ans bénéficient de la CMU complémentaire. L'accès aux contraceptifs remboursés par l'Assurance Maladie ne devrait pas poser de problème. Pour les contraceptifs non remboursés, l'accès peut s'avérer problématique pour les femmes aux revenus modestes, d'autant que le tarif des médicaments est majoré de plus de 30% par rapport à la métropole.

Les femmes ont la possibilité de s'adresser aux centres de planning familial, gérés par le Conseil Général depuis septembre 2007. Le niveau de fréquentation des centres reste faible, le premier niveau de recours reste le médecin généraliste.

Pour ce qui est de la contraception d'urgence, la CGSS a pris en charge plus de 7 600 boîtes de Norlevo pour les mineures au titre de 2007, auxquels il faut ajouter environ 600 boîtes distribuées par les infirmiers scolaires. Les conditions de délivrance en pharmacie sont variables, notamment sur le plan de l'information et du conseil car peu d'entre elles disposent d'un espace d'entretien confidentiel.

Enfin, depuis 2007, grâce au financement du GRSP, la permanence téléphonique régionale pour l'IVG a été réinitiée. Portée par le Réseau Périnatal Réunion, la permanence a démarré fin 2007 avec un numéro vert régional. A mi parcours en 2008, le nombre d'appels reste faible, de l'ordre d'une quarantaine.

Les difficultés rencontrées sont liées, d'une part à l'arrêt d'envoi par l'INPES des affiches à la Réunion par défaut de routeur et d'autre part, des interférences de la campagne de communication nationale avec le numéro vert de métropole non accessible de la Réunion.

Concernant les actions d'éducation à la santé et à la sexualité dans les structures accueillant les personnes handicapées, le GRSP a accordé en 2008 une subvention à une association (IMAP) pour former les personnels des établissements médico-sociaux à aborder les questions liées à la sexualité auprès des jeunes handicapés.

09-12-2008 11:11 DE PREFECTURE A 0-0153692154 P.04/04

L'étude à réaliser par l'ORS permettra d'ajuster les actions aux réalités réunionnaises.

V – Le Plan régional de prévention des grossesses précoces et des IVG des mineures

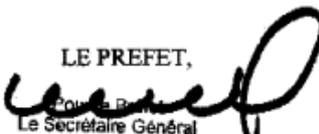
Au regard du taux important de grossesses des mineures et difficultés sociales et sanitaires qu'elles engendrent, j'ai décidé de faire de cette thématique une priorité de l'action de l'Etat à La Réunion.

Les services de l'Etat ont tout d'abord réalisé, en partenariat avec le Rectorat, le Conseil Général, l'Agence Régionale d'Hospitalisation Réunion-Mayotte, la Caisse d'Allocations Familiales, la Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion et l'Association des Maires de La Réunion, un diagnostic sur la situation des grossesses précoces et des IVG des mineures à La Réunion.

Cette première analyse va déboucher sur un plan régional de prévention des grossesses précoces et des IVG des mineures qui sera présenté au comité de pilotage que je présiderai le 16 décembre 2008. Son objectif sera de coordonner les moyens dont disposent l'Etat, le Rectorat, le Conseil Général, la Caisse d'Allocations Familiales, la Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion et l'Association des Maires de La Réunion, afin de réaliser des actions de prévention des grossesses précoces qui seront structurées autour de six thématiques :

- études et indicateurs ;
- prévention en milieu scolaire ;
- prévention extrascolaire et communication ;
- accès à la contraception ;
- accompagnement social et éducatif des mineures enceintes et des pères et accessibilité ;
- qualité des soins pour les mineures enceintes et les mères mineures.

Chaque action fera l'objet d'une évaluation. Un comité de suivi, associant les différents partenaires du plan, pourra décider de réorienter les interventions en fonction des résultats obtenus.

LE PREFET,

Le Secrétaire Général

Michel THEUIL

- Mayotte : note de la DDASS de Mayotte et documents statistiques « Statistiques 2007 »

Activité des centres de planification familiale et actions de prévention et de communication conduites localement. ¹

La DASS de Mayotte ne mène aucune action directe en matière de contraception : les centres de planification familiale sont gérés par le conseil général de Mayotte via la direction de la solidarité et du développement social (DSDS) et les actions de communication et de prévention menées par cette même institution.

Le service de conseil et d'orientation familiale (COFAMIL) du conseil général

Ce service, qui constitue l'une des activités du service de PMI, est spécialisé dans le domaine de la planification familiale et la maîtrise des naissances.

Le service de la PMI assure seulement la consultation, l'acte IVG étant réalisé exclusivement au CHM. Les consultations sont décentralisées dans les 5 circonscriptions territoriales de la PMI et dans les 2 centres d'éducation et de planification familiale.

Seuls des chiffres très partiels sont disponibles en ce qui concerne le **nombre de consultations**, (uniquement pour la circonscription Nord) mais traduisent néanmoins une augmentation des demandes de consultation :

- 2004 : 683
- 2005 : 777
- 2006 : 978

Le COFAMIL compte par ailleurs 25 animateurs relais de planification familiale qui mènent des **activités de prévention** des grossesses précoces ou non désirées **et d'information** sur la contraception :

- dans les villages : plus de 9 000 personnes rencontrées en 2006
- dans les services de la PMI et dans les dispensaires : + de 4 000 personnes rencontrées en 2006.

Le recours à la contraception augmente parallèlement à l'augmentation des naissances. L'offre de contraceptifs est variée :

- 5 types de contraceptifs oraux
- 2 types de stérilets
- 1 contraceptif injectable trimestriellement
- 1 implant

La situation **en 2008 et particulièrement fin 2008 de la PMI sur le territoire de Mayotte** s'est très fortement dégradée .Elle est très préoccupante ;

- sur le plan personnel sur les 14 postes budgétés pour les médecins 7 sont vacants et 3 vont partir dans les 2 mois. Pour les sages femmes 3 sont en exercice pour 17 postes budgétés et pour les infirmiers 3 postes vacants sur 28 budgétés.
- conditions matérielles d'exercice très difficile pour le personnel : pas de dératisation des locaux, vétusté, manque d'eau.....

¹ Source : rapport d'activité 2006 de la collectivité départementale de Mayotte

- manque de petit matériel (containers à aiguilles etc.....)

Conséquences :

Sur la contraception l'offre de prévention diminue (arrêt des consultations de contraception et suivi des grossesses à Kaweni, Sada, Ouangani...) Elle a été recentrée sur la capitale Mamoudzou et ne couvre pas l'ensemble du territoire : les femmes en âge de procréer sont donc moins bien suivies, l'offre en contraception diminue les IVG augmentent

Pour l'interruption volontaire de grossesse il y a un retard à la prise de décision et ainsi le % d'IVG réalisées par aspiration sous anesthésie générale a augmenté très fortement par rapport à celles réalisées par méthode médicamenteuse.

Situation en 2007 à Mayotte

1531 IVG

16 IVG pour 100 conceptions (France 20)

19 IVG pour 100 naissances vivantes



STATISTIQUES 2007

Interruptions volontaires de grossesses.

UF D'ORTHOGENIE
Dr Belec

Nombre d'IVG en 2007	1531
A l'hôpital	1405
En médecine de ville	126

Au sein de l'Unité d'Orthogénie :

Nombre d'IVG réalisées par méthode médicamenteuse	656
Nombre d'IVG réalisées par aspiration sous anesthésie générale	749

Nombre de dossiers ouverts dans l'unité pour demande d'IVG	1667
Nombre de consultations au sein de l'unité estimé à	4500
Nombre d'échographies de datation estimé à	1000
Nombre d'échographie de contrôle de vacuité réalisé au sein de l'unité estimé à	800

Accouchements à Mayotte 7541 en milieu Hospitalier et 400 à domicile

43 Millions d'IVG dans le monde.

Monde	29 femmes ont pratiqué une IVG pour 1000 femmes en âge de procréer.
Europe	17 femmes ont pratiqué une IVG pour 1000 femmes en âge de procréer.
Amérique du Nord	21 femmes ont pratiqué une IVG pour 1000 femmes en âge de procréer.
France	14 femmes ont pratiqué une IVG pour 1000 femmes en âge de procréer.

200 000 IVG par an en France.

On enregistre en France	En 1997 30,5 IVG pour 100 conceptions
	En 2001 20,1 IVG pour 100 conceptions

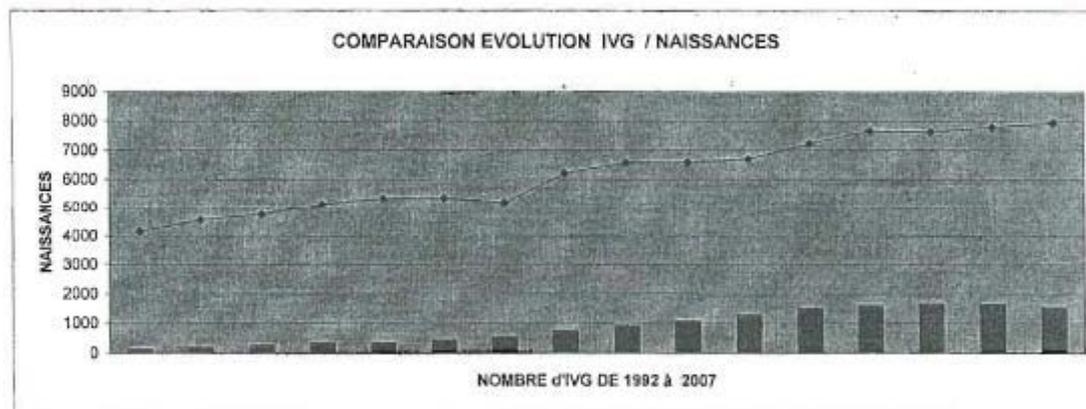
Nous avons à Mayotte 16 IVG pour 100 conceptions.

19 IVG pour 100 naissances vivantes.

Mayotte reste en dessous des chiffres Métropolitains pour les demandes d'IVG.

TABLEAU N°1

EVOLUTION DE LA PROPORTION DES IVG																
année	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
nombre d'IVG	121	174	247	344	353	428	511	750	908	1068	1260	1494	1587	1698	1648	1331
naissances	4180	4301	4751	5142	5342	5348	6200	6206	6679	6587	6700	7230	7660	7628	7798	7841
proportion	2,9	3,8	5,2	6,7	6,6	8	9,8	12	13,6	16,2	18,8	20,6	20,7	21,8	21,3	19



Processus repéré depuis 2005 la stabilisation des demandes d'IVG voire leur diminution semble se confirmer.

Meilleure acceptation de la Contraception???

TABLEAU N° 2

REPARTITION DES FEMMES DEMANDANT UNE IVG EN FONCTION DE LEUR AGE

AGE	11 à 17ans	18 à 25ans	26 à 35ans	36 à 45ans	>45ans	total
NOMBRE	186	686	474	104	9	1459
Pourcentage	12,70%	47%	32,50%	7%	< 1%	



NB Sur les 1666 dossiers ouverts en orthogénie nous n'avons pu interpréter les données pour l'âge que pour 1459 dossiers.
 En conclusion près de 70 % des femmes demandant une IVG ont entre 18 et 35 ans.
 Ce qui va à l'encontre des idées préconçues comme quoi les IVG sont surtout demandées par des jeunes filles mineures.

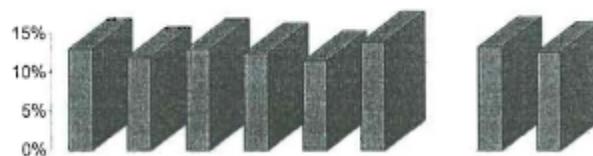
TABLEAU N° 3

POURCENTAGE DES JEUNES FILLES MINEURES

ANNEE	11 ANS	12 ANS	13 ANS	14 ANS	15 ANS	16 ANS	17 ANS	TOTAL
1999		1	7	17	28	48	64	167
2000		5	11	14	23	48	74	175
2001		6	13	14	47	68	88	236
2002		3	5	19	43	53	61	184
2003								161
2004								208
2005								
2006		2	12	25	46	52	66	203
2007	3	2	7	20	39	56	58	188

ANNEE	% IVG DE JEUNES FILLES MINEURES
1999	13%
2000	12%
2001	13%
2002	12,50%
2003	11,50%
2004	14%
2005	
2006	13,36%
2007	12,70%

POURCENTAGE DES JEUNES FILLES MINEURES DEMANDANT UNE IVG



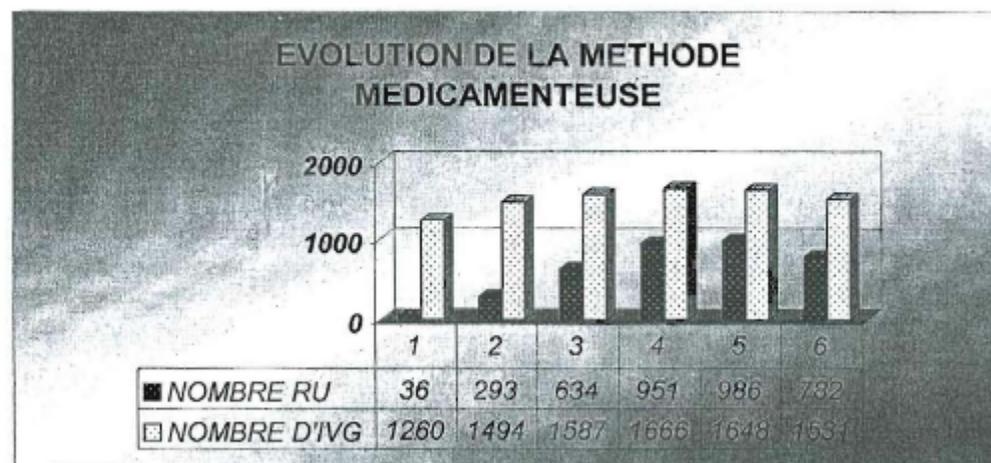
De 1999 à 2007

On constate une grande stabilité du pourcentage des jeunes filles mineures demandant une IVG depuis presque dix ans. Qui reste inférieur à 13 %

TABLEAU N°4

EVOLUTION DE LA METHODE MEDICAMENTEUSE

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
NOMBRE RU	36	293	634	951	986	782
NOMBRE D'IVG	1260	1494	1587	1666	1648	1531
POURCENTAGE	3,00%	19%	40%	57%	60%	51%



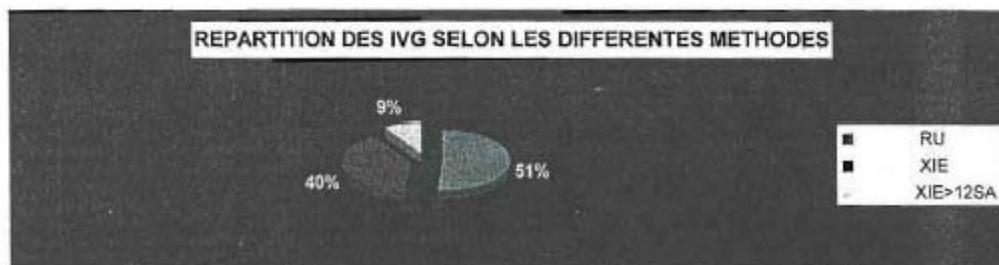
La diminution relative du pourcentage des RU s'explique par le respect des 7 SA d'ammenorrhées même en milieu hospitalier .
 Depuis le 1er juillet 2008 afin de diminuer les IVG chirurgicales nous avons remis au sein de l'hôpital la prise en charge des IVG médicamenteuses jusqu'à un délai de 8 SA révolues.
 La prise en charge des RU Hors milieu Hospitalier ne peut se faire que jusqu'à 7 SA et 2 jours (49ème jour d'A)
 NB Ce tableau inclut les RU pris en charge par les médecins en ville.

TABLEAU N° 5

REPARTITION DES IVG SELON LES METHODES UTILISEES

METHODE	RU	XIE	XIE>12SA
NOMBRE	782	612	137
POURCENTAGE	51%	40%	9%
TOTAL			1531

REPARTITION DES IVG SELON LES DIFFERENTES METHODES



Nous pensons pouvoir améliorer la prise en charge des IVG par méthode médicamenteuse

En facilitant l'accès aux structures de proximité(en cours d'organisation une possibilité de distribution des RU en secteur et autorisation très prochainement de prise en charge des IVG hors hospitalisation dans les Centre de Plannification voire les PMI?)

