

Commission IVG

IVG : État des lieux
et perspectives d'évolution
du système d'information

RAPPORT

juillet 2016



Commission sur les données et la connaissance de l'IVG

IVG : état des lieux et perspectives
d'évolution du système d'information

Rapport juillet 2016

Commission sur les données et la connaissance de l'interruption volontaire de grossesse

Rapport

Sommaire

Avant-propos	3
Synthèse	5
État des lieux du système d'information	9
Introduction	9
Le niveau national	10
Le niveau régional	14
Les données des associations	15
Évolution du système d'information au niveau national	15
Les connaissances et le suivi actuel :	
caractéristiques, tendance et difficultés d'accès	16
Données récentes et tendances sur les IVG	16
Le profil socio-démographique des femmes ayant recours à l'IVG	19
Les caractéristiques de l'IVG	20
Les difficultés d'accès à l'IVG	23
Des éclairages particuliers	24
Les besoins pour améliorer la connaissance	28
Suivi et tendance	28
Caractéristiques des prises en charge	30
Parcours et difficultés d'accès	31
Attentes et satisfaction	34
Contraception « avant » et « après »	35
Données sociales	37
Tableau récapitulatif des indicateurs disponibles ou souhaitables	39
Un tableau de bord régional	40
Qualité du système d'information	41
Recommandations	44
Suivi des recommandations	48
Annexes	49
Composition de la Commission	50
Sigles	52
Bibliographie	54
Documents présentés par les intervenants	56

Commission sur les données et la connaissance de l'interruption volontaire de grossesse

Rapport juillet 2016

Avant-propos

En janvier 2015, pour les 40 ans de la loi Veil, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, a annoncé la mise en place d'un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)¹.

Parmi les différentes mesures, ce programme prévoyait la création d'une Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), afin de coordonner les acteurs pour une meilleure analyse des connaissances sur la pratique de l'IVG en France et le parcours des femmes. Ce rapport présente les résultats des travaux de cette commission.

Cette commission a été mise en place le 12 juin 2015. Elle regroupe les principaux producteurs de données, des représentants des professionnels de santé, des chercheurs et des institutions et associations concernées par l'IVG ; sa composition figure en annexe.

Les objectifs de cette commission sont de :

- Établir un constat partagé sur les connaissances actuelles et leurs limites, en particulier sur les éventuelles informations pertinentes et manquantes ;
- Favoriser les échanges sur les connaissances entre producteurs de données et acteurs de terrain. Pour les acteurs de terrain, ce partage doit permettre de mieux connaître les sources de données existantes et les enseignements qu'ils peuvent en tirer. Pour les producteurs de données, les échanges peuvent permettre de mieux identifier les

¹ <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ivg-1er-bilan-du-programme-national-d-action>

besoins prioritaires, les conditions de production sur le terrain de certaines données et l'existence éventuelle de recueils spécifiques ou la réalisation de travaux ponctuels ;

- Émettre si nécessaire des recommandations pour améliorer les connaissances sur le sujet.

La commission s'est réunie en séance plénière trois fois au cours de l'année 2015, et une fois en 2016. Les deux premières réunions ont permis de faire un état des lieux du système d'information et des données disponibles. À partir de différentes présentations, les débats ont porté sur l'exhaustivité et la qualité des données actuellement recueillies et analysées, sur les limites de chacun des systèmes d'information et leur confidentialité et sur les attentes des acteurs de terrain en matière d'information.

Afin de préciser les besoins, trois réunions de sous-groupes ont été organisées. La première avait pour objectif de mieux préciser les données souhaitées pour chacun des aspects concernant l'IVG. La deuxième, à partir des propositions issues du premier groupe, a permis de discuter du système d'information le plus pertinent pour recueillir ces données. Le troisième sous-groupe concernait les besoins en matière de tableau de bord régional.

La troisième réunion plénière avait pour objectif de valider les travaux des sous-groupes et de préparer les principales recommandations concernant le système d'information. La dernière réunion, en avril 2016, a permis de valider le contenu de ce rapport.

Synthèse

La création de la Commission sur les données et la connaissance de l'IVG fait partie des mesures annoncées en janvier 2015 par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, dans le cadre du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG. Installée en juin 2015, la Commission regroupe les principaux producteurs de données, des représentants des professionnels de santé, des chercheurs et des institutions et associations concernées par l'IVG. Ses objectifs sont d'établir un constat partagé sur les connaissances actuelles et leurs limites, et d'en déduire d'éventuelles recommandations pour améliorer ces connaissances. Ce rapport présente les résultats des travaux menés par la Commission pendant un an.

Depuis la promulgation de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'IVG, la France s'est dotée d'un dispositif permettant aux femmes d'interrompre légalement leur grossesse pour des motifs non thérapeutiques mais aussi de mesurer, pour la première fois, le nombre d'IVG en France. Avant cette loi, et en l'absence de système d'information spécifique du fait d'une pratique illégale, la mesure reposait sur des estimations s'appuyant, le plus souvent, sur le nombre de décès suite à des avortements ou encore sur des enquêtes par sondage auprès de femmes en fin de vie féconde, interrogées rétrospectivement sur leur histoire génésique². En 1975, la loi Veil impose que chaque IVG fasse l'objet d'une déclaration établie par le médecin. Cette déclaration a pris la forme d'un bulletin d'interruption de grossesse (BIG) renseignant à la fois sur les caractéristiques de l'établissement et sur celles des femmes concernées. Bien qu'imparfaite en raison d'un nombre important de bulletins non renseignés, cette source de données a été la seule à éclairer statistiquement le recours à l'IVG en France jusqu'au milieu des années 1990. Depuis, le système d'information en matière d'IVG s'est enrichi et diversifié grâce aux données médico-administratives hospitalières et de l'Assurance maladie et à des enquêtes ponctuelles. Dès lors, une réflexion sur l'évolution du système d'information est apparue nécessaire³ : quelles sources de données apparaissent en 2016 comme les plus fiables pour suivre les évolutions de tendance et les caractéristiques des IVG en France ? Comment mieux appréhender les difficultés d'accès à l'IVG ? Quels indicateurs mobiliser et quel type d'enquête favoriser pour éclairer davantage le parcours des femmes ? Comment saisir les inégalités sociales qui jalonnent l'accès à l'IVG ou mesurer les attentes des femmes ? C'est autour de ces questions que les membres de la Commission, réunis par quatre fois en Assemblée plénière ainsi qu'en groupes de travail au cours de l'année 2015-2016, ont mené leur réflexion.

Ce rapport s'articule autour de quatre grandes parties. La première dresse un état des lieux du système d'information, caractérisé par la montée en charge, ces dernières années, des bases de données médico-administratives : le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les données des établissements de santé et les données de consommation inter régimes (DCIR) de l'Assurance maladie qui permettent de disposer d'informations sur les IVG pratiquées hors établissements de santé. Ces deux sources de données ont peu à peu remplacé les BIG pour le suivi du nombre et des caractéristiques

² Lamy M. L., 1982.

³ IGAS, 2010.

des IVG, en raison du manque d'exhaustivité de ces derniers. Ceux-ci ont surtout été mobilisés pour décrire les IVG réitérées et éclairer le profil socio-démographique des femmes qui recourent à l'IVG. Des enquêtes ponctuelles, spécifiques ou non à l'IVG et les données des associations, complètent ce dispositif. Enfin, certaines régions, comme l'Île-de-France ou l'Aquitaine, ont mis en place des tableaux de bord ou piloté des travaux plus ponctuels.

En présentant les données les plus récentes à partir des différentes sources actuellement disponibles, la deuxième partie de ce rapport souligne la richesse des informations recueillies au niveau national comme local. Elle montre que le nombre d'IVG en France métropolitaine est relativement stable depuis une dizaine d'années, avec des fluctuations à la hausse ou à la baisse sur des périodes de quelques années. On observe notamment une hausse des IVG au cours de l'année 2013, suivie d'une baisse en 2014 et 2015. Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées par le recours à l'IVG, avec un taux de 27,0 IVG pour 1 000 femmes en 2015. Les taux décroissent chez les moins de 20 ans depuis 2006 environ, avec, en 2015, 7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans, et ont augmenté, sur la même période, pour toutes les classes d'âge chez les plus de 25 ans.

Les données disponibles éclairent également les difficultés d'accès qui concernent les plus jeunes, dont les mineures sans autorisation parentale, et les femmes en grande précarité, en particulier celles en situation irrégulière. Si le nombre d'IVG médicamenteuses continue à augmenter, leur proportion est moins élevée chez les femmes de moins de 25 ans, l'une des raisons étant la part d'IVG tardives. Les IVG tardives concernent aussi les femmes en plus grande précarité. Ceci renvoie à deux autres problématiques corrélées : celle de l'offre de soins inégalement répartie sur le territoire et celle des inégalités sociales de santé, certaines caractéristiques socio-démographiques pouvant être associées à des écueils dans le déroulement du parcours de soins. Cette deuxième partie met en évidence combien les connaissances en matière d'IVG sont riches et diversifiées mais restent aujourd'hui fragmentées, tant entre les différentes échelles territoriales qu'entre producteurs de données et professionnels de terrain, renforçant l'intérêt de ce diagnostic partagé.

La troisième partie synthétise les besoins de connaissance sur l'IVG et les confronte aux données disponibles pour en déduire les améliorations souhaitables. Elle fait notamment le point sur les indicateurs produits en routine, recense ceux qui pourraient l'être à court terme et qui répondent aux besoins exprimés par les membres de la Commission et pointe les informations qui ne sont actuellement pas disponibles mais qui permettraient d'approfondir utilement la connaissance en matière d'offre de soins et de prise en charge. L'importance d'une meilleure connaissance des difficultés d'accès, notamment pour les femmes en situation de précarité, les mineures et les jeunes majeures a été tout particulièrement soulignée. De même, l'intérêt du suivi à une échelle fine de l'évolution de l'offre et des pratiques effectives, à partir des données du PMSI et du DCIR, est confirmé pour éclairer l'accessibilité sous ses différents aspects.

Parmi les limites soulevées dans ce rapport figure le recueil de l'information concernant les IVG réalisées en centres de santé et Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) pour les femmes sans couverture sociale ou ne voulant pas utiliser leur numéro d'assurée sociale pour des raisons de confidentialité. Dans ces cas, aucun remboursement de forfait n'est demandé à l'Assurance maladie, ce qui écarte ces IVG des bases médico-administratives. Les membres de la Commission ont également constaté qu'il est difficile de connaître les attentes et la satisfaction des femmes concernant les pratiques. De même, mieux connaître l'ensemble du parcours autour de l'IVG nécessite de poursuivre la réflexion autour des données disponibles et de celles nécessitant la mise en place d'enquêtes ciblées. Concernant les caractéristiques de la prise en charge, le rapport pointe une nécessaire amélioration de la qualité du codage du PMSI, notamment en ce qui concerne le relevé de l'âge gestationnel, l'inscription de l'acte permettant de distinguer les IVG médicamenteuses des IVG instrumentales ou les nouvelles informations concernant les IVG réitérées. Le rapport souligne également les limites de l'information disponible lorsque celle-ci est rendue anonyme dès le recueil. Le rapport s'intéresse, de ce fait, aux différents aspects de la confidentialité des données autour de l'IVG. À propos des parcours des femmes et des difficultés d'accès à l'IVG, certains délais mériteraient d'être connus (entre le premier contact et la première consultation, entre le premier rendez-vous et la réalisation de l'IVG,...). Au cœur des besoins actuels en matière de données et de connaissance, la demande de mise en place d'un tableau de bord régional, fondé sur la construction d'indicateurs homogènes issus des bases médico-administratives, confirme le besoin de données comparables et partagées.

Sur la base de ce constat, la dernière partie établit une série de recommandations autour de cinq axes :

- Améliorer l'information partagée, et notamment l'information fournie aux acteurs de l'IVG, dans des délais les plus réduits possible ;
- Mieux répondre aux besoins d'information sur les difficultés d'accès, les parcours et les inégalités sociales, en promouvant en particulier l'appariement des bases médico-administratives avec celles de l'échantillon démographique permanent (EDP) pour les enrichir d'informations sociales. Dans cette phase de transition, une réflexion doit aussi être menée à courte échéance pour mettre en place un nouveau dispositif de recensement des IVG réalisées en centres de santé et qui ne font pas l'objet d'un forfait de remboursement ;
- Améliorer la connaissance en matière d'attentes et de satisfaction des femmes, concernant l'ensemble de leur parcours jusqu'au suivi post-IVG et la proposition d'une nouvelle contraception ; il apparaît pour cela nécessaire de renouveler certaines enquêtes. Le renouvellement de l'enquête réalisée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et une analyse plus fine des trajectoires entre domicile et lieu de réalisation, en particulier pour les périodes estivales (même si une partie des déplacements sont choisis par les femmes), constituent les principales recommandations concernant ce point ;

- Améliorer l'exhaustivité et la qualité du système d'information ;
- Renforcer le respect de la confidentialité.

Si les travaux de la Commission ont d'ores et déjà permis de progresser dans la connaissance de l'IVG, le suivi de ces recommandations apparaît important afin que la richesse de ces réflexions se traduise effectivement en amélioration du système d'information, et donc de la connaissance.

État des lieux du système d'information

➤ La législation de l'IVG en France

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite « loi Veil », reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1er janvier 1980 et remboursée par la Sécurité sociale avec la loi du 1er janvier 1983 (loi Roudy).

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. Les médecins autorisés, depuis juillet 2004, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention.

Depuis le décret du 6 mai 2009, qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses. Depuis le décret du 5 juin 2016, les sages-femmes peuvent également pratiquer des IVG médicamenteuses.

Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, ainsi que les contraceptifs remboursables (pilules de 1^{re} et 2^e génération, implant contraceptif hormonal et stérilet) pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une ordonnance et de la carte Vitale des parents ; le tarif payé aux établissements de santé pour le forfait d'IVG chirurgicales est revalorisé de 50 % dans le secteur public. Dans le secteur privé, seule la partie hébergement a été revalorisée. La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 27 janvier 2016 a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1^{er} avril 2016.

Introduction

Ce rapport présente une cartographie du système d'information en matière d'IVG et des données que ce système permet de recueillir au niveau national ou régional, y compris les données des associations. Il décrit ainsi les systèmes d'information pérennes utilisés pour la

production régulière de données sur le suivi temporel et certaines caractéristiques des femmes ayant recours à l'IVG et des pratiques concernant les IVG, ainsi que les systèmes d'information plus ponctuels, par le biais d'enquêtes. Les limites de chacun de ces systèmes sont également présentées dans cette partie.

Le niveau national

Les objectifs généraux du système d'information au niveau national sont le suivi temporel du taux d'IVG en France, la description de l'offre existante et des pratiques médicales, et la connaissance des caractéristiques des femmes ayant recours à l'IVG et de leurs parcours.

Les sources existantes sont de trois types :

- Les bases de données médico-administratives : issues de données de gestion du système de soins recueillies en continu dans les établissements de santé et par l'Assurance maladie, elles sont réutilisées à des fins de connaissance de certaines caractéristiques des interruptions volontaires de grossesse.
- Les recueils spécifiques sur les IVG : bulletin d'interruption de grossesse, enquêtes auprès des femmes et des structures pratiquant des IVG telles que l'enquête réalisée par la DREES en 2007, enquêtes auprès des structures de type *testing*.
- Les données issues d'enquêtes en population générale portant sur différentes dimensions de la santé et non spécifiques aux IVG, comme le baromètre santé de Santé publique France, ou des enquêtes sur la santé sexuelle et reproductive, comme l'enquête Fécondité-Contraception-Dysfonctions sexuelles (FECOND) de l'Institut national des études démographiques (INED) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), enquête multithématique sur la santé sexuelle et reproductive⁴.

Un suivi des IVG est réalisé par la DREES à partir des bases de données médico-administratives et donne lieu à la publication d'un *Études et résultats* chaque année au mois de juin⁵.

Les bases de données médico-administratives

Le système d'information national repose actuellement sur les bases de données médico-administratives : le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) produit par l'Agence technique de l'information sur l'hôpital (ATIH), les données de consommation inter régime (DCIR) de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et jusqu'en 2013, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux permet d'avoir des informations pour chaque séjour hospitalier. Toutes les IVG en établissement de santé y sont recueillies, y compris les IVG médicamenteuses réalisées au cours d'une seule consultation avec prise médicamenteuse au domicile mais comptabilisées comme des

⁴ Bajos N., 2008.

⁵ DREES, 2016.

séjours ambulatoires. De ce fait, il n'est pas possible actuellement de différencier les IVG médicamenteuses avec hospitalisation ambulatoire de celles pour lesquelles la prise médicamenteuse se fait au domicile. Les données sont renseignées par chaque service⁶ puis transmises au département d'information médicale (DIM) de l'établissement. Après une procédure de cryptage du numéro de patient permettant de s'assurer que l'identité de la patiente ne peut être déduite du numéro ainsi créé et la dé-identification de certaines variables⁷, les fichiers de séjour sont transmis à l'ATIH qui produit un fichier annuel, après une nouvelle procédure de cryptage de l'identifiant. Les informations disponibles dans ce fichier sont, pour chaque IVG, le mois de prise en charge, l'âge de la femme, le code géographique de résidence, l'établissement de prise en charge, la date des dernières règles, l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée (SA)⁸, les codes de la classification internationale des maladies (CIM 10) permettant de repérer l'IVG et de les différencier des interruptions médicales de grossesse (IMG) et les codes des actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) permettant de différencier les IVG instrumentales des IVG médicamenteuses. Le numéro de patient crypté permet également de chaîner les informations pour une même patiente et donc de connaître certains éléments de son parcours, par exemple un précédent séjour hospitalier pour accouchement ou IVG.

La base de données nationale est constituée chaque année au cours du 2^{ème} trimestre pour les données de l'année précédente. Le principal intérêt des données PMSI est leur très bonne exhaustivité pour comptabiliser les IVG hospitalières au niveau national et local. Ces données sont utilisées depuis 2009 au niveau national, en complément des données de la SAE (cf. ci-dessous) jusqu'en 2013 et depuis 2014 en tant que source de référence pour le suivi annuel des IVG en établissement de santé. La qualité du codage dépend de manière importante de la formation et de la pratique des personnes responsables de celui-ci et de la collecte des informations dans les services si le codage est centralisé par le médecin responsable de l'information médicale. Les contrôles de qualité réalisés en temps réel par l'ATIH au moment de l'envoi des fichiers peuvent permettre de repérer un certain nombre d'erreurs, y compris en ce qui concerne les IVG. Cependant, pour les IVG, ces erreurs n'étant pas bloquantes, celles-ci ne sont pas forcément corrigées compte tenu du faible impact tarifaire des séjours d'IVG. Mais le nombre total de séjours d'IVG apparaît désormais correct, au regard des comparaisons avec la SAE de 2010 à 2013, et les rares cas de non prise en compte de certains séjours seraient dus à un mauvais codage n'indiquant pas le code spécifique permettant de différencier les IVG des IMG (alors que les IMG bénéficient d'un tarif plus élevé). Au sein des séjours d'IVG, les erreurs peuvent porter sur les codes diagnostic permettant de différencier les premières interventions des deuxièmes interventions suite à un échec. Le problème le plus fréquent est l'absence de code d'acte, plus probablement dans le cadre d'IVG médicamenteuses, ne permettant pas de différencier les IVG médicamenteuses des IVG instrumentales mais concernant moins de

6 Soit par codage direct dans le service lorsque le codage est décentralisé soit par l'envoi au DIM d'un résumé d'hospitalisation lorsque le codage est centralisé.

7 Transformation des dates de naissance, dates de séjour et code commune en âge, mois de sortie et code géographique.

8 Le terme utilisé dans le PMSI est celui de la date des dernières règles, mais les consignes de remplissage précisent que le recueil de cette information doit se faire préférentiellement à partir de l'échographie du 1er trimestre, qui fournit une information plus fiable.

2 % des IVG. Un signalement a été ajouté en 2016 dans le PMSI permettant aux établissements de repérer ces séjours (erreur non bloquante dans la fonction groupage⁹).

Les données de consommation inter régimes (DCIR) permettent d'avoir des informations pour les IVG hors établissement de santé. Ce sont les données individuelles de remboursement par l'assurance-maladie intégrées au système national d'information inter-régimes de l'assurance-maladie (SNIIRAM), base de données gérée par la CNAMTS. Lorsqu'un médecin réalise une IVG, un forfait lui est remboursé par l'assurance-maladie, rendant les IVG identifiables dans le DCIR. Actuellement¹⁰, seules les IVG médicamenteuses sont réalisées hors établissements de santé. Une procédure de double cryptage du numéro de patient est également appliquée. Les données disponibles à partir de cette source sont l'âge de la femme et sa commune de résidence. Pour les femmes mineures qui le demandent les informations sont rendues anonymes par le médecin qui pratique l'IVG avant l'envoi à la caisse d'assurance-maladie par l'utilisation d'un faux Numéro d'inscription au répertoire (NIR)¹¹, ne permettant ni de chaîner les informations pour une même femme ni de disposer de l'âge de la personne et du département de domicile (l'année de naissance indiquée dans ce « faux NIR » étant 1955). La part de données manquantes pour l'âge reste cependant faible (3 % en 2015).

Plusieurs membres de la Commission, en particulier exerçant dans des centres de santé ou en centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), mettent en avant la non exhaustivité des données issues des bases de remboursements des forfaits des caisses primaires de l'assurance-maladie (CPAM), pour les femmes sans couverture sociale ou ne voulant pas utiliser leur numéro d'assurée sociale pour des raisons de confidentialité. Cette prise en charge n'ayant pas été prévue dans les textes, les pratiques peuvent être très différentes : utilisation de « faux NIR », prise en charge globale par la structure qui ne demande alors pas de remboursement à l'Assurance maladie.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête à caractère obligatoire auprès de l'ensemble des établissements de santé. Des informations agrégées sont ainsi recueillies sur le nombre total d'IVG, le nombre d'IVG médicamenteuses et le nombre d'IVG réalisées entre 12 et 14 SA. Depuis 2013, un certain nombre de données de la SAE sont renseignées directement à partir des bases du PMSI, depuis 2014 pour les IVG. Les données issues de la SAE constituent la série la plus longue, depuis 1990 pour les IVG hospitalières. Ces données ont été utilisées jusqu'en 2013 pour le suivi annuel des IVG. Les données sont exhaustives mais leur qualité dépend dorénavant de la qualité du remplissage du PMSI. En 2014, le nombre d'IVG médicamenteuses est inférieur à celui des années précédentes, recueilli par déclaration, confortant l'hypothèse de non exhaustivité du codage de l'acte en cas d'IVG médicamenteuse.

9 En cas d'erreur bloquante, aucun tarif n'est appliqué au séjour entraînant une perte financière pour l'établissement.

10 La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 autorise les IVG instrumentales dans les centres de santé sous réserve des respects des règles prévues dans le cahier des charges de la HAS.

11 Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental et Circulaire d'application CNAMTS 49-2003.

