



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité
Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

Préfecture de la région Ile-de-France

L'Interruption Volontaire de Grossesse en Ile-de-France :

Etat des lieux et propositions

Rapport des travaux préparatoires au SROS 3 (volet périnatalité)

Décembre 2005

Sommaire

INTRODUCTION	p. 4
I - L'ETAT DES LIEUX	p. 5
A. Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)	p. 6
1 Données quantitatives générales :	p. 7
1.1. L'Île-de-France réalise un quart des IVG au niveau national	p. 7
1.2. Un taux d'IVG significativement plus élevé en Île-de-France	p. 9
1.3. L'activité IVG semble en augmentation régulière	p. 9
2 Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recours à une IVG :	p. 10
2.1. Le recours à l'IVG varie avec l'âge	p. 10
2.2. Environ 2 500 IVG par an chez les mineures	p. 10
2.3. Les IVG itératives	p. 10
2.4. Les IVG chez les personnes en situation de vulnérabilité	p. 11
2.5. Les filières d'accès à l'IVG	p. 11
3 Les principales caractéristiques de l'offre :	p. 12
3.1. L'offre d'IVG en établissement	p. 12
3.1.1. Une diminution du nombre de sites réalisant les IVG en Île-de-France	p. 12
3.1.2. Une part prédominante du secteur privé mais une réorganisation récente	p. 12
3.1.3. Plus de la moitié des IVG est réalisée par le secteur privé, mais cette proportion diminue	p. 13
3.1.4. Une offre insuffisamment diversifiée	p. 14
3.1.5. Des niveaux d'activité très hétérogènes	p. 15
3.1.6. Le ratio IVG/accouchement est très hétérogène, témoignant des niveaux d'engagement variables	p. 16
3.1.7. Le fonctionnement des centres peut et doit être optimisé	p. 16
3.1.8. Une application insuffisante de la loi	p. 16
3.1.9. Une intégration faible des recommandations de l'ANAES	p. 16
3.1.10. Des pratiques qui restreignent l'accès ou ne garantissent pas la qualité	p. 17
3.1.11. La prise en charge de la douleur	p. 17
3.1.12. Les conséquences des dysfonctionnements de l'offre	p. 18
3.2. La mise en place récente de la pratique de l'IVG hors établissements de santé	p. 19
3.3. La plate-forme régionale	p. 20
3.4. Une offre hétérogène en centres de planification en éducation familiale	p. 20
4 L'approche territoriale :	P. 22
4.1. Les disparités territoriales	p. 22
4.2. La description par territoire	p. 22
5 Les freins :	p. 37
5.1. Les freins généraux	p. 37
5.2. Les freins au développement de l'offre en établissement de santé	p. 37
5.3. Les freins au développement des IVG hors établissement de santé	p. 38
B. Les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG)	p. 38
1 Rappel des textes	p. 38
2 Données chiffrées	p. 39
3 Problématique	p. 39

II - PROPOSITIONS	p. 40
A. Améliorer les connaissances	p. 41
B. Améliorer l'accès à l'IVG	p. 41
① Assurer qualité et sécurité dans tous les établissements pratiquant des IVG :	p. 41
1.1. Réaliser l'IVG dans des délais acceptables et adaptés	p. 42
1.2. Organiser une réponse diversifiée permettant les conditions d'un choix	p. 42
1.3. Assurer la prise en compte de la douleur et de la souffrance psychique	p. 42
1.4. Développer la formation sur l'IVG et la contraception	p. 42
② Garantir l'accessibilité géographique à l'IVG	p. 42
③ Aider à l'organisation des IVG hors établissements	p. 42
④ Mieux prendre en compte les populations spécifiques (mineures, femmes en situation de vulnérabilité sociale ou psychologique)	p. 42
⑤ Assurer la continuité des soins et de l'accompagnement	p. 43
C. Propositions d'objectifs quantifiés	p. 43
① Principes	p. 43
② Volume d'activité annuel moyen et couverture des besoins	p. 43
③ Propositions	p. 43
④ Indicateurs qualitatifs à intégrer dans les recommandations	p. 43
D. Articulation avec les objectifs de santé publique	p. 44
CONCLUSION	p. 45
Annexes techniques :	p. 46
- Annexe 1 : les hypothèses pour expliquer le taux élevé d'IVG	p. 47
- Annexe 2 : les sources de données	p. 49
- Annexe 3 : les techniques d'IVG	p. 50
- Annexe 4 : les aspects budgétaires	p. 52
- Annexe 5 : les textes réglementaires	p. 55
- Annexe 6 : bibliographie	p. 56
- Annexe 7 : liste des sites utiles	p.57
- Annexe 8 : adresses des centres IVG en Île-de-France	p.58
- Annexe 9 : glossaire	p. 62

INTRODUCTION

Il y a trente ans était promulguée la loi du 17 novembre 1975, dite «loi Veil», autorisant l'interruption volontaire de grossesse. La loi du 4 juillet 2001 introduit des modifications visant à améliorer l'accès à l'IVG en portant le délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, en assouplissant les conditions pour les mineures et en permettant la réalisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé. Cette dernière mesure a été mise en œuvre récemment suite à la publication des textes d'application en juin 2004. Des recommandations ont été élaborées et diffusées en 2001 par l'ANAES.

Pourtant, de nombreux travaux ont pointé les difficultés d'organisation et l'application insuffisante des dispositions de la nouvelle loi (notamment un rapport de la mission d'appui présidée par Madame Jeandet-Mengual, Inspectrice Générale des Affaires Sociales, en 2002).

En Île-de-France, le volet périnatalité du SROS 3 intègre l'organisation des interruptions volontaires de grossesse (I.V.G).

Ce thème a été en effet estimé prioritaire compte tenu :

- des spécificités de la région Île-de-France,
- du volume important de l'activité considérée,
- des difficultés récurrentes signalées par les professionnels et les associations dans l'accessibilité et l'organisation des I.V.G.

La garantie de l'accès à une offre de proximité publique ou privée passe pour les 5 ans à venir (2006-2010) par le maintien de l'offre actuelle voire le développement sur certains territoires.

Cette thématique est par ailleurs également reconnue comme une priorité du Plan Régional de Santé Publique.

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 reconnaît comme objectif prioritaire "l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours".

La Commission Régionale de la Naissance, dans un groupe de travail «IVG et contraception», animée par la DRASS et très investie par les professionnels, les associations et les DDASS, a mené de nombreux travaux pour établir un état des lieux et formuler des propositions.

COMPOSITION DU GROUPE IVG/CONTRACEPTION DE LA CRN D'ILE-DE-FRANCE ET DU SOUS-GROUPE SROS IVG*

Président de la CRN : Pr. Claude LEJEUNE
Chef de projet : Dr Christine BARBIER, MIRA, DRASSIF*
Co-animatrice du groupe IVG/Contraception de la CRN : Chantal BIRMAN*

ARH d'Île-de-France : Mr ECHARDOUR Gilles.

Ministère de la Santé et des Solidarités : Mme BOISSEAU-MERIAU Béatrice, Direction Générale de la Santé ; Mme BARAT Solenne, DHOS ; Mme FAIBIS Isabelle, Direction de la Sécurité Sociale ; Mme MATET Nicole, Direction Générale de la Santé.

Dr BRIAN Michèle, DDASS du Val de Marne ; Dr DEVORT Jeannick*, DDASS du Val d'Oise puis DRASSIF ; Mme FOUASSIER Pascale, DDASS du Val-de-Marne ; Mme GALITA Christelle, DDASS de l'Essonne ; Dr GOUX Francis*, DDASS des Yvelines ; Dr GUICHARD Catherine, DDASS de Seine Saint-Denis ; Dr JOANNARD Nathalie, DDASS du Val d'Oise ; Dr LEMONNIER Jacqueline, DDASS de l'Essonne ; Dr MERLE Christian*, DASS de Paris.

Education Nationale : Mme BENEDICT Françoise, Académie de Créteil ; Dr CARTACHEFF Ivan, Académie de Paris.

SMAMIF : Dr ASTIER Martine*.

Délégation Régionale aux Droits de Femmes : Mme CASALIS Marie-France ; Mme MORBOIS Catherine, Déléguée Régionale aux Droits des Femmes.

Collectivités territoriales : Dr AYEL Sophie*, conseil général des Yvelines ; Mme BEAUPLÉT Martine, département de Paris ; Mme FERREIRA Otilia, Conseil Général du Val d'Oise ; Dr FORTIER Florence, Conseil Général du Val d'Oise ; Dr MOURET Marie-Françoise, Conseil Général des Hauts-de-Seine ; Dr UROSEVIC Valérie, Conseil Général de Seine et Marne ; Dr WEBER Florence, Mairie de Paris.

Professionnels de santé : Dr ALBY Marie-Laure, médecin généraliste ; Dr AMELLOU Malika ; Dr BELAISCH ALLARD Joelle, Centre Hospitalier Jean Rostand à Sèvres ; Dr BOUBILLEY Dominique, Hôpital Louis Mourier ; Dr BRIVAL Marie Laure*, Maternité des Lilas ; Dr CARRICABURU Elisabeth, AP-HP ; Dr CESARO Nicole, Hôpital de Gonesse ; Dr DAGOUSSET Isabelle, médecin gynécologue ; Dr DAUPTAIN Gilles, Hôpital de Gonesse ; Dr FAUCHET Philippe, Hôpital Bichat-Claude Bernard ; Mme FREJAC Laure, Centre de planification AGORA ; Dr GAUDU Sophie, Hôpital Saint-Vincent de Paul ; Dr HASSOUN Danielle, médecin gynécologue ; Dr HATCHUEL Martine, Hôpital des Bluets ; Dr LARMIGNAT Philippe, Hôpital Avicenne ; Pr LEJEUNE Claude, Hôpital Louis Mourier ; Dr MAGNIER Jean-Claude*, Hôpital Bicêtre ; Dr MAZZOLA Jacqueline, médecin gynécologue ; Dr MICHEL Francine, Centre Hospitalier Général de Meaux ; Dr MISSEY KOLB Heliane*, Centre d'orthogénie Hôpital Saint-Germain-en-Laye ; Dr ROZAN Marc-Alain*, Hôpital européen de la Roseraie ; Dr TEBOUL Michel, Hôpital Broussais

Mme COUDERT Ghislaine, CHI de Créteil ; Mme BIRMAN Chantal, Sage Femme Les Lilas ; Mme CARRE Lucile, Intersecteur psy-précarité.

Associations et organismes : Mme ARTIFONI Chantal, MFPF ; Mme BUISSON F., MFPF ; Dr BOUDJOURI Nora, Fil Santé Jeunes ; Dr BUREAU Annie, ANCIC ; Dr CADEAC Brigitte, Ecole des Parents et des éducateurs ; Mme CARRE Marie-Françoise, ANCCF ; Dr DEMEURE Odile, Les Halles des Amis de la Rue ; Mme FOUQUES Nathalie, Médecins du Monde ; Mme GRUERE Martine, Ecole des Parents d'Île-de-France ; Mme LALEM Fatima*, MFPF ; Dr LARUELLE Christine ; Samu social de Paris ; Mme PULVAR Flora, A.P.A.S.M. Croix Rouge.

Observatoire Régional de la Santé d'Île-de-France : Mme EMBERSIN Catherine.

- | -

L'ETAT DES LIEUX

A/ Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

1. Données quantitatives générales

1.1. L'Île-de-France réalise un quart des IVG au niveau national

Alors que la population en Île-de-France représente 18 % de la population de France métropolitaine, la région assure 25 % du total des IVG.

Environ 60 000 Franciliennes ont recours à une IVG chaque année. D'après les données nationales :

- . 60 447 IVG ont été réalisées en Ile de France en 2003,
- . 58 220 en 2001, 59 296 en 2002 soit un quart des 200 000 IVG réalisées en France métropolitaine¹.

Parallèlement, la région a enregistré 173 524 naissances domiciliées en 2002 et 173 511 en 2003, soit un cinquième des naissances au niveau national. Ce nombre est en augmentation (167 292 en 1999).

1.2. Un taux d'IVG significativement plus élevé en Ile de France

Rapporté à la population de référence (femmes âgées de 15 à 49 ans), le taux d'IVG pour 1 000 femmes est significativement plus élevé en Île-de-France (*cf tableau page 10*) :

- en 1998, le taux national est de 13,3 et le taux régional de 18,3.
- depuis, ce taux augmente aussi bien en France métropolitaine (13,8 en 2001 et 14,3 en 2002) qu'en Île-de-France (18,8 en 2001 et 20,3 en 2002).
- en 2003, alors que le taux national diminue légèrement, celui de l'Île-de-France poursuit son augmentation (20,6).

Au niveau national métropolitain, deux autres régions enregistrent également des taux élevés : la Corse et la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Diverses hypothèses peuvent être évoquées pour tenter d'expliquer ce constat. Cependant, d'après l'analyse réalisée avec la DREES (*en annexe 1*), la région ne se distinguerait ni par une structure socio-démographique particulière (âge, activité professionnelle), ni par un accès plus difficile à la contraception. Les facteurs qui pourraient avoir une influence seraient les données socioculturelles et la structure de l'offre. Il convient de poursuivre cette analyse avec d'autres sources plus récentes.