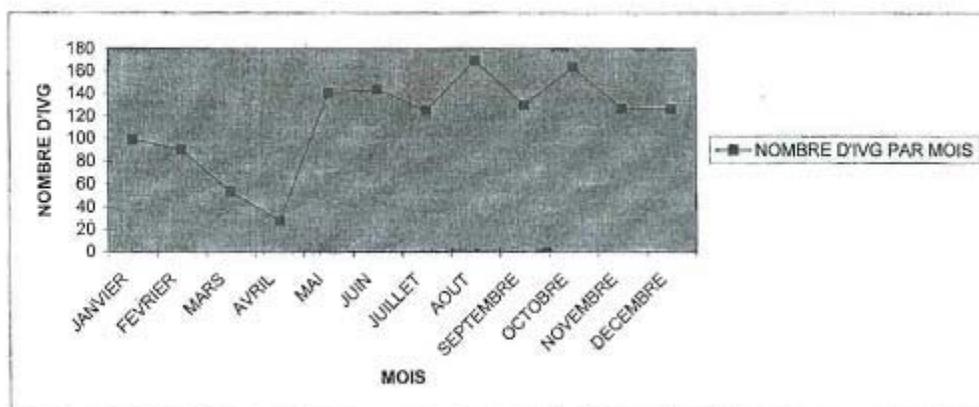
En maintenant cette année la possibilité d'utiliser la Méthode médicamenteuse pour des IVG au-delà de 7 SA.

Si les femmes sont prises en charge au sein de la chirurgie ambulatoire.

TABLEAU N° 6

REPARTITION DES IVG PAR MOIS EN 2007

MOIS	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
	99	90	53	28	141	144	125	170	130	164	127	126

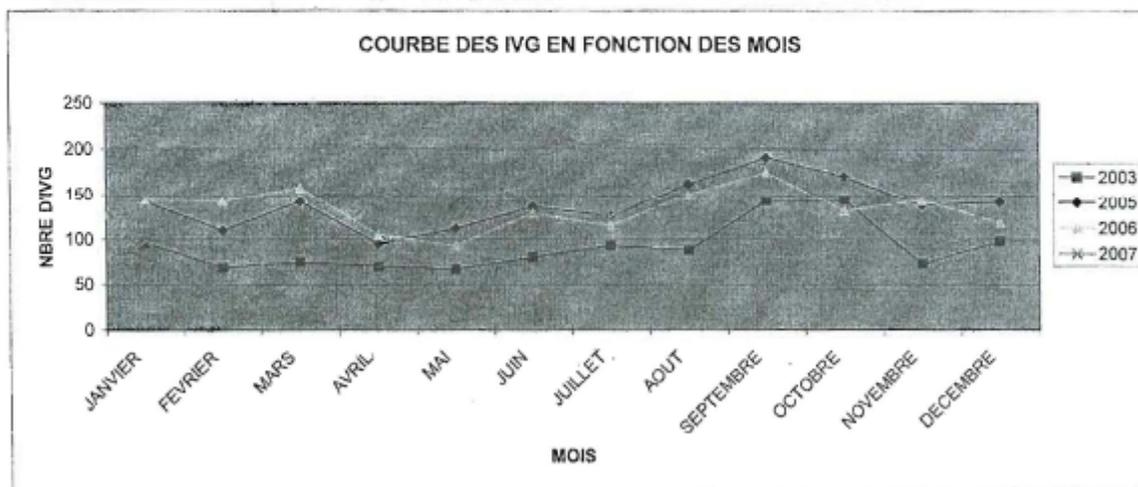


Sur les 1405 dossiers des IVG réalisées à l'hôpital huit n'étaient pas renseignés de façon fiable pour cette donnée. On pourra noter l'absence d'homogénéité entre les différents mois. Ce qui pose de réels problèmes de gestion de personnel et de places disponibles pour l'accueil durant certains mois.

TABLEAU N° 7

SIMILITUDE DE LA COURBE DES IVG EN FONCTION DES MOIS

	JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
2003	96	69	75	70	67	80	93	88	143	144	73	98
2005	142	110	142	95	112	138	126	162	191	170	138	142
2006	144	143	158	105	93	129	115	150	175	132	144	119
2007	99	90	53	28	141	144	125	170	130	164	127	126



On pourra conclure que comme tous les ans nous avons un pic de demande d'IVG en fin d'été.

Le repérage de ce pic devrait permettre une anticipation en personnel et en temps d'ouverture de salle au bloc ce qui n'est pas encore le cas cette année.

TABLEAU N° 8

NOMBRE D'IVG EN FONCTION DU TERME DE LA GROSSESSE EN SA

NOMBRE DE SA	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
NOMBRE DES IVG	110	357	240	108	209	132	108	73	69	6

On constate qu'en donnant le RU jusqu'à 8 SA et 6 jours nous pourrions désengorger le bloc opératoire de plus de 100 interventions par an. Un accent particulier doit être mis rapidement sur la diminution des IVG tardives qui non seulement sont plus difficiles techniquement mais sont humainement très marquantes.

Nb: 40 dossiers n'étaient pas bien renseignés sur cet item

ATCD D'IVG LORS DE LA DEMANDE DE 2007

NOMBRE D'IVG	0	1	2	3	4	5	6
NOMBRE DE DOSSIERS	1053	364	86	11	6	1	0

NB 10 dossiers n'étaient pas bien renseignés sur ce sujet.

30 % des femmes avaient donc déjà pratiquées une IVG avant celle de 2007

On peut noter 79 Prévention antiD pour des femmes Rhésus Négatifs.

TABLEAU N° 9**UNE CONTRACEPTION ADAPTEE ET CHOISIE**

La mise en route d'une contraception présentée, expliquée et choisie pour de nombreuses femmes

177 Implanons posés au bloc
56 stérilets
70 injections de depoprovera
311 prise en charge personnelle de la contraception orale

126 femmes ont préféré attendre la consultation post IVG pour choisir leur type de contraception mais elles ont bénéficié d'une consultation particulière sur la contraception.

Une enquête des élèves de l'IFSI 2ème année a pu être réalisée sur 322 dossiers interprétables car complètement renseignés .
Ils avaient quelques jours pour analyser ces dossiers et ont choisi quelques items qui les motivaient.
Grace à leur travail nous avons pu apprendre

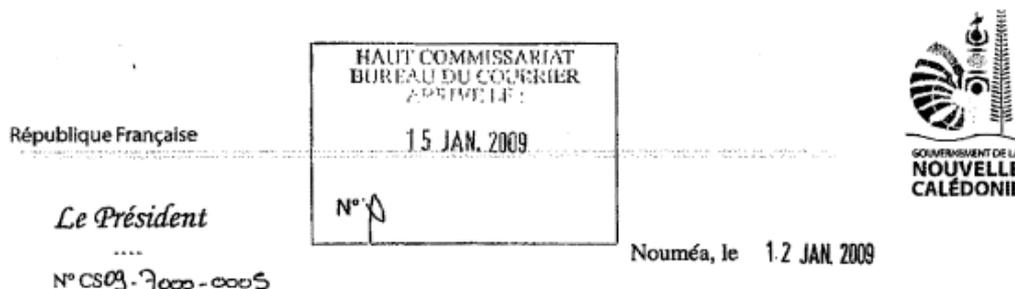
Que seulement 35 % des femmes demandant une interruption volontaire de grossesse n'ont jamais eu d'enfant.
Cette enquête confirme également que le moyen de contraception le plus utilisé est la pilule sans donner des pourcentages très interprétables.
Toujours selon cette enquête les demandes d'IVG seraient plus importante à Mamoudzou, Kongou et Dzaoudzi (proportionnellement à la population)

69% des femmes étaient sous pilule lors de leur première IVG?
(Mauvaises explications, difficultés de compréhension ou de régularité dans la prise?)

Données à confirmer sur un plus grand échantillon l'année prochaine .

Annexe 3 : Collectivité de Nouvelle Calédonie

- Lettre de M. Harold MARTIN, Président du Gouvernement de Nouvelle Calédonie, janvier 2009



Monsieur le Haut-Commissaire,

Par courrier du 20 novembre 2008, vous nous transmettez le courrier en date du 12 novembre émanant du secrétaire d'Etat à l'Outre Mer, sollicitant des informations sur l'ensemble de l'Outre Mer concernant les thématiques de l'IVG et de la contraception, afin d'alimenter une mission d'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 menée en Guadeloupe et en Martinique par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

La demande porte notamment sur les moyens mis en place localement pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée, les actions conduites sur le plan de la prévention et de l'accès à l'IVG, et les obstacles ou difficultés éventuelles rencontrés dans la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi ou dans les initiatives conduites par les professionnels et les acteurs associatifs.

L'imminence de la publication d'une ordonnance relative à l'extension et à l'adaptation en Nouvelle-Calédonie (ainsi qu'en Polynésie française et à Wallis et Futuna) de dispositions portant sur la protection des droits des personnes en matière de santé (dont l'accès à l'interruption volontaire de grossesse) a retardé de quelques jours la réponse afin de présenter le cadre réglementaire actualisé de cette activité : cette ordonnance (n° 2008-1339) est finalement parue le 18 décembre 2008.

Je vous prie de trouver ci-joint une note rédigée par mes services, situant la problématique de la lutte contre les grossesses non désirées dans son contexte réglementaire et sociodémographique, avant de dresser un bilan des actions menées en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse et d'analyser les obstacles rencontrés dans leur mise en œuvre ; cette note est accompagnée d'un chapitre du rapport 2006-2007 relatif à la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie, consacré à la population féminine.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Haut-Commissaire, l'expression de ma haute considération.

Monsieur Yves DASSONVILLE
Haut-Commissaire de la République
en Nouvelle-Calédonie
BP C5 - 98844 Nouméa cedex



Le Président
du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

Harold MARTIN

- Lettre de M. Jean-Alain COURSE, Directeur des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle Calédonie, janvier 2009

Republique Française



Direction des affaires sanitaires et sociales

Inspection de la santé

5 rue du général Gallieni
BP N4 - 98851 Nouméa cedex

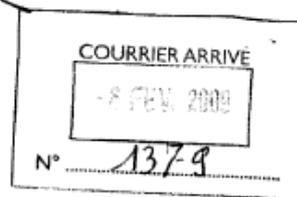
Tél : 24 37 04 - Fax : 24.37.16
Courriel : michel.belec@gouv.nc

N° CS09 - 3400 - MB/AI/ 252 /DASS/IS

Affaire suivie par : Docteur Michel BELEC

Nouméa, le

30 JAN 2009



Le directeur des affaires sanitaires et sociales
de la Nouvelle-Calédonie

à

Monsieur le Haut-Commissaire de la République
Service de la Coordination
A l'attention de Madame Danielle PERRIGOT

Objet : Evaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

P. Jointes : 3.

En complément de la note relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception rédigée par mes services à l'intention des membres de l'inspection générale des affaires sociales en charge d'une mission d'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 sur l'ensemble de l'Outre Mer, je vous prie de trouver ci-joint :

- deux exemplaires du « dossier guide IVG » adapté à la Nouvelle-Calédonie ;
- un exemplaire du bulletin médical la Nouvelle-Calédonie n° 23 de novembre 2001 traitant essentiellement de l'IVG et de la contraception.

Le dossier guide devrait faire l'objet d'une actualisation au cours de l'année 2009 en vue d'adapter la procédure de recours à l'interruption volontaire de la grossesse aux modifications de la réglementation locale qui devront intervenir suite à l'extension à la Nouvelle-Calédonie de certaines dispositions législatives du code de la santé publique (ordonnance n° 2008-1339 du 18 décembre 2008).

...

- 2 -

Le Bulletin Médical est un périodique d'information médicale édité par l'ADIM (Association pour la Diffusion de l'Information Médicale); son but est de participer à l'amélioration de la prévention et des soins médicaux, c'est un organe de communication régional (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française) entre professionnels de santé.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire.

**Le directeur des affaires sanitaires et sociales
de Nouvelle-Calédonie**



Jean Alain COURSE

- Rapport de M. le Dr. Michel BELEC, médecin inspecteur de santé publique de la Nouvelle Calédonie, « évaluation de la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception en Nouvelle Calédonie », décembre 2008

Direction des Affaires sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie

Inspection de la Santé

**Evaluation de la mise en œuvre en Nouvelle-Calédonie
de la loi du 4 juillet 2001
relative à l'interruption volontaire de la grossesse
et à la contraception**

Décembre 2008

SOMMAIRE

1 - INTRODUCTION :	3
2 - CONTEXTE REGLEMENTAIRE	3
2.1 - Cadre législatif général	3
2.2 - La législation applicable en Nouvelle-Calédonie relative à la contraception et à l'interruption volontaire de la grossesse	4
2.3 - Des aspects réglementaires influençant la mise en œuvre des actions relatives à la prévention des grossesses non désirées	7
⇒ <i>La Protection Maternelle et Infantile</i> :	7
⇒ <i>La Santé Scolaire</i> :	7
2.4 - Le régime de protection sociale	7
3 - CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE	8
3.1 - Contexte sociodémographique	9
⇒ <i>Une population jeune, dont la croissance est inégalement répartie</i>	9
⇒ <i>Un comportement nataliste évoluant vers un profil de pays développé</i>	9
3.2 - L'offre de soins périnataux	10
⇒ <i>Offre hospitalière</i>	10
⇒ <i>Démographie des professionnels de la naissance</i>	11
⇒ <i>Une utilisation des ressources très centrée</i>	12
3.3 - Offre de services sociaux	13
⇒ <i>En province sud</i> :	13
⇒ <i>En province nord</i> :	13
⇒ <i>En province des Iles</i> :	13
4 - LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE	14
4.1 - Nature des activités développées.....	14
⇒ <i>Des actions de protection maternelle et infantile</i> :	14
⇒ <i>Des actions de santé scolaire</i> ;	14
⇒ <i>Des actions d'éducation à la santé</i> :	14
⇒ <i>Des actions sanitaires</i> :	14
4.2 - Bilan des activités, résultats d'études.....	15
⇒ <i>Activités des structures et services sanitaires et sociaux</i> :	15
⇒ <i>Résultats d'enquêtes</i>	16
5 - OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES	16
5.1 - Des contraintes structurelles.....	17
5.2 - Des contraintes réglementaires.....	17
5.3 - Des contraintes organisationnelles	17
6 - ORIENTATIONS A PROPOSER	17
6.1 - Adapter la réglementation au contexte local	18
⇒ <i>Modifications apportées par la récente ordonnance</i>	18
⇒ <i>Autres évolutions réglementaires à discuter</i>	18
6.2 - Améliorer le recueil des données d'activité	18
6.3 - Renforcer les liens entre les partenaires	19
ANNEXE : Extrait du rapport 2006-2007 relatif à la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie : chapitre consacré à la population féminine	

**EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE EN NOUVELLE-CALÉDONIE
DE LA LOI DU 4 JUILLET 2001 RELATIVE A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA
GROSSESSE ET A LA CONTRACEPTION**

I - INTRODUCTION :

Par courrier en date du 20 novembre 2008, le Haut Commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie relaie auprès de Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, une demande de la délégation générale à l'outre Mer, sollicitant des informations sur l'ensemble de l'Outre Mer concernant les thématiques de l'IVG et de la contraception, afin d'alimenter une mission d'évaluation de la loi du 4 juillet 2001 menée en Guadeloupe et en Martinique par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS).

La demande porte notamment sur les moyens mis en place localement pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée, les actions conduites sur le plan de la prévention et de l'accès à l'IVG, et les obstacles ou difficultés éventuelles rencontrés dans la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi ou dans les initiatives conduites par les professionnels et les acteurs associatifs.

Le délai souhaité de remontée de ces informations a rendu difficile une réelle concertation entre les différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre des dispositions relatives à l'interruption de la grossesse et à la contraception ; il a néanmoins permis de dresser un bilan des actions menées à partir d'échanges avec la plupart d'entre eux.

L'imminence de la publication d'une ordonnance relative à l'extension et à l'adaptation en Nouvelle-Calédonie (ainsi qu'en Polynésie française et à Wallis et Futuna) de dispositions portant sur la protection des droits des personnes en matière de santé (dont l'accès à l'interruption volontaire de grossesse) a retardé de quelques jours la réponse afin de présenter le cadre réglementaire actualisé de cette activité : cette ordonnance (n° 2008-1339) est finalement parue le 18 décembre 2008.

La spécificité législative de la Nouvelle-Calédonie lui conférant une compétence propre vis à vis de l'organisation des actions concernées, il a paru souhaitable de présenter dans un premier temps le cadre réglementaire qui lui est spécifique; quelques données démographiques et sanitaires seront ensuite développées afin d'estimer les besoins et de décrire les moyens mobilisés pour les satisfaire; les aspects plus pratiques de la mise en œuvre des actions de prévention des grossesses non désirées seront enfin analysés, et notamment les obstacles rencontrés dans leur développement.

2 - CONTEXTE REGLEMENTAIRE

2.1 - Cadre législatif général

La spécificité législative des collectivités d'outre-mer vis-à-vis de la métropole y subordonne l'extension de dispositions législatives ou réglementaires nationales à la mention expresse de leur applicabilité ; une répartition des compétences a en outre défini les attributions de l'Etat d'une part, des collectivités d'outre-mer d'autre part : pour de qui concerne la Nouvelle-Calédonie :

- La loi n° 76-1222 du 28 décembre 1976 relative à l'organisation de la Nouvelle-Calédonie et dépendances liste les compétences de l'Etat (relations extérieures et contrôle de l'immigration, ordre public, respect des libertés publiques et des droits individuels et collectifs, droits civil, pénal et commercial, défense, monnaie et Trésor, enseignement secondaire supérieur et technique, communications extérieures, réglementation minière, radiodiffusion et télévision).