Les données spécifiques

Les bulletins d'interruption de grossesse (BIG), mis en place par la loi Veil en 1975, sont renseignés par le médecin réalisant l'acte pour chaque interruption de grossesse. Outre les informations concernant l'âge de la patiente, le département de domicile, l'âge gestationnel, la méthode et le lieu de réalisation en clair, ces bulletins contiennent des informations particulières comme le statut d'emploi, le statut marital, le pays de naissance et le nombre éventuel d'IVG et de naissances antérieures. Leur limite est la lourdeur d'un dispositif spécifique entraînant un manque d'exhaustivité important (en 2014, 40 % des IVG n'ont pas donné lieu à la transmission d'un bulletin au niveau national). Les bulletins sont analysés par l'INED, qui redresse les données au niveau national, mais leur manque d'exhaustivité ne permet pas une analyse infra nationale. Les études réalisées par l'INED à partir de cette source permettent de caractériser le profil socio-démographique des femmes concernées, mais aussi les IVG itérées. L'exhaustivité est variable selon les régions et le lieu de réalisation de l'IVG : les bulletins sont en effet moins bien remplis par les médecins de ville et certains établissements de santé. Une baisse du remplissage des BIG est observée : le rapport entre le nombre d'IVG d'après les BIG et d'après les bases médico-administratives varie de 86 % (en 2008) à 60 % (en 2014). Pour les IVG réalisées en cabinets de ville ou en centres de santé et CPEF, les bulletins en comptent deux fois moins que les forfaits remboursés par la CNAMTS en 2012. La charge liée au remplissage des bulletins, alors même qu'il existe d'autres sources d'information qui n'existaient pas au moment de leur mise en place, peut expliquer ce désengagement. De ce fait, il est difficile d'espérer une amélioration du système, même si certaines régions avaient réussi à obtenir une bonne exhaustivité des bulletins comme l'Aquitaine et le Nord-Pas-de-Calais. La DREES a par conséquent cessé en 2016 d'assurer la centralisation de ces bulletins transmis aux Agences régionales de santé (ARS).

Une enquête sur les recours à l'IVG a été réalisée en 2007 par la DREES¹² auprès des établissements de santé, des femmes ayant réalisé une IVG et de leur praticien. Cette enquête répondait à une demande conjointe de plusieurs directions du ministère chargé de la santé (Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS)¹³ et Direction de la sécurité sociale (DSS)), de disposer d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes et sur leur parcours de soins : antécédents de grossesse et d'IVG, utilisation d'une contraception, conditions d'accès et filières de prise en charge, caractéristiques de l'intervention, des structures et des praticiens impliqués, prescription de contraception après l'IVG, comparaison des pratiques en ville et à l'hôpital. Elle a permis d'intégrer une autre enquête prévue pour mesurer le développement des IVG pratiquées hors établissements hospitaliers, autorisées par les décrets de 2005, élaborée par l'INED et l'INSERM. Elle a concerné un échantillon de 206 établissements, ainsi que tous les praticiens conventionnés avec ces établissements¹⁴. Un sur-échantillonnage auprès des femmes mineures et des praticiens libéraux a permis de disposer de données exploitables spécifiquement pour les femmes jeunes et les IVG médicamenteuses en ville ; 1200 praticiens et plus de 11 000 femmes ont été enquêtés.

¹² DREES, 2011.

¹³ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au moment de la mise en œuvre de l'enquête.

¹⁴ Vilain A., 2009.

Cette enquête a permis de disposer de données régionales dans quelques régions qui avaient choisi d'augmenter la taille de leur échantillon (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Réunion, Guadeloupe, Nord-Pas-de-Calais et Rhône). Ce type d'enquête qui croise les regards sur les perceptions et les pratiques et permet le recoupement d'informations nécessite des moyens logistiques et financiers très importants pour sa réalisation.

Une enquête sur les délais d'attente a été réalisée par la DGOS en 2014 selon une méthode d'enquête par *testing*. Cette enquête téléphonique avait pour objectif d'évaluer les délais et les difficultés d'accès à l'IVG dans tous les établissements de santé, les informations délivrées aux femmes au moment de la prise de rendez-vous et l'accueil qui leur était fait. Elle a concerné les 574 établissements hospitaliers ayant une activité d'IVG, ainsi que les 28 permanences téléphoniques régionales ; chacun a été contacté 4 fois par téléphone par une enquêtrice se faisant passer pour une femme désireuse d'obtenir une IVG, répondant à 4 profils différents : une femme « témoin » pour tester l'accès de façon générale, une femme mineure, une femme en situation irrégulière et une femme avec un terme avancé. L'étude ne concernait que l'offre hospitalière. Il est prévu de renouveler l'enquête avec une méthodologie permettant de mieux cerner les délais de recours.

Les enquêtes non spécifiques

Le baromètre santé¹⁵ de Santé publique France et les enquêtes INED-INSERM sur la fécondité et la contraception (COCON¹⁶, FECOND, GYNE¹⁷) recueillent entre autres des informations sur les IVG. Il s'agit d'enquêtes déclaratives auprès des femmes, concernant tout leur parcours en matière de maternité, de contraception et d'IVG. Le baromètre santé permet de connaître le nombre d'IVG déclaré pour chaque femme interrogée. Les tailles d'échantillon ne permettent pas, sauf exception, de disposer de données à un niveau infranational et un certain nombre d'IVG sont « oubliées » lors de ce type d'enquête rétrospective sur le déroulé tout au long de la vie. L'Île-de-France a exploité certaines données pour sa région. L'enquête FECOND interroge les femmes sur chacune de leur IVG en précisant le type d'IVG, leur âge, leur situation financière et relationnelle et les facteurs de la prise de décision en particulier avec le partenaire de la grossesse. Cependant, dans ces enquêtes, la sous déclaration des IVG apparaît importante¹⁸.

Le niveau régional

Une présentation de la situation en Île-de-France a été faite en séance plénière et des documents ont été transmis à la Commission sur la situation en Aquitaine (*cf.* bibliographie).

En Île-de-France, le projet régional FRIDA (Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement) a été mis en place par l'ARS en 2014 pour améliorer l'information ainsi que l'accès et la qualité de la prise en charge de l'IVG. Ce projet prévoit un état des lieux détaillé pour l'Île-de-France, suivi d'un programme pluriannuel d'actions et d'un cahier des

15 Naves M.-C., 2011.

16 Bajos N., 2004.

17 Bajos N., 2006.

18 Moreau C., 2004.

charges régional de l'organisation de l'activité IVG en établissement de santé. Un tableau de bord départemental et par établissement est réalisé par une équipe dédiée à partir des données du PMSI. Également dans le cadre du projet FRIDA, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France a réalisé en 2012 un état des lieux régional avec une analyse des flux selon le lieu de résidence et le lieu de réalisation de l'IVG à partir des données du PMSI et des données agrégées du DCIR.

L'ARS d'Aquitaine a également mené des travaux sur les IVG, en particulier sur les caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à une IVG, selon leur vulnérabilité socio-économique mesurée à partir du score EPICES (Évaluation de la précarité dans les centres d'examen de santé). Cette étude a été réalisée en demandant aux femmes de remplir un questionnaire anonyme au moment d'une IVG. Une étude de même type a été réalisée sur les IVG répétées.

Les données des associations

Le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) recense, à partir de ses permanences régionales, les femmes au-delà du terme légal ayant recours à une IVG à l'étranger, et qui ont pris contact avec lui. Il a effectué en 2014 et 2015 une enquête à partir des témoignages de femmes ou de professionnels en charge des IVG, sur un site dédié « ivg-planning-familial.org ». Cette enquête a pour objectif de décrire les parcours des femmes pour une IVG ou une IMG et les problèmes d'accès. Entre avril 2014 et juin 2015, 1 619 questionnaires ont été complétés, dont 85 relatifs à une IMG : 771 par des femmes, 392 par des accompagnants non professionnels et 456 par des accompagnants professionnels qui l'ont utilisé pour signaler des dysfonctionnements. Par ailleurs, en 2015, la fédération du MFPF d'Île-de-France a réalisé une enquête par *testing* sur cette région centrée sur les difficultés d'accès pour les femmes avec difficultés financières, sans papiers, et aussi pour les femmes en terme court au regard de la loi, c'est-à-dire entre 12 et 14 SA. Les données permettent également d'appréhender la méconnaissance des femmes concernant les contacts à prendre en vue d'une IVG le plus rapidement possible.

D'autres associations comme « Médecins du monde » disposent aussi d'informations sur les recours à l'IVG des femmes en situation de grande précarité. Les femmes consultant l'un des centres d'accueil de soins et d'orientation de « Médecins du monde » (la file active est d'environ 10 000 femmes par an) ont fait l'objet d'une enquête en 2013, présentée lors d'une séance plénière de la Commission.

Évolution du système d'information au niveau national

Compte tenu des problèmes d'exhaustivité des BIG, de la tendance générale à la montée en charge des bases de données médico-administratives dans le système d'information en santé, et notamment sur les IVG, et de la nécessité de réduire la charge des professionnels de santé dans le cadre des mesures de simplification administrative, la suppression des bulletins spécifiques au profit du PMSI et du DCIR a été envisagée en 2013. Afin de conserver une information sur les IVG itératives, l'INED a demandé l'introduction de trois

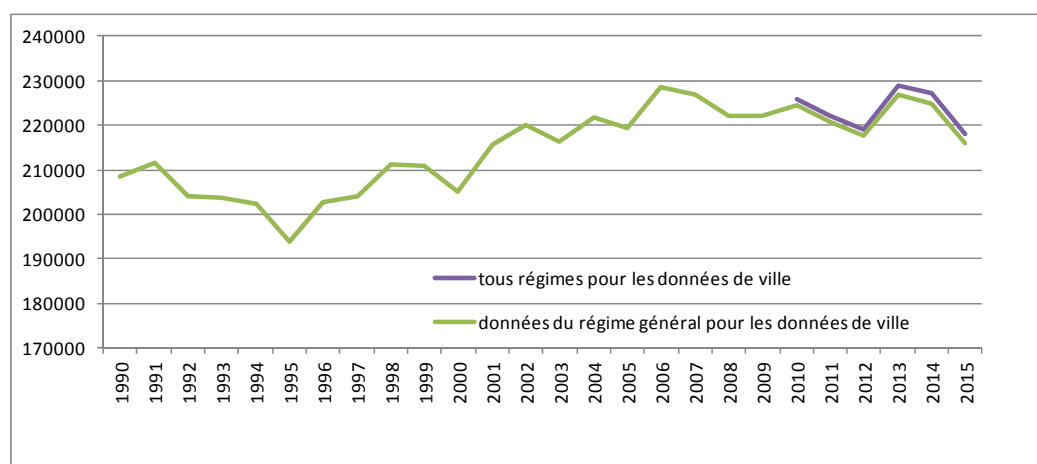
nouvelles variables dans le PMSI, qu'il a classées par ordre de priorité décroissante : le nombre d'IVG antérieures, l'année de la dernière IVG et le nombre de naissances antérieures. En réponse à cette demande, ces variables ont été introduites dans le PMSI en mars 2015. L'INED avait également demandé l'inclusion de variables socio-démographiques (statut d'activité, situation conjugale, lieu de naissance) mais elles ne pouvaient être renseignées dans le PMSI.

Les connaissances et le suivi actuel : caractéristiques, tendance et difficultés d'accès

Données récentes et tendances sur les IVG

Selon les dernières données du PMSI issues de la SAE¹⁹ et du DCIR, 218 100 IVG ont été réalisées en France en 2015 dont 203 500 en Métropole, soit un taux de recours de 14,9 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (figure 1). Ces données sont publiées par la DREES chaque année au mois de juin. Elles recensent le nombre des IVG en milieu hospitalier²⁰ d'une part, et celui des IVG réalisées en cabinet de ville, en centres de santé, en CPEF²¹ d'autre part²².

➤ **Figure 1 - Évolution du nombre des IVG depuis 1990**



Champ : France Entière (hors Mayotte jusqu'en 2013).

Sources : SAE (DREES), PMSI (ATIH), DCIR (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés pour le régime général et tous régimes depuis 2010, selon la date de liquidation jusqu'en 2009, et selon la date de l'acte à partir de 2010) (CNAMTS).

La DREES privilégie les sources médico-administratives aux BIG, non exhaustifs. En effet, en 2014, seulement 133 900 bulletins ont été saisis, le sous-remplissage étant plus important hors des centres hospitaliers publics. Or, en 2015, 18 % des IVG sont réalisées hors établissements hospitaliers : 16,3 % en cabinets de ville et 1,5 % en centres de santé ou en

19 Comptage de l'ensemble des IVG réalisées en France dans un établissement de santé, quel que soit le domicile, y compris les femmes ne résidant pas en France.

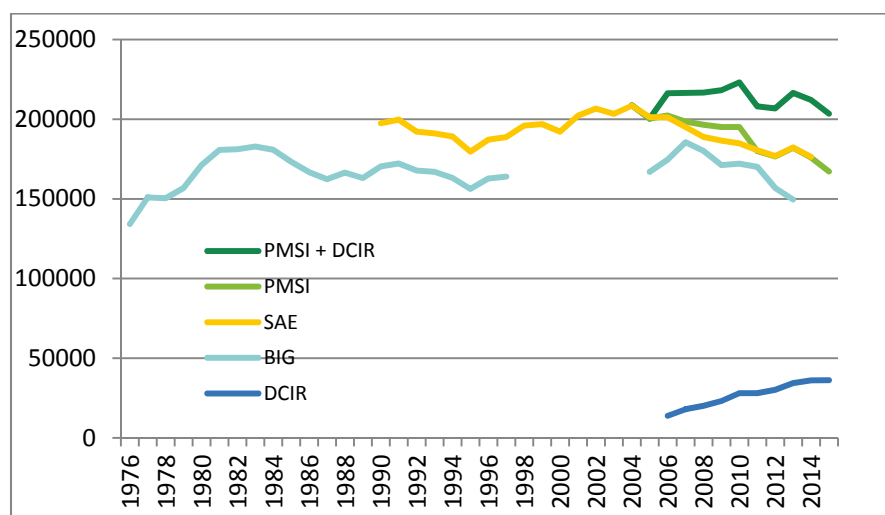
20 En s'appuyant sur les chiffres de la SAE et du PMSI.

21 En s'appuyant sur le nombre de remboursements de forfaits de l'assurance maladie.

22 DREES, 2016.

CPEF²³ et cette proportion est en constante augmentation. Les écarts de recensement entre les différentes sources sont présentés dans la figure 2 ci-dessous.

➤ **Figure 2 - Nombre d'IVG en métropole selon les différentes sources**

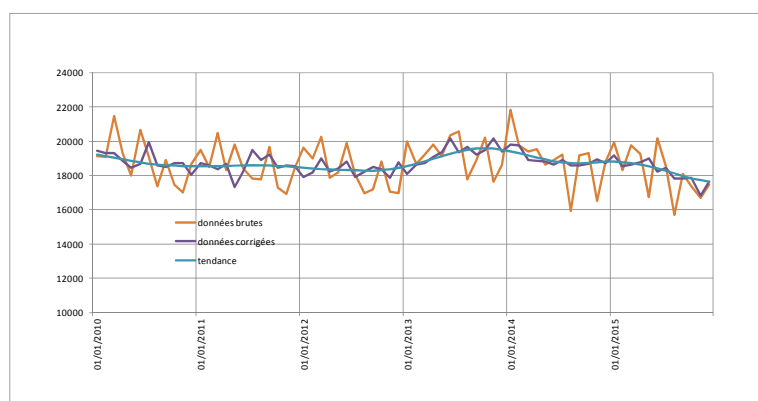


Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE (DREES), PMSI (ATIH), DCIR (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés pour le régime général et tous régimes depuis 2010, selon la date de liquidation jusqu'en 2009, et selon la date de l'acte à partir de 2010) (CNAMTS).

Le nombre d'IVG en France est relativement stable depuis une dizaine d'années, avec des fluctuations à la hausse ou à la baisse sur des périodes de quelques années. Les données du PMSI et du DCIR ont permis d'estimer la tendance mois après mois depuis 2010 : on observe une hausse des IVG au cours de l'année 2013, suivie d'une baisse en 2014 et 2015. On observe également chaque année en août un nombre d'IVG moindre que les autres mois.

➤ **Figure 3 - évolution mensuelle des IVG de janvier 2010 à décembre 2015**



Champ : France entière.

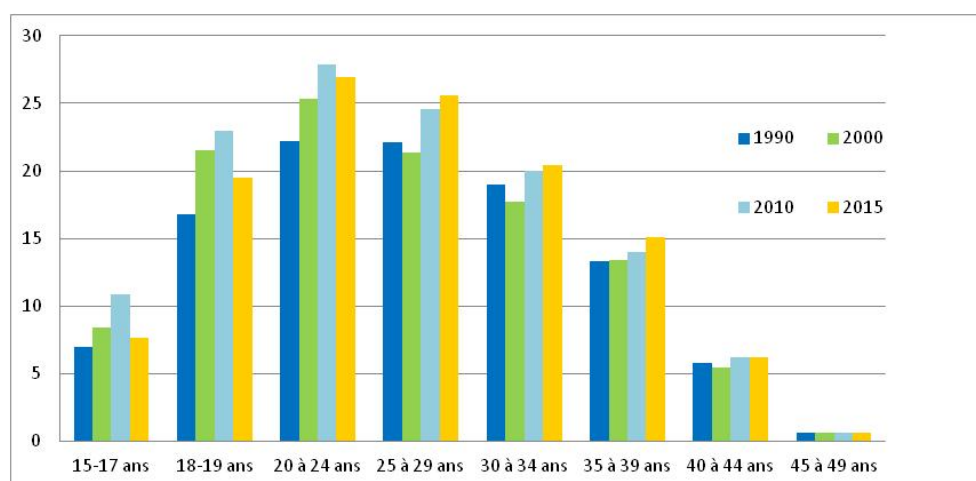
Source : SAE (DREES), PMSI (ATIH), DCIR (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés pour tous régimes selon la date de l'acte) (CNAMTS).

Les données corrigées prennent en compte les variations saisonnières et le nombre de jours ouvrables dans le mois.

23 Vilain, 2016.

Les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées par le recours à l'IVG, avec un taux de 27 IVG pour 1000. Les taux décroissent chez les moins de 20 ans depuis 2006 environ, avec 7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans et augmentent pour toutes les classes d'âge chez les plus de 25 ans (figure 4). Les bulletins, comme les autres sources fournissant des taux de recours par âge, permettent de calculer un indice conjoncturel d'avortement (ICA), égal à 0,54 IVG par femme en 2013. Il correspond au nombre moyen d'IVG qu'aurait une femme si les taux d'IVG observés en 2013 à chaque âge demeuraient inchangés, permettant ainsi de neutraliser l'effet de la déformation de la structure d'âge.

➤ **Figure 4 – Taux de recours à l'IVG par groupe d'âge - Évolution sur la période 1990-2015**

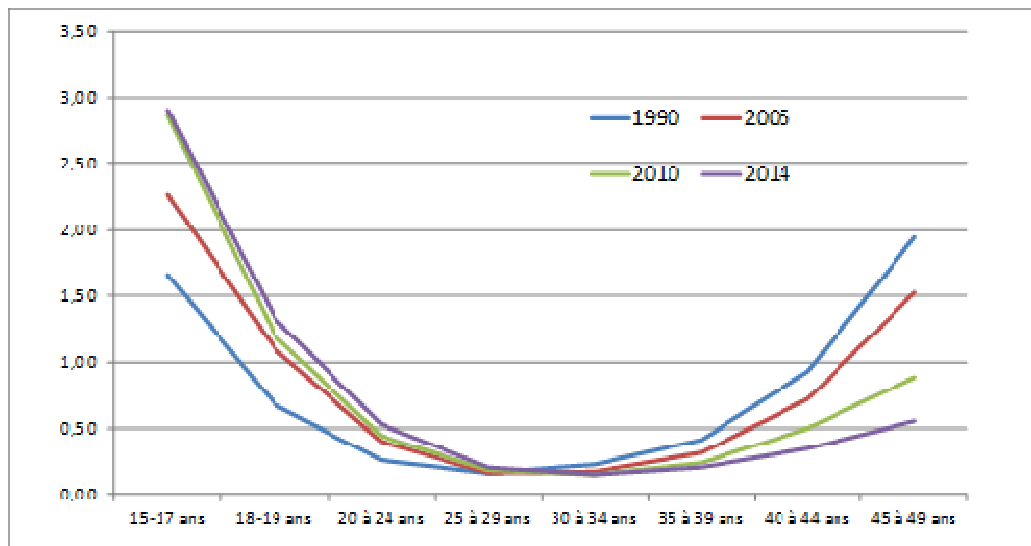


Champ : France entière.

Sources : SAE (DREES), PMSI (ATIH), ERASME puis DCIR (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés pour le régime général et tous régimes depuis 2010, selon la date de liquidation jusqu'en 2009, et selon la date de l'acte à partir de 2010) (CNAMTS), INSEE (estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2015).

Le rapport entre les IVG et les naissances vivantes, par groupe d'âge, a augmenté avant 25 ans de 1990 à 2015, alors qu'il a diminué à partir de 35 ans (figure 5).

➤ **Figure 5 - rapport IVG/naissances vivantes**



Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE (DREES), PMSI (ATIH), ERASME puis DCIR (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés pour le régime général et tous régimes depuis 2010, selon la date de liquidation jusqu'en 2009, et selon la date de l'acte à partir de 2010) (CNAMTS), INSEE (état civil).

Le profil socio-démographique des femmes ayant recours à l'IVG

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, l'exploitation des bulletins IVG met en évidence une proportion assez équivalente de femmes vivant seules (52 %) ou en couple (48 %) contrairement à la situation passée où l'IVG était davantage le fait de femmes en couple (56 %) (Tableau 1). La part totale de femmes résidant en couple a baissé de 1990 à 2010, passant de 81 à 72 % chez les femmes de 40-44 ans et de 39 à 30 % chez celles de 20 à 24 ans.

La part des femmes de nationalité étrangère, parmi celles ayant eu une IVG, est constante depuis 1990 et la répartition selon l'activité professionnelle a peu évolué, si ce n'est une baisse de la part des femmes au foyer et une augmentation de celle des étudiantes, conforme à l'évolution de la population totale.

➤ **Tableau 1 - Caractéristiques des femmes au moment de l'IVG (pour 100 IVG)**

Caractéristiques	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Situation conjugale						
<i>Vit seule</i>	44,1	51,1	54,6	-	-	51,7
<i>Vit en couple</i>	55,9	48,9	45,4	-	-	48,3
Lieu de naissance						
<i>France</i>	82,6	-	-	83,7	84,2	83,7
<i>Etranger</i>	17,4	-	-	16,3	15,8	16,3
Activité professionnelle						
<i>En emploi</i>	51,2	45,3	49,5	47,7	51,9	51,6
<i>Au chômage</i>	10,5	12,9	10,2	11,4	9,2	10,8
<i>Au foyer</i>	19	16,6	15,3	14,5	13,3	12,1
<i>Etudiante, élève</i>	14,6	19,8	18,6	19,9	18,8	19
<i>Autre</i>	4,7	5,4	6,5	6,5	6,7	6,5

Champ : France métropolitaine.

Source : INED (bulletins IVG).

Les caractéristiques de l'IVG

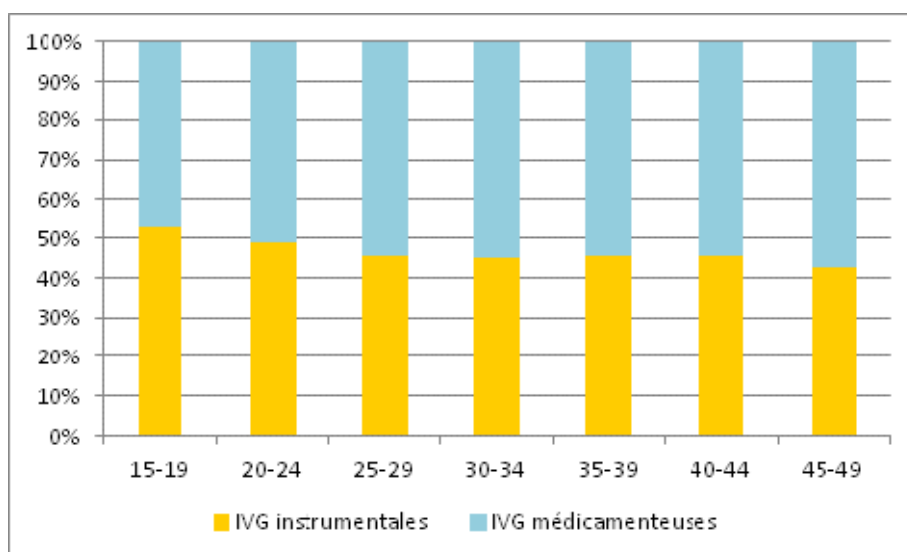
Pratiquées également hors établissements de santé depuis 2005, les IVG médicamenteuses en cabinet de ville, en centre de santé et CPEF représentent 39 686 IVG en 2015, soit 18 % du total des IVG. En établissement hospitalier, près de la moitié des IVG sont réalisées par la méthode médicamenteuse. En 2001 seules 30 % des IVG étaient médicamenteuses à l'hôpital et, depuis 2005, le nombre d'IVG médicamenteuses est stable à l'hôpital mais sa proportion a augmenté car le nombre d'IVG instrumentales a diminué avant de se stabiliser en 2012. La part des types de prise en charge en établissement de santé diffère d'un département et d'un établissement à l'autre : 4 % des établissements n'ont réalisé que des IVG médicamenteuses et 9 % n'ont réalisé que des IVG instrumentales en 2014.