Ce taux peut être par ailleurs rapporté partiellement à la clientèle hors région, mais celle-ci semble faible. D'après la base PMSI, sur les 48 373 séjours de 2002, 1 872 concernent des femmes non domiciliées en Île-de-France (soit 4 %), ce qui correspond pour une bonne part aux établissements situés en grande périphérie. Les femmes de la région Picardie en particulier pratiquent plus souvent leur IVG en Île-de-France. Le flux de franciliennes qui auraient recours à une IVG hors région n'est pas connu.

Au niveau national, le nombre d'IVG reste stable malgré un accès adéquat à la contraception. Les pratiques contraceptives ne semblent pas avoir globalement régressé chez les jeunes (baromètre 2000 – résultats 2004 attendus). Les ventes de contraception d'urgence (levonorgestrel - Norlevo®) se sont fortement accrues avec poursuite de l'augmentation en 2004 (+ 13 %, source GERS-ville). 82 % des femmes utilisent une méthode médicale de contraception (stérilet ou pilule).

C'est le recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée qui est plus fréquent qu'auparavant.

Alors que 4 grossesses non prévues sur 10 (41 %) se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de 6 sur 10 aujourd'hui (62 %). La tendance semble particulièrement marquée chez les très jeunes femmes : en dépit d'une baisse significative des conceptions, elles recourent plus souvent à l'IVG depuis une dizaine d'années.

Cette modification de l'usage de l'IVG s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes caractérisé notamment par l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins. La contraception et, en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de la maternité choisie, contribuant ainsi à redéfinir la parentalité au féminin comme au masculin. L'enfant doit aujourd'hui être "programmé" dans un contexte affectif stable et au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents.

¹ DREES – Etudes et Résultats n°431 octobre 2005 : les IVG en 2003
DREES – Etudes et Résultats n°348 octobre 2004 : les IVG en 2002
DREES – Etudes et Résultats n° 279 décembre 2003 : les IVG en 2001
DREES – Etudes et Résultats n°69 juin 2000 : les IVG en 1998

Les IVG en France métropolitaine

	1990	1995	2001	2002	2003
TOTAL IVG	197 406	179 648	202 180	206 596	203 346
Répartition des IVG selon le groupe d'âge					
15-17	8 751	8 331	10 245	10 722	11 029
18-19	14 236	13 102	17 089	16 468	16 290
20-24	46 134	43 991	49 514	52 420	51 810
25-29	46 826	40 315	44 264	44 225	42 824
30-34	40 262	35 866	38 748	39 820	39 100
35-39	28 320	25 999	29 321	29 501	28 621
40-44	11 612	10 683	11 739	12 226	12 076
45-49	922	1 045	1 208	1 180	1 559
IVG pour 1 000 femmes					
15-17	7,0	7,5	9,1	9,4	9,6
18-19	16,4	17,8	21,7	21,6	21,7
20-24	21,8	20,9	26,6	27,6	26,7
25-29	21,8	19,1	21,8	22,6	22,3
30-34	18,8	16,4	18,3	18,8	18,2
35-39	13,2	12,1	13,4	13,4	13,0
40-44	5,7	5,0	5,5	5,7	5,6
45-49	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7
IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	14,0	12,3	4,1	14,4	14,1

Sources : SAE, PMSI-DREES, INSEE.

Les IVG selon la région d'intervention en 2003

Région	IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	% IVG médica-men-teuses	% IVG auprès de mineures	% d'IVG en secteur public
Île-de-France	60 447	20,6	35,3	4,1	43,9 %
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 310	10,4	38,5	8,3	77,1 %
PICARDIE	5 154	11,4	47,6	8,2	99,6 %
HAUTE-NORMANDIE	4 518	10,3	26,2	7,4	83,0 %
CENTRE	6 655	11,7	54,7	6,1	96,0 %
BASSE-NORMANDIE	3 408	10,3	41,3	7,2	93,4 %
BOURGOGNE	3 768	10,3	27,1	6,5	87,1 %
NORD-PAS-DE-CALAIS	11 803	11,8	41,1	8,1	96,7 %
LORRAINE	6 297	11,2	41,5	6,2	72,1 %
ALSACE	4 966	11,1	69,0	5,7	80,8 %
FRANCHE-COMTE	2 699	10,2	21,2	5,7	96,9 %
PAYS DE LA LOIRE	7 109	9,1	34,5	6,6	91,4 %
BRETAGNE	7 557	11,1	36,1	5,7	83,0 %
POITOU-CHARENTES	4 160	11,1	46,9	6,5	71,1%
AQUITAINE	9 418	13,5	31,4	5,1	67,0 %
MIDI-PYRENEES	8 288	13,5	44,9	4,4	45,5 %
LIMOUSIN	1 698	11,1	44,0	5,3	85,3 %
RHÔNE-ALPES	17 790	12,6	30,3	4,7	84,1 %
AUVERGNE	2 941	9,9	31,1	6,0	89,8 %
LANGUEDOC-ROUSSILLON	9 312	16,6	42,0	6,0	65,3 %
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	20 716	19,2	41,4	5,1	61,5%
CORSE	1 332	21,2	66,5	5,9	79,4 %
France métropolitaine	203 346	14,1	38,4	5,4	67,9 %

Guadeloupe	4 842	41,5	41,0		72,3 %
Martinique	2 382	22,9	39,8	7,6	100,0 %
Guyane	1 737	37,1	57,9		73,8 %
Réunion	4 129	20,0	30,5	10,3	75,0 %
DOM	13 090	27,6	39,7	-	78,4 %
France entière	216 436	14,5	19,8	5,6	35,4 %

Sources : SAE, PMSI-DREES, INSEE.

1.3. L'activité IVG semble en augmentation régulière

Bien qu'il soit difficile d'apprécier s'il s'agit d'une réelle augmentation ou d'un meilleur enregistrement, notamment du fait de l'augmentation progressive de la part des établissements publics, les différentes sources de données montrent que le nombre d'IVG semble en augmentation.

En *annexe 2* figure une note méthodologique sur les différentes sources de données.

➤ La source SAE semble la plus fiable pour étudier la tendance sur un moyen terme. Cependant, il est probable qu'au cours des années, les établissements non répondants soient moins nombreux. L'année 2000 semble atypique (mise en place de la nouvelle SAE).

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre total d'IVG	52 268	52 120	52 328	53 665	55 912	55 016	51 432	54 975	58 220	60 447

Source SAE – DREES - DRASS

Sur la période 1994 à 2003, on note globalement une augmentation de + 15,6 % du nombre d'IVG. Parallèlement, la population de référence (femmes de 15 à 49 ans) n'a que peu évolué entre les 2 recensements de 2 919 387 en 1990 à 2 959 821 en 1999 (soit + 1,3 %).

➤ On note par contre une diminution du nombre des bulletins IVG reçus à la DRASS qui peut s'expliquer par un probable désengagement des équipes notamment privées du fait de l'absence d'exploitation au niveau national depuis 1998.

En effet, ces bulletins semblent mieux renseignés par les établissements publics (avec une augmentation entre 1999 à 2003 de 21 328 à 22 359) que par les établissements privés avec une diminution de 18 812 à 10 776 sur la même période.

	1999	2000	2001	2002	2003
Total	40 140	37 364	37 434	35 719	30 328

Bulletins reçus à la DRASSIF

➤ D'après le PMSI, le nombre de séjours pour IVG dans la base régionale est de :

- 38 892 en 2001
- 48 993 en 2002.
- 48 922 en 2003.

Cette source sous-estime le nombre d'IVG, car plusieurs établissements réalisant des IVG, soient ne renseignaient pas le PMSI (moins de 100 lits), soit ne respectent pas les consignes de codage et ne voient donc pas leur activité IVG comptabilisée.

➤ D'après les professionnels, il pourrait être également intéressant de comptabiliser le nombre de lettres-clés K 30 car la non-revalorisation du forfait IVG sur les 13 dernières années a peut être favorisé des enregistrements sous la nomenclature K 30 dans certains établissements privés, mais cette approche semble difficilement faisable.

2. Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recours à une IVG

2.1. Le recours à l'IVG varie avec l'âge

Ce recours est très différent suivant l'âge des femmes. Les données sont disponibles au niveau national mais semblent moins fiables pour une extrapolation régionale (basée sur le PMSI).

Le recours est le plus fréquent entre 20 et 24 ans, période de forte fécondabilité. La fréquence de l'IVG s'accroît chez les femmes de moins de 25 ans, alors que l'âge moyen de la maternité s'élève. Le nombre de naissances augmente parmi les femmes de 30 à 34 ans et diminue parmi les femmes de 25 à 29 ans.

En 2003, cependant, les taux diminuent chez les plus de 20 ans :

Taux d'IVG pour 1000 femmes France métropolitaine

	1995	1999	2001	2002	2003
15-17 ans	7,5	8,9	9,1	9,4	9,6
18-19	17,8	21,9	21,7	21,6	21,7
20-24	20,9	24,4	26,6	27,6	26,7
25-29	19,1	20,8	21,8	22,6	22,3
30-34	16,4	17,7	18,3	18,8	18,2
35-39	12,1	13,3	13,4	13,4	13,0
40-44	5,0	5,8	5,5	5,7	5,6
45-49	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7
Total	12,3	14,1	14,1	14,4	14,1

source DREES, BIG, SAE, PMSI

Les évolutions du nombre d'IVG entre les différentes générations sont liées à plusieurs facteurs : l'activité sexuelle, l'usage de différents moyens de contraception, le choix de la femme concernant une grossesse non désirée. L'âge moyen au premier rapport est stable (17 ans).

D'après la base PMSI régionale 2002 et 2003 sur 48 373 et 48 922 séjours pour IVG, les tranches d'âge les plus représentées sont effectivement :

- . les femmes de 20 à 24 ans (27 % du total en 2002, 26 % en 2003),
- . puis les 25 à 29 ans (23 % en 2002 et 2003),
- . et les 35 à 39 ans (13 % en 2002 et 19 % en 2003),
- . les jeunes de 18 à 19 ans représentent malgré tout 8 % chaque année,
- . les mineures 4 %.

2.2. Environ 2 500 IVG par an chez les mineures

D'après le PMSI, 2 097 mineures franciliennes ont eu recours à une IVG en 2001, soit 10,3 IVG pour 1 000 mineures, 2 198 en 2002 (10,6) et 2 478 en 2003 (11,8). Ce taux est légèrement supérieur au taux national de 9,1 pour 1000 en 2001. Le taux national, de 7,25 en 1995 à 9,4 pour 1000 en 2002, est en augmentation régulière comme le taux régional.

Les IVG chez les mineures sont assurées majoritairement par les établissements publics (72 %) contrairement au total des IVG dont plus de la moitié est assurée dans le privé en Île-de-France.

2.3. Les IVG itératives

D'après les résultats nationaux partiels tirés des bulletins 2002, il s'agit pour la femme de la première IVG dans près de 3 cas sur 4, de la deuxième dans près d'un cas sur cinq et de la troisième dans moins de 5 % des cas. Extrapolé à la région, sous réserve que cette extrapolation soit valide, au moins 15 000 IVG par an correspondraient à des IVG itératives.

Les études sur les IVG itératives sont rares et pour la plupart anciennes. Elles portent sur des échantillons limités. Ces études mettent cependant en évidence quelques facteurs favorisant :

- . précocité de la première grossesse, grossesses plus rapprochées,
- . relations difficiles avec les parents,
- . relations conjugales instables avec le partenaire,
- . précarité économique,
- . isolement.

Les données recueillies auprès des femmes insistent également sur le contexte psychologique pré et post-IVG : dépression, souffrance psychique, ambivalence.

Au total, ces différents arguments incitent à renforcer le repérage de ces difficultés, les entretiens pré-IVG dans les contextes précités et à réaliser des entretiens post-IVG et une bonne articulation avec les structures et partenaires susceptibles d'aider et d'accompagner les femmes.

2.4. Les IVG chez les personnes en situation de vulnérabilité

L'IVG est souvent la conséquence d'une situation de rupture sociale. Pour les femmes vulnérables, ignorant le plus souvent leurs droits, l'IVG est considérée comme la seule issue envisageable à leurs difficultés. Cette décision est donc liée à la précarité de leurs conditions de vie, aux liens affectifs, à l'absence de moyens pour accueillir l'enfant.

Toute femme enceinte qui envisage une IVG doit recevoir une information complète portant notamment sur les diverses méthodes d'intervention (anesthésie générale ou locale, avortement médicamenteux) et avoir un soutien psychologique, d'autant plus si elle est en situation précaire. Il faut apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte les problèmes de ces femmes. Les conditions matérielles et psychologiques de leur accueil sont donc un facteur très important.

Or, à l'heure actuelle, la revalorisation du forfait de l'IVG ne permet pas aux équipes qui pratiquent les avortements d'investir plus de temps auprès de ces femmes.