L'article 7 de cette loi précise que « toutes les autres matières sont de la compétence territoriale », mise en oeuvre par un conseil de gouvernement et une assemblée territoriale.

▪ Cette répartition des compétences a fait l'objet d'une actualisation par la loi organique modifiée n°99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie, toujours en vigueur, qui détermine dans son titre II les compétences de l'Etat et de la Nouvelle-Calédonie:

- ⇒ L'article 22 liste les compétences de la Nouvelle-Calédonie, parmi lesquelles certains domaines touchant à la santé:
 - Formation professionnelle et attribution des diplômes à ce titre;
 - Protection sociale, hygiène publique et santé, contrôle sanitaire aux frontières;
 - Réglementation des professions libérales et commerciales et des officiers publics ou ministériels: concerne la santé pour les professions de santé;
 - Organisation des services et des établissements publics de la Nouvelle-Calédonie: c'est le cas de l'Agence Sanitaire et Sociale (organisme développant des actions de prévention et gérant les dépenses d'investissement hospitalier), et de l'IFPSS (institut de formation des professions sanitaires et sociales);
 - Etablissements hospitaliers.
- ⇒ L'Etat reste néanmoins compétent dans les domaines régaliens; cette compétence a des incidences dans certains domaines touchant à la santé, notamment (article 21 de la loi organique) en matière de:
 - Garanties des libertés publiques et respect des droits individuels (concerne la santé dans certains domaines: IVG, placement des malades mentaux, fin de vie, greffe d'organes,...)
 - Enseignement supérieur et recherche: les procédures de réalisation d'une recherche médicale par exemple;
 - Santé scolaire,...
- ⇒ Cette répartition est complétée par les compétences propres aux provinces; elles ne sont pas explicitement définies, mais:
 - L'article 20 précise que "chaque province est compétente dans toutes les matières qui ne sont pas dévolues à l'Etat ou à la Nouvelle-Calédonie par la présente loi, ou aux communes par la législation applicable en Nouvelle-Calédonie ;
 - L'article 47 donne la possibilité d'une délégation de compétences aux provinces: "le congrès peut, à la demande d'une province, donner compétence aux autorités de la province pour adapter et appliquer "la réglementation en matière d'hygiène publique et de santé ainsi que de protection sociale"
 - C'est sur la base de ces délégations de compétence que les provinces gèrent l'aide médicale, l'aide sociale et les établissements sociaux et médico-sociaux.

2.2 - La législation applicable en Nouvelle-Calédonie relative à la contraception et à l'interruption volontaire de la grossesse

- En raison de cette spécificité législative, la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite « loi Veil » n'a pas été rendue applicable à la Nouvelle-Calédonie.
- Une délibération (n° 116 du 3 août 1978) de l'Assemblée Territoriale de la Nouvelle-Calédonie et Dépendances a fixé des dispositions relatives à la régulation des naissances et à l'interruption pour motifs médicaux de la grossesse :
 - en reconnaissant les missions des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et en leur permettant de fournir gratuitement, sur prescription médicale, divers produits destinés à prévenir la grossesse ;
 - en précisant les modalités de prescription et de délivrance des médicaments contraceptifs et des contraceptifs intra-utérins.

Cette délibération fixe les conditions de réalisation des interruptions de grossesse pour motifs médicaux, mais rappelle l'interdiction de toute propagande antinataliste, notamment « de toute publicité commerciale directe ou indirecte concernant les médicaments, produits ou objets de nature à prévenir la grossesse ou à provoquer l'interruption de grossesse, ou présenté comme tels, sauf dans les publications techniques réservées aux médecins et aux pharmaciens ».

▪ Cependant, en 1983, l'article 317 du Code pénal relatif à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été étendu à la Nouvelle-Calédonie. Le 6^e alinéa de cet article disposait :

« Les dispositions des quatre premiers alinéas du présent article (précisant les infractions à la législation relative à l'IVG) ne sont pas applicables lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée soit dans les conditions fixées par l'article L.162-12 du Code de la santé publique, soit avant la fin de la dixième semaine, par un médecin, dans un établissement d'hospitalisation publique ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L.176 du Code de la santé publique. »

La référence à un article du Code métropolitain de la santé publique traitant de l'organisation des soins, compétence du Territoire, a rendu difficile d'application de cette disposition en Nouvelle-Calédonie.

▪ Afin de lever cette difficulté, l'ordonnance n°96-267 du 28 mars 1996 (JORF du 31.03.96 p.4957) qui a étendu à la Nouvelle-Calédonie le nouveau Code pénal a prévu l'adaptation suivante du 3^e de l'article L.223-11 :

« 3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement. »

▪ La contraception et l'interruption volontaire de grossesse ont finalement fait l'objet de la **délibération n° 47/CP du 29 septembre 2000** ; les conditions d'accès à l'IVG ont été fixées de façon comparable à celles applicables en métropole par la loi de 1975 (délai légal de 10 semaines, consultation médicale initiale et obligation d'un entretien social, consultation de confirmation après une semaine de réflexion, acte réservé aux médecins, effectué en établissement d'hospitalisation).

A noter que son article 4 interdit que l'entretien social se déroule à l'intérieur des établissements dans lesquels sont pratiquées des interruptions volontaires de grossesse.

Les modalités de prise en charge financière, par les organismes de protection sociale, des produits et actes relatifs à la contraception et à l'IVG, ont également été précisées par cette délibération.

▪ **L'annexe 1 à la délibération n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie** a fixé le schéma d'organisation de l'obstétrique : elle fait de l'IVG l'une des activités susceptibles d'être développées par les structures autorisées en obstétrique, et limite sa réalisation aux maternités disposant d'un plateau chirurgical.

La délibération n° 171 a également inséré un article relatif à la couverture des dépenses de contraception des fonctionnaires ; il précise que le remboursement à 80 % des frais de contraceptifs hormonaux et de stérilets sont pris en charge par l'employeur des fonctionnaires.

▪ **La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001** a ouvert le droit d'accès à l'interruption volontaire de grossesse au-delà des dispositions que prévoyait la loi de 1975, notamment :

- en allongeant de dix à douze semaines de grossesse le délai légal de recours à cette intervention ;
- en aménageant le droit d'accès à l'IVG des mineures ;
- en supprimant l'obligation légale, excepté pour les mineures, d'un entretien social préalable à l'intervention ;
- en prévoyant la possibilité d'une prise en charge des IVG en médecine ambulatoire, dans le cadre de réseaux de soins étroitement liés, par voie conventionnelle, à un établissement de santé.

La loi a explicitement prévu l'extension de certaines de ces dispositions à la Nouvelle-Calédonie (délai légal, dérogation au consentement du titulaire de l'autorité parentale pour les mineures), mais sans toucher à d'autres articles : l'obligation d'un entretien social a été maintenu, et la possibilité de réaliser l'acte d'IVG en médecine ambulatoire n'a pas été étendue; ainsi, l'article L.2222-2 du Code de santé publique, dans sa rédaction applicable à la NC, prévoit :

« L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :
1° Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;
2° Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;
3° Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement.
Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende si le coupable la pratique habituellement.
La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »

Par ailleurs, la délibération n'a pas étendu les dispositions réglementaires en vigueur en métropole, notamment l'obligation faite aux établissements publics qui pratiquent les IVG, soit de comporter un centre de planification ou d'éducation familiale agréé, soit de passer convention afin que ce centre exerce ses activités dans l'établissement.

Par contre, la disponibilité de la contraception d'urgence sans ordonnance et sa gratuité pour les jeunes, telles que prévues par l'article L.5134-1 du code de la santé publique, sont des dispositions qui ont été étendues en Nouvelle-Calédonie, y compris les modalités de sa délivrance dans les établissements d'enseignement du second degré.

▪ Le projet d'extension à la Nouvelle-Calédonie, par voie d'ordonnance, de certaines dispositions de plusieurs lois ayant trait à la santé a été l'occasion d'émettre des propositions d'aménagement de la réglementation locale ; ainsi le Congrès de la Nouvelle-Calédonie, saisi pour avis sur un projet d'ordonnance relatif à l'extension et à l'adaptation en Nouvelle-Calédonie des dispositions portant sur la protection des droits et de la dignité des personnes en matière de santé, a proposé que le 3° soit remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Dans un lieu autre que ceux satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement. »

Cette rédaction aurait contribué à assouplir les conditions de réalisation des IVG, actuellement possible qu'en milieu hospitalier ; elle aurait permis à la Nouvelle-Calédonie, sous certaines conditions de fonctionnement restant à définir localement, d'organiser la prise en charge des IVG en tenant compte des spécificités de son organisation sanitaire, et d'en faciliter l'accessibilité géographique.

▪ L'ordonnance n°2008-1339 du 18 décembre 2008 relative à l'extension et à l'adaptation en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis et Futuna de dispositions portant sur la protection des droits des personnes en matière de santé a en effet modifié les conditions légales de réalisation des IVG :

- elle supprime l'obligation de l'entretien social préalable à l'IVG pour les femmes majeures: l'ordonnance étend à la Nouvelle-Calédonie l'application de l'article L.2212-4 (consultation sociale « systématiquement proposée »), en limitant la réalisation de cet entretien aux seules personnes « ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal »;
- elle introduit une nouvelle adaptation de l'article L.2222-2 en rédigeant son troisième alinéa comme suit : « dans un lieu autre qu'un établissement de santé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement ayant le même objet ».

2.3 - Des aspects réglementaires influençant la mise en œuvre des actions relatives à la prévention des grossesses non désirées

Les actions de prévention des grossesses non désirées sont pénalisées en Nouvelle-Calédonie par l'absence de textes encadrant certaines missions participant à leur mise en œuvre, notamment :

⇒ *La Protection Maternelle et Infantile :*

La protection et la promotion de la santé maternelle et infantile sont mises en œuvre par chacune des provinces, sans harmonisation territoriale des moyens qui y sont consacrés et des missions développées dans ce cadre.

Une réglementation manque ainsi en Nouvelle-Calédonie pour préciser notamment :

- Les missions et l'organisation des services de PMI ;
- Les actions de prévention concernant l'enfant et la femme enceinte (nombre et nature des examens obligatoires, modèle et mode d'utilisation du carnet de santé, recueil épidémiologique des données d'examens obligatoires).

⇒ *La Santé Scolaire :*

Le partage des compétences issu de la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 a inscrit la santé scolaire parmi les compétences exercées par l'Etat (article 21), jusqu'à leur transfert à la Nouvelle-Calédonie prévu s'effectuer selon l'article 26 "au cours de la période correspondant aux mandats du congrès commençant en 2004 et 2009".

A la demande des provinces qui exerçaient cette compétence jusqu'au 1er janvier 2000, le ministère de l'éducation nationale a mis en place un dispositif de conventionnement avec chacune des trois provinces, afin que celles-ci assurent la prestation au profit de l'enseignement du 1er degré public et privé; s'agissant de l'enseignement du second degré, des visites médicales sont effectuées par des médecins libéraux vacataires dans le cadre de l'orientation vers l'enseignement professionnel;

Le corpus juridique actuel se limite à 4 délibérations de l'assemblée territoriale dont la plus récente remonte à 1983; aucun texte national n'a été étendu depuis le transfert de la compétence à l'Etat ; ainsi les différentes dispositions des textes législatifs métropolitains traitant de l'organisation et du rôle du service de santé scolaire ne sont pas applicables à la Nouvelle-Calédonie (code de la santé publique, code de l'éducation, code de l'aide sociale et des familles).

2.4 - Le régime de protection sociale

Ce rappel réglementaire ne serait pas complet sans intégrer les dispositions relatives à la couverture des dépenses inhérentes à la prise en charge financière des soins ; l'accessibilité financière aux soins est en effet un facteur déterminant du recours aux structures et services sanitaires.

La protection contre le risque de maladie a bénéficié de l'entrée en vigueur (au 1er juillet 2002) du Régime unifié d'assurance maladie maternité (RUAMM), géré par la CAFAT¹ ; complété par l'aide médicale provinciale, il permet d'assurer à la population calédonienne une couverture maladie et maternité :

- Créé par la loi du pays modifiée n°2001-016 du 11 janvier 2002 et la délibération modifiée n° 280 du 19 décembre 2001 relatives à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, le RUAMM assure à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle ou bénéficiant d'un revenu de remplacement (environ 215 000 bénéficiaires en 2006), un service de prestations en nature et en espèces en cas de maladie et de maternité ; le dispositif intègre des dispositions particulières relatives à une liste limitative de pathologies, bénéficiant d'un régime dit de « longue maladie » qui confère aux malades en relevant l'exonération du ticket modérateur : rentrent dans ce champ, sous certaines conditions de gravité, les psychoses, les arriérations mentales, les troubles graves de la personnalité.

¹ CAFAT : Caisse de compensation des prestations familiales et accidents de travail

- Il est complété par le dispositif d'aide médicale instauré par la délibération n° 49 du 28 décembre 1998 ; géré et financé par les provinces, il assure une couverture maladie maternité aux personnes ne respectant pas les critères d'ouverture des droits au RUAMM ; si la délibération fixe le cadre réglementaire général de l'aide médicale, elle laisse le soin aux provinces par délégation implicite, d'adopter des dispositions plus favorables.

Chacun des organismes de protection sociale (CAFAT et les 3 provinces) a ainsi déterminé un niveau de remboursement des dépenses de santé en fonction du risque couvert (maladie ou maternité), de la nature des frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, d'appareils, d'exams complémentaires, d'hospitalisation, de transport), du prestataire de soins concerné (médecin, dentiste, sage-femme, auxiliaire de soins), des modalités de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation complète, hospitalisation de jour), de l'acte de soins concerné et de sa cotation, du type d'affection et de sa gravité (risque longue maladie, grossesse ou suite de couches pathologiques).

Concernant les prestations relatives à la contraception et à l'interruption de grossesse, les modalités de prise en charge financière, par les caisses assurant la couverture obligatoire du risque maladie, des produits et actes relatifs à la contraception et à l'IVG, ont été précisées par la délibération n°47, qui fixe :

- un remboursement à 80 %, sans avance des frais, des contraceptifs hormonaux, de l'acquisition et de la pose des stérilets ;
- un remboursement à 60 % des deux consultations médicales, des exams y afférents, y compris de l'échographie obstétricale ;
- un remboursement à 100 % des consultations spécialisées pré-IVG, de l'intervention elle-même et de la consultation post-IVG.

Ces dispositions « minimales » ont été complétées par la volonté des provinces de favoriser l'accès à la contraception ; dans chacune d'elles, les consultations à visée contraceptive et la délivrance de moyens contraceptifs (figurant sur une liste) sont gratuits dans tous les centres médico-sociaux, quelle que soit la couverture sociale ; il en est de même des consultations pré-IVG lorsqu'elles sont réalisées dans un centre de santé provincial.

L'accès à l'IVG des mineures est facilité par la délivrance d'une carte d'aide médicale « M » (pour maternité), qui permet une prise en charge à 100 % des frais, sans avance, aux jeunes femmes concernées, quelle que soit la couverture sociale de leurs parents ; cette carte peut également être délivrée à des femmes majeures en situation de carence de couverture sociale.

La province des Iles prend en outre en charge le transport vers Nouméa des femmes relevant d'une IVG, après la première consultation réalisée sur place.

3 - CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE

En complément du document joint en annexe à cette note, dressant un bilan des actions de santé menées en 2006 et 2007 au profit de la population féminine de la Nouvelle-Calédonie (issu du rapport annuel rédigé par les services de la DASS-NC sur la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie), il paraît important de situer l'environnement démographique et d'apporter des éléments sur l'offre de soins existante.