De plus en plus d'IVG hospitalières sont prises en charge dans le secteur public : le secteur public prenait en charge 65 % des IVG au milieu des années 1990, 77 % en 2008, 80 % en 2011 et la part atteint 83 % en 2015.

Les données du PMSI et du DCIR permettent d'analyser les IVG selon l'âge des femmes et la méthode (figure 6) : la proportion d'IVG instrumentales est plus importante chez les femmes les plus jeunes, en particulier chez les moins de vingt ans, par rapport aux autres classes d'âge.

Les IVG réalisées en centres de santé, centres de planification et d'éducation familiale, concernent beaucoup de mineures ou de jeunes majeures. Cependant 3 % des IVG réalisées hors du système hospitalier sont déclarées par des forfaits anonymes pour lesquelles l'âge de la femme n'est pas connu (en 2015).

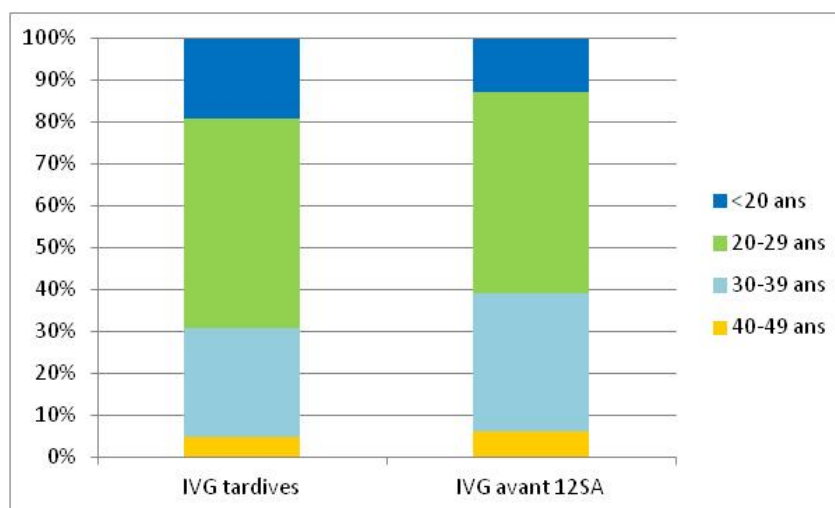
➤ **Figure 6 - : répartition des IVG selon l'âge et la méthode**



Sources : PMSI (ATIH, exploitation DREES), CNAMTS (DCIR).
Champ : France entière.

Les IVG entre 12 et 14 SA sont, en proportion, plus souvent réalisées chez les femmes de moins de 30 ans (figure 7).

➤ **Figure 7 - Répartition des IVG hospitalières selon l'âge des femmes et selon l'âge gestationnel**



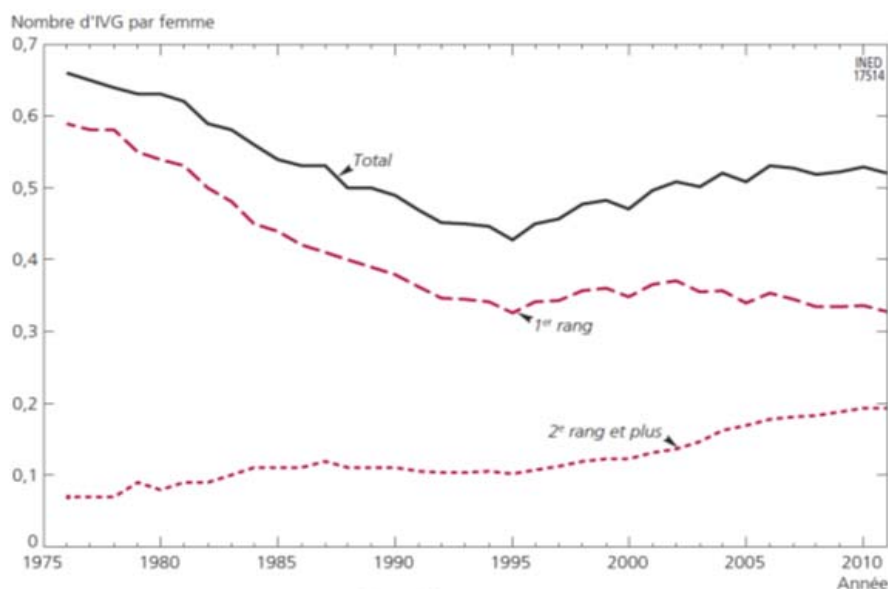
Source : PMSI (ATIH, exploitation DREES).
Champ : France entière.

L'enquête de la DREES de 2007 a souligné la diversité des profils des femmes ayant recours à l'IVG selon la méthode : si les IVG instrumentales tardives étaient davantage le fait de femmes jeunes et étudiantes, les femmes actives ayant eu plusieurs grossesses, souvent étrangères et bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU) étaient elles aussi concernées. Réalisée alors que les IVG médicamenteuses en ville étaient encore peu

répandues (une centaine en 2006 et 19 000 en 2007), elle a montré que les IVG médicamenteuses se concentraient surtout chez des femmes en couple avec enfants mais sans IVG précédente ainsi que chez des femmes jeunes et diplômées. Cette même enquête explorait l'utilisation d'une méthode contraceptive avant le début de grossesse²⁴. Les données sont cependant un peu anciennes et la situation, qui peut avoir évolué, a montré que, pour près de 2 IVG sur 3, les femmes déclaraient utiliser un moyen contraceptif dans le mois précédent le début de la grossesse dont 18 % des méthodes barrière ou naturelles, 16 % le préservatif et près de 30 une contraception orale. Mais la presque totalité (92 %) des utilisatrices de pilule l'avaient oubliée au moins une fois ou avaient temporairement arrêté au moment de la grossesse.

Les données des BIG permettent d'analyser les IVG itératives. Les dernières études de l'INED^{25,26} montrent que les IVG concernent de plus en plus souvent les mêmes femmes plusieurs fois au cours de leur vie : parmi les femmes ayant recours à l'IVG, la part des femmes ayant eu précédemment deux IVG ou davantage augmente de 6,8 % en 1990 à 13,6 % en 2011 (figure 8 et 9). La proportion de femmes ayant plus de deux IVG augmente également mais reste faible (4,1 %). Ces IVG itératives peuvent rendre compte de difficultés d'accès à la contraception ou de problèmes dans l'utilisation de certaines méthodes, voire de violences subies^{27,28}. L'IVG peut être également un choix de régulation des naissances pour certaines femmes.

➤ **Figure 8 - Nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG et l'année**



Source : bulletins IVG (INED).

Note de lecture : en 2010 le nombre total d'IVG par femme est de 0,52, et seulement de 0,33 pour les femmes dont c'est la première IVG.

24 Moreau M., 2011.

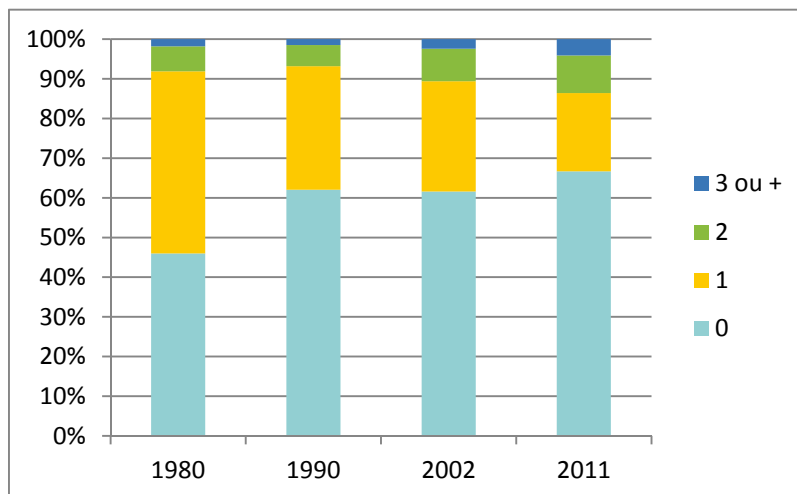
25 Mazuy M., 2015.

26 Mazuy M., 2014.

27 Pelizzari M., 2013.

28 Morgny C., 2006.

➤ **Figure 9 - Évolution de la répartition des femmes ayant eu une IVG selon le nombre de leurs IVG antérieures**



Note : les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

Champ : France entière.

Source : Bulletins IVG (INED).

Le PMSI et le DCIR pourraient permettre le suivi des IVG itérées par chainage des séjours. En effet, l'intérêt pour les IVG répétées concerne beaucoup plus celles qui ont lieu sur une période courte que celles survenant avec un intervalle temporel plus important. Les premières analyses en ce sens réalisées par l'ATIH sur le PMSI font apparaître des données convergentes avec celles obtenues par les BIG. Cependant, une expertise plus approfondie sur le chaînage des séjours d'IVG est nécessaire afin de connaître la profondeur d'un chaînage valide, compte tenu de pratiques particulières d'anonymisation de certains établissements pour les séjours d'IVG. Par ailleurs, le nombre d'IVG antérieures, l'année de la dernière IVG et le nombre de naissances antérieures sont désormais disponibles dans le PMSI (*cf.* ci-dessus).

Les difficultés d'accès à l'IVG

Les difficultés d'accès à l'IVG peuvent être périodiques (exemple du mois d'août ou de la période de Noël) ou locales, du fait d'une offre inégale d'une région à l'autre, qu'il s'agisse de l'offre hospitalière ou de celle de ville. Au niveau régional, la prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure concentrée dans certaines régions, avec 55 % des forfaits de ville métropolitains remboursés en Île-de-France et en Provence – Alpes-Côte d'Azur. Si près d'une IVG sur quatre s'effectue hors du secteur hospitalier dans ces deux régions, cette pratique concerne encore moins de 10 % des IVG réalisées dans les régions Grand-Est, Bretagne, Pays de Loire et Hauts-de-France. En parallèle, l'évolution du paysage hospitalier, du fait d'un nombre non négligeable de restructurations, a pu modifier de manière substantielle le nombre et la localisation des établissements de santé pratiquant des IVG dans certaines régions. Les taux de recours à l'IVG globaux (incluant les IVG à l'hôpital et hors hôpital) varient, en France entière selon les régions, de 11 à 34 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2015.

L'enquête par *testing* menée en 2014 par la DGOS a montré de réelles difficultés d'accès pour certains profils de femmes, avec parfois des refus de prendre en charge des mineures et des femmes sans couverture sociale, une orientation insuffisante des femmes et une mauvaise prise en compte du parcours déjà réalisé, ainsi que des conditions financières de prise en charge non conformes au droit. Mais la majorité des appels aboutissent et le délai proposé pour une première consultation est court, 2 jours en cas de terme avancé et 5 jours dans les autres cas. Cependant, le délai entre le premier contact téléphonique et l'IVG n'a pu être mesuré car il a souvent été impossible d'obtenir une date d'IVG lors de ce contact, mais seulement une date de consultation préalable.

En 2013, le Haut conseil à l'égalité des femmes et des hommes a souligné ces difficultés en relayant le message d'alerte des associations et en préconisant de mener des études plus approfondies sur les délais d'accès²⁹.

Les seules données nationales calculant des délais sont issues de l'enquête nationale menée en 2007. Elle met en évidence une orientation et une prise en charge globale rapides et efficaces pour la majorité des femmes avec 56 % de femmes qui ont accédé à l'IVG en filière directe³⁰ parmi les IVG médicamenteuses et 53 % parmi les IVG instrumentales. Toutefois, des différences sont apparues selon la méthode, notamment dans les délais entre le premier contact et la réalisation de l'IVG plus longs pour les IVG instrumentales (15,2 jours en moyenne) que pour les IVG médicamenteuses (9,3 jours). Un certain nombre de femmes présentaient un délai inférieur au délai minimum de réflexion obligatoire en 2007 (de 7 jours), d'où une incertitude sur la bonne interprétation du « premier contact ».

Des éclairages particuliers

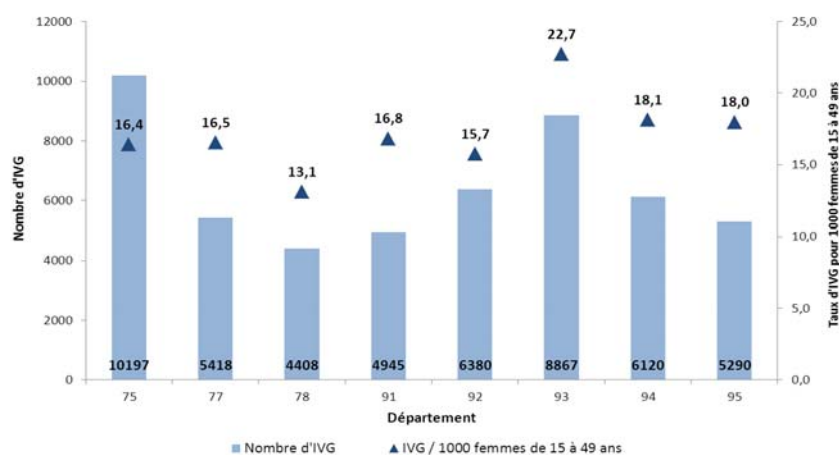
Les parcours en Île-de-France

L'étude réalisée par l'ORS Île-de-France illustre les difficultés rencontrées à l'échelle nationale. Elle met en exergue des disparités territoriales fortes tant dans le taux que dans le type de recours. Les taux de recours à l'IVG varient de 13,1 à 22,7 pour 1 000 femmes en âge de procréer selon les départements (figure 10). Ces écarts peuvent s'expliquer notamment par les différences entre les caractéristiques démographiques et sociales des populations départementales.

²⁹ Hcefh, 2013.

³⁰ On considère que la femme a accédé à l'IVG par une filière « directe » lorsque c'est le premier professionnel rencontré qui a réalisé l'IVG ou qui a orienté la femme directement vers le lieu où sera réalisée l'IVG.

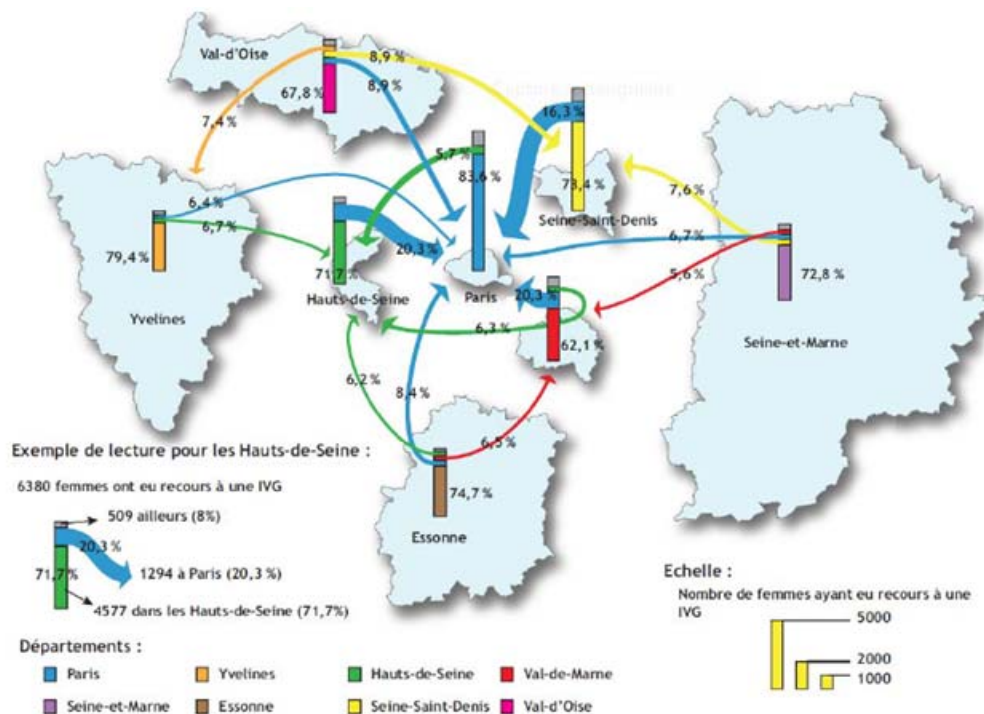
➤ **Figure 10 - Nombre et taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans dans les départements franciliens selon le domicile en 2012**



Source : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursement, assurés du régime général), INSEE (estimations de population 2010), exploitations ORS Île-de-France, 2014.

Quant à l'inégalité de l'offre de soins, elle se reflète dans la carte ci-dessous qui, à partir des données 2012 du PMSI, met en évidence un nombre élevé d'IVG réalisées dans les hôpitaux parisiens. Cette offre se double d'une offre de ville concentrée sur Paris avec plus de 150 praticiens qui ont réalisé des IVG en cabinet de ville en 2012 contre 46 praticiens dans les Hauts-de-Seine et dans le Val-de-Marne et moins de 40 praticiens dans les autres départements franciliens (données CNAMTS, tous régimes). L'éloignement et le fait de recourir dans une grande ville peuvent aussi répondre à un choix des femmes pour préserver leur anonymat.

➤ **Figure 11 - Territoire de réalisation des IVG des femmes franciliennes selon le département de domicile en 2012**

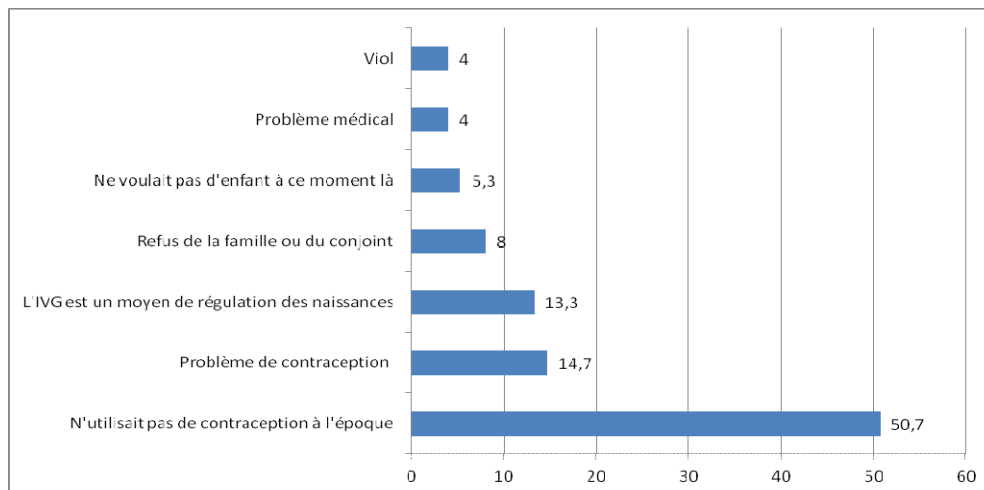


Source : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursement, assurées du régime général), exploitations ORS Île-de-France 2014.

La situation des femmes en grande précarité

Médecins du Monde a réalisé une enquête en février 2013 auprès de 217 femmes âgées de 14 ans et plus fréquentant les Centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO), en les interrogeant sur leur accès à la contraception et leur recours à l'IVG. Les patientes sont des femmes jeunes, autour de 33 ans en moyenne, avec 15 % de mineures. Elles sont principalement étrangères, près de la moitié viennent d'Afrique Subsaharienne. Elles sont en logement précaire ou sans domicile pour environ un tiers d'entre elles. Les ressources moyennes par foyer déclarées sont en moyenne de 250 € par mois. Peu d'entre elles – une sur dix – ont des droits à l'Assurance maladie ouverts. L'âge moyen de la première grossesse est de 21 ans et un quart des femmes sont mineures à leur première grossesse. Elles rencontrent beaucoup de problèmes pour accéder à la contraception et à l'IVG et financer leur IVG. Parmi ces femmes, 37,1 % déclarent avoir déjà effectué au moins une IVG au cours de leur vie et 18,7 % au moins deux IVG, soit une proportion supérieure à celle observée en population générale. Les motifs de recours à l'IVG sont très souvent en lien avec des problèmes de contraception (figure 12).

➤ **Figure 12 - Raison(s) du recours à l'IVG parmi les femmes de 15 à 54 ans fréquentant les Centres d'Accueil de soins et d'orientation en 2013 (%)**



Source : « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité », Médecins du Monde, mars 2013.

Les problèmes rencontrés par ces femmes dans l'accès à l'IVG sont de grosses difficultés pour poser les questions relatives à l'IVG, le manque d'information très important et les barrières culturelles, avec souvent des problèmes d'interprétariat pouvant faire obstacle au parcours. L'avance des frais, lorsqu'elle est demandée, ou le paiement de certains actes qui en 2013 n'étaient pas inclus dans le forfait peuvent également entraîner un non recours.

Le travail de l'ARS d'Aquitaine corrobore les constats réalisés par Médecins du monde sur la vulnérabilité socio-économique. Il ressort, en effet, que la précarité est associée à un parcours de soins difficile, aux IVG répétées, à des conduites et des situations à risques³¹.

31 Lafaysse M., 2010.

Les besoins pour améliorer la connaissance

Afin de mieux évaluer les besoins de connaissance, les discussions au sein de la Commission ont été engagées sur la base des indicateurs existants.

Suivi et tendance

Les indicateurs produits actuellement de façon régulière et continue pour le suivi général de l'évolution des IVG sont les suivants :

- Nombre total annuel (avec déclinaison mensuelle) d'IVG (selon le lieu de réalisation et le domicile, par région) ;
- Taux de recours à l'IVG par femme (selon l'âge, par région) ;
- Âge moyen des femmes pratiquant une IVG / proportion d'IVG par classe d'âge ;
- Proportion d'IVG selon le lieu de réalisation (centre hospitalier, médecin libéral, centre de santé), par région ;
- Proportion d'IVG selon le statut de l'établissement (public ou privé) pour les IVG hospitalières, par région.

Ces données sont recueillies à partir des bases médico-administratives. Les membres de la Commission ont souligné l'intérêt de ce suivi permanent, qui met notamment en évidence une proportion d'IVG réalisées hors établissement de plus en plus importante.

La Commission souligne l'intérêt d'exploiter davantage les bases médico-administratives :

- En analysant les flux entre le département de domicile de la femme, lorsque celui-ci est connu, et le département de réalisation de l'IVG, comme cela a été réalisé par l'ORS Île-de-France. La proportion de femmes ayant recours à une IVG hors de leur département apparaît comme un indicateur utile pour approcher l'adéquation de l'offre à la demande. Cependant, certaines femmes décident, pour des raisons de confidentialité, de ne pas s'adresser à l'offre la plus proche et cette proportion n'est pas connue. L'intérêt d'analyser les flux porte surtout sur leur évolution temporelle fine pouvant permettre de rendre compte de l'évolution de l'offre, en particulier lors de la période estivale et des fêtes de fin d'année, et des difficultés d'accès (cf. point sur les difficultés d'accès). Ces analyses devraient prendre en compte, pour les départements limitrophes, des déplacements hors région.
- L'importance de disposer de données récentes est rappelée par les ARS et les acteurs de terrain. Pour *l'Études et Résultats* publié chaque année par la DREES, la publication de l'ensemble des données avec un an de recul (en N+1) au lieu de deux est devenue possible du fait de la mise à disposition des chiffres du PMSI et de la CNAMTS plus rapide que ceux de la SAE. Ainsi, en 2016, la publication porte sur des données 2015.