Bien qu'incomplètes, les premières exploitations des données issues des bulletins IVG de l'année 2002 montrent que plus d'une femme sur deux, qui a eu recours à une IVG en 2002, vit seule. Près de la moitié sont actives, une sur quatre est au foyer ou à la recherche d'un emploi.

L'URCAM a été sollicitée pour connaître le nombre d'IVG réalisées chez des femmes bénéficiaires de la CMU, mais les résultats doivent être complétés par les données des caisses primaires.

◆ Les populations précaires :

Les femmes, en situation irrégulière, qui résident de manière stable et interrompue en France depuis plus de 3 mois et dont les revenus ne dépassent pas le plafond de ressources peuvent prétendre à l'AME. Le décret du 28 Juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME énumère les pièces justificatives qui peuvent être présentées par le demandeur.

Les femmes ne pouvant pas prétendre à l'AME peuvent bénéficier de la prise en charge des IMG et des IVG au titre des soins urgents (circulaire DHOS/ DSS/ GGAS du 16 Mars 2005).

L'assistante sociale du service hospitalier peut les aider dans cette démarche.

Il est également prévu que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), prévues par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, comprennent des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité.

Elles visent en effet à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les établissements concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

◆ Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou troubles psychologiques

La prise en charge des soins somatiques en milieu psychiatrique est insuffisante. On note une insuffisance des démarches préventives (vaccination, bilans sanguins, conseils diététiques, examens gynécologiques, contraception, accès aux préservatifs...). Les pathologies psychiatriques entraînent souvent des prises de risques (sexualité non protégée, violence...). Il faut donc mettre en place une meilleure coordination entre les équipes de soins et celles de psychiatrie et développer des protocoles de soins en psychiatrie pour une meilleure prévention et prise en charge.

2.5. Les filières d'accès à l'IVG

L'étude de Nathalie BAJOS explore les conditions concrètes d'accès à l'IVG. Les facteurs associés aux choix sont :

- l'âge : les femmes de moins de 30 ans, qui ne sont pas suivies régulièrement, s'adressent plus souvent aux Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF),
- celles qui sont suivies par un gynécologue s'adressent à celui-ci,
- si elles sont suivies par un médecin généraliste, elles s'adressent directement à l'hôpital.

Cette étude identifie les difficultés suivantes :

- il existe souvent une absence d'encadrement de la femme dans ses démarches pour trouver le centre IVG,
- les généralistes semblent moins bien informés sur la procédure à suivre,
- le degré d'implication du premier interlocuteur est primordial,
- les pratiques professionnelles renvoient aussi aux représentations de la légitimité de la démarche.

3. Les principales caractéristiques de l'offre

3.1. L'offre d'IVG en établissement

* 3.1.1. Une diminution du nombre de sites réalisant les IVG en Île-de-France

	1999	2001	2002	2005
TOTAL	176	139	136	126
Paris	34	23	23	20
Seine-et-Marne	20	15	15	14
Yvelines	17	14	14	11
Essonne	14	14	14	12
Hauts-de-Seine	20	23	20	22
Seine Saint-Denis	25	22	21	16
Val-de-Marne	21	16	18	19
Val d'Oise	15	12	11	12

Source : SAE

Sur Paris, sont considérés comme un site unique au sens de la SAE, les établissements suivants qui sont organisés en 2 services distincts :

- Pitié Salpêtrière (2 services sur le même site),
- Cochin Saint Vincent de Paul (même unité juridique),
- Broussais, rattaché administrativement à l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

Malgré les limites de cette source (liées aux non répondants), la tendance générale est à une diminution régulière et globale du nombre de sites, essentiellement due aux fermetures ou aux restructurations du secteur privé à but lucratif. Cette diminution est d'environ 20 % sur 5 ans. Elle touche tous les départements. Elle s'est poursuivie en 2004 et en 2005, 126 sites réalisent des IVG.

Le détail de l'évolution récente de l'offre figure dans la suite du document (approche territoriale, à partir de la page 29).

* 3.1.2. Une part prédominante du secteur privé mais une réorganisation récente

En 2005, les sites réalisant des IVG se répartissent de la façon suivante :

	AP-HP	Centres hospitaliers	PSPH	Privés à but lucratif	Total
Paris	10	1	2	7	20
Seine-et-Marne	0	7	0	7	14
Yvelines	0	5	0	6	11
Essonne	0	6	0	6	12
Hauts-de-Seine	4	4	1	13	22
Seine Saint-Denis	2	4	1	9	16
Val-de-Marne	2	3	0	14	19
Val d'Oise	0	5	0	7	12
Total	18	35	4	69	126

En 2002, les sites privés représentaient 58 % des sites réalisant des IVG. Suite à la restructuration de ce secteur, plusieurs établissements ont cessé cette activité. La part des établissements privés s'établit donc à 55 % des sites en 2005.

Il faut noter quelques spécificités de l'offre :

- la part de l'Assistance Publique est importante en matière d'IVG avec 18 établissements qui assurent 25 % des IVG dans la région.
- 5 services AP-HP sont structurés en centre autonomes (CIVG), dont plusieurs dans des établissements ne comportant pas de maternités (Bicêtre), voire plus de plateaux techniques (Broussais et Corentin Celton, dont les IVG sous anesthésie générale sont assurées à l'HEGP).
- deux maternités publiques ne réalisent pas d'IVG alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire (tout établissement disposant de lits ou places autorisés en obstétrique et/ou chirurgie doit assurer les IVG, un praticien peut faire jouer individuellement la «clause de conscience». Il s'agit de Necker (AP-HP) qui réalise cependant des IMG et du centre hospitalier de Juvisy qui invoque des raisons «éthiques».
- plusieurs établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) d'origine confessionnelle ne pratiquent pas les IVG (Bon Secours, Perpétuel Secours, Diaconesses, Saint Camille).
- 25 % des sites ne comportent pas de maternités.

* **3.1.3.** Plus de la moitié des IVG est réalisée par le secteur privé, mais cette proportion diminue

Alors qu'au niveau de la France métropolitaine, plus des deux tiers des IVG sont réalisées en secteur public et que cette proportion augmente (65 % en 1995 et 68 % en 2003, cf *tableau page 10*), en Île-de-France, cette activité a été majoritairement assurée par le secteur privé à but lucratif, le public assurait 44% des IVG en 2003.

Il faut toutefois noter que le traitement des données est différent entre la DREES qui classe les établissements PSPH comme établissements privés au niveau national, et la DRASS Île-de-France qui les considère comme établissements publics relevant de la même modalité budgétaire. Ceci explique une légère sur-estimation de la part du privé dans les publications nationales.

En Île-de-France en 2001, d'après la SAE, 31 949 IVG sur 54 975 ont été réalisées dans le privé soit 58 %. En 2002, cette proportion diminue avec 29 867 IVG en privé sur un total de 58 220, soit 52 %. La tendance se poursuit sur 2003 avec 28 808 IVG en privé sur un total de 60 447 soit 48 %.

Les données issues du PMSI sont légèrement différentes, ce qui est probablement dû aux pratiques de codage. Sur la base 2002, pour 48 373 séjours, la part du privé apparaît moindre (48 % des séjours), le public représentant 25 153 séjours soit 52 % (dont 8 % en PSPH).

NOMBRE D'IVG EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2002					
Département	Public et PSPH	Privé	TOTAL	% public	% privé
Paris	8 716	4 935	13 654	63,83 %	36,17 %
Seine-et-Marne	2 494	1 673	4 167	59,85 %	40,14 %
Yvelines	2 625	764	3 389	77,46 %	22,54 %
Essonne	2 065	2 931	4 996	41,33 %	58,67 %
Hauts-de-Seine	4 003	5 096	9 099	44,00 %	56,00 %
Seine Saint-Denis	5 218	6 981	12 199	42,77 %	57,23 %
Val-de-Marne	2 269	4 507	6 776	33,48 %	66,52 %
Val d'Oise	1 263	2 977	4 240	29,79 %	70,21 %
TOTAL	28 353	29 867	58 220	48,70 %	51,30 %

Source : Enquête SAE 2002

NOMBRE D'IVG EN ÎLE-DE-FRANCE EN 2003					
Département	Public et PSPH	Privé	TOTAL	% public	% privé
Paris	8 203	4 814	13 017	63,01 %	36,99 %
Seine-et-Marne	2 508	1 850	4 358	57,55 %	42,45 %
Yvelines	2 620	739	3 359	78,00 %	22,00 %
Essonne	1 882	3 620	5 502	34,20 %	65,80 %
Hauts-de-Seine	4 087	4 870	8 957	45,63 %	54,37 %
Seine Saint-Denis	6 184	7 150	13 334	46,38 %	53,62 %
Val-de-Marne	2 086	4 817	6 903	30,22 %	69,78 %
Val d'Oise	1 238	3 779	5 017	24,67 %	75,33 %
TOTAL	28 808	31 639	60 447	47,66 %	52,34 %

Source : Enquête SAE 2003 redressé

Il existe des disparités entre les départements. A Paris, en Seine-et-Marne et dans les Yvelines, l'activité est réalisée majoritairement en public. Pour Paris et les Yvelines, on note une forte évolution à la hausse du public (fermeture ou désengagement des établissements privés).

C'est dans le Val-de-Marne et dans le Val-d'Oise que la part du public est proportionnellement la plus faible.

* **3.1.4.** Une offre insuffisamment diversifiée

➤ **Les IVG par le mode médicamenteux sont faiblement développées dans la région :**

◆ En nombre de sites :

On note qu'en 2002 (source SAE), 32 sites ne réalisaient pas d'IVG par mode médicamenteux. Il s'agit en majorité d'établissements privés, notamment ceux qui ne pratiquent que la chirurgie et pas l'obstétrique. En 2003, 15 sites ne réalisent toujours pas cette offre.

	2002
Nombre total de sites réalisant les IVG médicamenteuses sur nombre total de sites	101/136
Paris	19/23
Seine-et-Marne	11/15
Yvelines	9/14
Essonne	12/14
Hauts-de-Seine	14/20
Seine Saint-Denis	15/21
Val de Marne	12/18
Val d'Oise	9/11

◆ En volume d'activité :

La proportion d'IVG par mode médicamenteux 2001 est inférieure en Île-de-France au taux national. En 2001, seulement 26 % des IVG sont pratiquées par mode médicamenteux en Île-de-France, contre 30 % pour la France métropolitaine.

En 2002, malgré une augmentation, le taux reste toujours inférieur (31,1 % contre 34,9 %). Il en est de même en 2003 (35,3 % en Île-de-France versus 38,4 % au niveau national, cf *tableau page 10*). Ce taux est très variable entre les départements et plus encore entre les établissements.

Dans certains territoires, le pourcentage d'IVG médicamenteuses est particulièrement bas (inférieur à 20 % en 2003) : 75 1, 77 1, 91 1 et 2, 92 2, 93 2 et 94 2.

➤ **L'anesthésie locale est rarement proposée :**

Ce constat est issu de l'enquête sites IVG en 2002 ainsi que de la SAE ; 65 % des IVG instrumentales sont réalisées sous anesthésie générale avec des variations importantes entre établissements.

➤ **La technique instrumentale sous anesthésie est parfois insuffisamment accessible en public :**

D'après les constats des professionnels, les créneaux d'accès au bloc sont parfois limités.

➤ **Les pratiques en matière d'hospitalisation de plus de 24 heures sont variables :**

Alors qu'en moyenne, elles ne concernent qu'1 % du total des IVG instrumentales, ce taux peut atteindre 5 à 8 % dans quelques établissements, ce qui apparaît étonnant.

➤ **Tous ces constats sont confirmés par :**

- les études des associations : d'après le MFPF, en Seine Saint Denis (2004), 1 hôpital sur 6 et 9 cliniques sur 11 ne proposent pas l'anesthésie locale et 4 cliniques sur 11 ne proposent pas la méthode médicamenteuse.
- les données issues de la plate-forme d'accueil et d'écoute régionale confirment également des possibilités de choix insuffisantes.

*** 3.1.5. Des niveaux d'activité très hétérogènes**

*** Activité 2002 (source SAE)**

	Moins de 200	200 à 399	400 à 599	600 à 799	800 à 999	1000 et plus	Total
75	4	5	7	1	3	3	23
77	6	2	6	0	0	0	14
78	9	3	1	0	0	1	14
91	4	4	3	1	0	1	13
92	6	6	4	0	2	2	20
93	3	6	4	0	3	5	21
94	6	5	4	0	3	0	18
95	4	3	1	0	1	1	10
Total sites	42	34	30	2	12	13	133
%	31 %	26 %	22 %	2 %	9 %	9 %	100 %

*** Activité 2003 (source SAE)**

	Moins de 200	200 à 399	400 à 599	600 à 799	800 à 999	1000 et plus	Total
75	2	4	7	2	1	4	20
77	7	1	4	2	0	0	14
78	8	1	1	0	0	1	11
91	4	5	2	2	0	1	14
92	5	4	2	2	1	3	17
93	3	4	4	2	3	5	21
94	4	5	3	1	3	0	16
95	3	3	3	2	1	0	12
Total sites	36	27	26	13	9	14	125
%	29%	22%	20%	13 %	6 %	10 %	100 %

Etude limitée aux seuls sites en fonctionnement en 2005

En 2002, un tiers des sites environ réalise moins de 200 IVG par an. Un quart assure entre 200 et 400. En 2003, avec la diminution du nombre de sites, il y a eu une augmentation de l'activité sur les sites entre 600 à 800.