Les travaux préparatoires à l'élaboration du nouveau schéma d'organisation des soins en périnatalité ont été l'occasion d'effectuer un état des lieux fin 2007 de la situation démographique et sanitaire en matière de périnatalité ; certains des constats peuvent alimenter le débat :

3.1 - Contexte sociodémographique

⇒ *Une population jeune, dont la croissance est inégalement répartie*

- La comparaison des résultats des deux derniers recensements (1996 et 2004), analysée par province, permet d'opérer des projections démographiques, résumées dans le tableau ci-dessous :

Projections démographiques par province

Provinces	Population*		Evolutio n 1996- 2004	Evolutio n annuelle	Projections démographiques						Evolution 1996-2020
	1996	2004			2006	2007	2008	2010	2015	2020	
Province Sud	134 452	164 113	1,220606	1,025231	172 499	176 851	181 313	190 578	215 865	244 807	85,7%
Province Nord	41 505	44 596	1,074472	1,009019	45 404	45 814	46 227	47 064	49 225	51 486	25,2%
Province des îles	20 877	22 080	1,057623	1,00702	22 391	22 548	22 707	23 026	23 846	24 695	18,5%
Nouvelle- Calédonie	196 834	230 789	1,172505	1,020092	240 156	244 981	249 904	260 047	287 242	317 281	65,8%

(*) Sources : ISEE-NC : Recensements 1996 et 2004

On constate :

- une croissance démographique importante constatée entre les deux derniers recensements (+17,25 %) à mettre en parallèle avec l'évolution démographique constatée en France métropolitaine au cours de la même période (+4,35%)
 - une évolution attendue très différente entre les provinces, la croissance de 66 % de la population calédonienne projetée entre 1996 et 2020 intéressant pour près de 90 % la Province Sud.
- La répartition par âge et par sexe constatée au moment des deux recensements sur les trois provinces permet de suivre l'évolution de la structure de la population calédonienne ; la comparaison avec les chiffres métropolitains constatés au cours des mêmes années permet de caractériser son profil démographique :

Evolution démographique par province, 1996-2004, comparaison France métropolitaine (en %)

Populations*	Moins de 20 ans		Plus de 65 ans		Femmes de 15 à 49 ans	
	1996	2004	1996	2004	1996	2004
Zone géographique						
Province Sud	36,2	34,9	5,1	6,5	27,7	27,3
Province Nord	44,9	40,6	4,2	5,5	24,1	25,9
Province des îles	50,2	44,8	4,8	6,2	23,0	24,1
Nouvelle-Calédonie	39,5	37,0	4,9	6,2	26,5	26,8
France métropolitaine	26,0	25,0	15,3	16,3	25,2	23,9

Sources : ISEE-NC : recensements 1996 et 2004 - INSEE : projections issues des recensements

On constate :

- une population calédonienne très jeune, particulièrement dans les provinces nord et îles ;
- un vieillissement amorcé, la part de la population des personnes de plus de 65 ans étant passée de 4,9 % à 6,2 % de la population totale entre les deux recensements (elle atteint 16,3 % de la population métropolitaine).

⇒ *Un comportement nataliste évoluant vers un profil de pays développé*

L'analyse des indicateurs démographiques de natalité et de fécondité de la Nouvelle-Calédonie au cours des dernières années confirme la tendance d'une évolution démographique de la Nouvelle-Calédonie vers un profil de pays développé ; ainsi :

- Le taux brut de natalité (rapport entre le nombre annuel de naissances vivantes et l'effectif de la population au milieu de l'année considérée, multiplié par 1000 habitants) n'a cessé de chuter depuis les années 60, passant de 36,3 en 1963, à 34,2 en 1973, puis à 25,8 en 1983, pour atteindre son niveau le plus bas en 2005 (17,2). A noter la baisse particulièrement importante de ce taux dans les provinces Iles et Nord.

Evolution du taux de natalité entre 1981 et 2005 par province

	Province des Iles	Province Nord	Province Sud	Nouvelle-Calédonie
Année 1981	35.5	34.6	24.5	27.7
Année 2005	19.1	16.4	17.0	17.2

Source : ISEE-NC

- Le taux de natalité de la Nouvelle-Calédonie reste toujours nettement plus élevé qu'en France métropolitaine (13 ‰). Il est comparable à celui de la Guadeloupe, mais reste néanmoins nettement plus bas que dans la plupart des pays du Pacifique (25 à 35 ‰).
- L'indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme en âge de procréer), a diminué sensiblement au cours de la même période, passant de 3,7 en 1981 à 2,2 en 2005 (1,98 en France métropolitaine) ; là encore, une analyse différenciée par province objective une diminution plus importante dans les provinces des Iles et du nord.

Evolution de l'indice synthétique de fécondité entre 1981 et 2005 par province

	Province des Iles	Province Nord	Province Sud	Nouvelle-Calédonie
Année 1981	5.9	5.5	3.0	3.7
Année 2005	2.7	2.1	2.2	2.2

Source : ISEE-NC

- L'âge moyen des mères lors de la première naissance a tendance à augmenter puisqu'il est passé de 25,7 ans en 1994 à 26,8 ans en 2005 ; parallèlement, le nombre de premières grossesses avant 18 ans diminue (2,6 % en 1997, 1% en 2004), alors qu'il augmente après 30 ans (représentant 17% des premières grossesses en 1997, 23 % en 2005) et après 40 ans (0,8 % à 1,8 % au cours de la même période).

3.2 - L'offre de soins périnataux

⇒ Offre hospitalière

L'interdiction d'effectuer des IVG en dehors d'un établissement d'hospitalisation incite à situer l'offre hospitalière au sein du territoire.

Le tableau suivant résume l'offre actuelle (2007) en lits d'hospitalisation dédiés aux spécialités de gynéco-obstétrique d'une part, de chirurgie d'autre part ; à noter que le site de Poindimié du CHN ne dispose plus de plateau chirurgical depuis 2002 ; dans ces conditions, et comme les CMS, il devra cesser son activité d'accouchement conformément aux dispositions du nouveau schéma d'organisation des soins en périnatalité.

Capacités installées d'hospitalisation dans les disciplines de gynéco-obstétrique et de chirurgie

Disciplines	Obstétrique		Chirurgie	
	Lits autorisés	Lits installés	Lits autorisés	Lits installés
Structures				
CHT, Nouméa	64	64	142	128
CHN Koumac	9	9	13	13
CHN Poindimié	6	6	6	2
Clinique Magnin, Nouméa	20	19	41	40
Clinique Baie des Citrons, Nouméa	7	7	33	33
CMS, Province Sud	6**	6	0	0
CMS, Province Nord	2**	0	0	0
CMS, Province des Iles	17**	13	0	0
TOTAL	129	124	235	216

Sources : carte sanitaire (capacités autorisées) - rapports des structures (capacités installées)

CHT : Centre Hospitalier Territorial

CHN : Centre Hospitalier du Nord, comprenant 2 sites sur Koumac et Poindimié

CMS : Centres Médico-Sociaux gérés par les provinces

On constate :

- une centralisation de l'offre hospitalière sur Nouméa ;
- l'absence de toute structure hospitalière en province des Iles ;
- une structure hospitalière éclatée sur deux sites en province nord, l'un seulement disposant d'une offre chirurgicale.

⇒ *Démographie des professionnels de la naissance*

Le travail effectué chaque année en vue de préparer les réunions de la Commission territoriale chargée d'émettre un avis sur l'ouverture de nouveaux conventionnements de professionnels de santé libéraux sur le grand Nouméa² récapitule les données de démographie des professionnels de santé soumis à régulation; basé sur l'analyse de l'enregistrement de leurs diplômes auprès des services de la DASS-NC, il permet une comparaison avec les données métropolitaines issues des enquêtes menées par la DRESS du Ministère de la Santé ; les tableaux suivants récapitulent les principaux résultats :

Densité de médecins : Taux pour 100 000 habitants

	Population 2007	Généralistes		Spécialistes		Total médecins	
		Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Province des Iles	22 552	22	97,6	0	0,0	22	97,6
Province Nord	45 848	38	82,9	13	28,4	51	111,2
Province Sud	177 146	203	114,6	260	146,8	463	261,4
Grand Nouméa	158 231	179	113,1	255	161,2	434	274,3
Nouméa	97 786	141	144,2	246	251,6	387	395,8
Sud hors Grand Nouméa	18 915	24	126,9	5	26,4	29	153,3
Nouvelle-Calédonie	245 546	263	107,1	273	111,2	536	218,3
France Métropolitaine	61 594 970	101 549	164,9	106 642	173,1	208 191	338,0

Sources: DASS-NC, données ADELI 2007 - DRESS: Données ADELI 2007

Même si la comparaison de taux de couverture rapportés à la population générale semble peu adaptée pour traduire la satisfaction des besoins, qui aurait nécessité une comparaison standardisée sur l'âge de la population (facteur déterminant de la consommation médicale), ce tableau permet de constater :

² Grand Nouméa : réunion de Nouméa et des 3 communes limitrophes : Mont-Dore, Dumbéa, Païta

L'installation des professionnels libéraux y est régulée par un numerus limitant leur conventionnement avec la CAFAT

- un déficit global en médecins de la Nouvelle-Calédonie vis-à-vis de la métropole ;
- une répartition très inégale des médecins sur le territoire, la couverture médicale constatée sur la ville de Nouméa dépassant même le taux métropolitain.

Ce double constat est encore plus vérifié lorsque l'on s'intéresse aux professionnels médicaux spécialisés dans la prise en charge de la grossesse et des maladies de l'enfance :

Densité des professionnels de la naissance : Taux pour 100 000 habitants

	Population 2007 (*)				Gynécologues médicaux		Gynéco-obstétriciens		Pédiatres		Sages-femmes	
	Totale	Femmes > 15 ans	Femmes de 15 à 49 ans	Enfants < 15 ans	Nombre	Densité (**)	Nombre	Densité (**)	Nombre	Densité (**)	Nombre	Densité (**)
Province Iles	22 562	7 622	5 546	7 256	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	108,2
Province Nord	45 648	15 824	12 152	13 228	0	0,0	1	6,3	1	7,6	14	115,2
Province Sud	177 146	66 536	48 149	46 008	3	4,5	17	25,5	15	32,6	56	116,3
Grand Nouméa	156 231	59 704	43 265	40 745	3	5,0	17	28,5	15	36,8	52	120,2
Nouméa	97 786	37 924	27 026	24 047	2	5,3	17	44,8	14	58,2	50	185,0
Sud rural	16 915	6 633	4 883	5 263	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	122,9
Nouvelle-Calédonie	245 546	89 963	65 847	65 493	3	3,3	18	20,0	16	24,1	97	115,4
France métr.	61 694 970	25 820 000	14 724 199	11 368 333	2 121	5,0	5 164	20,0	6 821	60,0	16 550	112,4

(*) Population 2007 Projections de population à partir des résultats des deux recensements précédents

(**) Calcul des densités : Source DASS-NC, répertoire ADELI

Nombre de professionnels pour 100 000 femmes de plus de 15 ans pour les gynécologues médicaux et les gynéco-obstétriciens

Nombre de professionnels pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans pour les sages-femmes

Nombre de professionnels pour 100 000 enfants de moins de 15 ans pour les pédiatres

On constate :

- un déficit majeur en spécialistes de pédiatrie, particulièrement important pour les zones rurales (provinces des Iles, du Nord, et secteur rural de la province Sud) mais également vrai pour l'agglomération de Nouméa, où la densité reste inférieure au taux moyen de couverture métropolitain ;
- une densité globale de gynéco-obstétriciens identique à celle rencontrée en France métropolitaine, mais sujette à de grandes disparités géographiques ;
- une couverture en sages-femmes rapportée aux utilisatrices potentielles (femmes en âge de procréer) comparable à la densité métropolitaine, mais une répartition inégale selon leur lieu d'exercice.

⇒ Une utilisation des ressources très centripète

L'inégale répartition de l'offre de soins spécialisée contraint la population domiciliée à distance de Nouméa de se déplacer en vue de recourir aux soins spécialisés.

L'analyse des domiciles des femmes ayant accouché en 2002 et 2005 dans les différentes structures sanitaires permet ainsi d'objectiver un déplacement des femmes enceintes à l'occasion de leur accouchement.

On constate ainsi que 90,7 % des femmes calédoniennes accouchent en province Sud (88 % en 2002), 8 % en province Nord (9,2% en 2002) et 1,3 % en province des Iles Loyauté (2,5% en 2002), alors que les naissances totales des mères domiciliées en Province Sud représentent 70,5 % des naissances totales (68,3% en 2002), 18,2 % dans le Nord (19,5% en 2002) et 11,3 % dans les Iles (11,7% en 2002).

Le taux provincial de couverture (pourcentage des accouchements concernant des femmes domiciliées dans une province et réalisés dans la même province) n'atteint ainsi que 12,4 % dans les Iles en 2005 et 44 % dans le Nord, alors qu'il dépasse 128 % dans la province sud, preuve d'une attractivité des structures sanitaires qui y sont implantées.

Taux provincial de couverture des accouchements : évolution 2002-2005

	Année 2002	Année 2005
Province Sud	128,7%	128,5%
Province Nord	47,1%	44,0%
Province des Iles	21,3%	12,4%

Source : ISEE-NC

A noter qu'un projet de création d'un nouveau plateau technique en province nord, basé sur Koné, site optimisant l'accessibilité géographique des habitants de la province, est en cours d'élaboration ; sa réalisation permettrait de limiter le déplacement sur Nouméa de la population nécessitant un recours à l'offre hospitalière spécialisée.

3.3 - Offre de services sociaux

La procédure d'accès à l'IVG imposant aux femmes concernées la réalisation d'un entretien social « dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé par les collectivités compétentes » (article 4 de la délibération n° 047/CP du 29 septembre 2000), il a paru important d'apprécier l'offre de services en la matière :

⇒ En province sud :

- la Direction provinciale des actions sanitaires et sociales (DPASS) de la province sud dispose d'un service social polyvalent de secteur doté de 32 assistantes sociales, auquel il convient d'ajouter le Centre de Conseil Familial de Nouméa ;
- des Centres communaux d'action sociale (CCAS) sont implantés dans les principales villes de la province : Nouméa, Mont-Dore, Bourail ;
- des associations complètent ce dispositif, certaines participant à l'offre en matière d'entretiens sociaux (APEJ).

⇒ En province nord :

- la Direction des actions sanitaires et sociales et des problèmes de société (DASSPS) de la province nord dispose également d'un service social de secteur, comportant 17 assistantes sociales ;
- la province ne bénéficie pas de l'implantation d'un centre de planification, d'information ou d'éducation familiale, ni de centre communal d'action sociale.
- Les entretiens pré-IVG sont prioritairement adressés à l'APEJ de Nouméa, principalement afin de préserver l'anonymat des demandes.

⇒ En province des Iles :

- Les services provinciaux ne bénéficient que de l'intervention d'une assistante sociale à temps partiel : aucun entretien social pré-IVG n'y est effectué, les femmes concernées étant orientées vers le CCF de Nouméa

Ainsi, la carence en ressources humaines spécialisées et l'inégalité de leur répartition au sein du territoire compromettent l'égalité de l'accès aux services chargés de la prévention des grossesses non désirées en Nouvelle-Calédonie.

L'encadrement réglementaire de l'interruption volontaire de grossesse n'a pas profité des modifications apportées en métropole en vue de favoriser son accès.

Une réflexion doit être engagée afin d'adapter la réglementation au contexte sanitaire et social de la Nouvelle-Calédonie.

4 - LES ACTIONS MISES EN ŒUVRE

4.1 - Nature des activités développées

L'inégale répartition de l'offre de soins spécialisées et la carence en professionnels de santé libéraux en dehors de Nouméa a incité les provinces à développer un service public de santé, en collaboration avec les partenaires hospitaliers et associatifs ; en matière de contraception et d'interruption de grossesse, cette volonté s'est traduite par :

⇒ *Des actions de protection maternelle et infantile :*

Menées par les centres médico-sociaux polyvalents en dehors de Nouméa, par le centre de protection maternelle et infantile à Nouméa, par les centres « mère-enfant » de Poindimié et de Koumac.

⇒ *Des actions de santé scolaire ;*

Confiantes aux CMS polyvalents ou développées spécifiquement par le centre médico-scolaire de Nouméa;

⇒ *Des actions d'éducation à la santé :*

Menées par :

- le personnel des centres médico-sociaux provinciaux (sages-femmes surtout, aidées par des éducateurs sanitaires et des auxiliaires de santé) ;
- le Bureau d'éducation sanitaire de la province sud ;
- le Centre de Conseil Familial de Nouméa ;

Ces structures provinciales développent des interventions en milieu scolaire, des permanences hebdomadaires dans les établissements d'enseignement du second degré.

Sur Nouméa, le Centre de Conseil Familial constitue la tête d'un réseau d'information et de consultation en matière de sexualité et de planification familiale (consultations pluridisciplinaires, interventions en milieu scolaire, émissions de radio,...) en collaborant avec des associations (Comité de lutte contre le SIDA, Solidarité SIDA, ...) ; il assure la plupart des entretiens sociaux pré-IVG du territoire (y compris au profit des femmes domiciliées à distance de Nouméa).

⇒ *Des actions sanitaires :*

▪ En Province nord :

- La structuration de deux « centres mère-enfant » sur Koumac et Poindimié, dotés de personnels spécialisés (médecins spécialistes, psychologue, assistante sociale,...) a permis d'améliorer la prise en charge des femmes et de développer des actions d'éducation et de consultation ; ces centres opèrent en outre un appui auprès des sages-femmes des centres médico-sociaux et du centre hospitalier du Nord.

▪ En Province sud :

- Les gynécologues obstétriciens du CHT se sont impliqués depuis 2003 dans le développement de la formation continue des professionnels de santé, et ont été des éléments moteurs dans la structuration du réseau, notamment par le développement de nouvelles consultations avancées de gynéco-obstétrique sur Thio, Bourail et l'île des Pins.