En 2013, le rapport du Haut Conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) soulignait que, selon la loi, l'ensemble des établissements autorisés à la gynécologie-

obstétrique et/ou à la chirurgie doivent pratiquer l'IVG³². L'indicateur « part des établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie » peut être calculé à partir des données de la SAE et mis à disposition du public sur le site de diffusion de la SAE de la DREES (qui indique à la fois les autorisations des établissements et leur pratique des IVG selon différents niveaux de déclinaison³³ chaque année).

Les bases de données médico-administratives ne fournissent pas certains éléments pourtant utiles :

- Les données hospitalières actuelles concernent tous les séjours pour IVG, qu'il s'agisse de la prise en charge initiale ou d'une prise en charge à l'hôpital suite à un échec d'IVG médicamenteuse, ce qui peut conduire à des doubles comptes si les consignes de codage des échecs d'avortement ne sont pas suivies. Le chainage des prises en charge dans le DCIR permettrait de mieux identifier les échecs hors établissement.
- Dans les établissements publics, le codage des informations et la tarification ne permettent pas de différencier les IVG médicamenteuses avec surveillance au sein de l'établissement des autres. En établissement privé, cette identification est possible par la tarification.
- Lorsque l'information envoyée à la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) est rendue anonyme pour les mineures qui en font la demande, il n'est pas possible de connaître l'âge de la femme et le département de domicile (3 % des cas en 2015).
- Les données provenant des centres de santé et des CPEF n'incluent pas les IVG sans demande de remboursement de forfait. Il s'agit de femmes majeures ne souhaitant pas utiliser leur NIR, ou sans couverture sociale, qui sont prises en charge « hors forfait ». Leur nombre dépend du type de centre. La sous-estimation induite est globalement évaluée par certains centres de planification hors établissement hospitalier à un tiers des IVG réalisées en leur sein. L'intérêt d'une source d'information spécifique pour ces centres est mis en avant, en particulier pour les centres prenant en charge financièrement les IVG réalisées pour ces femmes sans couverture sociale ou ne souhaitant pas utiliser leur NIR.
- Concernant les flux, le niveau d'analyse pertinent serait plutôt le territoire de santé qui, lorsqu'il ne recouvre pas le département, n'est pas disponible actuellement à partir des données agrégées. Cette analyse pourrait être réalisée à partir des données du DCIR qui comportent la commune de résidence lorsqu'elle est renseignée. À plus long terme, les distances et temps d'accès pourraient être calculés à partir des données géographiques disponibles mais cette information n'est pas directement présente dans le DCIR et nécessite des travaux plus complexes à mettre en œuvre.
- Le type de professionnel de santé réalisant l'IVG n'est pas disponible dans les établissements de santé, alors que l'évolution législative autorise les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses.

³² Hcefh, 2013.

³³ Établissement, entité juridique, statut, département, région.

Les indicateurs complémentaires proposés pour le suivi temporel des IVG, pouvant d'ores et déjà être rapidement calculés à partir des bases de données médico-administratives, pourraient être les suivants :

- Proportion d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie ;
- Proportion de femmes domiciliées dans une région/un département et ayant eu une IVG hors région/département.

Caractéristiques des prises en charge

Les indicateurs produits actuellement pour décrire les caractéristiques médicales des prises en charge des IVG sont les suivants :

- Proportion d'IVG (hors échecs) selon la méthode (instrumentale / médicamenteuse) par région et par établissement (indicateur par établissement et par région de réalisation mis à disposition dans la SAE) ;
- Nombre et proportion d'IVG entre 12 et 14 SA par région et par établissement (indicateur par établissement et par région de réalisation mis à disposition dans la SAE).

Ces données sont recueillies et analysées à partir du PMSI. Les données issues du DCIR ne permettent pas de disposer de la méthode ni de l'âge gestationnel, de façon cohérente avec le fait que seules les IVG médicamenteuses précoces sont actuellement réalisées en ville. La réalisation des IVG instrumentales en centres de santé devra s'accompagner d'un codage des actes permettant de les différencier.

Comme pour les indicateurs généraux de suivi, les indicateurs sur les caractéristiques des prises en charge devraient être déclinés par région, avec un suivi temporel permettant de rendre compte d'une évolution de l'offre, en particulier en cas de rupture de tendance.

L'exploitation des données PMSI comporte certaines limites. Certaines peuvent être corrigées par une amélioration de la qualité du codage dans le PMSI :

- Le codage des actes selon la CCAM, permettant de différencier les IVG instrumentales des IVG médicamenteuses, n'est pas exhaustif. Les IVG pour lesquelles ces actes sont manquants (moins de 2 % des IVG) seraient le plus souvent des IVG médicamenteuses au vu des comparaisons réalisées avec les données de la SAE avant 2014.
- L'âge gestationnel, si celui-ci est établi selon la date des dernières règles indiqué par la femme, ne peut être considéré comme globalement fiable. Mais si le terme utilisé dans le PMSI est bien celui de la date des dernières règles, les consignes de remplissage précisent clairement que le recueil de cette information doit se faire préférentiellement à partir de l'échographie du 1er trimestre. Cependant ceci n'est pas toujours connu des professionnels qui renseignent le PMSI au moment de l'IVG ou par les techniciennes d'information médicale si cette information ne figure pas dans le dossier.

- La différenciation entre IVG et IMG est possible dans les bases médico-administratives si les règles de codage sont correctement appliquées.
- Les anesthésies locales ne possèdent pas de codage spécifique dans les bases médico-administratives car l'acte n'est pas réalisé par un anesthésiste. Pour les IVG avec anesthésie générale, le code d'anesthésie peut être utilisé mais sous réserve d'un remplissage de bonne qualité par les médecins anesthésistes. La mise en place et le suivi temporel d'un indicateur concernant la proportion d'IVG avec anesthésie générale serait utile en comptabilisant de préférence les anesthésies locales avec les IVG sans anesthésie.

D'autres supposeraient de revoir la collecte des données :

- Toutes les étapes de la prise en charge des IVG ne peuvent pas être identifiées, en particulier les consultations réalisées par les conseillères conjugales qui ne sont repérées dans aucun système d'information. Une évolution du relevé d'activité des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et des centres de planification pourrait permettre de recueillir le nombre d'entretiens.
- le type de professionnel de santé réalisant l'IVG n'est pas disponible dans les établissements de santé, alors qu'une évolution législative autorise les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses.

Les indicateurs complémentaires proposés pour mieux appréhender la prise en charge des IVG pourraient être les suivants :

- Proportion d'IVG selon l'âge gestationnel, y compris les IVG hors établissement, en classes d'âge ;
- Proportion d'IVG instrumentales avec anesthésie générale par région ;
- Déclinaison des deux indicateurs déjà produits actuellement par région de domicile.

Parcours et difficultés d'accès

Les parcours et difficultés d'accès peuvent être décrits selon plusieurs approches :

- La description des différentes étapes et la comparaison de leur déroulement selon des caractéristiques d'âge, sociales, médicales ;
- Les délais de réalisation des différentes étapes et les IVG tardives entre 12 et 14 SA ;
- Le non recours dans les délais autorisés entraînant soit un renoncement soit un recours dans un pays autorisant l'IVG au-delà de 14 SA ;
- Les recours répétés à l'IVG ;
- La déclinaison locale des éléments qui précèdent afin de mettre en évidence certaines spécificités ou difficultés régionales.

Le HCEfh indiquait en 2013 qu'il serait important de compléter le dispositif d'information pour disposer de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'évaluation de la prise

en charge de l'IVG, dans les statistiques suivies par les acteurs de l'IVG et dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), en particulier ceux concernant les parcours :

- Délai entre le premier contact (plateforme téléphonique, professionnels, etc.) et le premier rendez-vous avec un professionnel délivrant l'attestation de grossesse ;
- Délai entre le premier rendez-vous avec un professionnel délivrant l'attestation et la réalisation de l'IVG ;
- Distance entre le lieu où l'intervention est pratiquée et le domicile de la femme ;
- Événements indésirables liés à l'accès à l'IVG ;
- Nombre d'IVG non prises en charge.

L'importance de disposer de ces données a été réaffirmée par la Commission. Elle a également souligné l'intérêt de connaître le nombre de consultations réalisées pour chaque IVG, avec par exemple des consultations répétées dans les cas de prise en charge hospitalière avec consultation de ville préalable mais il peut aussi s'agir de pratiques imposées par des établissements (échographie avec activité cardiaque par exemple). Il est rappelé que la méconnaissance par les femmes des parcours explique une partie importante des délais. L'analyse du parcours doit englober ce qui se passe après, notamment en matière de contraception. Notons qu'aucune information n'est disponible sur les femmes se procurant des médicaments par internet pour une IVG médicamenteuse.

Les indicateurs actuellement disponibles sont :

- La proportion d'établissements n'ayant pas donné de rendez-vous selon le profil de femme et le délai pour la proportion d'établissements ayant fixé un rendez-vous selon le profil de femme ; données issues de l'enquête par *testing* ;
- Le calcul de certains délais à partir des parcours déclarés par les femmes, données issues de l'enquête IVG de 2007 ;
- Le nombre d'IVG et de naissances antérieures et la date de la dernière IVG.

Par ailleurs, la proportion de femmes domiciliées dans un département ayant eu une IVG hors département, actuellement non analysée au niveau national, permet également d'approcher les difficultés d'accès, de même que la proportion d'IVG tardives (*cf. ci-dessus*).

L'enquête IVG réalisée en 2007 a montré les difficultés de déclaration rétrospective du parcours au moment de l'IVG (délais pouvant être erronés, en particulier les délais de recours aux premiers professionnels de santé). Le HCEfh souligne également dans son rapport que la mesure du délai entre le premier contact téléphonique et le premier rendez-vous, bien que cruciale, est difficile car les données précises sont complexes à collecter. De plus, la mesure des délais ne rend pas toujours compte de difficultés d'accès car la femme peut prendre du temps vis-à-vis de sa décision d'interrompre la grossesse.

L'enquête par *testing* met en évidence les difficultés d'accès selon le profil de la femme au moment de la demande de réalisation de l'IVG mais ne permet pas de décrire les différentes étapes. Elle précise les délais d'attente à partir de cette demande téléphonique pour un premier rendez-vous en établissement.

La question du repérage des IVG répétées a fait l'objet d'importants débats au sein de la Commission. Cette information est disponible sous forme déclarative dans les BIG. Dans la perspective de leur suppression, trois variables spécifiques ont été ajoutées dans le résumé de séjour du PMSI en 2015 (cf. partie précédente). Les IVG itératives peuvent correspondre à la diversité des parcours de vie, à l'allongement de la période de jeunesse sexuelle et aux normes contraignantes de la fécondité (planification très forte des naissances et stigmatisation des grossesses des plus jeunes et des plus âgées). Ces IVG répétées peuvent être le signe de difficultés d'accès ou de choix de contraception, d'une situation précaire ou encore de violences conjugales. Certains membres de la Commission estiment qu'il est intéressant d'observer les IVG en lien avec une naissance récente particulièrement proche, signe également d'une contraception post-accouchement insuffisante ou inadaptée. Ils soulignent que les IVG espacées d'un nombre d'années élevé n'ont pas la même importance, en termes de santé publique, que les IVG rapprochées dans le temps.

Mais au-delà du suivi statistique agrégé, la priorité doit être portée sur le repérage des femmes qui connaissent ces difficultés afin de pouvoir les aider, ce qui relève du questionnement au moment de la consultation.

Un autre aspect du débat concerne la pertinence du suivi de cette information en continu (l'INED considérant qu'il est important afin de détecter d'éventuels changements de tendance au niveau agrégé) et son intégration dans le résumé de séjour du PMSI, qui comporte, selon l'organisation du système d'information de l'établissement, le risque d'être une information inscrite dans le dossier médical. Si cette information était considérée comme suffisamment pertinente pour justifier la charge de collecte associée pour les professionnels, le recueil sous forme de fichier complémentaire d'enquête au PMSI est apparu au cours des débats comme une solution pour résoudre cette difficulté. À la suite des discussions de la Commission et dans la logique de limiter les données recueillies dans le résumé de sortie aux variables utilisées dans le cadre de la facturation, l'ATIH a retenu la proposition d'intégrer, à partir du recueil 2017, ces nouvelles variables dans des fichiers complémentaires reliés au résumé par un identifiant séjour commun³⁴.

Perspectives :

- L'enquête par *testing* réalisée par la DGOS a permis de montrer les difficultés d'accès pour une IVG hospitalière selon la situation socio-démographique des femmes et le terme de la grossesse. C'est notamment en réponse à ces difficultés que le programme national d'amélioration de l'accès à l'IVG a été lancé en janvier 2015. La Commission souhaiterait que ce type d'enquête soit renouvelé et que les résultats soient rendus publics. Le renouvellement de ce type d'enquête permettrait un suivi de ces

³⁴ Fichiers existants dans le PMSI, non utilisés dans le cadre de la facturation.

indicateurs. Il est proposé d'intégrer un nouveau profil : celui des jeunes femmes majeures ayant droit.

- L'analyse des données individuelles du DCIR peut permettre la construction d'indicateurs quantifiant certains délais (moyen, médian, minimum, maximum) entre différentes étapes sous réserve qu'elles aient fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie : examen biologique de diagnostic de la grossesse, échographie, réalisation de l'IVG.
- Concernant le non recours en cas de délai dépassé, les systèmes d'information des pays européens où l'IVG est autorisée au-delà de 14 SA ne permettent pas de repérer les femmes domiciliées en France (seule la nationalité « étrangère » est indiquée). Le planning familial a réalisé une enquête auprès des femmes parties à l'étranger, dont les résultats sont en cours d'analyse.
- Le PMSI et le DCIR pourraient permettre le suivi des IVG itérées par chainage des séjours. En effet, l'intérêt pour les IVG répétées concerne beaucoup plus celles qui ont lieu sur une période courte que celles survenant avec un intervalle temporel plus important. Les premières analyses en ce sens réalisées par l'ATIH sur le PMSI font apparaître des données convergentes avec celles obtenues par les BIG.
- Concernant la surveillance des événements indésirables liés à l'accès à l'IVG, certaines ARS comme l'ARS Aquitaine ont mis en place un système de déclaration spécifique. Le MFPPF recueille également les déclarations des femmes sur leurs difficultés de prises en charge. Mais la Commission ne préconise pas un système d'information spécifique sur ce point.

Attentes et satisfaction

Les attentes des femmes lors du recours à une IVG concernent l'ensemble du parcours et sa qualité, et notamment la rapidité de la prise en charge, le lieu de réalisation de l'IVG, le type de méthode proposée et la possibilité de bénéficier ou non d'une anesthésie générale ou locale en cas d'IVG instrumentale, ainsi que la qualité de l'écoute et de la prise en charge, en particulier la question importante de l'interprétariat pour toutes les femmes étrangères.

Il n'existe pas de source d'information nationale sur les attentes et la satisfaction qui serait directement renseignée par les femmes mais les données des permanences régionales du MFPPF permettent de disposer d'informations pour les femmes qui s'adressent à ces permanences. Il apparaît que l'une des raisons principales de satisfaction est la rapidité d'accès.

L'enquête par *testing* de la DGOS ne permet pas de connaître l'offre proposée dans les établissements selon les profils retenus car l'information sur la méthode ou l'anesthésie est rarement donnée lors du premier contact téléphonique. En revanche, cette enquête a permis d'approcher certains aspects de la qualité de la prise en charge (accueil, clarté des informations données). Seules des enquêtes spécifiques nationales réalisées sur le sujet peuvent permettre de répondre de manière plus exacte à ces questions. Mais celles-ci, à l'image de l'enquête de la DREES de 2007, nécessitent à la fois un budget et des moyens

logistiques et humains importants. Cette enquête de 2007 n'a pas permis de mesurer la satisfaction des femmes car le volet téléphonique de l'enquête prévu postérieurement à l'IVG n'a pu être réalisé. Cependant les données ont permis de montrer que la technique utilisée n'était pas toujours celle que la femme aurait choisie (seules 44 % des femmes affirment avoir eu le choix de la technique, compte-tenu de l'avancement de la grossesse).

Le problème du manque d'information des femmes sur les méthodes et sur les orientations correspondant à leurs attentes est souvent mentionné, il serait intéressant de pouvoir l'évaluer. Ces indicateurs ne sont pas disponibles dans des bases de données actuelles et nécessiteraient donc la mise en place d'enquêtes spécifiques.

Mais sur certains points, les attentes peuvent être mesurées de manière indirecte en analysant les pratiques existantes. Des différences de prise en charge entre les centres (proportion d'IVG instrumentales, proportion d'anesthésie) à âge et âge gestationnel égal peuvent être une information, certes indirecte et entachée de biais, sur les réponses aux attentes des femmes. Il faut cependant noter que l'augmentation actuelle des IVG médicamenteuses en établissement ne correspond pas forcément aux attentes des femmes.

Perspectives :

- La Commission insiste sur la priorité de mesures indirectes des attentes par un suivi des évolutions territoriales de l'offre, en particulier la méthode et l'anesthésie : le suivi temporel par établissement et par zone géographique peut rendre compte de cette disparité de l'offre.
- Les données issues des fiches d'écoute des permanences régionales du MFPP sont à prendre en compte même si celles-ci ne peuvent pas être représentatives.
- La mesure directe des attentes nécessite la mise en place d'un recueil spécifique complexe qui n'apparaît pas prioritaire. Ce type de données serait plutôt accessible par le biais d'enquêtes transversales ciblées sur les attentes.

Les indicateurs proposés pour appréhender de manière indirecte les attentes et la satisfaction des femmes pourraient être les suivants (ces indicateurs sont déjà décrits dans des parties précédentes) :

- Taux de recours par département de réalisation de l'IVG selon le département de domicile (mesure indirecte de l'accessibilité géographique) ;
- Proportion d'IVG médicamenteuses par zone géographique, par établissement ;
- Proportion d'anesthésies générales par zone géographique, par établissement par rapport au nombre d'IVG instrumentales réalisées.

Contraception « avant » et « après »

Les informations sur les méthodes contraceptives utilisées par les femmes sont disponibles à l'aide d'enquêtes ponctuelles. Les sources essentielles sont les baromètres santé de Santé

publique France (baromètres santé INPES 2000, 2005, 2010, 2014) et les enquêtes en population générale de l'INED-INSERM 1978, 1988, 1994 et 2000 (COCON), 2010 et 2013 (FECOND). Les données permettent de disposer du mode de contraception utilisé selon le groupe d'âge, et de la contraception utilisée plus précisément lors de la grossesse concernée par une IVG grâce aux enquêtes de l'INED-INSERM. Cependant les échantillons sont peu importants, sans représentation géographique infranationale hormis pour l'Île-de-France, et présentent des biais de mémoire.

L'enquête de la DREES de 2007 a permis d'interroger les femmes et les médecins à la fois sur la contraception utilisée au moment du recours à l'IVG et celle prescrite à l'issue de l'acte (laquelle ? par qui ? la même méthode que celle qui a échoué ?). Concernant les méthodes contraceptives utilisées dans le mois précédant le début de la grossesse, les déclarations des femmes étaient les suivantes : 36 % n'avaient aucune contraception, 27 % utilisaient la pilule, 16 % le préservatif, 18 % des méthodes barrières ou naturelles et 3 % une autre méthode (dispositif intra utérin (DIU), implant, patch, anneau vaginal, contraception d'urgence)³⁵.

Cette enquête avait permis de calculer les indicateurs suivants :

- Proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive avant l'IVG (par âge, type de méthode) ;
- Proportion de femmes ayant eu une prescription de contraception après IVG (par âge/type de contraception).

Elle a montré que le moment de l'IVG n'est pas assez utilisé pour prescrire une contraception aux femmes concernées. Toutefois, il est difficile de savoir si la contraception prescrite à l'issue de l'IVG sera réellement utilisée.

Perspectives :

Les données individuelles du DCIR permettraient d'identifier, pour les femmes ayant eu une IVG, les prescriptions d'une contraception lorsque celle-ci a fait l'objet d'une demande de remboursement. Mais cela exclut les femmes mineures ayant un accès gratuit à la contraception et la prise en charge directe par certains centres de santé, en particulier pour les femmes sans couverture sociale.

Au total, les données sur la contraception utilisée avant et après une IVG sont très peu nombreuses alors même qu'il apparaît important de décrire l'ensemble du parcours de l'IVG en englobant la contraception avant et après IVG. La prescription d'une contraception fait partie intégrante du parcours de soins. De plus, de manière idéale, il faudrait pouvoir vérifier l'adéquation de la contraception prescrite et/ou utilisée avec le mode de vie de la femme concernée.

Ces informations sont moins indispensables pour le suivi des IVG que pour la mise en place d'actions de prévention et leur suivi. Santé publique France souligne l'intérêt des informations disponibles à partir des données de l'enquête IVG 2007.

35 Moreau C., 2011.

Le recueil de cette information n'est cependant pas indispensable en continu et relève plus d'un processus d'enquête. De plus, pour répondre aux questions sur la prise effective de la contraception éventuellement prescrite, de l'adéquation de cette contraception avant et après IVG, un recueil très fin de type qualitatif permettant de relier la contraception prescrite au besoin de contraception paraît plus adapté.

Il paraîtrait plus intéressant de partir du dispositif d'enquêtes actuelles sur la santé (baromètre) ou sur la santé sexuelle et reproductive (incluant la contraception) pour développer des enquêtes qualitatives en identifiant les femmes ayant eu une IVG³⁶ ou pour mettre en place des enquêtes quantitatives ciblées sur cet objectif avec un échantillon plus faible et un questionnaire court. La réalisation de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) pourrait également être abordée dans le cadre de ces enquêtes.

Données sociales

Les bases de données médico-administratives ne disposent pas de données socio-économiques individuelles. Les seules informations disponibles concernent la couverture maladie du patient, y compris la CMUc.

Les bulletins d'interruption de grossesse disposent de trois variables socio-économiques, le statut d'activité, le statut conjugal et le pays de naissance. L'enquête IVG 2007 disposait de la même information. Mais la non exhaustivité des BIG rend difficile l'exploitation de l'information socio-économique, en particulier à un niveau infranational.

Le besoin de données sociales, dont celles concernant la précarité, est souligné par les membres de la Commission. L'enquête par *testing* réalisée en 2014 a bien mis en évidence les inégalités d'accès à l'IVG pour les femmes sans couverture sociale, d'origine étrangère ou mineures. L'association MdM constate également des difficultés d'accès pour les femmes en grande précarité à partir des données concernant les femmes consultant les centres d'accueil et de soins de l'association.

À partir de ces constats, la Commission souligne :

- L'importance de mieux appréhender le profil des femmes en difficulté de recours, en particulier pour connaître l'accessibilité à l'IVG pour les femmes en situation de précarité ;
- L'importance de bien cerner les difficultés des mineures mais aussi des jeunes majeures non autonomes et des femmes sans papier.

Il apparaît également important de disposer de données sociales pour les femmes ayant recours à l'IVG à un niveau infranational.