Un faible nombre de sites présente une activité élevée (supérieure à 1000). Il s'agit généralement soit de CIVG, de quelques établissements publics historiquement très engagés et de quelques cliniques privées.

*** 3.1.6.** Le ratio IVG/accouchement est très hétérogène, témoignant des niveaux d'engagement variables

Ce ratio a été proposé par le groupe régional estimant que l'activité IVG doit être intégrée dans tout projet de service en gynécologie-obstétrique. Il permet donc d'approcher la place faite aux IVG dans l'activité du service d'obstétrique.

Il doit être interprété au regard de la vocation de certaines maternités (notamment celles de type 3 qui recrutent des grossesses pathologiques dépassant la réponse de proximité).

Il est en moyenne de 20 à 30 % dans les établissements publics et de 48 % dans les privés. Il est nettement plus faible pour l'ensemble des établissements publics du Val d'Oise et la majorité de ceux des Yvelines, ainsi que pour quelques établissements de l'Essonne.

*** 3.1.7.** Le fonctionnement des centres peut et doit être optimisé

Une enquête régionale «sites IVG» a été réalisée en 2002 (le texte intégral est accessible sur le site Internet de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Île-de-France et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France, cf *coordonnées en annexe 7*). Parmi les divers constats :

- les locaux sont rarement adaptés, parfois cohabitation avec d'autres activités (hôpital de jour pour le suivi des grossesses pathologiques, voire activité d'assistance médicale à la procréation), sites ne comportant pas de zone de repos.
- s'agissant du personnel médical : les équipes sont généralement fragiles, soit du fait du vieillissement d'une génération de «militants», soit statut précaire, activité reposant sur un nombre faible de médecins, cloisonnement avec le reste de l'équipe, peu de sages femmes dédiées, disponibilité et investissement faible des anesthésistes réanimateurs, internes peu investis ou seulement pour l'activité purement chirurgicale.
- personnel non médical rarement dédié : infirmière, secrétaire, conseillère.
- liens insuffisants avec des conseillères conjugales, des psychologues.
- partenariats internes peu développés (avec le reste du service de gynécologie-obstétrique et/ou les équipes de santé mentale).

L'enquête a cependant permis de repérer quelques pratiques à valoriser et diffuser (motivation des équipes par des chefs de service, staffs pluridisciplinaires).

Par ailleurs, les conventions avec les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont soit inexistantes (pour certains privés), soit peu opérationnelles. La présence d'un CPEF sur place comme dans un certain nombre d'établissements publics de forte activité amène indéniablement une prise en charge plus pertinente.

*** 3.1.8.** Une application insuffisante de la loi

L'enquête a confirmé les constats suivants :

- pour les mineures, certaines structures exigent systématiquement l'autorisation parentale. L'entretien pré-IVG qui reste une obligation pour les mineures n'est par contre pas proposé ni assuré systématiquement.
- la réponse aux demandes «tardives» 12-14 semaines est concentrée sur quelques établissements «de recours», un certain nombre d'équipes refusant de les faire en alléguant des aspects techniques.
- les femmes en situation de précarité, notamment celles relevant de la CMU et plus encore de l'AME sont assez souvent refusées et dirigées sur des établissements «spécialisés de fait».

S'agissant des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée, cet item doit être renseigné par la SAE depuis 2002 de façon facultative. Seule une cinquantaine d'établissements ont renseigné cet item en 2001 et 2002, qui ne peut donc être analysé. On note cependant que parmi ces 50 établissements, 13 ont indiqué n'avoir pratiqué aucune IVG à ces termes «tardifs». Il s'agit autant de cliniques privées que de centres hospitaliers.

*** 3.1.9.** Une intégration faible des recommandations de l'ANAES

En référence aux recommandations élaborées en 2001 et largement diffusées, on note :

- qu'une ligne téléphonique spécifique et/ou dédiée est rarement disponible,
- que le délai de rendez-vous est souvent supérieur à 8 jours et n'est pas proposé de façon adaptée (notamment en cas de situation urgente pour un terme avancé),
- qu'il n'y a souvent pas de possibilité de choix de la technique,

- que l'entretien d'information, de soutien et d'écoute (qui n'est plus obligatoire sauf cas particulier) n'est pas proposé, notamment pour des femmes qui en auraient besoin,
- que les établissements mènent peu d'actions de formation, mais que les rares initiatives sont à souligner et à soutenir.

*** 3.1.10. Des pratiques qui restreignent l'accès ou ne garantissent pas la qualité**

L'enquête a par ailleurs pointé des pratiques professionnelles problématiques qui restreignent l'accès à l'IVG ou ne garantissent pas la qualité du service rendu :

- pratique de quotas ou d'offre restreinte aux seules patientes de la clientèle privée,
- demande d'avance de frais, de paiement en liquide, pratique de dépassement,
- séjours de plus de 24 heures non justifiés,
- problèmes de classement des dossiers (au cabinet du praticien libéral).

Enfin un problème global en matière de périnatalité mais particulièrement crucial en matière d'IVG est la difficulté d'accès à l'échographie, notamment dans des conditions financières acceptables, de nombreux praticiens exerçant en secteur conventionnel 2.

*** 3.1.11. La prise en charge de la douleur**

La question de la douleur physique doit être abordée lors du choix de la méthode d'IVG.

. L'IVG médicamenteuse, présentée comme une technique « facile », est souvent douloureuse, parfois très douloureuse et bien plus longtemps qu'une IVG pratiquée sous anesthésie locale.

C'est la méthode de choix jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, la dilatation étant souvent plus difficile et aussi plus douloureuse sous anesthésie locale. Cette méthode est parfois choisie par peur du « traumatisme » physique supposé de l'aspiration. Bien sûr, les femmes peuvent le faire aussi parce que c'est moins cher ou plus simple (et plus discret vis-à-vis de l'entourage) du point de vue organisationnel.

. L'IVG par aspiration sous anesthésie locale est habituellement douloureuse comme des règles mais modérément et le plus souvent peu de temps. Pour un certain nombre de praticiens de l'avortement, le choix de l'anesthésie locale serait une étape vers une meilleure prise en charge par la femme de sa procréation.

En cas d'IVG sous anesthésie locale, l'accompagnement et le soutien peuvent diminuer la sensation douloureuse, c'est « l'anesthésie verbale ». En fait, il s'agit de pratiquer l'IVG avec une personne à côté de la femme (souvent une infirmière) qui lui explique ce qui se passe ou parle d'autre chose, enfin qui s'occupe d'elle.

La respiration maîtrisée est aussi un moyen de réduire la douleur en réduisant la peur. Cette méthode demande qu'on prenne son temps et cela justifierait qu'on la rémunère plus qu'elle ne l'est, d'après les professionnels.

. L'IVG par aspiration sous anesthésie générale est souvent choisie pour échapper à la douleur. En effet, la plupart des femmes qui choisissent l'anesthésie générale le font pour ne rien voir, ne rien entendre et ne pas avoir mal. Or, il y a des douleurs dans les suites de l'aspiration mais, sous l'effet de l'anesthésique, elles ne s'en souviennent pas. Il peut survenir, cependant, une crise douloureuse 3 à 4 jours après l'IVG avec des « règles » malgré la prise de pilule comme après toute aspiration.

Divers protocoles sont utilisés pour prendre en charge la douleur. L'utilisation de dilateur chimique le misoprostol (2 comprimés 3 h avant) ou la mifépristone (1 comprimé 36 à 48 h avant). Les antalgiques employés sont variables suivant les équipes. Le seul dont l'efficacité a été évaluée est l'ibuprofène. Pris avant l'IVG, il augmenterait peut-être la perte sanguine. On peut citer aussi : le paracétamol associé ou non, l'acide méfénamique, le néfopam, le tramadol. Les morphiniques sont rarement nécessaires essentiellement dans l'IVG médicamenteuse.

D'après les professionnels, il serait souhaitable que le coût d'une IVG ne soit pas un obstacle pour la femme, cela favoriserait la liberté de choix et aussi le développement de l'aspiration sous anesthésie locale qui est la moins pratiquée.

Les recommandations ANAES concernant la prise en charge de la douleur (analgésie et anesthésie)

. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse est responsable de douleurs modérées à sévères pour plus de 50 % des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines. L'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée.

. Lors des avortements par aspiration, pour environ le 1/3 des patientes, la technique d'anesthésie locale par bloc paracervical ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères lors de la pratique de l'aspiration endo-utérine (grade C). Toutefois, l'injection de lidocaïne, intracervicale au niveau de la région isthmique (orifice interne du col) diminue significativement le score de la douleur par comparaison à la technique précédente (grade B).

. Les benzodiazépines sont inefficaces sur la douleur des IVG par aspiration. L'efficacité du paracétamol n'est pas prouvée. En revanche, l'administration d'ibuprofène (AINS) diminue les scores de la douleur per et postopératoire (grade A) ; seul l'ibuprofène a été étudié.

. La patiente doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésies possibles (anesthésie générale ou locale) ; le choix du type d'anesthésie revient à la patiente.

. Le recours à l'anesthésie générale doit être possible. Si l'anesthésie générale est retenue, elle répond aux exigences du décret n°94-1050 du 5 décembre 1994. Les données concernant l'augmentation des complications liées à l'anesthésie générale (perforations, hémorragies, mortalité) sont anciennes et précèdent l'utilisation du misoprostol et des mesures de surveillance per et postopératoires actuelles. Pour la réalisation de l'anesthésie générale, les halogénés à forte concentration augmentent le volume des pertes sanguines ; l'utilisation d'ocytocine le diminue (grade B).

→ Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;

→ Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve : par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes ;

→ ne recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

*** 3.1.12. Les conséquences des dysfonctionnements de l'offre**

► Les délais généralement trop longs et peu adaptés aux situations les plus critiques

- Les délais sont documentés par la SAE depuis 2002 (délai moyen de prise en charge en octobre), mais cet item a été rempli par 50 établissements seulement (il était facultatif pour la première année). Les informations sont trop partielles pour être considérées comme validées. En 2003, seuls 47 établissements l'ont rempli dont 37 publics.

Ce délai moyen varie de 2 à 21 jours en 2002 et de 3 à 21 jours en 2003, sans que l'on puisse mettre en évidence de typologie particulière par statut ou par territoire. Le délai moyen en 2003 est de 10 jours, il semble donc légèrement supérieur à celui noté au niveau national (9 jours). En Île-de-France, 28 % estiment ce délai supérieur à 2 semaines, ce qui est nettement supérieur aux résultats nationaux (16 %), le délai maximum est noté en Val d'Oise.

- La plate-forme régionale (cf infra) interroge également régulièrement les établissements pour connaître les délais d'attente.

► Les refus

Pour documenter les refus, la SAE a depuis 2002 intégré un nouvel item facultatif (nombre d'IVG non prises en charge en octobre).

Cet item a été peu rempli (41 établissements en 2002 et 39 en 2003). On note sur certains sites, un nombre important d'IVG non prises en charge pendant cette période (de 80 à 100 pour 4 centres) en 2002, pour 8 centres en 2003 (tous publics).

► La tension de l'offre en période estivale

En période de vacances, l'offre déjà tendue en temps normal se dégrade généralement avec des fermetures de blocs et des diminutions de personnels.

Depuis 3 ans, l'AP-HP a mis en place un dispositif pour maintenir une offre, coordonner les fermetures et améliorer la réponse interne. Les objectifs d'activité ont été tenus mais le nombre d'appels à la cellule par les professionnels a doublé entre 2003 et 2004 (de 235 à 491).

La moitié des IVG et des demandes non satisfaites à l'AP-HP ont été adressées vers le privé.

Cette expérience pourrait être étendue au niveau des départements de grande couronne et intégrée au projet médical de territoire

► Le parcours des femmes et les IVG à l'étranger

Pour préciser les dysfonctionnements, la CRN IDF a pris l'initiative de réaliser une enquête qualitative auprès des cliniques étrangères réalisant les IVG. L'étude est accessible sur le site internet de la DRASS (*cf coordonnées en annexe 7*).

Les résultats partiels portant sur un seul établissement néerlandais et sur une période de 6 mois en 2004 montrent que sur 125 femmes ayant eu recours à une IVG, 29 % ont formulé leur demande dans le délai légal. Cette demande n'a pas pu être satisfaite soit faute de place, soit du fait de la pratique de l'établissement (pas d'IVG après 12 semaines), soit par difficultés d'accès à une échographie (délai de rendez vous et/ou coût). Certains refus sont secondaires, ce qui a occasionné une perte de temps précieux.

3.2. Une montée en charge progressive de la pratique de l'IVG hors établissements de santé

Suite à la parution du décret du 1^{er} juillet 2004 et de la circulaire du 26/11/2004, les médecins autorisés à pratiquer les IVG hors établissement de santé (médecins libéraux et en centres de santé) signent une convention avec un établissement de santé.