▪ En Province des Iles Loyauté

- Une consultation avancée de gynécologie-obstétrique est réalisée par des gynécologues-obstétriciens libéraux dans tous les centres médicaux: une procédure d'orientation des femmes pour IVG vers la clinique de l'Anse Vata a ainsi été élaborée.

- Au niveau de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie
- L'application de la réglementation relative à l'interruption volontaire de grossesse a suscité à partir de 2001 des rencontres régulières des partenaires. Elles ont permis d'élaborer un dossier guide IVG adapté au contexte local, de définir des procédures garantissant la confidentialité des femmes demandeuses d'interruption volontaire de grossesse, facilitant leurs démarches et leur prise en charge y compris celle des jeunes sans couverture sociale.
- L'implication des gynécologue-obstétriciens du secteur privé et des anesthésistes réanimateurs a permis le développement des I.V.G. en complémentarité avec le Centre de Conseil Familial (C.C.F.) et les médecins généralistes.
- Chaque province a formé ses professionnels de santé et les travailleurs sociaux à l'accueil, la prise en charge et l'écoute de ces femmes. Parallèlement à cette démarche, les médecins généralistes et gynécologues ont été sensibilisés à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse par la diffusion d'un bulletin médical.
- Grâce à la volonté de tous, le réseau « naître en Nouvelle-Calédonie », regroupant l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le champ de la périnatalité a été constitué ; ce réseau devrait faciliter une homogénéisation des pratiques (élaboration de référentiels, formation des équipes), et le développement d'actions de recherche en périnatalité.

4.2 - Bilan des activités, résultats d'études

⇒ *Activités des structures et services sanitaires et sociaux :*

Un bilan des activités de contraception et d'interruption volontaire de grossesse figure dans le document annexé à cette note, issu du bilan de la situation sanitaire élaboré par la DAS-NC.

Les principaux enseignements que l'on peut tirer de ce bilan concernent :

- les difficultés à assurer un recueil exhaustif de l'activité de prévention des grossesses non désirées : bilan des centres provinciaux inconstamment transmis, sous-déclaration des actes d'IVG effectués dans le secteur privé ;
- l'intérêt du bilan du Centre de Conseil Familial dans l'évaluation des actions mises en œuvre.

Avec les réserves liées à la carence du système d'informations, quelques constats peuvent être portés :

- une couverture contraceptive de la population féminine estimée à 37,5% des femmes en âge de procréer ;
- un taux de recours à l'IVG supérieur à celui constaté en France métropolitaine, mais inférieur à ceux enregistrés dans les DOM-TOM (21% femmes en âge de procréer en Nouvelle-Calédonie, versus 14,3% en métropole) ;
- une représentation plus importante qu'en France des 20-24 ans, des multipares, chez les femmes ayant eu recours à l'IVG en Nouvelle-Calédonie ;
- un âge gestationnel plus élevé chez les femmes ayant eu recours à l'IVG en Nouvelle-Calédonie : l'IVG a lieu avant la 8^{ème} semaine pour seulement 25 % d'entre elles, contre 75% en métropole ;
- un moindre recours à l'IVG médicamenteuse en Nouvelle-Calédonie (32 % versus 44% en 2005).

L'analyse de la patientèle du Centre de Conseil Familial de Nouméa apporte des compléments d'information sur la situation sociodémographique des femmes ayant recours à l'IVG ;

- une progression du nombre de mineures reçues en entretien social pré-IVG (10% de la file active en 2006) ;
- une surreprésentation des femmes d'origine mélanésienne (48% en 2006), des célibataires (62%), des jeunes scolarisées (31.5%) ;
- une IVG itérative chez 31 % des consultantes ;

- la nécessité d'un accompagnement dans l'accès aux droits sociaux chez 20 % des femmes reçues, et une orientation pour 35 % d'entre elles vers un partenaire du réseau médico-social.

⇒ Résultats d'enquêtes

Les informations collectées par les services de santé méritent d'être complétées par le résultat d'études menées sur les comportements sexuels de la population ; une enquête menée par l'INSERM³ en 2006 sur un échantillon représentatif de 1400 jeunes permet d'apporter quelques éléments ; les principaux résultats de la partie de l'enquête relative aux comportements sexuels, à la prévention et à la contraception révèlent :

- un rajeunissement de l'entrée dans la sexualité, l'âge médian du premier rapport sexuel se situant à 16 ans chez les garçons, 17 ans chez les filles ;
- une progression de l'utilisation du préservatif (73% des jeunes l'ont utilisé au cours du premier rapport sexuel), mais une diffusion inégale d'une communauté à l'autre ;
- la persistance de prises de risque sexuel, particulièrement chez les garçons, les plus jeunes, les personnes domiciliées hors du grand Nouméa, certaines communautés, et la responsabilité de l'alcoolisation excessive dans ces situations ;
- une absence de contraception efficace pour 17 % des filles intéressées, mais atteignant 24% aux Iles Loyauté, et variant d'une communauté à l'autre (de 5% à 26%) ;
- un taux important de grossesses non désirées, puisque l'enquête révèle que 53 % des grossesses des femmes de l'échantillon étaient non désirées ;
- un antécédent d'IVG pour une fille sur huit (12%), et une fréquence différente du recours à l'IVG selon l'âge (64 % des grossesses des 16-18 ans), la communauté (62% des européennes contre 38% des grossesses dans les autres communautés), le domicile (15% dans le grand Nouméa, 8% ailleurs)

5 - OBSTACLES A LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES

Des efforts considérables ont été consentis pour améliorer la prévention des grossesses non désirées en Nouvelle-Calédonie :

- des mesures réglementaires ont été prises afin d'améliorer la couverture financière des dépenses liées à la contraception ;
- une législation relative à l'interruption volontaire de grossesse a été adaptée au contexte de la Nouvelle-Calédonie ;
- les administrations provinciales ont cherché à compenser la carence de la démographie des professionnels de santé en développant des activités de prévention et de soins ;
- les établissements hospitaliers publics et privés ont organisé une offre de soins permettant la mise en œuvre de l'interruption volontaire de grossesse ;
- la mise en réseau des professionnels de la naissance a permis la formalisation de référentiels et de procédures de prise en charge des femmes enceintes.

Des difficultés persistent néanmoins, comme en témoignent les indicateurs d'activité des structures sanitaires, et les enquêtes de comportement et d'utilisation des services ; elles sont schématiquement liées à :

³ Situation sociale et comportements de santé des jeunes en Nouvelle-Calédonie, INSERM, 2006

5.1 - Des contraintes structurelles

- ⇒ Le contexte de carence en ressources humaines spécialisées (professionnels de santé) dans lequel se trouve encore aujourd'hui la Nouvelle-Calédonie, et la structuration encore embryonnaire du dispositif médico-social rendent difficile une réponse aux besoins calquée sur l'organisation existant en métropole ;
- ⇒ L'inégale répartition de la population au sein du territoire, rend illusoire l'application d'une égalité de recours à l'offre de services en matière de contraception et d'interruption volontaire de grossesse ;
- ⇒ Le contexte socioculturel de la Nouvelle-Calédonie, caractérisé par la coexistence de traditions culturelles très diverses, impose d'adapter les messages d'éducation et les modalités de prise en charge aux besoins de santé reproductive et aux représentations des problèmes de chaque communauté.

5.2 - Des contraintes réglementaires

- ⇒ L'obligation jusqu'ici imposée par l'adaptation en Nouvelle-Calédonie des dispositions pénales relatives à l'IVG, de réserver la réalisation des IVG aux seuls établissements d'hospitalisation, limitait l'offre en la matière à 3 sites géographiques (Nouméa, Koumac et Poindimié) ;
- ⇒ La nouvelle rédaction de ces dispositions issue de l'ordonnance toute récente permet d'étendre l'offre d'orthogénie aux centres de santé provinciaux, mais n'en autorise toujours pas la participation des médecins libéraux ;
- ⇒ Le maintien de l'obligation d'un entretien social préalable à l'IVG, si elle peut se justifier par le contexte socioculturel de la Nouvelle-Calédonie, constitue une contrainte certaine pour les femmes domiciliées à distance de Nouméa, compte tenu de la carence et de la concentration de l'offre sociale susceptible de développer cette mission ;
- ⇒ L'interdiction souhaitée par le législateur, de réaliser cet entretien social au sein des établissements autorisés pour effectuer l'acte d'IVG, contraint les femmes concernées à se déplacer, et nuit à l'installation d'une véritable dynamique partenariale ;
- ⇒ L'obligation de consulter un médecin pour effectuer la première consultation pré-IVG ne tient pas compte de la démographie médicale et occulte le rôle déterminant joué par les sages-femmes dans les actions de promotion de la santé reproductive, particulièrement en milieu rural.

5.3 - Des contraintes organisationnelles

- La réalité de difficultés extrinsèques ne doit pas occulter l'existence de problèmes internes au dispositif médico-social ; on peut notamment citer :
- ⇒ L'insuffisance du système d'informations (à l'exception du Centre de Conseil Familial) et son incapacité à analyser la population prise en charge ;
 - ⇒ Le manque de formalisation des relations avec les partenaires, en dehors des institutions les plus importantes (provinces et CHT).

6 - ORIENTATIONS A PROPOSER

Des préconisations peuvent être émises afin de limiter les contraintes précédentes ; elles devront faire l'objet de réunions des différents partenaires impliqués dans la santé reproductive : afin d'alimenter le débat, elles pourraient prendre les orientations suivantes :

6.1 - Adapter la réglementation au contexte local

⇒ *Modifications apportées par la récente ordonnance*

La récente ordonnance du 18 décembre 2008 permet la réalisation des IVG au sein d'un « établissement de santé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement » : afin de faciliter l'accessibilité géographique de la population à cette prestation, il peut être envisagé d'étendre les autorisations à certains centres médico-sociaux provinciaux, sous réserve qu'ils respectent des conditions à définir.

Il convient donc de préciser les conditions auxquelles devront se soumettre ces établissements afin d'être autorisés à pratiquer cette activité ; il conviendra ainsi de préciser les modalités de réalisation des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses, et le degré de collaboration des centres autorisés à les réaliser avec le dispositif hospitalier.

L'ordonnance étend par ailleurs à la Nouvelle-Calédonie la suspension de l'obligation de l'entretien social préalable pour les femmes majeures, et remplace cette obligation par une « proposition systématique » ; compte tenu du contexte socioculturel local, il conviendra de réfléchir aux critères qui pourraient motiver la réalisation de cet entretien, et aux modalités de sa réalisation, qui devront faire l'objet de procédures validées par l'ensemble des partenaires.

⇒ *Autres évolutions réglementaires à discuter*

Les articles L.2212-1 à L.2212-3, dans leur rédaction applicable à la Nouvelle-Calédonie, prévoient que la demande d'IVG, de même que l'acte lui-même, y compris par voie médicamenteuse, relèvent exclusivement du rôle d'un médecin.

Du fait de l'inégale répartition des médecins au sein du territoire, ces dispositions restreignent l'accès à l'IVG des populations les plus excentrées et sont source de rallongement de la durée de prise en charge lorsque la demande a été faite une première fois à une sage-femme (par exemple au cours d'actions d'information sur la contraception) et que cette dernière adresse la personne à un médecin, alors même qu'elle pourrait l'adresser directement à une assistante sociale.

Ces questions intéressant davantage l'organisation sanitaire que le droit de la personne ou de garantie des libertés publiques, semblent relever de la compétence législative de la Nouvelle-Calédonie ; une modification de la délibération relative aux conditions d'exercice des sages-femmes pourrait ainsi les considérer compétentes pour effectuer la première consultation, voire l'acte d'IVG médicamenteuse, comme le projet de loi « patients, santé, territoire » le suggérait en métropole.

La déconnection inscrite dans la délibération n° 47 entre la prestation d'entretien social préalable et le plateau technique réalisant l'acte d'IVG ne paraît pas opportune ; sans remettre en question l'excellent travail du Centre de Conseil Familial, l'intervention de son équipe au sein des structures dorénavant autorisées à pratiquer les IVG permettrait une prise en charge plus harmonieuse des femmes et une meilleure coordination des activités.

6.2 - Améliorer le recueil des données d'activité

La connaissance des problèmes comme l'évaluation des actions mises en œuvre pour les résoudre nécessitent qu'un recueil d'activité soit harmonisé à l'échelon territorial, et partagé par les acteurs provinciaux, hospitaliers, sanitaires et sociaux.

La réflexion engagée sur la standardisation d'un recueil des activités de contraception et d'interruption volontaire de grossesse devra être menée à son terme, éventuellement sous l'égide du réseau de périnatalité récemment constitué.

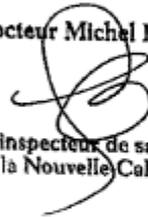
Ce recueil de routine devra être complété par des enquêtes sur les comportements sexuels de la population et sur les représentations de la sexualité au sein des différentes communautés culturelles qui constituent la Nouvelle-Calédonie.

6.3 - Renforcer les liens entre les partenaires

De nouvelles procédures de travail en commun devront être élaborées sur la base des modifications réglementaires éventuellement apportées.

Cette formalisation du partenariat pourrait également intéresser les actions d'éducation à la santé.

Docteur Michel BELEC



**Médecin inspecteur de santé publique
de la Nouvelle-Calédonie**

Annexe 4 : Collectivité de Polynésie Française

- Lettre de M. Eric REQUET, Directeur du cabinet du Haut Commissaire de la République, janvier 2009



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
HAUT-COMMISSARIAT DE LA RÉPUBLIQUE
EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

CABINET
Section Analyse
Politique et interventions
hinerava.otto@polynesie-francaise.pref.gouv.fr

N°HC/ 35 /CAB/SAPI/ho

Papeete, le 27 JAN. 2009

Le Haut-Commissaire de la République en Polynésie française

à

**Monsieur le Secrétaire d'Etat chargé de l'outre-mer
- Délégation générale à l'outre-mer -**

Objet : Evaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

Réf. : Courrier n°3219/M-LD/EVALULOI IVG2 du 12 novembre 2008

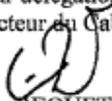
P.J. : 1

Par courrier référencé ci-dessus, vous m'avez informé qu'une étude menée par l'inspection générale des affaires sociales avait été confiée à Mmes Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Claire AUBIN aux fins de déterminer l'impact sur les populations ultra-marines, de l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Aussi, vous trouverez ci-joint les éléments concernant :

- les moyens mis en place pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée ;
- les actions conduites sur le plan de la prévention et de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (enquêtes ou études menées dans ce domaine) ;
- les obstacles ou difficultés rencontrés dans la mise en œuvre des dispositions prévues par la loi ;
- les initiatives conduites par les professionnels et les acteurs associatifs.

Pour le Haut-Commissaire
et par délégation
Le Directeur du Cabinet


Eric REQUET

- Note de MM. Y. MOU ; L. RENO, M. TOURNEUX, « évaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception en Polynésie française », janvier 2009



Direction de la Santé

**ÉVOLUTION DE L'IMPACT DE LA LOI DU 4 JUILLET 2001
RELATIVE A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE
ET A LA CONTRACEPTION
EN POLYNESIE FRANÇAISE**

Papeete, janvier 2009

Par : Y. MOU, L. RENO, M. TOURNEUX

HISTORIQUE DE LA REGLEMENTATION

La Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception (Arrêté de promulgation n° 409 DRCL du 23 juillet 2001) a été publiée au Journal officiel de la Polynésie française le 2 août 2001, autorisant ainsi l'IVG sous certaines conditions dans le pays.

L'IVG peut en effet être demandée par une femme enceinte que son état place dans une situation de détresse. La décision est avant tout personnelle et la femme reste seule juge de cette situation. L'IVG doit être pratiquée avant la 12^{ème} semaine de grossesse, par un médecin, dans un établissement agréé du secteur public ou privé.

Lorsque la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des parents ou du tuteur légal est recueilli. Si elle souhaite garder le secret, l'IVG et tous les actes et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués. Elle peut se faire accompagner de la personne majeure de son choix.

Le médecin doit toutefois s'efforcer d'obtenir le consentement de la mineure afin que l'un de ses parents ou son tuteur légal soit consulté. A défaut, il doit vérifier que cela a été fait lors de la consultation sociale.

Après l'intervention, une consultation est obligatoirement proposée aux mineures afin de donner une information sur la contraception.

Le médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG. Mais il doit informer la femme de son refus et lui communiquer le nom des praticiens susceptibles de pratiquer l'intervention. Des clauses pénales sont prévues pour les IVG effectuées hors cadre législatif, et également en cas d'empêchement ou de tentative d'empêchement d'une IVG ou des actes préalables.

En ce qui concerne la contraception, le consentement des parents ou du tuteur légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration des contraceptifs aux personnes mineures.