Les perspectives d'appariement entre les données du Système national des données de santé incluant le SNIIRAM et le PMSI et l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'INSEE apparaissent à moyen terme comme les plus satisfaisantes pour la connaissance des

³⁶ Bajos N., 2003.

caractéristiques socio-économiques des femmes ayant recours à l'IVG. Dans l'attente d'un tel système d'information qui intégrerait en routine données sociales et sanitaires, il est souligné que les données sur les femmes en situation de précarité ont moins vocation à être recueillies en continu qu'à être collectées par le biais d'enquêtes ponctuelles, auprès des femmes, des praticiens ou des structures.

➤ L'échantillon démographique permanent

Constitué par l'INSEE en 1967, ce Panel démographique suit des individus nés à quatre périodes de l'année (entre le 2 et le 5 janvier, entre le 1^{er} et le 4 avril, entre le 1^{er} et le 4 juillet et entre le 1^{er} et le 4 octobre). Cet échantillon est représentatif au 4/100 de la population. Il s'enrichit chaque année de données démographiques et sociales issues de plusieurs sources de données telles que le panel des salariés (depuis 1967), les bulletins d'état-civil (depuis 1968), les recensements de la population (1968-1999), le fichier électoral (depuis 1988), les enquêtes annuelles de recensement (mises en place depuis 2004) et plus récemment avec les données socio-fiscales (depuis 2011).

Il existe plusieurs modes d'entrée dans le Panel comme la naissance à travers la transmission des informations contenues dans le bulletin de naissance mais aussi plus tardivement le mariage, les migrations. À l'inverse, le suivi est interrompu suite à un décès ou à une migration bien que dans ce cas, l'information soit conservée.

Tableau récapitulatif des indicateurs disponibles ou souhaitables

Objectif	Indicateurs existants ou envisagés	Système d'information actuel/envisagé	déclinaison actuelle*
Suivre les évolutions de tendance (global et selon l'âge de la femme et l'âge gestationnel)	Nombre total annuel d'IVG (selon la région/département du lieu de réalisation et du domicile)	PMSI/DCIR	oui (Région)
	Taux de recours à l'IVG par femme (selon l'âge)	PMSI/DCIR	oui (Région)
	Proportion d'IVG par classe d'âge.	PMSI	oui (proportion d'IVG)
	Nombre et proportion d'IVG selon l'âge gestationnel en groupes	PMSI/DCIR	
	Rapport IVG-naissances	PMSI/DCIR/Insee	
Caractériser l'offre et les trajectoires entre domicile et lieu de réalisation	Proportion d'IVG selon le lieu de réalisation (centre hospitalier, médecin libéral, centre de santé), par région	PMSI/DCIR	oui (nombre, national)
	Proportion d'IVG selon le statut de l'établissement (public ou privé) pour les IVG hospitalières, par région	PMSI/DCIR	oui (chiffres bruts, national)
	Proportion d'établissements de santé pratiquant des IVG parmi les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou à la chirurgie	PMSI/DCIR	
	Taux de recours par département de réalisation de l'IVG selon le département de domicile	PMSI/DCIR	
	Proportion de femmes domiciliées dans une région/département ayant réalisé l'IVG hors département	PMSI/DCIR	
Caractériser les pratiques et leurs évolutions temporelles	Proportion d'IVG selon la méthode (instrumentale / médicamenteuse) par région, données par périodes infra-annuelles	PMSI	oui (national, annuel)
	Proportion d'IVG instrumentales avec anesthésie générale par région, données par période infra-annuelles	PMSI	
Identifier les difficultés d'accès	Nombre d'IVG 12ème et 13ème semaine selon la région, l'âge, le type d'établissement	PMSI	
	Proportion d'établissements n'ayant pas donné de rendez-vous selon le profil de femme et proportion d'établissements ayant fixé un délai selon le profil de femme	Enquête par testing	oui (ponctuelle)
	Délai entre premier contact téléphonique et consultation	Enquête par testing	oui (ponctuelle)
	Délai entre diagnostic biologique et IVG	Sniiram	
	Nombre de femmes ayant eu une IVG hors de France	données MFPF	
Décrire les parcours autour des IVG (IVG répétées, contraception avant-après...)	Nombre d'IVG antérieures	BIG puis PMSI	
	Nombre de naissances antérieures	BIG puis PMSI	
	Date de la dernière IVG	BIG puis PMSI	
	Proportion d'IVG réalisées dans l'année suivant un accouchement	PMSI/DCIR	
	Proportion de femmes utilisant une méthode contraceptive avant l'IVG (par âge, type de méthode)	Enquête	
	Proportion de femmes ayant eu une prescription de contraception après IVG (par âge/type de contraception)	Enquête	

*Indicateurs produits annuellement par la DREES.

Un tableau de bord régional

Le besoin d'un tableau de bord régional commun, élaboré à partir du PMSI et du DCIR, a été mis en avant par les représentants des ARS au sein de la Commission.

À l'image de ce qui est fait au niveau national et en Île-de-France, il paraît avant tout fondamental d'utiliser les mêmes algorithmes d'identification des IVG. Les tableaux de bord régionaux permettraient le suivi de la tendance et des caractéristiques des IVG ainsi qu'une approche des difficultés d'accès par l'analyse des flux. Le niveau géographique souhaité serait le territoire de santé. Compte tenu des effectifs au niveau du territoire de santé (voire au niveau du département), il peut être préférable d'agréger les données de plusieurs années. De plus, certaines données considérées comme sensibles dans le DCIR ne peuvent être croisées (commune du domicile et âge de la femme par exemple). La question des IVG répétées a également été évoquée : l'exploitation de cette donnée pourra être faite soit à partir des variables introduites dans le PMSI soit à partir du chaînage dans le PMSI et le SNIIRAM.

L'exploitation des données serait réalisée au niveau régional soit par les agences régionales de santé soit par les observatoires régionaux de la santé soit par les réseaux régionaux de périnatalité.

Ce tableau de bord comprendrait un certain nombre d'indicateurs définis au niveau national mais déclinés à un niveau infrarégional (département ou, si possible, territoire de santé) :

- Nombre d'IVG et nombre de femmes ayant eu une IVG dans l'année par département de domicile et établissement de réalisation (le nombre d'IVG par établissement peut être directement obtenu dans la SAE) ;
- Nombre et répartition des IVG par classe d'âge, en particulier pour les mineures, par département de domicile ;
- Taux de recours par classe d'âge, en particulier pour les mineures, et par département de domicile ;
- Proportion d'IVG tardives par département de domicile et de réalisation ;
- Proportion de femmes domiciliées dans un département ayant réalisé une IVG hors département, en incluant les départements limitrophes de la région ;
- Nombre et proportion d'IVG médicamenteuses en ville et en établissement par département de domicile ;
- Nombre de forfaits remboursés pour les IVG hors établissement, par an, selon le type de structure et par médecin ;
- Caractéristiques des médecins conventionnés pour la pratique d'IVG en ville (âge, sexe, spécialité) ; nombre d'IVG selon les caractéristiques du médecin pour les médecins conventionnés ;
- Nombre de femmes ayant eu un accouchement dans les mois / l'année précédant l'IVG.

Au-delà de des statistiques d'IVG, les ARS souhaiteraient disposer de données concernant la contraception d'urgence chez les mineures. En particulier, certaines données qui paraîtraient intéressantes au niveau régional ne sont pas disponibles actuellement comme le nombre de pilules du lendemain remises dans les établissements scolaires. Ces données pourraient être disponibles au niveau des rectorats mais leur mise à disposition n'entre pas dans le champ des travaux de la Commission.

Qualité du système d'information

Exhaustivité et qualité des données

Les conclusions des travaux de la Commission concernant l'exhaustivité et la qualité de chacune des sources sont présentées dans les parties précédentes de ce rapport. Il a été rappelé que le choix de privilégier les bases de données médico-administratives plutôt que les bulletins d'interruption de grossesse est fondé sur l'important défaut d'exhaustivité de ces derniers.

Les données de l'Assurance maladie : l'amélioration de leur exhaustivité ne peut être envisagée que par un recueil spécifique dans les centres prenant directement en charge financièrement certaines IVG. Ce recueil spécifique pourrait concerner l'ensemble des IVG, car faire co-exister deux recueils différents selon le mode de prise en charge financière peut être source de confusion. Pour les IVG réalisées par des médecins libéraux conventionnés auprès de mineures demandant l'anonymat, les données étant anonymes dès le recueil, disposer d'informations sur l'âge exact en années et le domicile paraît impossible.

Le PMSI est la source de données dont il est raisonnable d'attendre la meilleure exhaustivité compte tenu de son caractère tarifant et de sa montée en charge désormais achevée. L'amélioration des données doit tout particulièrement porter sur le codage de l'acte d'IVG et de l'acte d'anesthésie réservé à l'anesthésie générale.

Pour les autres sources, en particulier les données d'enquêtes, la qualité dépend essentiellement de la méthodologie utilisée, en particulier l'échantillonnage et les modalités de recueil des informations.

Confidentialité et secret

Le respect de la confidentialité et du secret est un point particulièrement important pour l'ensemble de la circulation des informations concernant les IVG. Le secret doit être préservé comme pour tout acte médical mais une attention particulière doit être apportée à l'IVG vis-à-vis de l'entourage pour les envois de décompte des frais pris en charge. Mais il est également rappelé l'importance d'entourer les systèmes d'information de toutes les précautions afin d'éviter les risques de ré-identification d'une personne dans les bases de données médico-administratives.

Les deux circuits, système d'information et prise en charge financière, diffèrent entre les établissements de santé et la « ville » (englobant la médecine libérale et les centres de santé).

Concernant les systèmes d'information, les bases médico-administratives utilisées à des fins d'étude, de recherche et d'évaluation ne contiennent pas d'information nominative telle que le nom ou le NIR. Des mesures sont mises en place pour garantir une confidentialité des informations tout au long du circuit, dont la sécurisation des accès à ces bases.

Pour le PMSI, les données comportant des informations nominatives recueillies par les services administratifs d'admission dans les établissements et les données médicales sont rapprochées par le département d'information médicale en un seul fichier. Les informations nominatives sont ensuite cryptées de manière irréversible avant d'être envoyées à l'ATIH de manière sécurisée. Un deuxième cryptage est réalisé par l'ATIH avant la constitution du fichier diffusé jusqu'en 2015, pour la base 2014, de manière sécurisée aux seules institutions qui disposent d'une autorisation de la CNIL. À partir de 2015, la base PMSI n'est plus accessible que sur un serveur de l'ATIH, par un accès sécurisé nominatif. Certains établissements attribuaient un faux NIR à toutes les femmes, ce qui réduisait considérablement la possibilité de mobiliser ces bases à des fins d'étude, de recherche et d'évaluation ; il ne reste actuellement qu'un seul établissement dans cette situation. D'autres modifient pour certaines femmes certaines informations entrant dans la composition de l'identifiant crypté.

Compte tenu des différentes mesures de sécurisation du fichier PMSI à l'extérieur de l'établissement, le risque d'identification résiduel pour une personne au cours de son parcours d'IVG est avant tout interne à l'établissement : il ne peut être complètement supprimé malgré les habilitations sélectives d'accès aux informations du dossier médical (programmation des blocs opératoires ou des consultations d'anesthésie). D'autre part, le problème de confidentialité est également lié au système de fonctionnement de l'hôpital, lorsque des indiscretions peuvent être faites au moment d'une nouvelle prise en charge au bureau des entrées du fait que la personne est déjà connue de l'établissement. Il est rappelé que ce point ne concerne pas seulement les IVG mais également beaucoup d'autres situations ou pathologies sensibles pour lesquelles les personnes souhaitent garder le secret vis-à-vis de leurs proches. Ce risque peut conduire certaines femmes à s'éloigner de l'établissement le plus proche lorsqu'elles le peuvent.

Certains membres de la Commission s'inquiètent des conséquences possibles d'une éventuelle externalisation de la fonction de DIM, qui pourrait conduire à un circuit de données nominatives en partie extérieur à l'établissement.

Pour les données du DCIR, les feuilles d'assurance-maladie sont saisies par les CPAM. De la même manière que pour les données hospitalières, ces informations sont cryptées à deux reprises avant constitution du fichier national détenu par la CNAMTS. Sauf pour les institutions qui disposent d'un droit d'accès aux données individuelles du DCIR, la CNAMTS transmet des données agrégées ou échantillonnées.

La sécurisation de l'accès aux bases de données médico-administratives sera encore renforcée par la mise en place du Système national des données de santé (SNDS) prévue par l'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé.

La confidentialité semble être assurée dès la source dans le cas des BIG, dans la mesure où les informations recueillies peuvent être considérées comme anonymes (âge en année, département de résidence).

Concernant le circuit de facturation, les procédures sont également différentes entre les établissements hospitaliers et la CPAM.

Si les circuits de facturation ne font pas directement partie du système d'information, la réflexion autour de sa confidentialité se doit de les intégrer dans la mesure où des procédures de renforcement de la confidentialité, à l'exemple du « faux NIR », peuvent avoir un impact direct l'information disponible.

Certains établissements avaient mis en place une procédure pour protéger le secret au moment de l'envoi de la facture en effaçant par une « bande blanche » la ligne correspondant à l'IVG. D'autres établissements bloquaient cet envoi. Mais il est difficile de savoir si ces procédures concernaient l'ensemble des établissements. De plus, des erreurs ponctuelles mais graves ont pu survenir dans le respect de cette procédure, la formation des personnels étant très importante. Jusqu'au 1^{er} avril 2016, ces procédures ne concernaient que l'acte d'IVG. L'évolution des forfaits prenant en compte les actes liés à l'IVG permet d'envisager une meilleure confidentialité pour la patiente sous réserve que ces actes, en particulier la première échographie de datation, soient bien repérés en lien avec l'IVG. Des difficultés persistent pour les femmes n'ayant pas de droits ouverts ou en cours d'évolution et qui doivent faire une avance de frais, qui sont susceptibles de recevoir une facture à leur domicile.

Dans les CPAM, l'envoi du décompte des frais au nom de la personne est fait sauf dans le cas de l'utilisation du faux NIR pour les mineures, car, dans ce cas, l'adresse de la personne n'est pas indiquée. La généralisation du numéro d'assuré social pour chaque personne majeure (à partir de 16 ans si la personne mineure en fait la demande) dans le cadre de la mise en place de la protection universelle maladie permet de résoudre partiellement ce problème. Cependant, l'envoi du décompte serait toujours fait à l'adresse de la personne, ce qui peut poser problème pour certaines. L'une des solutions pourrait être de mettre en place, comme dans les établissements de santé, une procédure d'effacement (« bande blanche ») sur les décomptes envoyés aux assurées. Dans le cadre de la réflexion sur la délivrance des contraceptifs aux mineures, un projet « top-confidentialité » avait été envisagé avec la CNAMTS permettant la suppression de l'information sur le relevé d'AMO³⁷. Ce projet pourrait également être une solution pour la confidentialité des IVG.

37 IGAS, 2014.

Recommandations

Améliorer l'information partagée

Dans le contexte actuel de promotion de *l'open data* pour les données de santé, l'objectif de partager des informations disponibles et récentes à une échelle nationale et régionale est prioritaire et transversal aux travaux de la Commission.

- **Rendre publiques les données d'enquêtes : enquête sur les délais d'attente, données des associations sur les non recours**

L'intérêt très marqué des professionnels et des associations participant à la Commission pour l'enquête nationale sur les délais d'attente justifierait sa mise à disposition publique. Sur les IVG hors délais et les non recours, seules les associations disposent de données qui, même parcellaires, gagneraient à être connues de tous les acteurs de l'IVG.

- **Améliorer la rapidité de la rétro-information**

L'un des critères de qualité d'un système d'information est sa capacité à restituer l'information recueillie dans les délais les plus courts. Si, dans le cadre d'un système national délivrant une information de qualité, certains délais sont incompressibles pour disposer des données et les analyser, une attention toute particulière doit être réservée à un retour d'information suffisamment rapide pour que celle-ci reste pertinente pour les professionnels de terrain. Le délai raisonnable serait de disposer des données 12 mois plus tard. Pour les données issues des bases médico-administratives, les données de 2015 sont publiées dès juin 2016.

- **Finaliser un tableau de bord régional partagé**

Les travaux de la Commission ont permis une première réflexion sur le cadre et le contenu d'un tableau de bord régional, dont l'objectif prioritaire serait de construire une méthodologie partagée que s'approprieraient les acteurs régionaux. À partir des travaux nationaux et de ceux de la région Île-de-France, la diffusion des algorithmes et des méthodologies d'analyse doit permettre de finaliser rapidement ce tableau de bord qui pourra ensuite être développé dans chaque région pour l'ensemble des IVG de ville et en établissement.

Mieux répondre aux besoins d'information sur les difficultés d'accès, les parcours et les inégalités sociales

L'étude des parcours, en particulier des difficultés d'accès selon le lieu, la période, l'âge ou la situation sociale, est apparue comme un besoin prioritaire, compte tenu de l'importance des délais, dans le contexte d'interdiction de l'IVG au-delà de 14 SA. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de répondre immédiatement à cette attente rappelée par les professionnels. Par ailleurs, la réduction des inégalités sociales est une priorité de la politique de santé et doit être également déclinée pour les IVG. C'est dans cette logique que s'inscrit le programme national d'amélioration de l'accès à l'IVG.

- **Renouveler les enquêtes par *testing***
 Bien que ce type d'enquête présente des limites, en particulier dans la mesure de certains délais, son renouvellement est très souhaitable à la fois pour suivre l'évolution des difficultés d'accès dans les établissements de santé et pour évaluer l'accès hors établissement. Les membres de la Commission souhaitent que soit intégré le profil d'une jeune femme majeure parmi les différents profils étudiés.
- **Réaliser une analyse géographique des lieux de prise en charge selon le domicile des femmes et pour les IVG tardives, et de leur évolution temporelle**
 Des approches indirectes par l'analyse géographique des flux et des lieux de réalisation des IVG, en particulier tardives, peuvent permettre d'éclairer les parcours et les difficultés d'accès. Le suivi temporel de ces données peut également renseigner sur l'accès au cours des périodes de plus forte tension comme la période estivale et celle des fêtes de fin d'année, ou sur l'impact des modifications de l'offre en matière d'IVG.
- **Étudier la faisabilité d'indicateurs de délais dans le SNIIRAM**
 La mise en place du Système national des données de santé avec pour pivot actuel les données du SNIIRAM incluant le PMSI et le DCIR permet d'envisager pour le suivi des IVG des travaux de validation de certains indicateurs de délais entre différents actes et soins pris en charge par l'Assurance maladie.
- **Étudier la qualité du chaînage des prises en charge pour la mesure des IVG répétées**
 Dans le cadre d'une analyse plus globale des parcours, la question des IVG répétées, en particulier lorsque celles-ci surviennent dans des délais relativement courts de quelques années, peut éclairer les difficultés d'accès à la contraception ou des situations de violences. Leur étude par chaînage à partir des données du PMSI a fait l'objet d'une première ébauche présentée à la Commission. Cette analyse pourrait être approfondie à partir de l'ensemble des données disponibles, y compris les données du SNIIRAM sur la ville. La qualité du chaînage pour des durées plus longues doit être expertisée pour les IVG sachant que 40 % des IVG réitérées le sont après plus de 5 ans.
 En l'attente de ces résultats, et dans le contexte de l'arrêt de la consolidation nationale des bulletins IVG, une information déclarative sur les IVG antérieures est recueillie dans le PMSI. Ces variables ont été introduites en 2015 dans les résumés individuels du PMSI, dont l'objectif premier est la tarification du séjour. Les membres de la Commission ont exprimé leur préférence pour que ces données soient incluses dans un fichier complémentaire, ce que l'ATIH s'est engagée à faire à compter de mars 2017. Le calendrier d'envoi de ce fichier vers l'ATIH devra être précisé en comparant les avantages et les inconvénients d'un envoi différé par rapport aux autres fichiers. Pour la qualité de remplissage de ces fichiers complémentaires, il serait également important que les personnels remplissant ces informations soient les mêmes que ceux qui renseignaient les BIG et que les départements d'information médicale puissent s'appuyer sur un réseau de personnes référentes pour la réussite de cette évolution.

- **Mettre en place des études sur la contraception « avant » et « après » à partir du dispositif d'enquêtes existant**

La connaissance des parcours autour des IVG doit inclure les contraceptions utilisées avant et après l'IVG. Ces données sont importantes pour la mise en place d'actions de prévention ciblées. Renouveler un dispositif d'enquête comme celle conduite en 2007 ne paraît pas pertinent pour répondre à cette question, car le champ de cette enquête était beaucoup plus large. Il serait intéressant de mettre en place des enquêtes quantitatives plus ciblées ou qualitatives, développées à partir du dispositif d'enquêtes existant comme les baromètres santé ou les enquêtes sur la vie sexuelle. Afin de réfléchir à ce dispositif, un groupe de travail rassemblant les producteurs de données concernés sera mise en place.

- **Favoriser l'appariement entre le SNIIRAM et l'échantillon démographique permanent**

Le système d'information sur les IVG repose actuellement essentiellement sur les bases médico-administratives. L'une de leurs limites est l'absence de données sociales individuelles, alors que la situation sociale influe de manière importante sur les parcours et l'accès aux structures de santé. Une voie très prometteuse est l'enrichissement de ces bases via des appariements, et plus particulièrement l'appariement des données du SNIIRAM avec celles de l'EDP de l'INSEE. L'intérêt de ce projet, envisagé à moyen terme, a été souligné par la Commission pour la connaissance fine des inégalités sociales d'accès à l'IVG ainsi que pour le suivi de leurs évolutions. Dans cette perspective, il sera nécessaire d'expertiser la représentativité de l'EDP pour les personnes en situation irrégulière ou sans domicile. Dans l'attente des données de l'appariement, l'analyse selon un indice de déprivation communal, à partir des données individuelles du SNIIRAM, serait utile.

Améliorer la connaissance en matière d'attentes et de satisfaction

Connaitre les attentes et la satisfaction en matière de prise en charge en santé est un objectif à la fois important pour évaluer les politiques et les actions et très difficile à atteindre. Il suppose de mettre en regard l'ensemble des données d'intérêt (y compris les contraintes médicales) et de mobiliser plusieurs types de méthodes.

- **Réaliser une analyse géographique et temporelle des méthodes et des anesthésies**

Apporter une connaissance sur les attentes et la satisfaction permet d'adapter l'offre mais il paraît peu réaliste de mettre en place un recueil permanent ou répété sur les attentes et la satisfaction des femmes avant et après une IVG, d'autant qu'un recueil au moment de l'IVG risque de fausser les déclarations. Le choix de la méthode et d'une éventuelle anesthésie apparaissent comme des indicateurs témoins des attentes des femmes. La mesure fine des pratiques concernant la méthode et l'anesthésie dans les établissements permettra d'apporter des éléments indirects de connaissance et de suivi des attentes. L'indicateur de suivi de la méthode, médicamenteuse versus instrumentale, est dès à présent disponible par établissement. Dans cette perspective, un codage

spécifique des anesthésies locales permettrait de différencier les IVG pour lesquelles cet acte est réalisé par le médecin qui pratique l'IVG.

- **Mettre en place des études spécifiques sur la satisfaction des femmes**

La réalisation d'enquêtes quantitatives « légères », en termes d'objectif et de coût, ou d'études qualitatives permettrait une approche plus fine des attentes et de la satisfaction des femmes. Des travaux de recherche sont à privilégier pour ce type d'approche en s'appuyant sur les connaissances issues des témoignages au sein des associations.

Améliorer l'exhaustivité et la qualité du système d'information

Le système d'information national repose sur les données médico-administratives dont la qualité et l'exhaustivité n'ont cessé de s'améliorer depuis quelques années. Cependant, quelques aspects complémentaires nécessitent d'être mis en place afin de pallier les limites de ce système ou d'aider à la complétude des informations recueillies.