Un suivi a été mis en place pour connaître la montée en charge de cette nouvelle modalité. **Au 16 janvier 2006**, 234 conventions ont été signées en Île-de-France (sous réserve de transmission complémentaire) : 59 avec des médecins généralistes, 86 avec des gynécologues médicaux et 89 avec des gynécologues obstétriciens (dont 49 ont la double spécialité).

Paris	7 établissements avec conventions	Hôpital Robert Debré, Hôpital Bichat, Hôpital des Métallurgistes, Clinique Sainte-Thérèse, CIVG Broussais, CMC Vinci et Hôpital Cochin/Saint Vincent de Paul
Seine-et-Marne	6 établissements avec conventions	Centre Hospitalier de Montereau, Centre Hospitalier de Meaux, Centre Hospitalier de Fontainebleau, Clinique Chantereine, Clinique la Francilienne, Centre Hospitalier Marc Jacquet
Yvelines	2 établissements avec conventions	Clinique Saint-Louis et CH Poissy Saint Germain
Essonne	4 établissements avec conventions	Clinique de l'Essonne, Centre Hospitalier Arpajon, Centre Hospitalier Sud Francilien et clinique de l'Yvette
Hauts-de-Seine	4 établissements avec conventions	Hôpital Antoine Béclère, Hôpital Max Fourestier, Clinique Sainte-Isabelle, Centre Hospitalier de Sèvres
Seine Saint-Denis	1 établissement avec conventions	Maternité des Lilas
Val-de-Marne	2 établissement avec conventions	Clinique Gaston Métivet et clinique des Noriets
Val d'Oise	3 établissements avec conventions	Clinique Conti, CH René Dubos et polyclinique du lac d'Enghien, clinique Claude Bernard

source DRASS 16/01/2006

Compte tenu de la mise en place récente de ce dispositif, il n'est pas possible de connaître l'effectivité des conventions et l'activité réalisée hors établissement de santé.

Une première évaluation est une priorité pour 2006 de même que des actions ciblées sur les territoires autour des établissements sans conventions

Le réseau REVHO (**Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie**) est un «réseau de réseaux» qui regroupe les centres adhérents (à travers eux leurs équipes) et à travers leur réseau ville-hôpital, les praticiens libéraux. Il a pour objectifs de :

- favoriser l'accès des femmes à l'IVG médicamenteuse,

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

Il a bénéficié d'un financement dans le cadre de la dotation régionale des réseaux en 2004 et d'une mise en place en 2005. Un premier bilan devra être réalisé en 2006.

3.3. La plate-forme régionale

Il s'agit d'un dispositif structurel financé sur des crédits d'Etat et porté en Île-de-France par le Mouvement Français pour le Planning Familial. Il assure une double mission :

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

La plate-forme fonctionne de 12h à 19h du lundi au vendredi au 01.47.00.18.66. En 2004, 4 398 appels (légère baisse par rapport à 2003) ont été reçus :

- . 86 % concernent l'IVG (dont 37 % sur l'IVG médicamenteuse, en forte augmentation, et 7 % pour un délai dépassé),
- . 4 % concernent la contraception,
- . 10 % concernent d'autres questions.
- . 75 % des appels proviennent de femmes âgées entre 18-35 ans.

Cette plate-forme est surtout sollicitée par des appelants du département de Paris (1/3 des appelants) et peu sollicitée par deux départements de grande couronne (91 et 77), qui représentent respectivement 3 % et 4 % des appels.

On note une augmentation sensible des appels durant l'été 2004 (environ 25 à 30 % des appels annuels).

3.4. Une offre hétérogène en centres de planification en d'éducation familiale (CPEF)

Créés en 1967, les Centres de Planification et d'Education Familiales en référence au décret du 6 août 1992, relèvent de la compétence du Conseil Général. Ce sont des structures d'accueil, d'information et d'orientation relatives à la fécondité, la contraception, la sexualité, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles. Ils sont destinés aux jeunes et aux adultes.

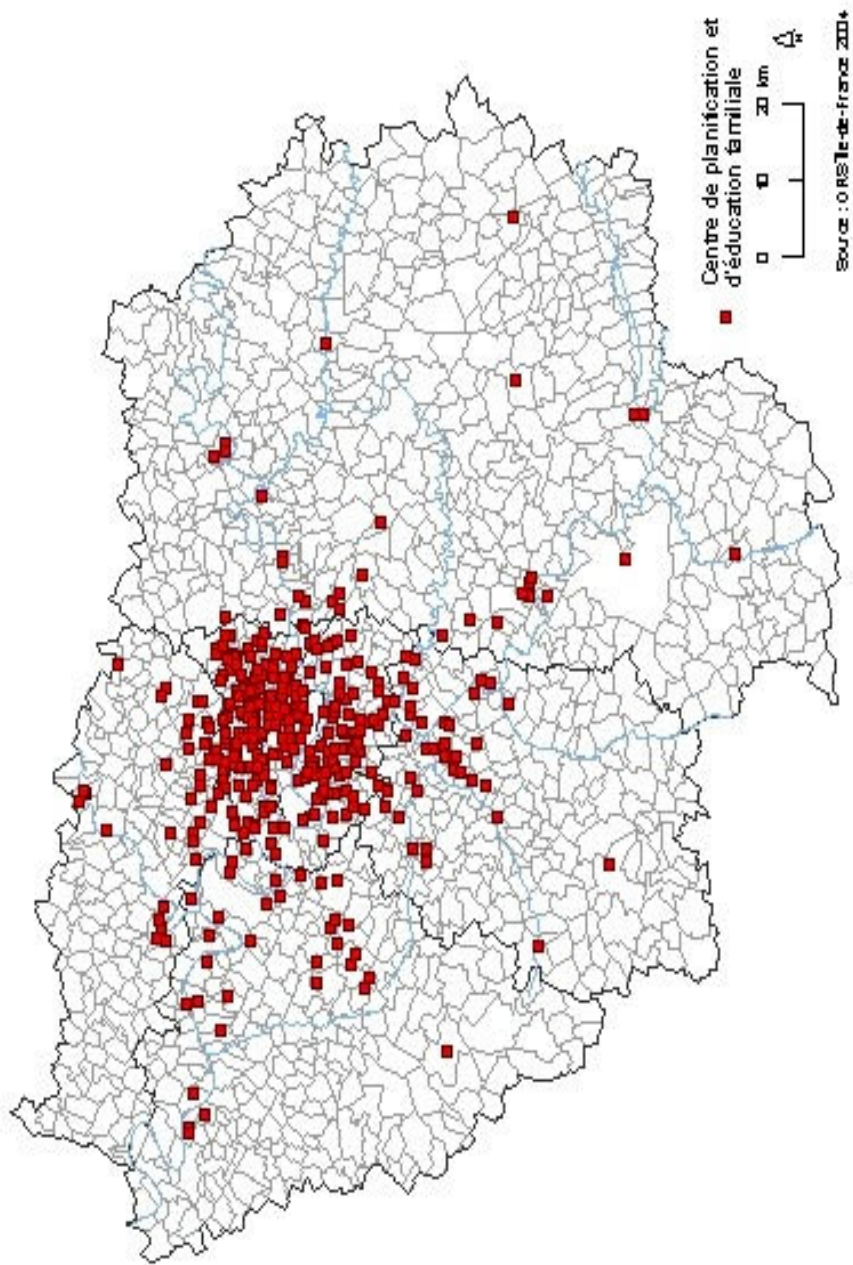
On note un déséquilibre d'offre en structures PMI et CPEF, notamment une insuffisance d'accès aux CPEF à Paris et en grande couronne qui concentre une population jeune (exemple : villes nouvelles de Seine-et-Marne).

Ce point a été particulièrement signalé dans le diagnostic partagé établi par l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique (sur le sitedrass75.sante.gouv.fr/rubrique/PRSP).

Département	Nombre de centres de planification familiale (y compris PMI)
Paris	22
Seine-et-Marne	31
Yvelines	33
Essonne	35
Hauts-de-Seine	35
Seine Saint-Denis	112
Val-de-Marne	53
Val d'Oise	36
TOTAL	357

source : atlas de la santé des franciliens

Les centres de planification et d'éducation familiale



4. L'approche territoriale

4.1. Des disparités départementales

La répartition des IVG réalisées dans les établissements par département se situe ainsi :

Département	Nombre d'IVG SAE 2002	%	Nombre IVG SAE 2003	%
Paris	13 654	23,45 %	13 017	21,53 %
Seine-et-Marne	4 167	7,15 %	4 358	7,21 %
Yvelines	3 089	5,30 %	3 359	5,56 %
Essonne	4 996	8,58 %	5 502	9,10 %
Hauts-de-Seine	9 099	15,63 %	8 957	14,82 %
Seine Saint-Denis	12 199	21,00 %	13 334	22,06 %
Val-de-Marne	6 776	11,64 %	6 903	11,42 %
Val d'Oise	4 240	7,28 %	5 017	8,30 %
TOTAL	58 220	100 %	60 447	100 %

C'est en Seine Saint-Denis et à Paris qu'est pratiqué le plus grand nombre d'IVG (45 % de la région). Dans les quatre départements de grande couronne, on relève un plus petit nombre d'IVG (entre 3 000 et 4 000 environ).

Ce constat est lié pour partie aux différences d'offre entre les départements.

Pour approcher les éventuelles disparités en terme de recours de la part des femmes, les données du PMSI permettent une approche partielle. Les résultats sont malgré tout à analyser avec prudence (sous évaluation par le PMSI).

D'après le PMSI (base 2002)	Femmes 15/49 ans INSEE	Femmes ayant eu recours à IVG domiciliées	Taux IVG pour 1000 femmes PMSI
Paris	604 720	8 449	13,97 ‰
Seine-et-Marne	320 408	4 288	13,38 ‰
Yvelines	345 590	3 699	10,70 ‰
Essonne	293 077	3 951	13,48 ‰
Hauts-de-Seine	388 776	5 629	14,47 ‰
Seine Saint-Denis	368 310	8 251	22,40 ‰
Val-de-Marne	322 647	5 367	16,63 ‰
Val d'Oise	295 638	4 345	14,69 ‰
Inconnu		2 522	
Total	2 915 107	42 757	14,66 ‰

Malgré les réserves méthodologiques, il semblerait que les femmes domiciliées en Seine Saint-Denis aient un taux de recours à l'IVG nettement supérieur et celles des Yvelines inférieur. Ce point est à explorer.

4.2. La description par territoire

Le groupe régional estime que l'IVG doit être assurée dans le cadre d'une offre de proximité. Cette nécessité apparaît encore plus grande en grande couronne, compte-tenu des distances et des difficultés de transport.

Afin d'apprécier comment l'offre répond aux besoins locaux, 2 approches complémentaires ont été développées.

➤ Le taux d'IVG (via la SAE) par femmes de 15 à 49 ans et par territoire.

Bassin	SAE 2002 Nombre d'IVG	SAE 2003 Nombre d'IVG	IVG/1000 SAE 2002	IVG/1000 SAE 2003
75 1	3 027	3 082	15,4 ‰	15,6 ‰
75 2	6 722	6 368	36,8 ‰	34,8 ‰
75 3	3 905	3 567	17,9 ‰	16,3 ‰
77 1	2 262	2 443	13,9 ‰	14,9 ‰
77 2	1 905	1 915*	13,4 ‰	13,4 ‰
78 1	783	639	4,7 ‰	3,9 ‰
78 2	1 824	2 128	12,5 ‰	14,6 ‰
78 3	631	702	14,2 ‰	15,7 ‰
91 1	1 967	1 882	29,6 ‰	28,3 ‰
91 2	1 743	2 429*	17,1 ‰	23 ‰
91 3	2 578	2 426	17,9 ‰	16,9 ‰
92 1	5 088	4 835	40,5 ‰	38,4 ‰
92 2	705	782*	7,3 ‰	8,0 ‰
92 3	3 297	3 340	20,7 ‰	21,0 ‰
93 1	5 205	5 441*	54,8 ‰	52,8 ‰
93 2	3 750	3 871	25,6 ‰	26 ‰
93 3	3 786	3 598	24,6 ‰	23,3 ‰
94 1	4 280	3 633	24,5 ‰	20 ‰
94 2	1 561	2 439*	14,1 ‰	22 ‰
95 1	1 868	2 752	13,8 ‰	18 ‰
95 2	803	902	11,5 ‰	12,9 ‰
95 3	1 569	1 363	17,3 ‰	15,0 ‰
Total	58 220	60 447	19,7 ‰	19,7 ‰

• Données redressées du fait d'établissements non répondants en 2003.

Les données de 2003 ont été validées : il apparaît quelques écarts avec 2002 dues aux non répondants et aux établissements ayant cessé leur activité en cours d'année.

➤ L'analyse de l'application "flux" du module périnatalité du PMSI sur le site de la CRAMIF (www.cramif.fr/partenaires_sante/ets_sante/activites_depenses_accueil.asp).

Taux d'attractivité : pourcentage de femmes domiciliées sur le territoire ayant eu une IVG sur ce même territoire rapporté au total des IVG du territoire.