Par suite, la Polynésie française a adopté les textes réglementaires nécessaires à l'application de cette loi en matière d'IVG avec :

- une délibération fixant les modalités d'application de cette loi ; il s'agit de la délibération n° 2002-55APF du 28 mars 2002 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;
- une délibération relative à la prise en charge par les régimes territoriaux de la protection sociale des IVG ; il s'agit de la délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002 et arrêté n° 579 CM du 22 avril 2002 ;
- un arrêté en CM relatif l'importation, la détention, la dispensation et l'administration de la MIFEGYNE, 200mg comprimés ; il s'agit de l'arrêté n°501 CM du 17 avril 2002 (abrogeant l'arrêté n°349 CM du 3 avril 1995).

La prise en charge de l'IVG est effectuée sur la base d'un forfait unique, quelle que soit la technique utilisée, en tiers payant à 100%. Un arrêté en Conseil des ministres a fixé le montant du forfait des IVG à 40 000 FCP comprenant la 2^{ème} consultation médicale (au terme du délai de 8 jours de réflexion et au moins 48 heures après la consultation sociale attestée), toutes les étapes de l'IVG et la dernière consultation médicale post-IVG.

En matière de contraception, la Polynésie française s'est dotée de 2 textes :

- la délibération n° 97-215 APF du 27 novembre 1997, modifiée, réglementant l'importation, la vente et l'utilisation des médicaments, produits et objets contraceptifs ;
- la délibération n° 97-216 APF du 27 novembre 1997 relative aux centres de planification familiale.

L'article 6 précise que les formations sanitaires de la Direction de la Santé, les centres de planification familiale, sont autorisés à délivrer aux mineures en détresse sur prescription d'un médecin, des produits, médicaments ou objets contraceptifs à titre gratuit.

LE DISPOSITIF D'IVG MIS EN PLACE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE



Toute femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander l'interruption de sa grossesse selon les modalités suivantes :

- Elle peut consulter le médecin de son choix, dans une structure publique ou privée, agréée ou non, pour pratiquer l'IVG (1^{ère} consultation médicale).
- Ensuite, elle doit avoir un entretien avec une assistante sociale, une psychologue ou une toute autre personne formée en planification familiale ou en conseil conjugal, agréée par le ministre de la santé (consultation sociale). Cet entretien ne peut se dérouler dans les établissements dans lesquels sont pratiquées des IVG.
- Si elle maintient sa demande d'interruption de grossesse, une deuxième consultation médicale est effectuée par le médecin qui doit pratiquer l'IVG.
- L'IVG doit être pratiquée dans un centre agréé.
- Une dernière consultation médicale post-IVG doit être effectuée de préférence par le médecin qui a pratiqué l'IVG ou à défaut par le médecin de son choix. Lors de cette consultation, il lui est systématiquement proposé une autre consultation sociale.
- La consultation sociale post-IVG est recommandée, mais n'est pas obligatoire.

En ce qui concerne le recueil des données, les établissements d'hospitalisation agréés doivent pour chaque acte pratiqué, établir une fiche anonyme de déclaration qui doit être adressée à la Direction de la Santé dans un délai de trente jours suivant la pratique de l'IVG.

A l'issue de la consultation sociale, il est obligatoirement établi une fiche anonyme dont copie doit être transmise à la Direction de la Santé dans un délai de trente jours suivant la consultation.

Les fiches sont saisies et analysées par l'Observatoire de la santé, à la Direction de la Santé.

**LES DONNEES EXISTANTES DEPUIS 1993 SUR LA FECONDITE, LA SEXUALITE, LA
CONTRACEPTION ET L'IVG**

**Données démographiques de l'Institut Statistique de la Polynésie française (ISPF),
provenant du recensement général de la population en 2007**

Une tendance générale à la baisse du nombre de naissances est observée. En 2006, 4591 naissances ont eu lieu en Polynésie française, soit un taux brut de natalité de 17,8 pour mille.

En 20 ans, l'indice de fécondité a diminué d'un tiers passant de 3,79 en 1984 à 2,20 enfants en 2006. Entre 2000 et 2006, le taux de fécondité par âge est passé de 63 à 50 enfants pour 1000 femmes de 15-19 ans et de 144 à 113 pour 1000 chez les 20-24 ans.

**Données sur l'évolution du nombre de naissances précoces, issues de l'ISPF et des
certificats de santé du 8ème jour**

L'évolution du nombre de naissances chez des mères mineures (moins de 18 ans) est en décroissance progressive depuis plus de 20 ans, passant de 300 naissances en 1983 à 223 en 2007.

Les accouchements à 12 et 13 ans se sont nettement raréfiés. Une diminution sensible des naissances qui interviennent à chaque âge avant la majorité est observée, lorsqu'on compare 2 périodes distinctes, 1985- 1990 (avant la réglementation relative aux centres de planification familiale) et 2002-2007 (après la loi sur l'IVG).

Figure 1: Evolution du nombre de naissances chez des mères mineures de 1983 à 2007, ISPF

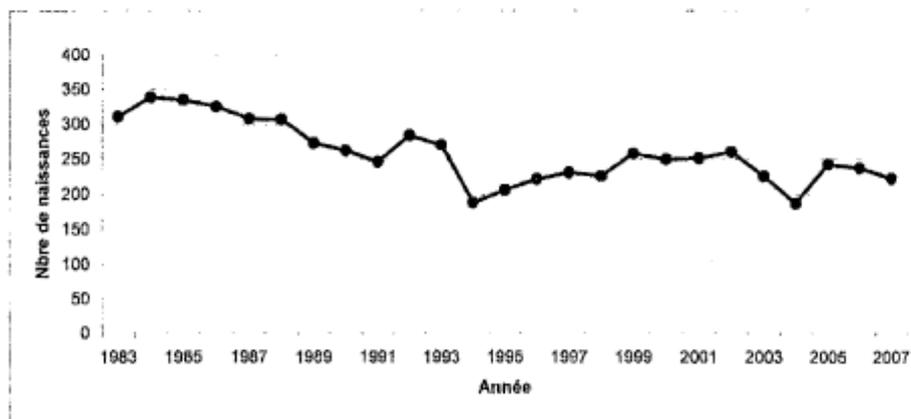
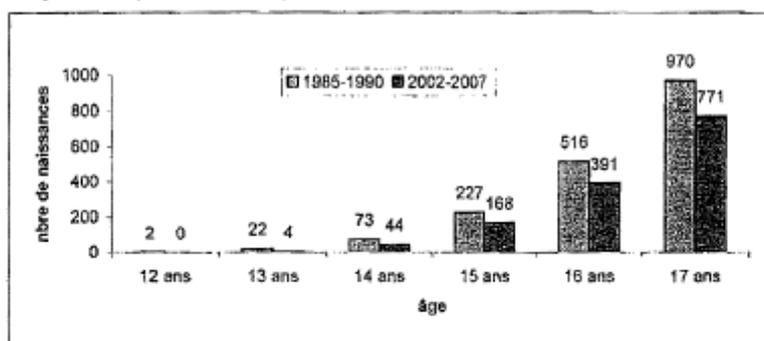


Figure 2: Nombre d'accouchements chez des mères mineures (moins de 18 ans) selon l'âge en Polynésie française. Comparaison entre 2 périodes, 1985-1990 et 2002-2007.



Les certificats de santé du 8^{ème} jour adressés à la Direction de la santé fournissent des données sur la prise en charge de la périnatalité, avec un taux d'exhaustivité de plus de 96% par rapport au nombre de naissances en Polynésie française.

Ils montrent que pour plus de 80% des mères mineures (pour la période 2002-2004), il s'agissait de leur première grossesse. Environ 13% des naissances issues de mères mineures ont lieu dans les hôpitaux périphériques de la Direction de la Santé, situés dans les îles éloignées. Le Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPf) accueille le plus grand nombre d'accouchements de jeunes filles de moins de 18 ans.

Données sur la sexualité issues de 3 enquêtes de la Direction de la Santé en 1993, en 1999 et en 2005

La Direction de la Santé a mené 3 enquêtes afin de cerner les comportements sexuels, la fécondité et la contraception :

- en 1993 dans la population de femmes à Tahiti
- en 1999 dans la population de 15 à 35 ans aux Iles de la Société
- en 2005 dans la population de 15 à 40 ans de l'ensemble de la Polynésie française

Les données sur la contraception et le recours à l'IVG au travers de ces 3 enquêtes sont présentées.

Entre 1993 et 1999, l'utilisation d'une **méthode contraceptive** (surtout le préservatif) a augmenté en général, et de façon plus importante chez les femmes dans les tranches d'âges entre 15 et 24 ans.

Tableau 1: Utilisation d'une méthode de contraception chez les femmes de 15 à 35 ans ayant eu un rapport sexuel dans leur vie. Comparaison entre les données des enquêtes de 1993 et 1999 en Polynésie française.

	1993	1999	2005
15-19 ans	46 %	68 %	
20-24 ans	57 %	74%	
25-29 ans	60 %	70 %	
30-35 ans	65 %	62 %	
Ensemble	-	-	62%

En 2005, 62% des femmes utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête. Pour un tiers des femmes qui n'utilisaient pas de contraception, il s'agissait d'un désir de grossesse et 15% étaient enceintes au moment de l'enquête en 2005.

Entre 1993 et 1999, une diminution, non significative, du recours à l'IVG est observée chez les femmes de 15 à 35 ans ayant déjà eu des rapports sexuels (de 16% à 12%). Le recours à l'IVG a légèrement augmenté entre 1999 et 2005. Durant cette période, une hausse importante semble être observée chez les 30-35 ans entre 1999 et 2005. Chez les 15-19 ans, la proportion de filles ayant un antécédent d'IVG est restée stable depuis 1993.

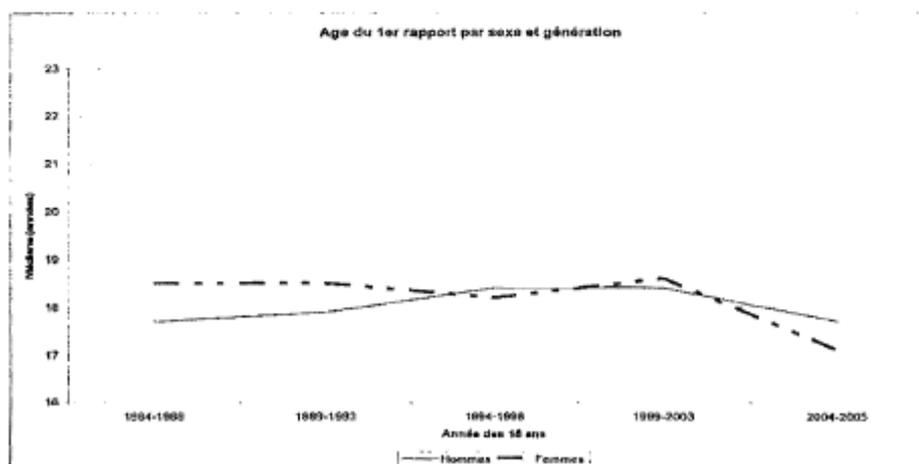
Tableau 2 : Antécédents d'IVG selon l'âge, chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels. Comparaison des données des enquêtes de 1993, 1999 et 2005, en Polynésie française.

	Antécédents d'IVG		
	1993 Tahiti	1999 Iles de la Société	2005 Polynésie française
15-19 ans	3%	3%	3%
20-24 ans	10%	4%	12 %
25-29 ans	19 %	15%	11 %
30-35 ans	16%	12 %	22% *
Ensemble	16%	12%	14%

* % dans la tranche d'âge 30-34 ans

La médiane de l'âge des premiers rapports sexuels a évolué de façon constante entre 17 et 18 ans pour les générations précédentes. Une tendance à des premiers rapports sexuels de plus en plus précoces notamment chez les filles, semble se dessiner depuis ces 10 dernières années.

Figure 3: Age médian au premier rapport sexuel par sexe, dans la population de 15 à 40 ans, données de l'enquête de 2005 en Polynésie française



Données issues de l'exploitation des fiches de déclaration obligatoire d'IVG

Un recueil d'informations anonyme sur les IVG est mis en place depuis 2003 et centralisé à la Direction de la Santé. Il existe des imperfections dans le renseignement des fiches et une irrégularité de la transmission des fiches par les établissements.

Compte tenu de la non-exhaustivité du fichier déclaratif, les résultats présentés seraient plutôt sous-estimés. Les données d'IVG seront donc regroupées sur plusieurs années pour décrire globalement la pratique d'IVG en Polynésie française.

De 2004 à 2007, le nombre total d'IVG déclarées a été de 3505, soit une **moyenne de 876 IVG par an**.

Le taux moyen d'IVG est alors estimé à **12,3 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans** en Polynésie française. En France, il est de 14,1 pour 1000 en 2003.

Ces deux dernières années, les trois quarts des IVG ont été pratiqués au CHPf.

Le quart restant a été réalisé essentiellement à la clinique Cardella (à Papeete) et à l'hôpital de Uturoa (à Raiatea). A l'hôpital de Taiohae aux Marquises, le dispositif mis en place pour l'IVG est aléatoire selon les années et dépend surtout de la possibilité d'une consultation médicale et/ou psychosociale pré et post IVG sur place.

Les 2 techniques, chirurgicales ou médicales, sont utilisées pour l'IVG par le CHPf et l'hôpital de Uturoa, la technique chirurgicale étant réalisée préférentiellement.

La Clinique Cardella propose uniquement la technique chirurgicale.

LES ACTIONS ET LES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LA PREVENTION ET L'ACCES A L'IVG

Principales actions en matière de prévention

- la réalisation de consultations gratuites dans le cadre de l'activité de planification familiale dans les structures de la Direction de la Santé
- la délivrance gratuite de préservatifs, contraceptifs oraux et stérilets aux adolescentes ainsi qu'aux femmes de conditions sociaux-économiques modestes dans les structures de la Direction de la Santé
- la réalisation chaque année d'ateliers d'informations auprès des lycéens et des collégiens en Polynésie française, au cours desquelles les thèmes tels que l'éducation à la sexualité, la contraception, les Infections Sexuellement Transmissibles sont évoqués.
- Dès 2001, la mise en place de supports pédagogiques et de guides par la Direction de la Santé (Service de protection maternelle et Service d'éducation à la santé) :
 - o Guide « amour et sexualité »
 - o Court métrage sur les relations amoureuses chez les adolescents
- la diffusion annuelle de campagnes de communication faisant la promotion du préservatif et diffusion d'affiches, dépliants et de préservatifs
- la formation des relais en éducation à la sexualité

En 2001, 2002 et 2003, 6 sessions de formation au total ont été organisées par la Direction de la santé, avec un professeur canadien en sexologie, adressées à des relais de la santé, de la solidarité et de l'éducation et suivies de formations complémentaires sur la prévention et la détection des abus sexuels, l'exploitation sexuelle et l'homosexualité. Des formations de professionnels et de représentants des secteurs associatifs et religieux ont eu lieu également avec des formateurs locaux.

Plus de 240 personnes ont bénéficié de ces formations menées entre 2001 et 2003.

- En 2002, la mise en place d'une enquête sur les violences envers les femmes par la Direction de la Santé (Service de protection maternelle et Service d'éducation à la santé)
- En 2005, la rédaction d'un projet de programme de lutte contre les violences conjugales et familiales, avec la venue d'une experte canadienne, à l'issue d'un séminaire intersectoriel réunissant une soixante de professionnels.

Principales actions favorisant l'accès à l'IVG selon la loi

- l'information et la sensibilisation sur le terrain par la Direction de la Santé, concernant les textes sur l'IVG lors de leur entrée en vigueur

- L'actualisation des textes permettant de réguler l'accès et la pratique d'IVG en Polynésie française
- L'élaboration d'un guide sur l'IVG en français et en tahitien en 2002
- Dès 2002, la formation des professionnels à l'accueil et à l'entretien psychosocial d'IVG :

En 2002, la formation à l'entretien social et à l'accueil des femmes en demande d'une IVG a été menée auprès de 15 professionnels avec une formatrice venant de la métropole permettant ainsi la mise en place concrète d'un dispositif de l'IVG conforme aux textes.

En 2003, 5 sessions consacrées à l'accueil des femmes en demande d'IVG ont été organisées à Tahiti, à Taiohae et à Uturoa. Elles ont permis de toucher 109 professionnels. 5 professionnels (sage femmes, psychologues) ont été formés à la consultation psychosociale d'IVG. Ces formations ont été assurées par 2 formatrices canadiennes.

En 2005, la mise en place d'une formation similaire a été réitérée avec deux autres formatrices canadiennes, touchant 14 intervenantes (sage femmes, psychologues et assistantes sociales) pour l'entretien psychosocial et 12 médecins pour l'accueil des femmes en demande d'IVG. L'équipe du centre d'orthogénie du CHPF a été réunie à cette occasion pour discuter des problèmes rencontrés.