- **Proposer un système d'information adapté aux centres de santé et centres de planification**

Dans un certain nombre de centres de santé ou de planification, les IVG pratiquées chez de jeunes majeures souhaitant conserver l'anonymat ou chez des femmes sans couverture sociale sont prises en charge directement par le centre. Les informations concernant ces IVG ne sont pas disponibles dans les bases de données actuellement utilisées pour la production de données nationales. Il apparaît donc nécessaire de mettre en place un système d'information spécifique pour les IVG non prises en compte ou pour l'ensemble des IVG réalisées par les centres. Les informations à recueillir restent à définir en lien avec celles existant dans les bases. Une cartographie des centres de santé et des centres de planification réalisant des IVG et de leur informatisation est à réaliser au préalable pour préciser les modalités de ce système.

- **Proposer un mémento simple des règles de codage des IVG pour les professionnels dans les établissements de santé**

Dans le PMSI, un manque d'exhaustivité apparaît pour le codage de la méthode, une moins bonne qualité pour renseigner l'âge gestationnel et le codage des anesthésies n'est pas homogène. Les différentes informations présentes dans le PMSI sont la plupart du temps (hors situations de codage centralisé) codées directement par les professionnels de santé qui assurent la prise en charge des patients. L'ATIH édite chaque année un guide méthodologique de production des informations très complet. Mais, pour une activité très spécifique comme les IVG, il apparaît important de rappeler les règles de saisie des différentes informations aux professionnels.

Renforcer le respect de la confidentialité

Tout au long des travaux, les membres de la Commission ont soulevé l'importance du respect de la confidentialité pour une IVG, particulièrement chez les mineures ou jeunes majeures mais aussi pour toute femme souhaitant garder le secret vis-à-vis de son entourage. Tout en soulignant qu'il ne s'agit pas de faire de l'IVG une situation d'exception par rapport à d'autres pathologies ou problèmes de santé, la mise à plat des situations à risque de rupture du secret et des solutions qui peuvent être apportées peut servir d'exemple pour d'autres situations.

- **Renforcer la procédure de confidentialité dans les établissements de santé**

Certains établissements de santé ont mis en place différentes procédures pour le respect de la confidentialité des factures. La prise en charge à 100 % de l'IVG par l'Assurance maladie apporte une solution au risque de rupture de confidentialité vis-à-vis de l'entourage pour les femmes ayant des droits ouverts. Le problème persiste pour toutes celles dont les droits ne sont pas ouverts ou en cours d'évolution et qui devront faire une avance de frais. Pour ces personnes, une procédure bloquant l'envoi d'un décompte devrait pouvoir être généralisée dans tous les établissements. Par ailleurs, il serait important de rappeler aux personnels administratifs des bureaux des entrées l'importance du respect de la confidentialité vis-à-vis de toute personne accompagnée, qui a connu une hospitalisation antérieure dans l'établissement.

- **Mettre en place une réflexion sur la confidentialité des décomptes de frais par les CPAM**

L'Assurance maladie utilise la procédure dite de « faux NIR » pour les mineures souhaitant garder le secret mais celle-ci ne s'applique pas aux personnes majeures. La mise en place du numéro d'assuré social pour toute personne mineure de plus de 16 ans qui en fait la demande ne permettra pas toujours de garantir le secret vis-à-vis des proches lorsqu'un décompte nominatif est envoyé au domicile. Une réflexion sur la confidentialité des décomptes de frais apparaît donc souhaitable.

Suivi des recommandations

Certaines recommandations peuvent d'ores et déjà être mises en place, dans le cadre du programme national d'action ou par des institutions membres de la Commission. Dans tous les cas, un suivi des recommandations et de leur calendrier de réalisation apparaît nécessaire.

Annexes

Composition de la commission

Glossaire des sigles et acronymes

Bibliographie

Documents présentés par les intervenants

Composition de la Commission

Producteurs de données

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- Institut national de la santé et de la recherche médicale
- Institut national d'études démographiques
- Agence technique de l'information hospitalière
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- Santé publique France
- Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
- Société Francophone de l'Information Médicale
- Mutualité sociale agricole
- Régime social des indépendants

Institutions

- Direction générale de la santé
- Direction générale de l'offre de soins
- Direction de la sécurité sociale
- Direction générale de la cohésion sociale
- Direction générale de l'enseignement scolaire
- Agences régionales de santé (Île-de-France, Nord - Pas-de-Calais, Aquitaine, Rhône-Alpes)
- Fédération hospitalière de France
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- Fédération de l'hospitalisation privée
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

Représentants des médecins et centres pratiquant les IVG et des institutions professionnelles

- Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- Collège national de la médecine générale
- Conseil national de l'Ordre des Médecins

- Association nationale des centres d'interruption volontaire de grossesse et de contraception
- Association Nationale des Sages-femmes orthogénistes
- Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux
- Fédération Nationale des centres de santé
- Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile

Associations

- Mouvement français pour le planning familial
- Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
- Collectif inter associatif sur la santé
- Médecin du Monde - Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France

Sigles

ANCCEF : Association nationale des conseillers conjugaux et familiaux

ANCIC : Association nationale des centres d'interruption volontaire de grossesse et de contraception

ANSFO : Association nationale des sages-femmes orthogénistes

AMO : Assurance maladie obligatoire

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

BIG : Bulletins d'interruption de grossesse

CASO : Centres d'accueil de soins et d'orientation

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CIM 10 : Classification internationale des maladies

CISS : Collectif inter associatif sur la santé

CMG : Collège national de la médecine générale

CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale des travailleurs salariés

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF : Centres de planification et d'éducation familiale

DCIR : Données de consommation inter régime

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGCS – SDFE : Direction générale de la cohésion sociale, service du droit des femmes

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DGS : Direction générale de la santé

DIM : Département d'information médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

EDP : Échantillon démographique permanent

EICCF : Établissements d'information, de consultation et de conseil familial

FNCS : Fédération nationale des centres de santé

EPICES : Évaluation de la précarité dans les centres d'examen de santé

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

FRIDA : Favoriser la Réductions des Inégalités d'Accès à l'Avortement

HCEfh : Haut Conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes

IMG : Interruption médicale de grossesse

INED : Institut national d'études démographiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MdM : Médecins du monde

MSA : Mutualité sociale agricole

MFPP : Mouvement français pour le planning familial

NIR : Numéro d'identification au répertoire

ORS : Observatoire régional de la santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

REVHO : Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SNDS : Système national des données de santé

SNIRAM : Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie

SNMPMI : Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile

SofIME : Société francophone de l'information médicale

SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins

Bibliographie

- Bajos N., Moreau C., Ferrand M., Bouyer J., 2003, « Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Elsevier-Masson, n°51.
- Bajos N., Leridon H., Job-Spira N., 2004, « Contraception et recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon », *Population*, INED, n°59, 3-4.
- Bajos N., Ferrand M., 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés contemporaines*, Presses de Sciences Po, n°61, 1.
- Bajos N., Bozon M., 2008, « Enquête sur la sexualité en France », *Pratiques, genre et santé*, La Découverte, mars.
- DREES, 2011, « Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) », *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française, n° 1, janvier.
- HCEfh, 2013, « rapport relatif à l'accès à l'IVG – volet 2 – accès à l'IVG dans les territoires », Rapport n°2013-1104-SAN-009, novembre.
- IGAS, 2010, « La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », Rapport RM2009-098A, février.
- IGAS, 2014, « L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures », Rapport N°2014-167, avril.
- Lafaysse M., « Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009 », Thèse pour l'obtention du diplôme de doctorat en médecine, Université de Bordeaux 2 – Victor Segalen, juin.
- Lamy M. L., « Avortement et contraception vus à travers *Population*, 1970-1981 ». in Ladrière P. (dir), 1982, *La libéralisation de l'avortement*, *Revue française de sociologie*, Presses de Sciences Po, n°23, 3.
- Mazuy M., Toulemon L., Baril E., 2015, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population et Sociétés*, INED, n°518, 3.
- Mazuy M., Toulemon L., Baril E., 2014, « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours », *Population*, INED, n°69, 3.
- Moreau C. et al., 2004, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, INED, n° 3, 59.
- Moreau C., J Desfrères J., Bajos B., 2011, « Circonstances des échecs et prescriptions contraceptives post-ivg : analyse des trajectoires autour de l'IVG », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, janvier-mars.
- Morgny C., Taque R., Fromaget J., Sagot P., 2005-2006, « Interruptions volontaires de grossesse : Tenter de comprendre la répétition », *adsp*, HCSP, n° 53-54 décembre-mars.
- Naves M.-C., Sauneron S., 2011, « Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Premiers résultats du Baromètre Santé 2010 », *Les Notes d'analyse*, Centre d'analyse stratégique, n° 226, juin.

- Pelizzari M. *et al.*, 2013, « Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France », *Cliniques méditerranéennes*, ERES, n° 88, 2.
- Vilain A., 2016, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n° 968, juin.
- Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, DREES, n° 712, décembre.

Documents présentés par les intervenants

- Le recours à l'IVG en France : les exploitations faites à l'INED (INED)

LE RECOURS À L'IVG EN FRANCE

Les exploitations faites à l'Ined

Commission sur les données et la connaissance de l'IVG,
Drees, 12 juin 2015

Laurent Toulemon et Magali Mazuy
Institut national d'études démographiques
toulemon@ined.fr, mazuy@ined.fr

Le recours à l'IVG en France

- I – L'implication de l'Ined
 - L'exploitation des bulletins de recours à l'IVG
 - Les données publiées par la Drees
 - Quelques résultats
- II – Les évolutions prévues
 - Forces et faiblesses des bulletins
 - Les enquêtes de la Drees, de l'Ined et de l'Ined
 - L'enrichissement du PMSI
 - La disparition des BIG
- III – Conclusions

I – L'implication de l'Ined



- L'exploitation des bulletins de recours à l'IVG
 - Collectés et saisis par le ministère de la santé
 - Etablissement, ARS, Drees
 - Exploités par l'Inserm et l'Ined
 - Pour les aspects médicaux et les aspects démographiques
 - Une série longue depuis 1975
 - Avec quelques trous
- Les données publiées par la Drees
 - Issues de la SAE et du PMSI
- Quelques résultats
 - Diapos suivantes

3/12

La situation sociodémographique des femmes ayant recours à une IVG



- Quelques variables sociodémographiques
- Difficulté pour obtenir des données comparables
 - Naissances à l'état civil
 - Femmes au recensement

Tableau 2. Caractéristiques des femmes au moment de l'IVG (pour 100 IVG)

Caractéristiques	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Situation conjugale						
Vit seule	44,1	51,1	54,6	–	–	51,7
Vit en couple	55,9	48,9	45,4	–	–	48,3
Lieu de naissance						
France	82,6	–	–	83,7	84,2	83,7
Étranger	17,4	–	–	16,3	15,8	16,3
Activité professionnelle						
En emploi	51,2	45,3	49,5	47,7	51,9	51,6
Au chômage	10,5	12,9	10,2	11,4	9,2	10,8
Au foyer	19,0	16,6	15,3	14,5	13,3	12,1
Étudiante, élève	14,6	19,8	18,6	19,9	18,8	19,0
Autre	4,7	5,4	6,5	6,5	6,7	6,5

4/12

IVG et naissances

- Une question datée
 - L'IVG est un droit
 - Plus d'inquiétude sur les naissances
- Une relation plutôt positive
 - À l'échelle globale
 - Rôle de la contraception
- Le recours à l'IVG
 - Un droit (question de l'offre)
 - Un dernier recours
 - Des situations de fragilité

Figure 1. Indicateurs conjoncturels d'IVG et de fécondité

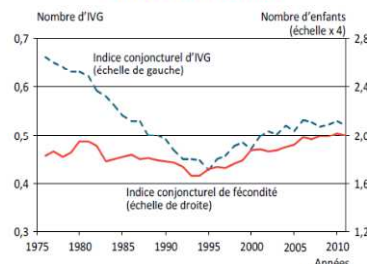
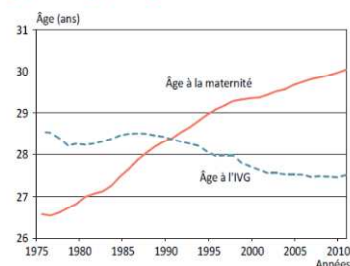


Figure 2. Âges moyens à la maternité et à l'IVG



Champ : France métropolitaine.
Source : Drees, Ined et Insee, calculs des auteurs.

Les IVG itérées



- De plus en plus d'IVG de rang supérieur à un
- Des IVG répétées souvent à des durées courtes depuis la dernière IVG

Figure 4. Nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG et l'année

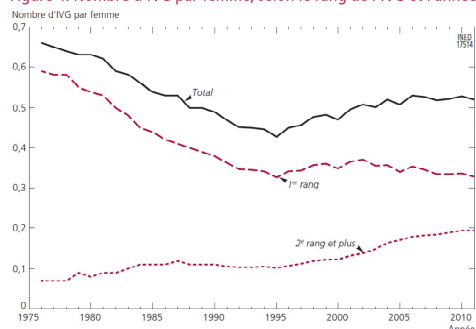
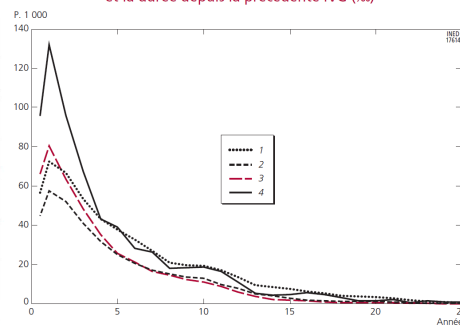


Figure 5. Taux de recours à l'IVG selon le nombre d'IVG antérieures et la durée depuis la précédente IVG (%)



Une analyse démographique



- Indicateur synthétique « au cours de la vie »
 - De moins en moins de femmes ont recours à l'IVG
 - En cas de recours, la probabilité d'une nouvelle IVG augmente
- Probabilité de recourir à nouveau à une IVG
 - Effet d'apprentissage, sélection de certains groupes plus susceptibles
- Des enjeux politiques
 - Droit à l'IVG, question de santé publique

Tableau 9. Répartition des femmes selon le nombre de recours à une IVG au cours de la vie (%)

Nombre d'IVG	Année			
	1980	1990	2002	2011
0	46,0	62,0	61,6	66,7
1	45,9	31,1	27,8	19,7
2	6,3	5,3	8,2	9,5
3 ou plus	1,8	1,5	2,4	4,1

7/12

II – Les évolutions prévues



- Forces et faiblesses des bulletins
- Les enquêtes de la Drees, de l'Ined et de l'Inserm
- L'enrichissement du PMSI
- La disparition des BIG

8/12

Forces et faiblesses des bulletins



- Une déclaration obligatoire
 - Théoriquement exhaustive, pas en pratique
 - Un fardeau administratif
- Des données sociodémographiques
 - Des possibilités nouvelles avec les recensements
- Un élément de légitimation des IVG
 - Peu de réticence de la part des équipes hospitalières
 - Des ARS demandeuses de données
- Des fichiers disponibles
 - Pas d'analyse à la Drees
 - Plus d'analyse à l'Inserm
 - Intérêt des ARS

9/12

Les autres sources de données



- Les enquêtes de la Drees, de l'Ined et de l'Inserm
 - Des analyses plus poussées (contraception, analyses socio)
 - Sous-déclaration dans les enquêtes en population
 - Nécessité d'avoir des gros échantillons d'IVG
 - Complémentaires des bulletins (ou du PMSI)
- L'enrichissement du PMSI grâce à l'Atih
 - Rang de l'IVG et année de la dernière IVG
 - Nombre de naissances précédentes
 - Analyse de l'ensemble des grossesses (terminées à l'hôpital)
- La disparition des BIG
 - Nécessite de changer la loi ; recouvrement avec le PMSI
 - Disparition des données sociales

10/12

III – Conclusions



- Les bulletins sont substituables au PMSI, pas aux enquêtes
- Enrichir le PMSI
 - Trois variables, parfait pour les analyses démographiques
 - Discussions en cours sur la mise en pratique
 - Exhaustivité des données
- Questions en suspens
 - Données sociodémographiques (question plus large)
 - Recouvrement BIG – PMSI (ruptures de série)
 - Accès aux données (Cnil, Drees?)

11/12

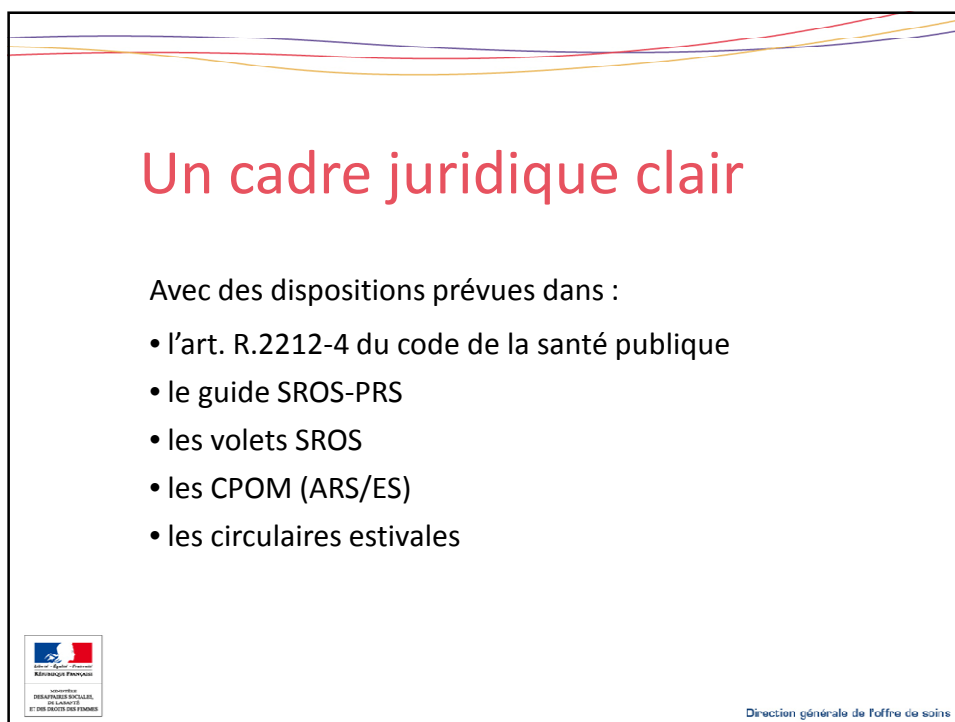
Merci

- Trois publications disponibles sur Internet
 - Site dédié aux données détaillées http://ivg_statistiques.site.ined.fr/
Annuaire depuis 1976
Tableaux en série longue (projet)
 - Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Elodie Baril, 2005, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population & Sociétés*, 508, 4 pages. <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
 - Magali Mazuy, Laurent Toulemon, Elodie Baril, 2014, « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours », *Population*, 69 (3), 2014, p. 365-398. <http://www.ined.fr/fr/publications/conjoncture-demographique/le-nombre-ivg-est-stable-mais-moins-de-femmes-y-ont-recours/>
- Contacts
 - Laurent Toulemon, Magali Mazuy



12/12

- Étude nationale : délais d'accès à l'IVG-2014 (DGOS)



Des éléments généraux d'état des lieux disponibles

- enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007
- campagne pluriannuelle d'inspections 2006-2012
- remontées ARS (circulaires estivales)
- remontées ARS (suivi mensuel 2013)

présentant des résultats plutôt rassurants



Direction générale de l'offre de soins

Mais des difficultés soulevées sur le terrain

- Offre de prise en charge parfois éloignée du domicile;
- Difficultés à trouver une prise en charge dans le délai légal pour les femmes présentant un terme avancé ;
- Limitation du choix de la méthode, du mode d'anesthésie ;
- Demande d'avance de frais...

=> alerte des associations reprise dans le rapport du HCEFH de novembre 2013

justifiant de conduire des investigations avancées notamment sur le sujet des délais d'accès



Direction générale de l'offre de soins

Etude sur les délais d'accès

- marché public 2014
- prestataire retenu : BVA
- forme : enquête mystère avec 4 scénarios
- périmètre : France entière
 - Établissements de santé ayant une activité d'IVG (574)
 - Permanences téléphoniques régionales (28)



Direction générale de l'offre de soins

Principaux résultats (1/2)

- Des résultats positifs :
 - ✓ les appels aboutissent à 97 %
 - ✓ lorsqu'un rendez-vous de consultation est donné,
médiane des délais constatés = 2j si terme avancé
= 5j dans les autres cas
 - ✓ très peu de jugements négatifs constatés



Direction générale de l'offre de soins

Principaux résultats (2/2)

- Des résultats montrant des difficultés d'accès :

- ✓ une orientation insuffisante, notamment pour les situations les plus complexes
- ✓ difficulté à obtenir un rendez-vous (obtention : 61 %)
- ✓ mauvaise prise en compte du parcours déjà réalisé
- ✓ refus de prise en charge d'une femme mineure non accompagnée par ses parents : 27% des établissements privés
- ✓ conditions financières de prise en charge parfois non conformes au droit.



Direction générale de l'offre de soins

Limites de l'étude

- seulement sur l'offre hospitalière et ne permettant pas d'apprécier finement l'ensemble du parcours
- chiffres réduits ne permettant pas toujours d'avoir un résultat significatif et ne permettant pas les comparaisons régionales

➡ l'enquête sera renouvelée avec une méthodologie améliorée



Direction générale de l'offre de soins

Perspectives

Des mesures fortes inscrites dans le **programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG**, présenté par la ministre le 16 janvier 2015

Qui visent à :

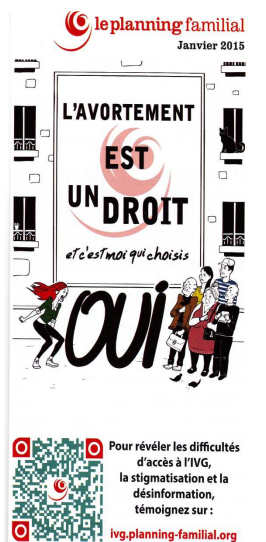
- Mieux informer les femmes sur leurs droits ;
- Simplifier et améliorer le parcours des femmes qui souhaitent réaliser une IVG ;
- Garantir une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire.



Direction générale de l'offre de soins

- IVG : un site national spécifique, une enquête spécifique (MF PF)

Un site national spécifique
une enquête spécifique



- Depuis avril 2014, 1637 questionnaires ont été complétés :
- 771 femmes, 392 accompagnants, 456 professionnels l'ont utilisé pour signaler des dysfonctionnements,
- 85 questionnaires concernent la pratique des IMG
- Pour la moitié des questionnaires, le choix de la technique n'est pas respecté.

La situation de l'avortement en Ile de France

- Le département de Paris et de la Seine Saint Denis sont les deux départements où les femmes ont le plus recours à l'ivg.
- Ces deux départements réalisent 41,5% des ivg.