Taux de fuite : pourcentage de femmes domiciliées dans le territoire ayant eu une IVG en dehors de ce territoire rapporté au nombre de femmes domiciliées dans ce même territoire et qui ont eu une IVG.

La réalisation de l'offre a été réalisée au niveau de chaque territoire. L'ensemble des propositions a été repris bien que certaines ne relèvent pas directement du SROS.

75-1 : PARIS NORD

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	197 128	Nombre d'IVG PMSI 2003	1 591
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	3 027 3 082	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	41,3 % 84,0 %
Ratio IVG/femmes	15,4 ‰ 15,6 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	16,0 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

7 établissements en 2002 :

- * 4 AP-HP : Saint-Louis, Lariboisière, Robert Debré et Bichat (CIVG).
- * 3 cliniques : Sainte Thérèse, Dautancourt et Milan.

6 établissements en 2005 :

- * 4 AP-HP : Saint-Louis, Lariboisière, Robert Debré et Bichat (CIVG).
- * 2 privés : Sainte Thérèse et Milan.

→ **Part public :** 75 % en 2003.

→ **Evolution 2002/2003 et constats :**

- Arrêt de l'activité à la clinique Dautancourt.
- Stabilité ou diminution sur tous les sites, sauf augmentation à Bichat.
- Ce territoire assure 22 % des IVG de Paris, alors que qu'il représente 32 % des femmes parisiennes , dont une part importante de femmes en situation de vulnérabilité. précaires.
- Faible taux d'IVG médicamenteuses.

→ **Propositions :**

Les délais de prise en charge restent élevés : il convient de développer les IVG médicamenteuses dès lors qu'elles correspondent au choix de la femme concernée.

Certains établissements du territoire vont participer à un réseau régional d'IVG médicamenteuse (REVHO) : hôpital BICHAT et prochainement hôpital R. DEBRE.

Une réflexion est en cours sur les IVG médicamenteuses en collaboration avec les médecins de ville.

75-2 : PARIS EST

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	182 712	Nombre d'IVG PMSI 2002	3 830
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	6 722 6 368	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	29,1 % 49,0 %
Ratio IVG/femmes	36,8 ‰ 34,8 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	32,5 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

10 établissements en 2002 :

- * 4 AP-HP : Rothschild, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière (2 services à Pitié), Tenon.
 - * 1 PSPH : Métallurgistes.
 - * 5 privés : Bien Naître, Villa Isis, Jeanne d'Arc, Montlouis et Vinci.
- N. B. un établissement ne pratique pas d'IVG : Diaconesses.*

10 établissements en 2005 :

- * 4 AP-HP : Rothschild, Saint-Antoine, Pitié-Salpêtrière (dont 2 services à Pitié), Tenon.
- * 1 PSPH : Métallurgistes.
- * 5 privés : Clinique Bien Naître, Clinique Jeanne d'Arc, Clinique du Mont Louis, Centre Médico Chirurgical Vinci.

→ **Part public** : 43 % dont 32,7 % AP-HP.

→ **Evolution 2002/2003** :

Diminution sur tous les sites sauf Métallurgistes, Bien-Naître et Montlouis (niveau d'activité très élevé).

→ **Propositions** :

Dans le cadre de la création d'un pôle mère enfant sur le site de Trousseau :

- veiller au transfert de l'activité AP-HP de Rotschild,
- demande de création d'un centre IVG ambulatoire sur le 11^e arrondissement (projet porté par l'association gestionnaire des Bluets et soutenu par l'ANCIC).
- maintien de 2 services à la Pitié.
- regroupement des cliniques Isis et Jeanne d'Arc (un seul site IVG) à Jeanne d'Arc.

75-3 : PARIS OUEST

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	218 384	Nombre d'IVG PMSI 2002	1 859
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	3 905 3 567	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	29,4 % 65,0 %
Ratio IVG/femmes	17,9 ‰ 16,3 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	48,0 %

→ **Situation actuelle et évolution** :

6 établissements en 2002 :

- * 2 AP-HP : Cochin/Saint-Vincent de Paul, Broussais (CIVG).
- * 2 PSPH : Institut Mutualiste Montsouris, Léopold Bellan
- * 1 public : Saint Anne.
- * 1 privé : Clinique La Murette.

5 établissements en 2005 :

- * 2 AP-HP : Cochin/St Vincent de Paul, CIVG Broussais.
- * 1 PSPH : Institut Mutualiste Montsouris.
- * 1 public : Saint Anne.
- * 1 privé : Clinique La Murette.

N.B. :

- 3 établissements ne pratiquent pas d'IVG : IPP, Necker et Notre-Dame-de-Bon Secours
- l'activité réalisée à l'hôpital Sainte-Anne est très spécifique (patientes avec pathologies psychiatriques) et est très faible. Cette activité est désormais réalisée sur le site de Cochin.

→ **Part public** : 88 % dont 79 % AP-HP.

→ **Evolution 2002/2003** :

- Arrêt de l'activité à L.Bellan
- Baisse sur tous les sites, sauf ceux de l'AP-HP.

→ **Propositions** :

- Projet de transfert de l'unité prenant en charge les IVG de Broussais à l'Hôtel Dieu (septembre 2007).
- Maintien de l'activité IVG à l'HEGP (IVG instrumentales de Corentin Celton)
- Activité de la maternité de l'IPP va sur Necker.
- **Rappel des obligations réglementaires pour le site de Necker.**

77-1 : SEINE ET MARNE NORD

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	163 251	Nombre d'IVG PMSI 2002	2060
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	2 262 2 443	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	79,0 % 33,0 %
Ratio IVG/femmes	13,9 ‰ 14,9 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	18,8 %

→ Situation actuelle et évolution :

8 établissements en 2002 :

- * 3 publics : Lagny, Meaux et Coulommiers.
- * 5 privés : Brou Chantereine, Tournan, Pontault, Chelles et Lagny.

8 établissements en 2005 :

- * 3 publics : Lagny, Meaux et Coulommiers.
- * 5 privés : Brou Chantereine, Tournan, Pontault, Chelles et Lagny.

→ Part public : 54 %.

→ Evolution 2002/2003 :

- Augmentation de l'activité à Lagny et Brou.
- Délais en augmentation.
- Faible taux d'IVG médicamenteuse.

→ Propositions :

- Fermeture sur site de Chelles en 2006 (transfert sur Brou).
- Alléger les procédures pour les IVG médicamenteuses.
- Formaliser et signer des conventions relatives aux IVG médicamenteuses entre les structures d'hospitalisation et les praticiens de ville.
- Créer des centres IVG.
- Former des internes – création d'un diplôme d'orthogénie.
- Inclure l'échographie pré-IVG dans le forfait.
- Développer la contractualisation avec certains établissements public (Meaux, Lagny).
- Faire un rappel de la réglementation à tous les pharmaciens d'officine du territoire.

77-2 : SEINE ET MARNE SUD

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	142 160	Nombre d'IVG PMSI 2002	1 744
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 905 1 915	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	91,3 % 25,0 %
Ratio IVG/femmes	13,4 ‰ 13,4 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	52,3 %

→ Situation actuelle et évolution :

7 établissements en 2002 :

- * 4 publics : Melun, Fontainebleau, Montereau et Provins.
- * 3 privés : Saint Jean, la Forêt, clinique de Montereau.

6 établissements en 2005 :

- * 4 publics : Melun, Fontainebleau, Montereau et Provins.
- * 2 privés : Saint Jean, la Forêt.

→ Part public : 68 %.

→ Evolution 2002/2003 :

- Arrêt clinique Montereau.
- Baisse sur l'ensemble des sites sauf centre hospitalier de Fontainebleau.
- Taux de fuite de 26 % hors bassin

→ **Propositions :**

- Disposer d'une structure d'accueil, de consultation séparée et développer la prise en charge ambulatoire.
- Améliorer l'organisation sur le centre hospitalier de Fontainebleau.
- Revoir la place et l'organisation du centre hospitalier de Melun.

78-1 : YVELINES SUD Versailles Rambouillet

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	165 792	Nombre d'IVG PMSI 2002	330
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	783	Données flux PMSI	
	639	Taux d'attractivité	68,9 %
		Taux de fuite	82,0 %
Ratio IVG/femmes	4,7 ‰	IVG médicamenteuse/	
	3,9 ‰	IVG total	37,2 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

5 établissements en 2002 :

- * 3 publics : Rambouillet, Le Chesnay (Versailles), Dourdan.
- * 2 privés : Le Chesnay et Trappes.

6 établissements en 2005 :

- * 3 publics : Rambouillet, Le Chesnay (Versailles), Dourdan.
- * 3 privés : Le Chesnay et Trappes, Parly II.

→ **Part public :** 59 %.

→ **Evolution 2002/2003 :**

- Baisse sur l'ensemble des sites sauf Rambouillet.
- Augmentation récente sur Versailles et Rambouillet, qui doit être soutenue.

→ **Proposition :**

Le dispositif actuel auquel s'ajoute la pratique des IVG médicamenteuses par les praticiens de ville depuis juillet 2004 devrait offrir une réponse aux besoins de la population.

78-2 : YVELINES CENTRE

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	145 684	Nombre d'IVG PMSI 2002	2140
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 824	Données flux PMSI	
	2 128	Taux d'attractivité	54,1 %
		Taux de fuite	32,0 %
Ratio IVG/femmes	12,5 ‰	IVG médicamenteuse/	
	14,6 ‰	IVG total	61,95 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

7 établissements en 2002 :

- * 2 publics : Poissy Saint-Germain (sur le site St Germain) et Meulan.
- * 5 privés : Chatou, Saint Louis, Louis XIV, Montgarde et Europe.

5 établissements en 2005 :

- * 2 publics : Poissy Saint-Germain et Meulan.
- * 3 privés : Saint Louis, Louis XIV et Europe.

→ **Part public :** 91 %

→ **Evolution 2002/2003 :**

- Diminution sur l'ensemble de sites, sauf Poissy et Meulan.
- Concentration sur le site de Saint Germain.

→ **Propositions communes au territoire 78.3 :**

L'hôpital du Vésinet ne dispose pas de services de gynécologie obstétrique mais d'un CPEF, souhaite développer les coopérations pour les IVG médicamenteuses.

La mise en œuvre d'un partenariat avec les cabinets libéraux pour les IVG pratiquées hors établissement de santé devrait permettre une meilleure réponse aux besoins.

78-3 : YVELINES NORD

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	44 530	Nombre d'IVG PMSI 2002	657
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	631 702	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	68,5 % 27,0 %
Ratio IVG/femmes	14,2 ‰ 15,7 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	37,7 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

3 établissements en 2002 :

- * 1 public : Mantes.
- * 2 privés : Mantes, Val Fourré.

2 établissements en 2005 :

- * 1 public : Mantes.
- * 1 privé : CMC du Mantois (anciennement Val Fourré).

→ **Part public** : 57 %.

→ **Evolution 2002/2003 :**

Arrêt de l'activité à la clinique mantaise.

→ **Propositions communes au territoire 78.2**

L'hôpital du Vésinet ne dispose pas de services de gynécologie obstétrique mais d'un CPEF, souhaite développer les coopérations pour les IVG médicamenteuses.

La mise en œuvre d'un partenariat avec les cabinets libéraux pour les IVG pratiquées hors établissement de santé devrait permettre une meilleure réponse aux besoins.

91-1 : YERRES / VILLENEUVE SAINT GEORGES

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	66 416	Nombre d'IVG PMSI 2002	1 452
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 967 1 882	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	46,4 % 40,0 %
Ratio IVG/femmes	29,6 ‰ 28,3 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	21,8 %

→ Situation actuelle et évolution :

4 établissements en 2002 :

- * 1 public : Villeneuve Saint-Georges.
- * 3 privés : Villeneuve Saint-Georges, CH privé Claude Gallien, maison de santé du docteur Boyer

4 établissements en 2005

- * 1 public : Villeneuve Saint-Georges.
- * 3 privés : polyclinique de Villeneuve Saint-Georges, CH privé Claude Gallien. et maison de santé de Villeneuve saint Georges (activité reprise par l'hôpital privé du Val d'Yerres).

→ Part public : 19 %

→ Evolution 2002/2003 :

- A la hausse, sauf polyclinique Villeneuve Saint-Georges.
- Bassin «fragile» un seul établissement public.
- Faible taux d'IVG médicamenteuse.

→ Proposition :

Formation des médecins généralistes.

91-2 : LONGJUMEAU / ORSAY

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	102 067	Nombre d'IVG PMSI 2002	1 263
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 743 2 429*	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	66,3 % 41,0 %
Ratio IVG/femmes	17,1 ‰ 23,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	19,5 %

Décalage important : non répondants SAE 2002 ?

→ Situation actuelle et évolution :

5 établissements en 2002 :

- * 2 publics : CH Longjumeau et CH Orsay.
- * 3 privés : Clinique Athis, Yvette, IH Jacques Cartier.

4 établissements en 2005 :

- * 2 public : CH Longjumeau et CH Orsay.
- * 3 privés : Caron, Yvette et IH J. Cartier.

→ Part public : 33 %.