Les obstacles ou les difficultés de la mise en œuvre de la loi

La dispersion géographique des îles de la Polynésie française est un obstacle majeur à l'accès à l'IVG et à la planification familiale. L'équité en matière d'accessibilité aux activités de prévention et aux prestations de soins pour les femmes est inégale, entre Tahiti et les îles éloignées.

Actuellement le recours à l'IVG est possible au niveau de quatre centres agréés (CHPF, Clinique Cardella, Hôpital de Uturoa et l'hôpital de Taiohae) dont trois sont véritablement actifs en 2008 : le CHPF et la Clinique Cardella à Tahiti et l'hôpital de Uturoa à Raiatea.

Quant aux consultations psychosociales, elles ne sont plus assurées qu'au Centre de consultations spécialisées en protection maternelle (CCSPM) alors qu'elles étaient initialement possibles sur plusieurs sites : le CCSPM, le siège du Service des affaires sociales à Tahiti, les antennes du Service des affaires sociales à Uturoa et à Taiohae.

En raison des contraintes géographiques et des problématiques de l'offre de soins de proximité (absence de compétences, insuffisance de médecins et de paramédicaux), certaines IVG des îles éloignées font l'objet d'EVASANS.

Plus de la moitié des femmes demandant une IVG consultent tardivement, au-delà de la 7^e semaine d'aménorrhée, ce qui les contraint à recourir à une IVG chirurgicale.

Très rares sont les femmes qui reviennent en consultation post-IVG.

Parmi les motifs des IVG, les raisons financières sont les plus fréquemment citées.

La problématique de l'IVG est complexe et associe souvent des problèmes sociaux dans les populations défavorisées comme la violence conjugale, la pauvreté, l'isolement...

Malgré les nombreuses formations pour l'organisation et l'amélioration du dispositif d'IVG, il existe une forte déperdition des professionnels formés, liée à leur mobilité et une baisse de motivation.

Les freins culturels et religieux sont moins vifs que par le passé, révélant une certaine évolution des valeurs et des normes sociales dans la société polynésienne et l'acquisition d'une attitude de tolérance dans le milieu associatif féminin et les confessions religieuses.

L'adoption de cette loi a permis une plus grande équité des femmes polynésiennes face au recours à l'IVG.

Les perspectives

Le programme d'éducation à la sexualité, les activités de planification familiale et le dispositif d'encadrement de l'IVG doivent être re-dynamisés et actualisés dès 2009.

Pour ce faire, une équipe de pilotage doit être mise en place pour assurer la coordination des travaux de planification et de mise en œuvre.

Tableau 3 : Les actions préconisées à partir de 2009 pour favoriser des comportements responsables en matière de sexualité.

Objectifs prioritaires	Activités
Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions de la prévention du VIH/SIDA et des IST, la contraception chez les jeunes et les notions de respect et de responsabilité dans la relation amoureuse	<ul style="list-style-type: none"> - Actualiser et dynamiser le programme d'éducation à la sexualité chez les jeunes en milieu scolaire, dès le primaire - Former des relais aux outils et aux techniques en éducation à la sexualité auprès des jeunes - Renforcer l'information en éducation à la sexualité chez les jeunes en milieu scolaire (dès le primaire) et extra-scolaire
Renforcer l'accès aux moyens de contraception chez les jeunes	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour les connaissances des professionnels de santé sur la prescription des moyens de contraception - promouvoir l'usage du préservatif et augmenter l'accès aux préservatifs
Dynamiser le dispositif d'encadrement des IVG	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels aux dispositions actuelles en matière d'IVG - Restructurer le réseau professionnel

Références bibliographiques

- Direction de la santé. Enquête connaissances, attitudes et pratiques sur la fécondité, la contraception et la planification familiale à Tahiti en 1993. Rapport mars 2003.
- Direction de la santé. Comportements sexuels et prévention du Sida en Polynésie française. Rapport novembre 1999.
- Direction de la santé, INED. Comportements sexuels et prévention du Sida en Polynésie française en 2005. Rapport décembre 2008.
- Observatoire polynésien de la santé, Direction de la santé. Rapport d'évaluation du dispositif relatif à l'IVG en Polynésie française, 2003-2008. Rapport provisoire, décembre 2008.
- Rapports d'activités de la Direction de la santé, de 2000 à 2007
- L. Bonnac Théron, C. Buttin, G. de Clermont. Certificats de santé du 8^{ème} jour, résultats de l'année 2004. BISES n° 5/2006. Direction de la santé.
- Statistiques sur la démographie. Site internet de l'ISPF.
- Ministère de la santé, Direction de la santé. Plan pour la santé en Polynésie française. Etat des lieux. Rapport août 1999.
- Observatoire polynésien de la santé, Direction de la santé. La santé observée en Polynésie française, édition 2002.
- Observatoire polynésien de la santé, Direction de la santé. Données du recueil statistique sur l'IVG (non publiées).

ANNEXE : DONNEES STATISTIQUES COMPLEMENTAIRES (données provisoires de la Direction de la Santé)

Tableau 1 : Nombre d'IVG pratiquées par établissement de 2004 à 2007

Etablissements	2004	2005	2006	2007
CHPF	577	921	556	603
Hôpital d'Uturoa	67	78	122	114
Hôpital de Taiohae	6	9	12	0
Clinique Cardella	71	0	88	114
Indéterminé	0	0	167	0
Total	721	1008	945	831

Tableau 2 : Nombre d'IVG pratiquées par secteur de 2004 à 2007

Secteur	2004	2005	2006	2007
Secteur public	650	1008	690	717
Secteur privé	71	0	88	114
Total	721	1008	778	831

Tableau 3 : Nombre d'IVG pratiquées par tranche d'âge des patientes de 2004 à 2007

Tranches d'âge	2004	2005	2006	2007
Répartition des IVG selon le groupe d'âge				
10-14 ans	5	10	4	8
15-19 ans	121	217	189	192
20-24 ans	203	283	279	234
25-29 ans	144	179	171	161
30-34 ans	124	162	151	107
35-39 ans	97	121	117	90
40-44 ans	23	41	25	30
45-49 ans	0	2	1	2
Taux d'IVG pour 1 000 femmes				
	10,4	14,4	13,1	11,5

Tableau 4 : Nombre de patientes ayant déjà eu recours à une IVG dans le passé par tranche d'âge des patientes - 2004 à 2007

Tranches d'âge	2004	2005	2006	2007
9-14 ans	5	10	0	0
15-17 ans	51	86	11	2
18-19ans	63	126	33	3
20-24 ans	195	278	128	35
25-29 ans	153	177	85	46
30-34 ans	115	159	88	25
35-39 ans	97	120	68	18
40 ans et +	23	43	20	12
inconnus	4	4	0	2
Total	706	1003	433	143

Annexe 5 : Collectivité de Saint Pierre et Miquelon

- Note de M. Jean-Pierre BERCOT, Préfet de Saint-Pierre et Miquelon, décembre 2009



Saint Pierre le 9 décembre 2008

Le Préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon
à
Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Outre-Mer
Délégation Générale
Service des politiques publiques

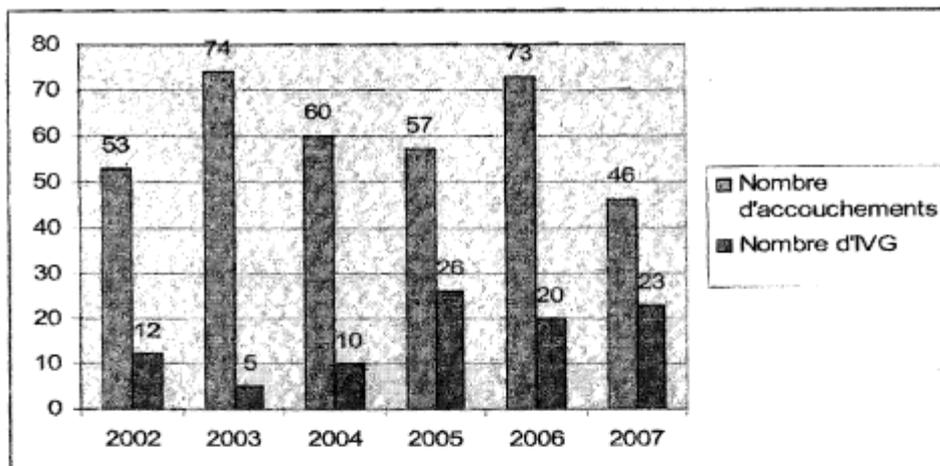
Objet : Evaluation de l'impact de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ;

Ref. : Lettre du 12 novembre 2008 du Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'Outre-mer.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint, un point général sur la situation observée localement à Saint-Pierre-et-Miquelon tant en ce qui concerne les moyens et actions mis en place pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée que les obstacles ou difficultés rencontrés. Cette analyse découle et s'accompagne d'éléments disponibles dans les rapports annuels d'activité des acteurs institutionnels concernés, dans le travail d'instruction du Schéma Territorial de l'Organisation Sanitaire et Sociale (STOSS) 2008 – 2013 de Saint-Pierre-et-Miquelon et d'entretiens réalisés pour la présente étude.

Rappel du contexte local de Saint-Pierre-et-Miquelon

Le Centre Hospitalier François Dunan (CHFD) comporte une maternité qualifiée de niveau 1 (seule l'absence de pédiatre est compensée par l'organisation de 4 missions annuelles de pédiatres) comportant actuellement un effectif médical d'un praticien contractuel gynécologue-obstétricien et de deux sages-femmes. D'une capacité actuelle de 6 lits depuis 2006, le service assure l'accueil des patientes pour la prévention et l'interruption volontaire de grossesse par les voies chirurgicale ou médicamenteuse (pour ce dernier type d'IVG, l'hôpital seul assure à Saint-Pierre-et-Miquelon cette activité en l'absence d'IVG par la voie médicamenteuse par les médecins de ville tant en libéral qu'au sein du Centre de santé – selon le rapport du Médecin Inspecteur de Santé Publique référent auprès du Service de la DASS).



Une étude des actes en IVG sur les années 2006, 2007 et 2008 atteste par ailleurs que l'âge des femmes concernées augmente. Les principales tranches d'âges concernées au titre de ces années sont respectivement les tranches 21 – 25 ans (35 % en 2006), 36 ans et plus (35 % en 2007) et à égalité les tranches 26 – 30 ans et 36 ans et plus (35 % en 2008). Il apparaît enfin en chiffres cumulés pour ces trois années que la tranche d'âge des 36 ans et plus est la première (pour 27% des cas), suivie de celle des 21 – 25 ans (23 % des cas) puis des 26 – 30 ans (21 % des cas).

Déoulant de cette étude, il en résulte que les tranches d'âges des 15 – 17 ans voire même des 18 – 20 ans sont statistiquement minoritaires (la personne la plus jeune répertoriée au cours de ces trois années est âgée de 20 ans). Il en va de même pour l'étude faite sur la récurrence en matière d'IVG.

Le nombre des personnes récidivistes pour les années 2006, 2007 et 2008 s'élève à 6, 6 et 8, représentant respectivement 26 %, 26 % et 38 % du total des personnes ayant recours à une IVG. La récurrence constitue un élément dont l'explication se doit d'être menée localement dans la mesure où elle concerne plus particulièrement des femmes adultes d'un certain âge (et non pas de jeunes femmes) et que les cas de récurrence s'accumulent de façon inquiétante en matière de santé pour certains individus.

En témoignent les éléments statistiques suivants : la plupart des femmes récidivistes sont âgées successivement de 31 à 39 ans ; la plus âgée a 49 ans et la plus jeune a 20 ans. Une de ces femmes a eu jusqu'à 5 IVG tandis qu'une autre en a accumulé 3 dont 2 IVG dans la même année.

La relation existant entre la population des personnes handicapées de l'archipel et le recours à une interruption volontaire de grossesse est très faible. Selon l'information fournie par l'équipe médicale de la maternité, seule une jeune femme de 25 ans a été dénombrée dans les statistiques IVG en 2007.

Les IVG par la voie médicamenteuse sont les actes le plus couramment pratiqués au sein de la maternité du CHFD. Les données d'activité indiquent en effet depuis 2005, un taux de recours à ce type d'IVG supérieur en moyenne à 50 % (50 % des IVG en 2005, 55 % en 2006, 70 % en 2007 et 57 % en 2008).

Obstacles ou difficultés rencontrés localement dans la mise en œuvre des dispositions réglementaires et des initiatives professionnelles

Le premier des obstacles ou des difficultés rencontrés est l'absence de centre de planification familiale. Institué en objectif au sein du premier Schéma Territorial de l'Organisation Sanitaire et Sociale (STOSS) 2002 – 2007, ce projet n'a pas connu de réalisation. L'absence d'un tel centre est attestée par la difficulté actuelle ressentie par l'équipe de la maternité pour atteindre efficacement en matière de prévention la population concernée.

Par ailleurs, l'inadaptation des locaux actuels de la maternité constitue un obstacle supplémentaire (manque d'anonymat, existence de quelques cas de promiscuité avec les parturientes...).

Conformément à l'article L. 6147-3 du code de la santé publique, selon lequel l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon « assure les missions dévolues au département dans les domaines définis par l'article L. 1423-1 » (protection sanitaire de la famille et de l'enfance), il appartient au CHFD de superviser la création d'un tel centre. Cette création doit s'accompagner de la mise en place d'un réseau de partenaires institutionnels autour de l'hôpital (CPS, Association « IRIS – EPE », Education Nationale...). Cet objectif a fait l'objet d'une nouvelle inscription au sein du nouveau STOSS 2008 – 2013 de l'archipel. Le calendrier de mise en œuvre de cet objectif est prévu pour l'année 2009 avec la constitution d'un groupe de travail interinstitutionnel.

En conclusion, un certain nombre de constats peuvent découler de l'analyse tant des conditions réelles de mise en œuvre sur l'archipel d'action de prévention et d'interruption volontaire de la grossesse que des obstacles et difficultés rencontrés.

L'existence d'un nombre anormalement élevé d'IVG sur le territoire s'ajoute à d'autres problématiques liées, d'une part, à l'âge relativement élevé des femmes concernées et, d'autre part, à un taux de récurrence préoccupant. Par ailleurs, si les IVG par la voie médicamenteuse sont les plus courantes, il ressort que la population des personnes handicapées sur l'archipel n'est que très faiblement concernée.

Il importe dès lors de pallier tant à l'inadaptation des locaux actuels de la maternité qu'à l'absence d'un centre de planification familiale dans le cadre de la structuration d'une véritable politique en matière de protection maternelle et infantile. De cette préoccupation, pourra découler la mise en place d'un meilleur suivi individuel des femmes concernées et une meilleure connaissance des problématiques indiquées ci-avant.

Néanmoins, en dépit de ces constats, certains facteurs participent d'ores et déjà de façon positive à la mise en œuvre actuelle des actions et moyens disponibles sur l'archipel : la capacité du service de la maternité du CHFD à accueillir toutes les demandes en matière d'IVG dans les délais légaux de part la faible population de l'archipel et dès lors le meilleur repérage potentiel des différents cas individuels (ceci en dépit de l'absence actuelle de base de données exhaustive en matière de protection maternelle et infantile).

Le préfet de Saint Pierre et Miquelon

Jean-Pierre Berçot



L'équipe de la maternité intervient ponctuellement en milieu scolaire au titre de l'information sur les moyens de contraception.

L'Association « Informations – Rencontres – Initiatives – Sensibilisations / Ecole des Parents et des Educateurs » (IRIS – EPE), domiciliée à Saint-Pierre a été mandaté en 2006 par Madame Jacqueline ANDRE, Présidente du Conseil d'Administration de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) et chef de projet sur le Schéma Territorial d'Education Pour la Santé (STEPS), pour la mise en place du programme « éducation à la vie affective et sexuelle ». Ce programme de prévention, développé à partir de 2007, comprend notamment des actions de distribution de préservatifs et d'information sur les moyens de contraception en milieu scolaire.

Aux côtés d'un seul médecin généraliste libéral demeurant à Saint-Pierre, un centre de santé, organisé et structuré à l'initiative de la CPS, assure depuis le 1^{er} janvier 2007 la médecine de ville et la permanence des soins de ville à Saint-Pierre-et-Miquelon avec un effectif de 7 médecins à Saint-Pierre et 1 médecin à Miquelon – Langlade. Aucune initiative particulière ne vise à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (par la voie médicamenteuse) en ville.

Moyens et actions pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée

En matière de prévention, la maternité du CHFD assure un accueil régulier en matière d'information auprès de toute personne se présentant ou téléphonant auprès du service et procède à une distribution régulière de préservatifs (le Service de la DASS participe à approvisionner annuellement le service).

A l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse, l'équipe médicale du service délivre, d'une part, un guide sur l'IVG destiné aux femmes majeures et aux femmes mineures non émancipées (édition ministérielle) et, d'autre part, un fascicule d'information destiné aux patientes au titre respectivement de l'interruption médicamenteuse et de la préparation du col utérin à l'interruption chirurgicale de grossesse du premier trimestre. En outre, de façon obligatoire, elle délivre une contraception (pilule contraceptive, pilule du lendemain, pose de stérilet en particulier pour les personnes récidivistes...).