3

L'avortement à Paris

- En 1999, 13 hôpitaux publics pratiquaient les IVG,
- En 2014, ils n'étaient plus que 9.
- Ces structures pratiquent 80% des avortements.
- 9 hôpitaux sur 10 déclarent pratiquer l'ivg jusqu'à 12SA.
- Difficultés pour les cpef pratiquant l'ivg médicamenteuse: absence de prise en charge par la cpam 75

4

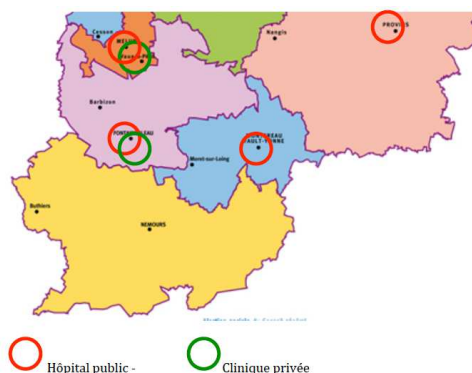
Résultats de l'enquête parisienne sur l'accessibilité de l'avortement

- Lors de la réalisation de l'enquête seuls 4 établissements sur les 9 précités peuvent prendre en charge un avortement en urgence.
- La possibilité de faire une ivg quand on est non assurée sociale n'est pas garantie
- Les informations délivrées aux femmes quant au coût final et aux nombres de rdv ne sont pas précises

5

L'avortement en Seine et Marne

- Dans le sud du département 6 structures pratiquent l'avortement: 4 publiques et 2 privées



6

L'avortement en Seine et Marne

- Seulement 2 établissements publics déclarent pratiquer l'ivg jusqu'à 12SA
- Les établissements publics pratiquent la sectorisation
- 5 établissements déclarent la méthode d'avortement est choisie par le médecin
- 1 structure privée impose la présence des parents pour pratiquer un avortement à une mineure

7

L'avortement dans les Hauts de Seine

- En 2012, 22% des femmes des Hauts de Seine ont du avorter hors de leur département.
- Sur 13 structures pratiquant l'avortement, seulement 6 pratiquent régulièrement l'avortement jusqu'à 12SA.

8

Quelques points positifs

- Dans le Val d'Oise : mise en place d'une collaboration MFPP95 et coordinatrice du réseau périnatalité pour trouver des places pour les demandes d'ivg en délais courts.
- Dans l'Essonne: mise en place de l'ivg médicamenteuse dans les CPEF

- Le PMSI : circuit et données (SOFIME)

Commission sur les données et la connaissance de l'IVG (DREES)

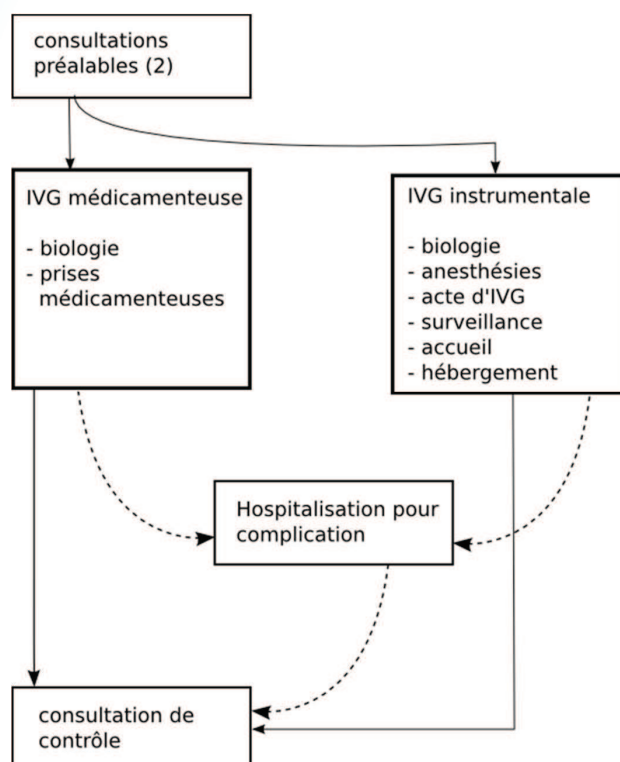
30/09/2015

Le PMSI : circuit et données

Société francophone de l'Information médicale



Circuit des patientes en établissement de santé



Informations produites

- ▣ Consultations préalables : lettre C de la NGAP
- ▣ Hospitalisation pour IVG médicamenteuse ou instrumentale : résumé standardisé de sortie (MCO)
- ▣ Hospitalisation pour complication post-IVG : résumé standardisé de sortie (MCO)
- ▣ Consultation de contrôle : lettre C de la NGAP

Codage des IVG

- ▣ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO et Odontologie (BO 2015/6 bis fascicule spécial)
- ▣ Tronc commun :
 - ▣ Unité d'admission : numérotation réservée
 - ▣ Date des dernières règles
 - ▣ Depuis le 1^{er} mars 2015 : nombre d'IVG antérieures, année de l'IVG précédente, nombre de naissances vivantes antérieures
 - ▣ Diagnostics : combinaison de codes de la classification internationale des maladies (CIM-10)
- ▣ IVG médicamenteuse
 - ▣ Sortie = entrée = date de délivrance du médicament abortif
 - ▣ Acte de la classification commune des actes médicaux (CCAM)
- ▣ IVG instrumentale
 - ▣ Acte de la CCAM

Codage des complications

- ▣ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO et Odontologie (BO 2015/6 bis fascicule spécial)
- ▣ Tronc commun :
 - ▣ Date des dernières règles
 - ▣ Diagnostics : combinaison de codes de la classification internationale des maladies (CIM-10)
- ▣ Actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM)

5

Facturation des séjours

- ▣ Catégorisation des séjours (classement dans un groupe homogène de malades ou GHM)
- ▣ Dé-identification (anonymisation) des résumés
- ▣ Transmission à l'ATIH (plateforme e-pmsi)
- ▣ Facturation
 - ▣ Hospitalisations pour IVG : 6 forfaits
 - ▣ Cas particulier des IVG instrumentales de plus de 2 nuits : un tarif (GHS)
 - ▣ Hospitalisation pour complication d'IVG : un tarif (GHS)

6

Couverture des frais

- Consultations préalables facturables en sus et prises en charge dans les conditions habituelles.
- IVG médicamenteuse prise en charge à 100 % des analyses de laboratoire préalables à l'IVG, des 2 consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle.
- IVG instrumentale : prise en charge à 100 % de l'hospitalisation (le forfait journalier n'est pas facturable) mais la consultation médicale de contrôle n'est pas prise en charge
- IVG instrumentale de plus de 2 nuits et complication d'une IVG : prise en charge dans les conditions habituelles

7

Questions sur le respect de la confidentialité et de l'anonymat

- Circulation des informations au sein de l'établissement de santé
- Circulation des informations hors les murs de l'établissement de santé

8

Au sein de l'hôpital

- ▣ Responsabilité du directeur de l'établissement
- ▣ Risques inhérents à la fragilité des systèmes d'information (garantir l'anonymat)
- ▣ Risques dus au manque de formation des agents hospitaliers

9

Hors des murs (1)

- ▣ Possibilité d'émission de factures pour les consultations préalables, la consultation de contrôle pour les IVG instrumentales, les IVG instrumentales de plus de deux nuits, les complications (envoi à domicile).
- ▣ Possibilité d'envoi d'informations concernant le ticket modérateur sauf pour les bénéficiaires de la dispense d'avance de frais et exonérées du ticket modérateur pour la prise en charge des actes liés à l'IVG, à savoir :
 - ▣ Les femmes mineures sans consentement parental
 - ▣ Les femmes bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME ou des soins urgents.

10

Hors les murs (2)

- ▣ Transmission à l'ATIH d'informations pseudo dé-identifiées :
 - ▣ S'accompagne de l'envoi d'un fichier de correspondance entre numéro anonyme et le numéro de séjour

Conclusion

- ▣ Des discordances entre prises en charge des IVG médicamenteuses et des IVG instrumentales
- ▣ Non-recouvrement du RSS et du bulletin d'information sur les IVG
- ▣ Des risques pour la confidentialité et l'anonymat
- ▣ Réfléchir à un autre dispositif pour l'information sur les IVG ?

- Bilan des variables liées aux IVG dans le PMSI-MCO (ATIH)

Bilan des variables liées aux IVG dans le PMSI MCO

Marlène Bernard - Service RDE
Dr Eric Ekong – Service CIM-MF

Le chainage en bref

- Principe : attribuer un **numéro anonyme** (ou clé de chainage) à un même patient sous réserve que certaines informations soient toujours renseignées de la même manière :

- Date de naissance
 - Sexe
 - Numéro d'assuré social
- } **Numéro anonyme
(non signifiant)**

↓
Logiciels fournis
par l'ATIH
aux établissements de santé

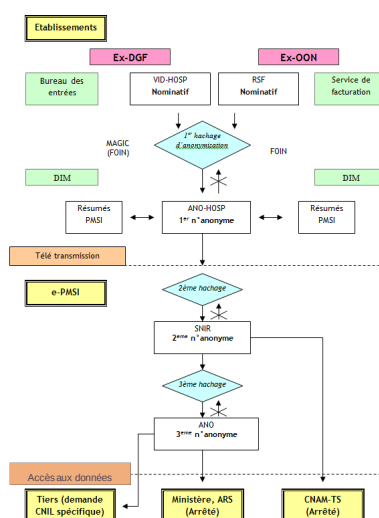
Le chainage en bref

- Depuis 2001 dans le champ MCO
- Objectif = relier entre elles les hospitalisations d'un même patient
- Principales propriétés du **numéro anonyme** :
 - Reproductibilité : on obtient le même n° à partir des mêmes informations
 - Irréversibilité : on ne retrouve pas les informations qui ont créé le n° en partant du n°
- Chainage correct = génération d'un n° anonyme avec ensemble des codes retour à 0 (9 codes retour en 2014)

3

Le chainage en bref

- Document sur le chainage sur www.atih.sante.fr
- Accès aux données
- Documentation technique
- Aide à l'utilisation des informations de chainage



4



Le chainage pour les IVG

- En 2014, 9 établissements sur 10 ont un taux de chainage correct des IVG supérieur à 90%.
- Mais un chainage correct n'est pas toujours suffisant...
 - Certains établissements enregistr(ai)ent toutes les IVG sous une même identité d'une patiente fictive (mêmes date de naissance, sexe F et n° de SS fictif)
 - IVG réalisées pour un seul âge
 - Pas d'observation ou de vision épidémiologique possibles
- Tableaux de contrôles sur la plateforme pour améliorer le codage des IVG

5



Les variables « ex-BIG »

- Contexte
 - Modernisation de l'Action Publique
 - Pilotage Secrétariat Général
 - Possibilité de suppression à venir des BIG dans le cadre de la simplification administrative
- Demande INED/DREES de recueil en 2015 de 3 données supplémentaires dans le PMSI
 - Modification du format du RUM avec ajout
 - Nombre de naissances vivantes antérieures
 - Nombre d'IVG antérieures
 - Année de la dernière IVG
 - Evolution présentée
 - En Comité Technique MCO
 - dans la notice technique PMSI MCO 2015
 - dans le guide méthodologique MCO 2015

6



Les variables ex-BIG

- Variables non obligatoires dans le recueil
- Contrôles réalisés au sein de l'établissement (logiciels ATIH) :
 - Groupage en erreur du séjour si format de l'une des trois variables non respecté (numérique ou date > date naissance)
- Un tableau sur la plateforme disponible avant M12 pour que établissements et ARS aient une vision globale du remplissage

7



Les variables « ex-BIG »

- Bilan du remplissage au 28/09/2015

- Période M7 = janvier-juillet
- 105 000 IVG

- Variables

- Nombre de naissances vivantes

Vide	0	99	1-10	>10
52 %	36 %	< 1 %	11 %	< 0,5 %

- Nombre d'IVG antérieures

Vide	0	99	1-10	>10
52 %	40 %	< 1 %	7 %	< 0,5 %

- Année de la dernière IVG

Vide	0000	Valeur correcte
58 %	35 %	7 %

8

Les variables « ex-BIG »

- Qualité des données
 - Problème de la distinction entre « 0 » et « vide »
 - 1 900 séjours hors IVG avec au moins une variable ex-BIG avec une valeur « significative » :
 - 94% groupés dans la CMD 14 *Grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum*
 - 48% de séjours dans le même établissement
 - Perspectives ?
 - Ajout de contrôles ?
 - Obligation de remplissage des variables dans les séjours d'IVG pour distinguer vrais 0 et données manquantes ?

9

Perspectives

- Réflexion globale ATIH sur les modalités d'introduction dans le PMSI de variables « épidémiologiques »
- C-a-d variables sans impact ni sur le financement ni sur la classification

10



AGENCE TECHNIQUE
DE L'INFORMATION
SUR L'HOSPITALISATION

**Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation**

117, bd Marius Vivier Merle 69329 Lyon cedex 03

Téléphone : 04 37 91 33 10

Fax : 04 37 91 33 67

www.atih.sante.fr

- IVG : l'accès aux femmes précaires (MDM)



IVG

L'accès aux femmes précaires ?

Commission Ivg DREES – Septembre 2015



LES FEMMES RENCONTRÉES



- » **Age moyen 33,5 ans - 15 % mineures**
- » **95 % sont étrangères**
- » **1/3 en logement précaire ou à la rue**
- » **65% vivent seules**
- » **Ressources moyennes du foyer 249 euros / mois**
- » **11,6 % des femmes ont des droits ouverts**
- » **Age moyen de la 1ere grossesse : 21,5 ans**
- » **1/4 Mineures à la 1ere grossesse**
- » **Nombre moyen de grossesse: 3,4**



CONTRACEPTION ET RECOURS À L'IVG

Contraception

- » **23,5%** déclaraient utiliser une contraception **régulièrement** ; 10,6% occasionnellement (**vs 72 %**)
- > 32,8% méthodes traditionnelles (**vs 2,8%**)
 - > 31% préservatif (vs 11%)
 - > 19% pilule (**vs 57%**)
- Pas d'association avec le temps de présence en France, ou la couverture maladie

- » **12,8 % dans les CASO souhaitent une contraception**

Femmes enceintes

- » 41% sont en retard de suivi de grossesse
- » **13% demande d'IVG**
- » A la question: vous n'avez jamais eu recours à l'IVG parce que vous avez toujours été enceinte quand vous le souhaitiez? » **Plus de 40% ont répondu qu'elles ont accepté la grossesse**

IVG

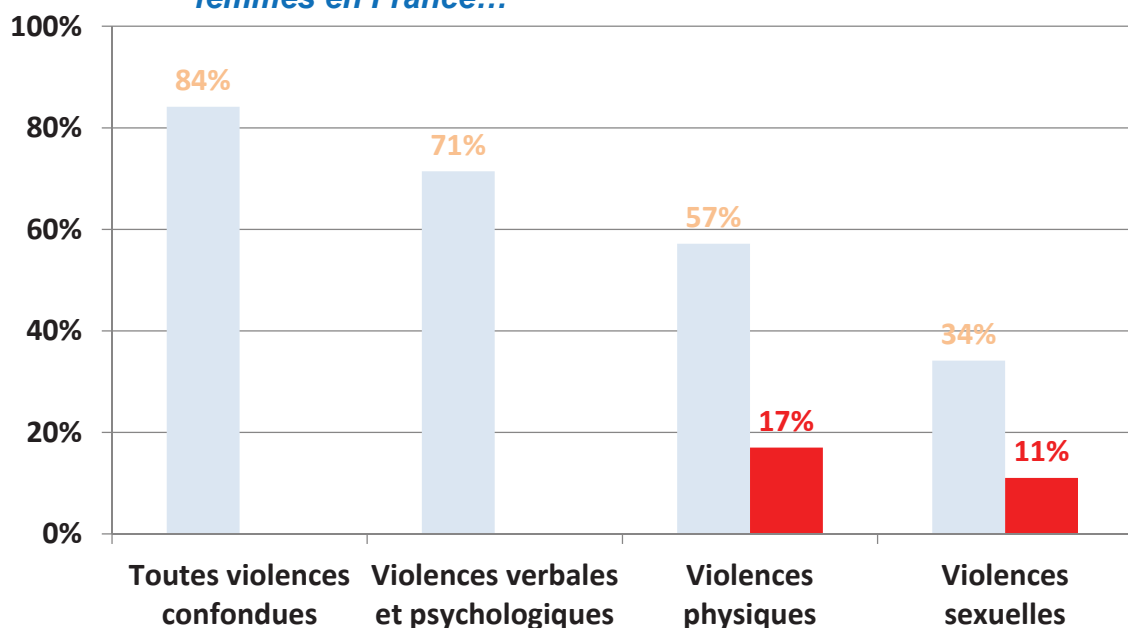
» 37,9 % ont déjà effectué au moins une IVG

18,7% y ont eu recours à plusieurs reprises

» 50% due à une absence de contraception

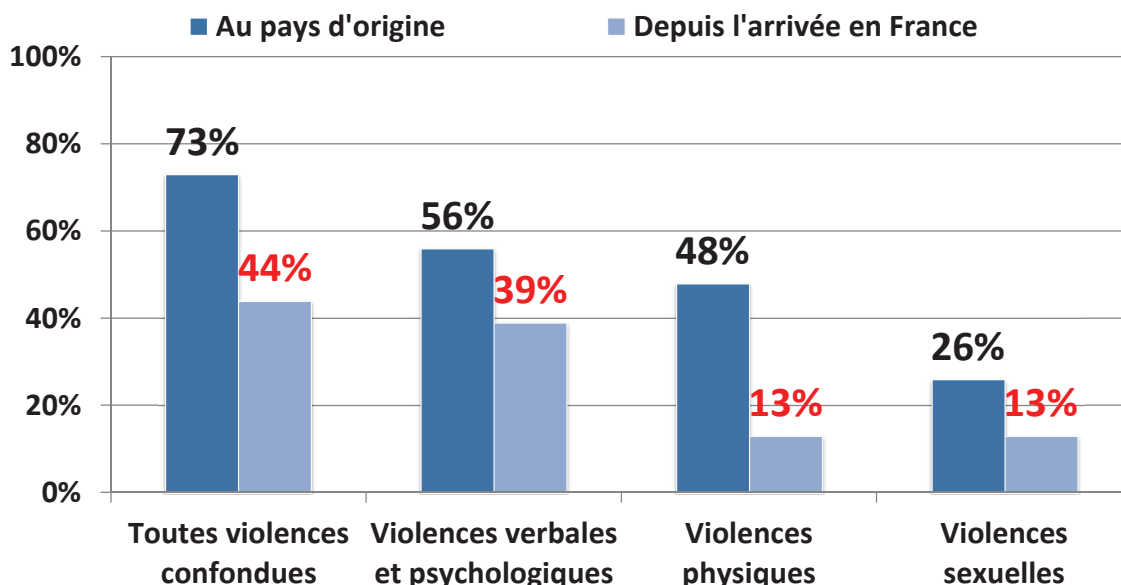
- > 14,7% un échec de la contraception
- > 13% c'est un moyen de régulation des naissances
- > 8% Refus de la grossesse par la famille ou le conjoint
- > 4% suite à un viol

LES VIOLENCES





L'ampleur des violences



Enquête VFF 2009, Médecins du Monde, CASO de Saint-Denis et Paris

Amélie CHARRUAULT – Expert Démographe



LES PROBLEMES RENCONTRES DANS L'ACCES A L'IVG



DES PATIENTES

- » Difficulté d'aborder ces questions (manque d'information des patientes, barrières culturelles)
- » Préjugé des soignants
- Pratiques dangereuses



Prise en charge contestables / abusives

- » Entretiens rapides / information incomplète / Sans interprète
- » Demande de paiement / chèque de caution
- » Exigence d'une échographie de datation / refus ou non proposition de la faire à l'hôpital
- » Absence de professionnel pour pratiquer l'IVG (planning, gynécologue...)
- » Exigence d'une domiciliation dans le département où recours à l'IVG



NOS RECOMMANDATIONS



- » Documenter les besoins et demandes d'interprétariat
- » Documenter les demandes non satisfaites, les rendez vous non honorés, la durée du parcours...
- » Améliorer l'accès géographique, horaire
- » Documenter les barrières financières / paiements
- » Faire le lien avec l'accès à la contraception

MÉDECINS DU MONDE 世界医師 DOCTORS OF THE WORLD 世界医師 LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΠΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界医師 ÄRKTÄ DER WELT 世界医師 MÉDECINS DU MONDE 世界医師 DOCTORS OF THE WORLD 世界医師 世界医師 DOCTORS OF THE WORLD 世界医師 LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΠΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界医師 ÄRKTÄ DER WELT 世界医師 MÉDECINS DU MONDE 世界医師 DOCTORS OF THE WORLD 世界医師 LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΠΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界医師 ÄRKTÄ DER



MERCI

NOUS SOIGNONS CEUX QUE LE MONDE OUBLIE PEU A PEU

- Les IVG en Île-de-France : expérience d'exploitation de données infra-régionales, données 2012 (ORS)



Les IVG en Île-de-France

Expérience d'exploitation de données
infra-régionales – données 2012



Présentation à la deuxième Commission sur les
données et la connaissance de l'IVG – 30/09/2015

C.Vincelet
Observatoire régional de Santé Île-de-France



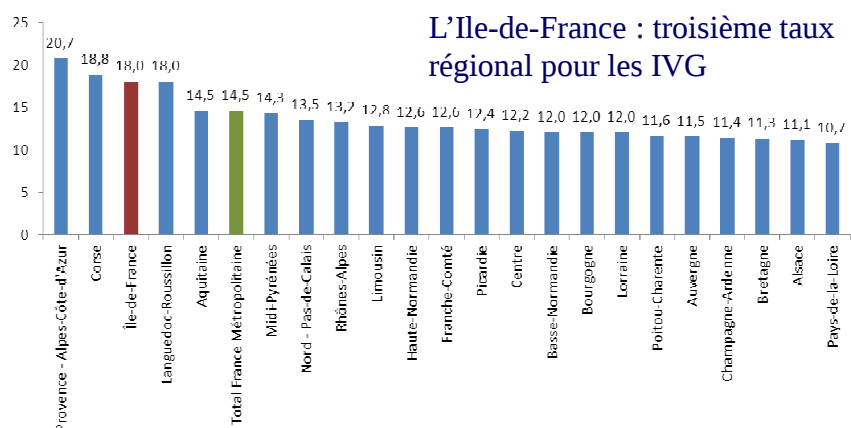
Le contexte francilien

- En 2012 : **Rapport de l'ARS sur l'IVG** : nécessité d'améliorer
 - la lisibilité et la qualité de l'information
 - le recours aux soins et les conditions de prises en charge
- Elaboration du projet régional visant à **Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement**.
- Nécessité d'un **état des lieux régional sur l'IVG**
Volet quantitatif à partir des données disponibles



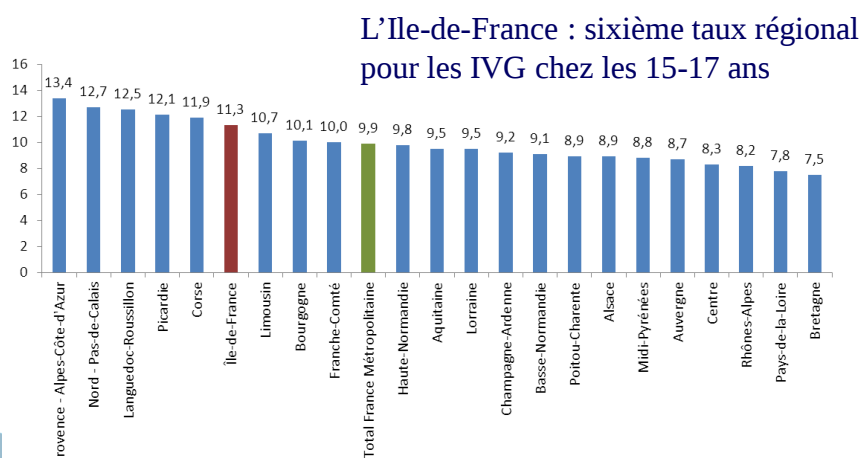
L'information disponible annuellement : publication Drees :

Taux d'IVG pour 1.000 femmes de 15 à 49 ans dans les régions de France métropolitaine en 2012 (données enregistrées)



Sources : Drees, données 2012.

Taux d'IVG pour 1.000 femmes de 15 à 17 ans dans les régions de France métropolitaine en 2012 (données enregistrées)



Sources : Drees, données 2012.