→ Evolution 2002/2003 :

- Arrêt de l'activité à la clinique d'Athis
- Faible taux d'IVG médicamenteuse.

→ Proposition :

Le Syndicat Interhospitalier de Juvisy, établissement public, ne pratique pas d'IVG pour des raisons qu'il baptise «éthiques» ; un rappel des obligations réglementaires au centre hospitalier de Juvisy est à réaliser avant cette dante

91-3 : EVRY / ETAMPES

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	143 969	Nombre d'IVG PMSI 2002	1 838
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	2 578 2 426	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	76,4 % 33,0 %
Ratio IVG/femmes	17,9 ‰ 16,9 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	37,8 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

6 établissements en 2002 :

- * 3 publics : CH Sud Francilien (deux sites), Arpajon et Etampes.
- * 3 privés : CMO d'Evry, Pasteur, clinique de l'Essonne.

6 établissements en 2005 :

- * 3 publics : CH Sud Francilien (un site), Arpajon et Etampes.
- * 2 privés : CMCO d'Evry, clinique de l'Essonne.

→ **Part public :** 47 %.

→ **Evolution 2002/2003 :**

Compte tenu du regroupement des services de gynéco-obstétrique de Corbeil et Evry sur un seul site (CHSF), le niveau d'activité devra être maintenu.

92-1 : HAUTS DE SEINE SUD

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	125 707	Nombre d'IVG PMSI 2002	4845
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	5 088 4 835	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	29,8 % 28,0 %
Ratio IVG/femmes	40,5 ‰ 38,4 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	47,2 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

6 établissements en 2002 :

- * 2 AP-HP : Corentin Celton (CIVG), Béclère.
- * 4 privés : Hôpital privé d'Antony, Ambroise Paré, Clinique du plateau (Clamart) et Meudon.

6 établissements en 2005 :

- * 2 AP-HP : Corentin Celton (CIVG), Béclère.
- * 4 privés : Hôpital privé d'Antony, Ambroise Paré, Clinique du plateau (Clamart) et Meudon.

→ **Part public :** 43 %

→ **Evolution 2002/2003 :**

- Diminution de l'activité à Corentin Celton.
- Augmentation à Béclère
- Dans le cadre du regroupement des cliniques du Plateau et de Meudon, l'activité d'obstétrique et d'IVG sera réalisé sur un seul site (site de Meudon).

→ **Propositions :**

- Développer la coordination et l'information de l'Education Nationale vis-à-vis de la pratique des IVG chez les mineures (respect de l'anonymat).
- Mettre en application les préconisations de la loi de 2001 et demander à l'Education Nationale d'organiser 3 sessions annuelles d'information sur la prévention dans les écoles.

92-2 : HAUTS DE SEINE CENTRE

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	96 902	Nombre d'IVG PMSI 2002	679
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	705 782	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	42,5 % 74,0 %
Ratio IVG/femmes	7,3 ‰ 8,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	8,1 %

→ Situation actuelle et évolution :

4 établissements en 2002 :

- * 2 publics : Saint-Cloud, Sèvres.
- * 1 PSPH : Foch
- * 1 privé : Les Martinets.

4 établissements en 2005 :

- * 2 publics : Saint-Cloud, Sèvres.
- * 1 PSPH : Foch
- * 1 privé : Les Martinets.

→ Part public : 27 %.

→ Evolution 2002/2003 :

- Activité concentrée sur deux établissements: Sèvres et la clinique des Martinets.
- Activité faible à Saint-Cloud et l'hôpital Foch.
- IVG médicamenteuse très peu développée.

→ Propositions :

- Dans le cadre du transfert de l'activité de Sèvres sur Saint-Cloud, il conviendra de veiller au maintien voire au renforcement de l'activité
- Donner du temps médical ou PH à mi-temps pour l'activité de planification familiale.

92-3 : HAUTS DE SEINE NORD

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	158 912	Nombre d'IVG PMSI 2002	2176
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	3 297 3 340	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	60,1 % 53,0 %
Ratio IVG/femmes	20,7 ‰ 21,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	8,9 %

→ Situation actuelle et évolution :

13 établissements en 2002 :

- * 2 AP-HP : Louis Mourier, Beaujon.
- * 3 publics : Nanterre, Neuilly et Courbevoie.
- * 1 PSPH : Hôpital Franco- britannique.
- * 7 privés : Sainte-Isabelle, Asnières, Villeneuve la Garenne, La Montagne, Lambert, La Défense, hôpital américain.

11 établissements en 2005 :

- * 2 AP-HP : Louis Mourier, Beaujon.
- * 2 publics : Nanterre, Neuilly.
- * 1 PSPH : Hôpital Franco- britannique.
- * 6 privés : Sainte-Isabelle, CMC Asnières, La Montagne, Lambert, La Défense, hôpital américain.

→ Part public : 54 %

→ **Evolution 2002/2003 :**

- Augmentation importante de la demande IVG à l'hôpital Max Fourestier.
- Diminution de l'activité IVG à l'hôpital Beaujon car de plus en plus de praticiens refusent d'en faire par clause de conscience (surtout 11/12 semaines).
- Fermeture de la clinique Villa Médicis.

93-1 : MONTREUIL / VINCENNES

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	94 949	Nombre d'IVG PMSI 2002	2 746
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	5 205 5 441	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	37,4 % 40,0 %
Ratio IVG/femmes	54,8 ‰ 52,8 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	31,4 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

6 établissements en 2002 :

- * 1 public : Montreuil.
- * 1 PSPH : Maternité des Lilas
- * 4 privés : Floréal, La Dhuys, Hoffmann et clinique des Lilas (arrêt en 2003).

4 établissements en 2005 :

- * 1 public : CH André Grégoire.
- * 1 PSPH : Maternité des lilas
- * 2 privés : Floréal et la Dhuys.

→ **Part public : 70 %**

→ **Evolution 2002/2003 :**

- SAE 2003 : difficulté pour analyser l'activité car établissements non répondant : Floréal et maternité des Lilas (pour la base 2003, redressement avec chiffres 2002, Floréal 1 578).
- La clinique Hoffman en restructuration : l'activité IVG sera à discuter après réouverture de la maternité.

→ **Propositions :**

- Organiser des staffs inter-hospitaliers et dans le cadre du réseau ville-hôpital pour améliorer les pratiques. Certains centres particulièrement impliqués pouvant servir de moteur.
- Maintien du remboursement des contraceptifs.
- Développement des IVG médicamenteuses par le biais de conventions et de formations des médecins de PMI en suivant l'exemple du Conseil Général du 93 qui s'est prononcé à l'unanimité pour que les médecins de PMI et CPEF puissent réaliser les IVG médicamenteuses.
- Impliquer et former les médecins libéraux à l'IVG médicamenteuse.
- Revaloriser l'acte IVG.
- Raccourcir les délais.
- Création d'un numéro vert national.
- Accorder une attention particulière aux plus démunies : mineures, personnes en grande précarité.
- Améliorer l'application de la loi de 2001.
- Diversifier les choix pour respecter la femme dans toute sa dimension médico-psychosociale.
- Evaluation régulière, territoire par territoire, région par région, de l'adéquation de la prise en charge de l'IVG.

93-2 : SAINT DENIS / BOBIGNY

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	146 487	Nombre d'IVG PMSI 2002	3 734
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	3 750 3 871	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	63,9 % 41,0 %
Ratio IVG/femmes	25,6 ‰ 26,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	14,2 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

8 établissements en 2002 :

- * 1 AP-HP : Hôpital Avicenne.
- * 1 public : Saint Denis.
- * 6 privés : Orangerie, Hôpital européen (Aubervilliers), Les Presles, Estrée, Landy et Bois d'Amour.

5 établissements aujourd'hui :

- * 1 AP-HP : Hôpital Avicenne.
- * 1 public : CH Saint Denis.
- * 3 privés : Hôpital européen de Paris, Clinique de l'Estrée, Clinique du Bois d'Amour.

→ **Part public : 52 %**

→ **Evolution 2002/2003 :**

- Devenir de l'Orangerie.
- Arrêt des IVG à la clinique du Landy.
- Augmentation à Saint-Denis et Avicenne.
- Faible taux d'IVG médicamenteuse.

Réorganisation en cours : fusion des cliniques Les Presles et Estrée (avec activité d'IVG sur un seul site) et fermeture du site IVG sur le site du Bois d'amour et transfert de l'activité sur la clinique de Blanc Mesnil (93-3).

→ **Propositions :**

- Un recentrage sur l'activité d'obstétrique des établissements privés ou publics est observé face à l'insuffisance de rémunération de l'IVG (les structures privées mettent en place des quotas annuels). La solution financière à ce problème apparaît être la création de GHS pour l'IVG et non son maintien à un forfait qui neutralise la pratique effectuée.
- Souhait d'une meilleure répartition régionale des IVG pour éviter le recours extra-départemental sur les structures du territoire et du 93.
- Développement des IVG médicamenteuses par le biais de conventions et de formations des médecins de PMI. Implication et formation des médecins libéraux.
- Développer l'éducation et les campagnes d'informations.
- Remboursement des contraceptifs au taux de l'IVG (100 %).

93-3 : AULNAY / MONTFERMEIL

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	154 053	Nombre d'IVG PMSI 2002	3 730
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	3 786 3 598	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	57,6 % 40,0 %
Ratio IVG/femmes	24,6 ‰ 23,3 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	36,1 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

7 établissements en 2002 :

- * 1 AP-HP : Jean Verdier.
- * 2 publics : Montfermeil, Aulnay.
- * 4 privés : Blanc Mesnil, Vauban, Vert Galant, Neuilly/Marne (arrêt en 2003).

6 établissements en 2005 :

- * 1 AP-HP : Jean Verdier.
- * 2 publics : Montfermeil, Aulnay.
- * 3 privés : Blanc Mesnil, Vauban, Vert Galant.

→ **Part public : 45 %**

→ **Evolution 2002/2003 :**

- Neuilly/Marne (arrêt en 2003).
- Demande forte et accrue par un flux de patientes venant des départements voisins.

94-1 : CRETEIL

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	174 745	Nombre d'IVG PMSI 2002	2 895
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	4 280 3 633	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	60,9 % 44,0 %
Ratio IVG/femmes	24,5 ‰ 20,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	43,0 %

→ Situation actuelle et évolution :

10 établissements en 2002 :

- * 2 publics : Esquirol, CHIC.
- * 8 privés : Noisy le Grand, Paul d'Egine, Armand Brillard, Orangerie (Le Perreux), Gaston Métivet, Marcelin Berthelot (arrêt), Bercy et Concorde.

10 établissements en 2005 :

- * 2 publics : Esquirol, CHIC.
- * 7 privés : Noisy le Grand, Paul d'Egine, Armand Brillard, Orangerie (Le Perreux), Gaston Métivet, Bercy et Concorde.
- * hôpital Beghin (Hôpital d'instruction des Armées).

→ Part public : 15 %

L'hôpital de Bry sur Marne (PSPH) ne réalise actuellement pas d'IVG, mais dans le cadre de l'évolution de son programme d'établissement et l'installation d'une maternité, cette activité est à envisager.

→ Evolution 2002/2003 :

L'offre privée est prédominante

→ Propositions :

- Développer les IVG médicamenteuses en ville.
- Favoriser la création de sites dédiés dans les établissements.
- Consolider l'offre en période estivale sur un site dédié.
- L'hôpital Beghin (militaire) va développer à partir de 2005 une activité IVG.

94-2 : IVRY / VILLEJUIF

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	110 477	Nombre d'IVG PMSI 2002	2 175
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 561* 2 439	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	42,5 % 43,0 %
Ratio IVG/femmes	14,1 ‰* 22,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	13,3 %

* compte-tenu des non-répondants en 2002, l'analyse de l'évolution doit être prudente.

→ Situation actuelle et évolution :

6 établissements en 2002 :

- * 2 publics : Bicêtre (CIVG), Jean Rostand.
- * 4 privés : clinique du Sud, des Noriets (arrêt en 2003), de la porte d'Italie et clinique de Vitry.

6 établissements en 2005 :

- * 2 publics : Bicêtre (CIVG) et Jean Rostand.
- * 4 privés : clinique du Sud, de la porte d'Italie, clinique des Noriets et clinique chirurgicale de Vitry.

→ Part public : 70 %

→ Evolution 2002/2003 :

- Baisse de l'activité des établissements privés.
- Faible taux d'IVG IVG médicamenteuse.

→ **Propositions :**

- Développer l'élaboration de conventions entre la médecine libérale et les établissements de soins en ce qui concerne les IVG médicamenteuses.
- Maintenir ouvert un plateau technique à vocation départementale, en période estivale sur un site dédié (le CHU Bicêtre étant candidat) permettant d'accueillir des praticiens extérieurs.
- Formation des nouveaux praticiens devant le vieillissement des intervenants actuels.
- Restructuration du site Jean Rostand à l'horizon 2008, activité IVG sur le site Bicêtre.