L'équipe de la maternité organise enfin des actions d'information et de formation auprès d'établissements scolaires et de certains professionnels (crèche municipale).

Extraite des rapports annuels d'activité du service de la maternité du CHFD, l'évolution comparée du nombre des accouchements au regard du nombre des interruptions volontaires de grossesse atteste un nombre élevé d'IVG, en particulier depuis l'année 2005. En effet, en pourcentages depuis 2005, l'activité en IVG correspond respectivement à 46 %, 27 % et 50 % du nombre total des accouchements. Encore ces pourcentages sont-ils influencés par l'aspect fluctuant caractérisant l'activité des naissances ; l'analyse du nombre des actes d'IVG réalisés confirme une évolution régulière au dessus de 20 IVG chaque année depuis 2005. Cette analyse est attestée par les derniers chiffres pour 2008 avec 21 IVG enregistrés.

Sigles utilisés

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé
AFC	Association française pour la contraception
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
ANRS	Agence nationale de recherche scientifique
API	allocation parent isolé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATPM	Association pour les travailleurs migrants et leurs familles
CESPHARM	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie
CIVG	centre d'interruption volontaire de grossesse
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNSF	Collège national des sages femmes
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CSIS	Conseil supérieur de l'information sexuelle
CU	contraception d'urgence
DDPJJ	Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DIU	dispositif intra-utérin
DOM	département d'outremer
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
EICCF	établissement d'information, de consultation et de conseil familial
EPPM	étude permanente de la prescription médicale
FHF	Fédération hospitalisation de France
FNARS	Fédération nationale d'accueil et de réadaptation sociale
GRSP	groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut comité de santé publique
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LMDE	La mutuelle des étudiants
MFPF	Mouvement français pour le planning familial
PRSP	Plan régional de santé publique
REVHO	Réseau ville hôpital
SDFE	Secrétariat d'Etat aux droits des femmes
SMR	Service médical rendu

Bibliographie

Ouvrages

ALLEZY V. *L'anneau vaginal contraceptif Nuvaring : exemple de diffusion d'un nouveau moyen de contraception : enquête d'opinion auprès de 170 femmes de 18 à 40 ans de juillet 2006 à septembre 2007 en Ile-de-France*, 2008, 85 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

AMSELLEM-MAINGUY Y., *La contraception d'urgence. Analyse sociologique des pratiques*, 2007. Thèse de doctorat, université Paris-Descartes.

ANAES, INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : recommandations*. Paris, ANAES, 2004, 47 p.

ANAES et INPES et AFSSAPS. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique : argumentaire*. Paris, ANAES, 2004, 198 p.

ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, Paris, ANAES, 2001, 95 p.

ANDRE-CORMIER J., *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines : avis du Conseil économique, social et environnemental*. Paris, Ed. des journaux officiels, 2009, 186 p.

Assistance publique-Hôpitaux de Paris., *Bilan d'activité 2007 des centres d'IVG de l'AP-HP de Paris*. Paris, AP-HP

Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé . Genève, OMS, 2004, 106 p.

BAJOS N. et al. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, 2002, 348 p.

BARUCH F. et GALLARD C., Groupe de travail : information, éducation des jeunes à la sexualité, Service des droits des femmes, Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, 1999, réed. 2009, 14 p.

BECK F et GUILBERT P. et GAUTIER A. (dir). *Baromètre santé 2005*. Paris, INPES, 2007.

BEDEL CHAUVAUD J., *Connaissances et pratiques du médecin généraliste face à une demande d'interruption volontaire de grossesse*, 2004, 124 p. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, université Paris 7 Denis Diderot.

BELTZER N. et BAJOS N., « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles » in BAJOS N. et BOZON M. (dir.). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*. Paris, La Découverte, 2008.

BENHAMOU O., *Avorter aujourd'hui : trente ans après la loi Veil*. Paris, Mille et une nuits, 2004, 215 p.

BONNIER C. Dr et al. IVG chez les ados, quelles prises en charge, comment prévenir les récidives, quelle prévention en milieu scolaire ?. Fort- de -France, CHU, Unité d'orthogénie.

CHAMBAUD L., KHENNOUF M. et LANNELONGUE C., Enquête sur la rémunération des médecins et des chirurgiens hospitaliers. Paris, IGAS, 2009, 188 p.

CHATENAY G. et al. Délivrance du Norlevo® en Languedoc-Roussillon , 2002-2006 : étude par territoire. Montpellier, DRASS, 2009, 12 p.

CHOQUET M., HASSLER C. et MORIN D., Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur Public) sept ans après. Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005, 193 p.

Comité français d'éducation pour la santé, Baromètre santé 2000. Vanves, CFES, 2001.

Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Accès à un avortement sans risque et légal en Europe, Résolution 1607, Strasbourg, 2008.

Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS), L'évolution du rôle des lieux et des organismes d'information et d'éducation à la sexualité. Paris, Ministère délégué à la santé et à la cohésion sociale, 2004, 78 p.

DENECHERE A. et al. Contrôle des services d'aide sociale à l'enfance (ASE) et de protection maternelle infantile (PMI) du conseil général de la Guadeloupe : rapport définitif. Paris, IGAS, 2006, 163 p.

Direction générale de la santé, Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

DRASS DDASS Nord-Pas-de-Calais, Baromètre santé jeunes – sexualité et contraception chez les jeunes du Nord-Pas-de-Calais : résultats thématiques. Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 2007, 24 p.

EMBERSIN C. et al. Prévention des grossesses non désirées dans trois départements : Rhône, Seine-Saint-Denis, Somme. Paris, FNORS, 2004, 217 p.

Enquête ESPAD 2003. Paris, OFDT-INSERM, 2004

FAUCHER P. et HASSOUN D., Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Paris, Editions ESTEM, 2005, 127 p.

FORGEOT G. et CELMA C., Les inégalités aux Antilles Guyane : dix ans d'évolution. Paris, INSEE, 2009, 31 p.

GELLY M., Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée. Paris, L'Harmattan, 2006, 244 p.

HASSOUN D. et al. Rapport sur la pratique de l'IVG en France : actes du colloque des dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception. Paris , 1993.

HUBARD L., Enquête sur le Norlevo ® auprès des intéressées, des pharmaciens, et des médecins, sur la ville de Rouen. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, université de Caen, UFR des sciences pharmaceutiques.

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport 2007-2008 – Les politiques sociales décentralisées*. Paris, La documentation française, 2008, 169 p.

JASPART M. *et al.* *Les violences envers les femmes en France : une enquête nationale*. Paris, La documentation française, 2003, 370 p.

JEANDET-MENGUAL E., *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*. Paris, IGAS, 2002, 82 p.

JEGOUDEZ MOULLIER R. *Prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée – mémoire pour le DIU Régulation des naissances*, Université René Descartes, Paris V

JOURDAIN-MENNINGER D. *et al.* *Etude sur la protection maternelle et infantile*. Paris, IGAS, 2006, 51 p.

MATTEI J.-F., *Rapport relatif à l'accès à la contraception d'urgence dans les établissements et dans les pharmacies : rapport présenté au Parlement par Monsieur Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*. Paris, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

Ministère de la jeunesse de l'éducation nationale et de la recherche, *L'éducation à la sexualité au collège et au lycée. Guide du formateur*. Paris, SCEREN-CNDP, 2004, 56 p.

Ministère de la justice, *Annuaire statistique de la justice : édition 2008*. Paris, La documentation française, 2009, 376 p.

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, *La santé des femmes en France*. Paris, La documentation française, 2009, 288 p.

MOSSUZ-LAVAU J., *La vie sexuelle en France*. Paris, Editions de la Martinière, 2002, 466 p.

NARRING F. et MICHAUD P., « Education pour la santé, prévention et promotion de la santé à l'adolescence » *in* ROUSSEY M. et KREMP O., *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Paris, Doin Editions, 2004.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *National cost-impact report : implementing the NICE clinical guideline on long-acting reversible contraception*. Londres, NICE, NICE clinical guideline n°30, 2005, 33 p.

National Institute for Health and Clinical Excellence, *Long-acting reversible contraception : the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception*. Londres, RCGOG, 2005, 192 p.

NISAND I. et TOULEMON L., *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*. Paris, Haut conseil de la population et de la famille, 2006, 26 p.

NISAND I., *L'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999, 55 p.

Observatoire de la santé de la Martinique (OSM), *Enquête sur les conditions de délivrance du Norvelo®*. Fort-de France, ORS Martinique, 2007, 39 p.

http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/rapport_norlevo.pdf

Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE), *Enquête sur la santé des étudiants dans les DOM*. Paris, LMDE, 2008, 8 p.

Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), *Les professionnels de santé : comptes rendus des auditions : tome 3 : rapport 2005*. Paris, La documentation française, 2006, 223 p.

POLETTI B., Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Paris, Assemblée nationale, n°1206, 2008, 41 p.

PONS J.-C., VENDITTELLI F. et LACHCAR P., *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Paris, Masson, 2004, 331 p.

STIEN L. Dr, *Comment améliorer la prévention des grossesses adolescentes du Gers*. Rennes, ENSP, 2004.

Stratégie d'actions en matière de contraception. Paris, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 92 p.

UZAN M., *Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes*. Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 65 p.

VANHECKE E., *L'interruption volontaire de grossesse en ville : une opportunité pour améliorer l'accès à l'IVG. Expériences et perspectives en Seine-Saint-Denis*. Rennes, ENSP, 2006, 65 p.

VILCHIEN D., GAL C. et SALZBERG L., *Le statut des conseillères conjugales et familiales*. Paris, IGAS, 2006, 47 p.

ZIMMERMANN M.J., *Rapport d'activité au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes*. Paris, Assemblée nationale, n°2714, 2005, 313 p.

Articles de périodiques

AUBENY E., « Contraceptif post coïtal : pas avant ! » *La Revue Prescrire*, 2005, 25, n°267, p. 868.

AUBENY E. et al. « The Coraliance study : non-compliant behaviour. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2004, 9, n°4, p. 267-277.

BAJOS N. et al. « Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women ? », *Human Reproduction*, 2006, 21, n°11, p. 2862-2867

BAJOS N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » *Population et Sociétés*, n°407, décembre 2004.

BAJOS N., LERIDON H. et JOB-SPIRA N., « La contraception en France dans les années 2000. Introduction au dossier », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 409-418.

BAJOS N. et al. « Les inégalités sociales d'accès à la contraception », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 479-502.

BAJOS N. et al. « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, 2003, 18, n°5, p. 994-999.

BENNIA-BOURRAÏ S., ASSELIN I. et VALLEE M., « Contraception et adolescence, une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens », *Médecine*, 2006, 2, n°2, p.84-89.

BIRMAN C., « Législation européenne sur l'avortement », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

BOMBÉREAU G., « La contraception, les grossesses à l'adolescence, les IVG et la sexualité en Guadeloupe », *Info santé*, 2004, n°13.

BOUDAN V., « L'IVG demeure une pratique fréquente », *Info santé*, 2004, n°12.

Centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) – hôpital Laënnec – Creil, « Interruptions volontaires de grossesse par association médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée au centre hospitalier de Creil », Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception, 28 novembre 2005, Amiens.

COLLET M., « Etude de la satisfaction des usagers de maternité à l'égard du suivi des grossesses et du déroulement des accouchements », *études et résultats*, septembre 2008, n°660, 6 p.

« Contraception post coïtale : trop de pharmaciens en défaut », *La revue Prescrire*, 2008, 28, n°300, p.775.

DELOTTE J. *et al.* « Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises », *Gynécologie, Obstétrique, fertilité*, 2008, 36, n°1, p. 63-66.

FAUCHER. P. « L'IVG à domicile », *Réalités en gynécologie-obstétrique*, octobre 2006, n°114.

FAUCHER P., DAPPE S. et MADELENAT P., « Maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2002, 30, n° 12, p. 944-952.

FOURNIER C., « Aider les femmes à choisir leur méthode », *Le concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1053-1056.

GARBIN O. *et al.* « Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation », *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 2006, 129, n°1, p. 36-40.

GERONIMUS AT., « Teenage childbearing as cultural prism », *British Medical Bulletin*, 2004, 69, n°1, p. 155-166.

GOSSELIN P., « La responsabilité des personnels de l'éducation nationale accompagnant des mineures dans des démarches relatives à une contraception d'urgence ou à une intervention volontaire de grossesse », *Lettre d'information juridique*, n° 128, octobre 2008, p. 36-38.

GOULARD F., « Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? », *Les dossiers de l'Obstétrique*, 2008, n°372.

GOULARD H. *et al.* « Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use », *Contraception*, 2006, 74, n°3, p. 208-213.

GROSSMAN D. *et* JARVIS S., « Should the contraceptive pill be available without prescription ? », *British Medical Journal*, 2009, 338, n°7688, p. 202-203.

HASSOUN D. « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : alternatives à l'hospitalisation en gynécologie-obstétrique », *La lettre du gynécologue*, avril 2005, n°301, p. 23-26.

HENSHAW S. K., SINGH S. et HAAS T., « Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning familial*, 1999, n° spécial, p. 26-30.

HENSHAW RC. et al. « *Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment* », *British Medical Journal*, 1993, 307, n°6906, p. 714-717. *La revue du praticien*, 2008, 58, n° 1

LAMARCHE J. et MATET N., « L'accès en urgence : le dispositif actuel », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1051-1052.

LERIDON H. et al. « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et sociétés*, 2002, n°381, 4 p.

MARIE P., CHAMPOLLION S. et OURABAH R., « Que font les patientes lorsqu'elles oublient leur pilule ? », *Exercer*, 2008, 19, n°80, p. 13-16.

MATET N., « La contraception d'urgence, une méthode « de rattrapage », *Vocation Sage- Femme*, 2008, 7, n°64, p. 11.

MATET N., BASSET B. et DAB W., « Sages-femmes et contraception : une opportunité à saisir », *La Revue Sage-Femme*, 2005, 4, n°2, p. 53-56.

MOREAU C. et al. « Frequency of discontinuation of contraceptive use : results from a French population-based cohort », *Human Reproduction*, 2009, 24, n°6, p. 1387-1392.

MOREAU C. et al. « The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives : results from a French national cohort study », *American Journal of Public Health*, 2009, 99, n°3, p. 441-442.

MOREAU C. et al. « Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey », *Human Reproduction*, 2007, 22, n°9, p. 2422-2427.

MOREAU C. et BAJOS N., « *Impact de la démedicalisation d'accès à la contraception d'urgence en France* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p. 1047-1050.

MOREAU C. et al. « *The remaining barriers to the use of emergency contraception : perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions* », *Contraception*, 2005, 71, n°3, p. 202-207.

MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 2004, 59, n°3-4, p. 503-517.

MOSSUZ-LAVAU J., « Le planning familial reste essentiel », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2595, 6 février 2009, p. 42-43.

PISON G., « France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ? », *Population et sociétés*, 2009, n°454, 4 p.

POLIS CB. et al. « Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention : a meta-analysis », *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 110, n°6, p. 1379-1388.

REGNIER-LOILIER A. et LERIDON H., « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? », *Population et sociétés*, 2007, n°439, 8 p.

RENARD V. et al. « *Un partenariat original pour former les médecins généralistes* », *Le Concours médical*, 2006, 128, n°25/26, p.1057-58.

ROBIN G., MASSART B. et LETOMBE B., « La contraception des adolescentes en France en 2007 », *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2007, 35, n°10, p. 951-967.

ROSSIER C. et PIRIUS C. « *Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002* », *Population*, 2007, 62, n°1, p. 57-90.

SINGH S., DARROCH JE., FROSTE J. and the study team, "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour : the case of five developed countries", *Family planning perspectives*, 2001, 33, n°6, p. 251-259 et 289.

TRUSSEL J. et al. « Should oral contraceptives be available without prescription ? », *American Journal of Public Health*, 1993, 83, n°8, p. 1094-1099.

VILAIN A., « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » *Etudes et résultats* n°659, septembre 2008.

WALSH TL. et al. "Effectiveness of the male latex condom : combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials", *Contraception*, 2004, 70, n°5, p. 407-413.

WESTOFF CF., "Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion", *Family Planning perspectives*, 1988, 20, n°1, p. 4-13.

Sites internet

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), « La prise en charge des femmes françaises », CNGOF, 2000
http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm

VAUTRAVERS A. et NISAND I., « IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée - quelles techniques ? 30^e journées nationales du collège national des gynécologues et obstétriciens français », *CNGOF*,
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2006/conf2006/009/index.htm

Avortement, contraception : donnée statistique
Institut national d'études démographiques (INED)
http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/avortements_contraception/
Contraception hormonale, expérience étrangère :
Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/contraception_accueil.aspx?sortcode=1.48.48.48