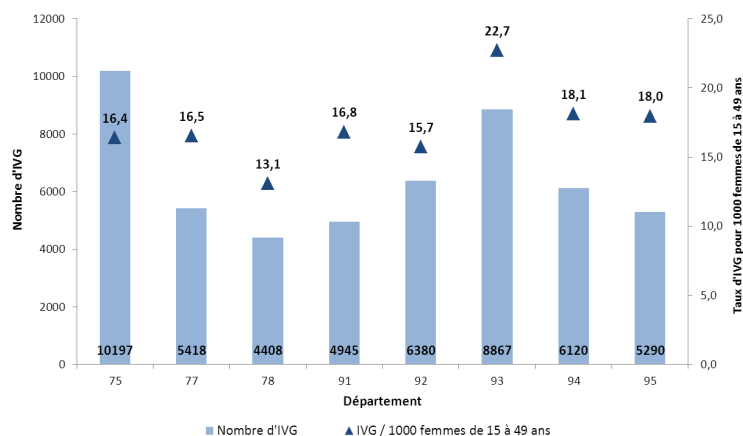
Les sources de données

- **Bulletins d'interruption de grossesse (BIG)** : prévus par la loi de 1975. Limite : pb d'exhaustivité
- **Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** : Disponible depuis 1994. Données enregistrées
- **Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)** : données domiciliées ou enregistrées / âge des femmes / technique
- **Données de l'assurance maladie** : recueil des forfaits correspondants à des remboursements d'IVG médicamenteuses en ville, disponibles à la caisse de domiciliation de l'assurée et en données enregistrées
- *Mais certaines données, transmises sous forme agrégées par les CG échappent à ces bases de données*



Taux de recours à l'IVG par des Franciliennes en 2012 : 17,2%

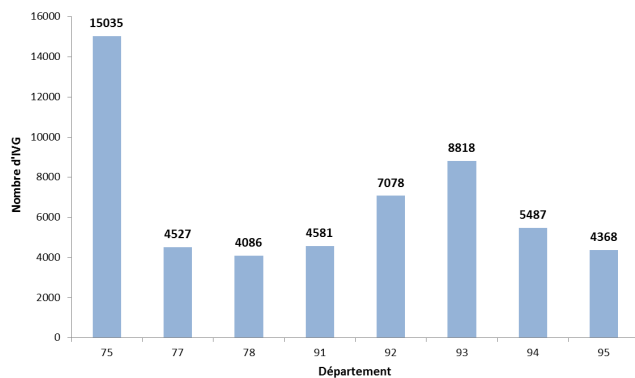
Nombre et taux d'IVG pour 1.000 femmes de 15 à 49 ans dans les départements franciliens selon le domicile en 2012



Sources : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursements, assurés du régime général), Insee (estimations de population 2010), Exploitation ORS Île-de-France, 2014.

Plus du quart des IVG franciliennes réalisées à Paris

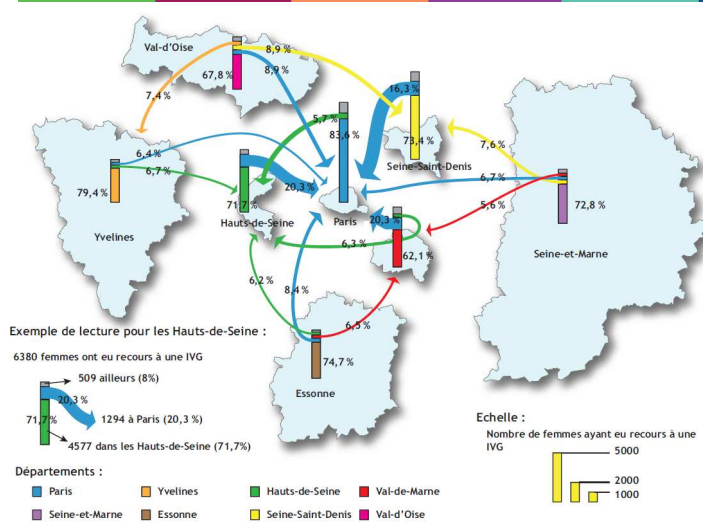
Nombre d'IVG réalisées dans les départements franciliens en 2012



Sources : Drees (SAE), CNAMTS (SNIRAM tous régimes, forfaits médicaments selon la date de soin). Exploitation ORS Île-de-France, 2014.



Territoire de réalisation des IVG des femmes franciliennes selon les départements de domicile en 2012



Sources : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursement, assurées du régime général). Exploitation ORS Île-de-France, 2014.



Un taux d'IVG maximum entre 18 et 24 ans

Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes par classe d'âge et par département de domicile en 2012

Département de domicile	Classes d'âge (ans)				
	<18	18-24	25-34	35-44	≥ 45
75	10,5	23,4	20,9	12,9	1,2
77	10,9	28,3	24,8	10,9	1,1
78	7,6	22,5	20,3	8,9	0,7
91	10,9	28,9	25,8	10,4	0,8
92	9,4	26,6	21,7	11,3	1,0
93	15,6	36,9	32,1	14,1	0,9
94	11,8	28,3	26,5	12,5	1,0
95	12,2	27,6	27,9	12,1	0,9
IdF	11,1	27,5	24,5	11,7	1,0

Sources : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursements, assurés du régime général), Insee (estimations de population 2010), Exploitation ORS Île-de-France, 2014.



Un ratio IVG sur naissances vivantes très élevé sur Paris avant 25 ans

Ratio IVG pour 100 naissances vivantes par classe d'âge et par département de domicile en 2012

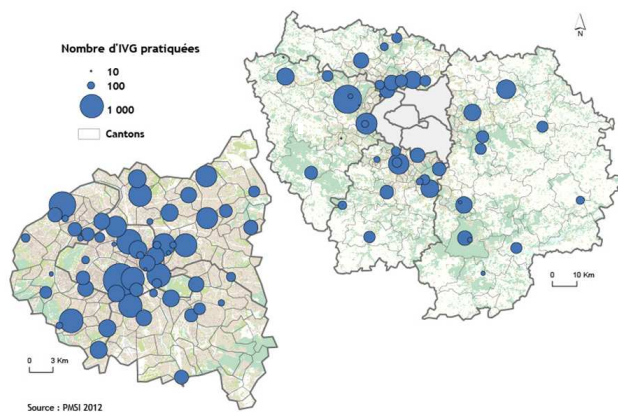
Département de domicile	Classes d'âge (ans)			Total
	<25	25-34	≥ 35	
75	187,8	26,2	21,6	34,8
77	79,5	17,6	26,3	27,5
78	87,2	14,5	18,4	22,2
91	79,7	17,6	22,3	26,5
92	134,4	17,9	19,1	25,7
93	79,5	21,7	23,8	30,6
94	98,0	20,3	23,5	29,1
95	75,8	18,6	23,5	27,1
IdF	97,1	19,7	22,0	28,4

Sources : PMSI, SIAM (forfaits médicaments selon la date de remboursements, assurés du régime général), Insee (estimations de population 2010), Exploitation ORS Île-de-France, 2014.



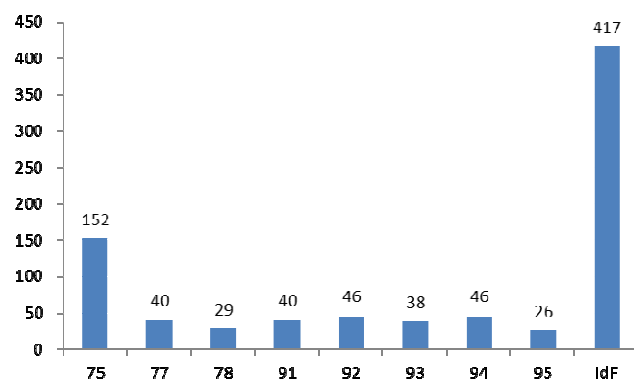
Offre de soin diversifiée mais inégale selon les départements

Cartographie des hôpitaux franciliens ayant réalisé des IVG en 2012, selon le nombre d'IVG effectuées



Une offre de ville concentrée sur Paris

Praticiens de ville ayant réalisé des IVG en 2012



Sources : CNAMTS fichier tout régime, date de soin.

Conclusion

- Importance de l'analyse en données domiciliés
- De très forts écarts entre les départements
 - Taux de recours à l'IVG allant de 13,1 à 22,7 pour 1000 femmes en âge de procréer
 - A mettre en lien avec
 - les caractéristiques de la population
 - l'offre de soin
- Des disparités dans les types de recours (ville / hôpital, médicamenteux / instrumental)
- Mais absence de données sur les caractéristiques des femmes (sauf âge) et sur le terme de la grossesse



Perspectives

- Analyse complémentaire à partir de BIG, permettant d'avoir des éléments précisant certaines caractéristiques des femmes, les ATCD et le terme de la grossesse
- Suivi dans le temps de ces indicateurs
- Amélioration de l'exhaustivité des bases de données : pb de la gestion des données anonymes ou agrégées pour les IVG réalisées en PMI



Merci pour votre attention



Cette présentation a été
conçue comme support visuel
d'une présentation orale.

Le rapport complet de l'étude
est téléchargeable sur le site
de l'ORS :

www.ors-idf.org



Les interruptions
volontaires de grossesse
en Île-de-France

Données 2012

Décembre 2014



- Projet FRIDA : SI PMSI sur l'activité IVG (ARS Île-de-France)

Projet FRIDA

→ SI PMSI sur l'activité IVG

Commission DREES 30 septembre 2015

Anne-Gaëlle DANIEL
Responsable du département périnatalité et orthogénie

1

Présentation des outils utilisés par l'ARS IF

Outils élaborés par l'équipe PERINAT-ARS IF composé de :

- Dr Catherine Crenn-Hebert (G/O), Dr Claudie Menguy (méd DIM),
- Elodie Lebreton et Chloé Poulain (statisticiennes)

www.perinat-ars-idf.org

Pour le pilotage de l'action publique par l'ARS, notamment dans le cadre du projet FRIDA

- Analyse des inégalités territoriales
- Analyse individuelle de chaque établissement (contractualisation / audit régional, ...)

2

— Tableau de bord PMSI

Données enregistrées		département		Etablissement	
PMSI 2014		Nb	%	Nb	%
Nb d'accouchements		17259		4383	
Nb d'IVG		3369	19,5%	1470	33,5%
Age de la mère					
	11-17 ans	174	5,2%	75	5,1%
	18-19 ans	274	8,1%	115	7,8%
	20-24 ans	871	25,9%	376	25,6%
	25-29 ans	700	20,8%	310	21,1%
	30-34 ans	614	18,2%	274	18,6%
	35-39 ans	486	14,4%	211	14,4%
	40-44 ans	235	7,0%	101	6,9%
	45-59 ans	15	0,4%	8	0,5%
Age gestationnel					
	0-7 SA	1588	47,1%	682	46,4%
	8-9 SA	972	28,9%	427	29,0%
	10-12 SA	638	18,9%	269	18,3%
	13-14 SA	147	4,4%	81	5,5%
	> 14SA	16	0,5%	7	0,5%

3

— Tableau de bord PMSI (suite)

Méthodes	Département		Etablissement de santé	
	nb	%	nb	%
Médicamenteuse	2197	65,2%	1044	71,0%
Chirurgicale	169	5,0%	162	11,0%
Chirurgicale avec anesthésiste	982	29,1%	260	17,7%
Sans précision	27	0,8%	8	0,5%
Département de domiciliation				
	75	24	17	1,2%
	77	2	2	0,1%
	78	2982	1234	83,9%
	91	15	8	0,5%
	92	79	59	4,0%
	93	8	5	0,3%
	94	13	9	0,6%
	95	135	115	7,8%
Hors IDF	111	3,3%	21	1,4%

4

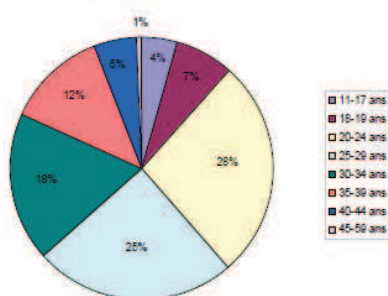
Fiche département

5

Recours à l'IVG hospitalière pour 1000 femmes selon le département de domiciliation en 2013 :

Département / région	75	IDF
IVG	7197	40231
Pop femmes en âge de procréer	621889	3004568
Part recours IVG (1000 femmes)	11,6	13,4

Plus de 11 parisiennes pour 1000 femmes en âge de procréer ont eu recours à une IVG en 2013 contre un peu plus de 13 pour 1000 en Ile-de-France.



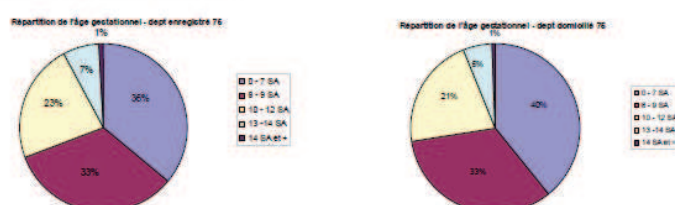
Répartition de l'âge maternel en 2013 :

319 soit 4% des femmes domiciliées ayant recours à l'IVG sont mineures. En 2012, 5% des femmes domiciliées à Paris avaient eu recours à l'IVG. 52% des femmes domiciliées ayant fait une IVG dans le département de Paris avaient entre 20 et 29 ans en 2013.

Fuite et attractivité en 2013 :

83% des IVG de femmes domiciliées à Paris sont réalisées à Paris, chiffre à mettre en rapport avec les accouchements de femmes domiciliées à Paris (88%). Entre 2 et 20% des IVG domiciliées dans les autres départements d'Ile-de-France sont réalisées à Paris.

Répartition de l'âge gestationnel en 2013 :



Répartition du nombre et des méthodes d'IVG par établissement de Paris en 2013

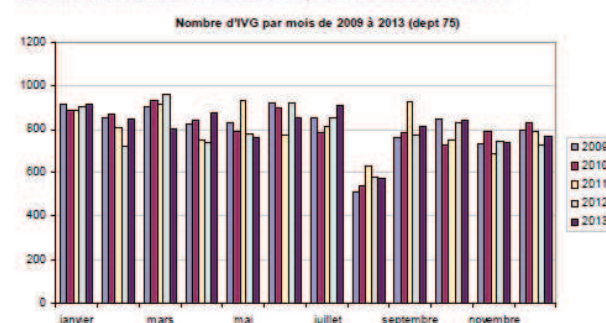
Etablissement	Acc	IVG	IVG / Acc	IVG médicamenteuse (%)	Aspiration sans présence d'anesthésiste (%)
GH ST JOSEPH / NO BON SECOURS	3029	0	0,0%	0,0%	0,0%
GPE HOSP DIACONNES	2238	0	0,0%	0,0%	0,0%
HOSPITAL LAROCHE	2304	1089	47,3%	709 (65,7%)	0,0%
HOSPITAL LOUIS VITTE SAINT LOUIS	0	578	0,0%	145 (25,1%)	1,0%
HOSPITAL PITHES	3962	965	24,3%	183 (19,0%)	7,0%
HOSPITAL PITHES SAUPEYRIE	2860	1101	38,5%	302 (27,4%)	0,0%
HOSPITAL COCHIN - SVP	1032	2228	215,2%	874 (39,3%)	610 (27,2%)
HOSPITAL NECKER	2978	0	0,0%	0,0%	0,0%
CLIN BOUAT	2196	716	32,6%	182 (25,4%)	0,0%
HOSPITAL TENON	2725	634	23,3%	409 (64,5%)	0,0%
HOSPITAL DES ALLIÉS	2848	1097	38,5%	412 (37,6%)	280 (25,5%)
INSTITUT MUTUALISTE MONTROUS	3060	480	15,7%	172 (35,8%)	0,0%
CLINIQUE DU SOUFFLE	0	21	0,0%	0,0%	0,0%
CLIN SAINT PIERRE	1200	249	20,7%	20 (8,3%)	4 (1,6%)
CLIN MATERNITE FELICITE	3060	0	0,0%	0,0%	0,0%
CLIN DE LA MUETTE	1862	100	5,4%	22 (22,0%)	0,0%
CLINIQUE SAINT-THÉRESE	1510	149	9,9%	0,0%	0,0%
CLINIQUE DU MONT-LOUIS	0	236	0,0%	121 (51,3%)	0,0%
HÔPITAL GUSTAVE DUMAS	0	48	0,0%	0,0%	0,0%
HOSPITAL ROBERT DEBRE	2938	117	4,0%	0,0%	0,0%
Total 75	41914	9698	23,1%	3589 (37,0%)	852 (8,8%)
Total IDF	180124	40610	22,5%	16642 (41,0%)	3615 (8,9%)

Le pourcentage des méthodes est calculé sur les IVG avec une méthode renseignée manquante, 2012 : 2,9% d'informations manquantes). Dans le département de Paris, 63% des IVG sont réalisées à Paris, chiffre à mettre en rapport avec les accouchements de femmes domiciliées à Paris (88%). Entre 2 et 20% des IVG domiciliées dans les autres départements d'Ile-de-France sont réalisées à Paris.

Lieux d'enregistrement des IVG dans le 75 en 2013 :

Département / région	75	IDF
Nb de sites ayant réalisé au moins un acte d'IVG (PMSI)	17	103
Dont part dans le secteur public/ESPI	12 (70,6%)	56 (54,4%)
Nb d'IVG hospitalières (PMSI)	9698	40610
Dont part dans le secteur public/ESPI	8738 (90,1%)	31383 (77,3%)

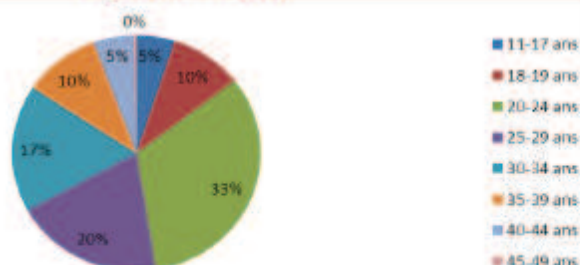
Tendance saisonnière du nombre d'IVG par mois entre 2009 et 2013 :



Fiche établissement

7

Activité d'IVG de l'année 2013							
CH [REDACTED]	Type 2B					940 [REDACTED]	
nombre total d'accouchements :	2488				nombre total d'IVG :	339	
					IVG / Acc :	13,6%	
Méthodes d'IVG							
	Votre établissement					Dept 94	IDF
	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2013
Nombre d'IVG	410	355	354	365	339	3679	40610
Médicamenteuse	22.2%	8.2%	12.4%	17.5%	9.1%	26.0%	41.3%
Instrumentale	76.6%	91.3%	86.7%	81.9%	90.6%	72.7%	57.2%
Sans précision	1.2%	0.6%	0.8%	0.5%	0.3%	1.3%	1.6%
Age gestationnel en fonction de la méthode - 2013							
	Médicamenteuse				Instrumentale		
	Nb	%			Nb	%	
≤ 4 SA	1	0.3%			2	0.6%	
5 SA	6	1.8%			2	0.6%	
6 SA	14	4.1%			3	0.9%	
7 SA	7	2.1%			13	3.8%	
8 SA	3	0.9%			27	8.0%	
9 SA	-	-			45	13.3%	
10 SA	-	-			77	22.7%	
11 SA	-	-			59	17.4%	
12 SA	-	-			39	11.5%	
13 SA	-	-			30	8.8%	
14 SA	-	-			7	2.1%	
≥ 15 SA	-	-			3	0.9%	
Age de la femme - 2013							



8

Lieu de domiciliation des femmes

Département de domicile	Votre établissement				
	2009	2010	2011	2012	2013
75 - Paris	.	0,3%	0,6%	.	1,8%
77 - Seine-et-Marne	2,2%	0,3%	0,6%	1,6%	1,2%
78 - Yvelines	0,2%	.	.	0,3%	0,6%
91 - Essonne	42,7%	40,3%	39,0%	42,7%	42,5%
92 - Hauts-de-Seine	0,2%	.	.	.	0,3%
93 - Seine-Saint-Denis	0,5%	0,6%	.	.	.
94 - Val de Marne	53,9%	58,0%	59,9%	53,7%	52,2%
95 - Val d'Oise	.	0,3%	.	0,3%	0,9%
Hors IDF	0,2%	0,3%	.	1,4%	0,6%

Les 10ères communes des femmes qui ont fait une IVG dans votre ES

	2013	
94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES	68	20,1%
91270 VIGNEUX SUR SEINE	40	11,8%
94450 LIMEIL BREVANNES	30	8,8%
91800 BRUNOY	24	7,1%
94460 VALENTON	20	5,9%
91330 YERRES	17	5,0%
91230 MONTGERON	16	4,7%
91210 DRAVEIL	15	4,4%

Centre d'IVG des femmes domiciliées à Villeneuve St G.

	2013	
CH VILLENEUVE-ST-GEORGES	155	36,5%
C.H.P. CLAUDE GALIEN	62	14,6%
CLINIQUE CARON	45	10,6%
CLIN DES NORIETS	26	6,1%
LES HOPITAUX DE SAINT-MAURICE	16	3,8%
HOPITAL DU KREMLIN BICETRE	10	2,4%
CH SUD FRANCILIEN	9	2,1%
CLIN GASTON METIVET	9	2,1%

Nous remercions tous les participants à la Commission pour leur contribution aux travaux de la Commission et à ce rapport :

ANCCEF : Eveline Gallo, Babeth Magnin ; **ANCIC** : Emmanuelle Lhomme ; **ANSFO** : Marjorie Agen ; **ARS Auvergne Rhône-Alpes** : Marie-José Communal ; **ARS Centre Limousin Aquitaine** : Béatrice-Anne Baratchart ; **ARS Hauts de France** : Elisabeth Vérité ; **ARS Ile de France** : Catherine Crenn Hebert, Anne-Gaëlle Daniel, Marlène Uda ; **ATIH** : Marlène Bernard, Éric Ekong ; **CISS** : Mariannick Lambert ; **CMG** : Nicole Bornzstein, Annette Delabar ; **CNAMTS** : Véronique Bélot, Jean-Paul Fagot ; **CNGOF** : Danielle Hassoun, Brigitte Letombe ; **CNOM** : Isabelle Bohl ; **PMI** : Valérie Ledour ; **DGCS SDFE** : Ahez Lemeur, Laure Neliaz ; **DGESCO** : Henri Cazaban, Laurence Communal ; **DGOS** : Julie Barrois, Elie Baz, Déborah Cvetojevic ; **DGS** : Lionel Lavin, Flore Moreux ; **DREES** : Laure Boisserie-Lacroix, Nathalie Fourcade, Marie Caroline Lai, Franck von Lennep, Muriel Moisy, Sylvie Rey, Annick Vilain ; **DSS** : Emmanuelle Denis, Isabelle Domenech, Hélène Monasse ; **FEHAP** : Solène Gouesbet, Stéphanie Rousval, Laure Schnabel ; **FFRSP** : Nathalie Baunot, Gisèle Criballet, Jeanne Fresson ; **FHF** : Yves Gaubert, Sandra Gomez ; **FHP** : Michèle Brami, Laure Dubois ; **FNCS** : Maud Gelly, Karine Royer, Yannick Ruelle ; **FNORS** : André Ochoa ; **Hcefh** : Margaux Collet, Claire Guiraud, Françoise Laurant ; **INED** : Magali Mazuy, Laurent Toulemon ; **INSERM** : Caroline Moreau ; **MdM** : Delphine Fanget, Sophie Laurence ; **MSA** : Damien Ozenfant ; **MFPPF** : Danielle Gaudry, Martine Leroy, Isabelle Louis ; **ORS Île de France** : Clémence Grave, Catherine Vincelet ; **REVHO** : Malika Amellou, Michel Teboul ; **Santé publique France** : Isabelle Gremy, Delphine Kersaudy-Rahib, Stella Laporal, Nathalie Lydie ; **SoFIMe** : Pierre Métral, Gabriel Nisand, Namik Taright.

Rapport rédigé par Sylvie Rey, Annick Vilain et Muriel Moisy sous la direction de Nathalie Fourcade et Franck von Lennep (DREES)