→ **Propositions pour tout le département 94 :**

- **Consolider l'offre de soins actuelle dans le public comme dans le privé en prenant en compte systématiquement l'activité IVG de l'établissement dans le cadre des autorisations accordées en MCO ou de leurs renouvellements.**
- **Maintenir ouvert un plateau technique en période estivale sur un site dédié permettant d'accueillir des praticiens extérieurs**
- **Développer le fonctionnement en réseau à l'instar de ce qui a été fait au niveau de l'AP-HP, pour favoriser le développement de l'IVG en ville et la formation des médecins aux différentes techniques.**
- **Aider financièrement les établissements qui mettent en place un site dédié et s'engagent dans le respect des bonnes pratiques de l'ANAES.**

95-1 : ARGENTEUIL/EAUBONNE

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	135 401	Nombre d'IVG PMSI 2002	2 405
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 868* 2 752	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	61,7 % 37,0 %
Ratio IVG/femmes	13,8 ‰ 18,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	26,4 %

→ **Situation actuelle et évolution :**

8 établissements en 2002 :

* 2 publics : Eaubonne, Argenteuil.

* 6 privés : Parisis, Enghien, Plateau, Girardin, Claude Bernard et Domont (arrêt en 2003).

7 établissements en 2005 :

* 2 publics : Eaubonne, Argenteuil.

* 5 privés : Parisis, Enghien, Girardin, Claude Bernard et Plateau.

→ **Part public : très faible 8 %**

→ **Evolution 2002/2003 :**

Diminution de l'activité en public.

→ **Propositions :**

- Augmenter et diversifier l'offre IVG dans le secteur public.
- Développer l'IVG médicamenteuse.

95-2 : GONESSE

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	69 893	Nombre d'IVG PMSI 2002	832
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	803 902	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	70,3 % 52,0 %
Ratio IVG/femmes	11,5 ‰ 12,9 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	20,3 %

→ Situation actuelle et évolution :

2 établissements en 2002 :

- * 1 public : Gonesse.
- * 1 privé : Hôpital Privé Nord Parisien (Sarcelles).

2 établissements aujourd'hui :

- * 1 public : Gonesse.
- * 1 privé : Hôpital Privé Nord Parisien (Sarcelles).

→ part public : 29 %

→ Evolution 2002/2003 :

- Saturation absolue des sites existants.
- Zone fragile.
- Faible taux d'IVG médicamenteuse.

→ Propositions :

- Augmentation des prises en charge locales ainsi que du développement de l'IVG médicamenteuse.
- Souhait du CH de Gonesse d'établir des conventions avec des médecins libéraux pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en cabinet. Formation prévue. Formalisation à venir d'un protocole de soins et de suivi des patientes.
- L'HPNP essaie de développer les IVG médicamenteuses en ville, via des conventions avec des médecins de ville.

95-3 : PONTOISE

Nombre de femmes de 15 à 49 ans	90 801	Nombre d'IVG PMSI 2002	1 049
Nombre d'IVG (SAE 2002/2003)	1 569 1 363	Données flux PMSI Taux d'attractivité Taux de fuite	72,7 % 44,0 %
Ratio IVG/femmes	17,3 ‰ 15,0 ‰	IVG médicamenteuse/ IVG total	32,4

→ Situation actuelle et évolution :

3 établissements en 2002 :

- * 2 publics : René Dubos à Pontoise, Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise (CHIPO).
- * 1 privé : Clinique Conti.

3 établissements en 2005 :

- * 2 publics : René Dubos à Pontoise, CHIPO.
- * 1 privé : Clinique Conti.

→ part public : 56 %

→ Evolution 2002/2003 :

Réponse aux demandes d'IVG sont insuffisantes par rapport aux besoins (faute de disponibilités, de structures, d'accès, de motivation des médecins dans le public, que dans le privé faute de revalorisation suffisante du forfait IVG).

→ Propositions :

- Le CH René Dubos a pour projet de structurer un centre d'orthogénie.
- Développement de l'offre de soins sur le territoire : moyens supplémentaires, plages de consultations réservées.

Au total :

- la prise en charge des IVG est à améliorer notamment sur les territoires les plus problématiques (un seul établissement public ou part du public faible).
- en particulier tous les secteurs du Val d'Oise, les territoires 91 1, 77.2 et 92 2 et 94.2.

5. Les freins au développement de l'offre

Après que cet état des lieux a permis de dégager la nécessité de développer et d'améliorer cette offre qui ne répond qu'incomplètement aux besoins tant sur le plan quantitatif que qualitatif, le groupe a identifié divers problèmes susceptibles de compromettre le maintien de l'offre et d'entraver la mise en œuvre des diverses propositions qui vont être formulées.

Ces problèmes nécessitent pour la plupart des réponses nationales.

5.1. Les freins généraux

La démographie des professionnels de la santé est un facteur limitant, en particulier pour les métiers de la périnatalité qui manquent d'attractivité. Bien que les projections pour les gynécologues évoquent plutôt un stabilisation, les perspectives de relève pour l'activité IVG sont peu optimistes en l'absence de mesures spécifiques. Dans le cadre du groupe de travail IVG/Contraception, une enquête commune, DRASS/ACRN, a été lancée sur la démographie des médecins pratiquant des IVG.

5.2. Les freins au développement de l'offre en établissement de santé

Dans le nouveau système tarifaire (tarification à l'activité), le choix a été fait de maintenir pour l'IVG une tarification au forfait avec plusieurs tarifs. Malgré une revalorisation récente (arrêté du 23/7/2004), les différentes études réalisées au niveau régional montrent que le prix de revient de l'acte est supérieur au prix réel avec une sous valorisation de 40 %. D'après les professionnels, cela concernerait essentiellement les IVG instrumentales.

Les groupes de travail thématiques T2A ont été réunis au cours du 1^{er} semestre 2004 à l'initiative de Gilles ECHARDOUR, chargé de mission à l'ARHIF. L'objectif était d'évaluer l'impact du nouveau dispositif de tarification sur les ressources disponibles par activité. Deux activités prioritaires ont été retenues dans ce cadre : la cancérologie et la périnatalité.

En ce qui concerne les IVG, la méthode a consisté à repérer, avant T2A, les IVG à travers les codes correspondants en CIM 10 (O 04* en diagnostic principal / Z 640 en DAS) dans la base PMSI régionale 2002, qu'elles soient instrumentales ou médicamenteuses; en T2A, les effectifs sont valorisés selon les 6 catégories réglementaires* d'après les statistiques extraites de SAE.

Catégories de tarifs IVG	
AMD (IVG avec ag <= 12h)	238,38 €
IMD (IVG sans anesthésie <= 12h)	177,42 €
APD (IVG avec ag >12h <24h)	274,81 €
IPD (IVG sans ag >12h <24h)	213,84 €
AMF (IVG médicamenteuse)	257,91 €
FJS (forfait IVG pour 24 heures supplémentaires)	36,42 €

L'analyse opérée est nécessairement approximative puisque le groupe n'a pu disposer du détail de la répartition des IVG dans les catégories tarifaires en T2A. Toutefois, après extraction des données du bordereau 4 de la SAE, on avoisine la valorisation donnée par la DHOS dans 5 cas sur 6. Dans la mesure où le coefficient géographique ne s'applique pas aux IVG, l'évaluation a porté la comparaison entre T2A et dispositif antérieur (valorisation des GHM 777 et 814 en ambulatoire et 545 / 546 en hospitalisation complète) valorisé alternativement à la valeur nationale du point puis à la valeur régionale.

Que l'on valorise l'ancien dispositif avec la valeur nationale ou la valeur régionale du point, la perte de valorisation en T2A est conséquente :

- 61 % ou - 67 % en moyenne dans chacune des configurations.

La dévalorisation se situe dans les mêmes ordres de grandeur quel que soit le niveau d'activité de l'établissement (de 200 à plus de 900 interruptions par an) et quel que soit le rapport numérique entre IVG instrumentales et IVG médicamenteuses (RU 486).

La solution serait de revoir le statut en passant d'une tarification au forfait vers une tarification à l'acte ce qui présenterait de plus un fort symbole faisant entrer l'IVG dans le droit commun. En attendant cette éventualité, il semble impératif que, dans le cadre de l'enveloppe MIGAC, des solutions soient trouvées au niveau de la région Île-de-France.

5.3. Les freins au développement des IVG hors établissement de santé

On note une montée en charge progressive de la pratique de l'IVG hors établissements de santé, mais ce dispositif reste fragile et doit reposer sur la mobilisation des établissements et des représentants de libéraux (URML).

Par ailleurs, les charges induites par le développement des IVG hors établissements de santé pour l'établissement de santé sont insuffisamment prises en compte (gestion de statistiques, appui des médecins libéraux).

Les médecins exerçant en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ne peuvent, à ce jour, pas réglementairement assurer les IVG médicamenteuses hors établissements de santé alors que certains le souhaitent.

B/ Les interruptions médicales de grossesse (IMG)

Le groupe régional a estimé nécessaire d'évoquer ce sujet dans les travaux du SROS.

1. Rappel des textes

Les textes de référence sont l'article L 2213-1 et L 2213-2.

. L'article L.2213-1 (loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, article 11) stipule que: "l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Lorsque l'interruption de la grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L.2322-1.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une **forte probabilité** que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une **particulière gravité** reconnue comme incurable **au moment du diagnostic**, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe".

. L'article L.2213-2 (loi n°2001-588 du 4 juillet 2001, art 12) stipule que : "les dispositions des articles L. 2212.2 et L.2212-8 à L.2212-10 sont applicables à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical".

2. Données chiffrées

	2001	2002	2003
Paris	687	620	789
Seine-et-Marne	32	41	72
Yvelines	185	167	181
Essonne	139*	40	47
Hauts-de-Seine	123	156	130
Seine Saint-Denis	50	119	68*
Val-de-Marne	100	127	95
Val d'Oise	98	92	95
Total	1 314	1 362	1 477

source : SAE

L'évolution est globalement à la hausse, cependant avec le développement de l'accès aux diagnostics prénataux, les variations dans certains départements questionnent sur la fiabilité des données.

C'est le public qui assure la majorité des IMG soit 95 % (dont 4 % en PSPH). L'activité est supérieure à 100 dans plusieurs centres périnataux de type 3 et/ou dotés de centres de diagnostic pré-natal.

3. Problématique

Le sujet a été traité essentiellement par le groupe régional diagnostic prénatal (DPN). Selon le groupe IVG, les demandes en cas de péril grave pour la santé de la femme sont difficiles à gérer pour les Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG) qui ne disposent pas de gynécologues obstétriciens.

Il existe des difficultés pour mettre en oeuvre la procédure surtout pour les CIVG sans gynécologue obstétricien : en effet l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins un gynécologue obstétricien qui doit exercer son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L.2322-1.

Par contre, sur le plan technique, il n'existe pas de différence avec les autres interventions

- II -

LES PROPOSITIONS

A/ Améliorer les connaissances :

Pour améliorer la qualité et la diffusion des recueils des données :

- Faire fonctionner les recueils existants :
 - SAE : obtenir que l'ensemble des établissements soient répondants et un meilleur remplissage des nouveaux items (délai, 12/14 semaines, IVG non prises en charge).
 - PMSI : diffuser largement les consignes de codage.
 - Bulletins : disposer des résultats nationaux rapidement.
- Mieux organiser le retour d'information vers les professionnels et valoriser les travaux pour la réalisation de synthèses.
- Recueillir des données auprès des caisses sur les patientes relevant de l'AME et de la CMU.
- Développer les approches qualitatives avec les associations.
- Mieux documenter les parcours, les motifs de recours, les processus de décision, les délais, les refus, les IVG itératives, les IVG chez les mineures et les femmes vulnérables.
Une demande d'extension régionale de l'enquête prévue par la DREES en 2006 est en cours de discussion dans le cadre du PRSP.
- Mieux comprendre les spécificités de l'Île-de-France en développant un partenariat avec la recherche.

B/ Améliorer l'accès à l'IVG

➤ Mesures relevant du niveau national :

- Revoir le cadre de la tarification : le groupe s'est positionné pour une "sortie" du système de forfait, ce qui permettrait une tarification directement liée à l'activité et symboliquement ferait entrer l'IVG dans le droit commun. En attendant, une révision du niveau des forfaits est souhaitée.
- Donner la possibilité aux sages femmes de pratiquer les IVG médicamenteuses en s'appuyant sur le travail réalisé dans le cadre d'un mémoire de sage-femme sur ce sujet en Ile-de-France en 2005.
- Elargir aux médecins des CPEF la possibilité de réaliser les IVG médicamenteuses, ce qui suppose une modification réglementaire de l'article L 2212-2.

➤ Mesures relevant du niveau local :

1. Assurer qualité et sécurité dans tous les établissements pratiquant des IVG

➔ Recommandations générales :

- Intégrer l'activité IVG systématiquement dans les démarches de contractualisation (projet d'établissement et CPOM) pour tous les établissements publics disposant d'un service de maternité et/ou de chirurgie, pour ceux qui le souhaitent et pour certains établissements privés dans les zones les moins couvertes.
- Formaliser en interne l'engagement de l'établissement (direction, bloc, services d'anesthésie..) au-delà de la seule équipe de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie.
- Dans les établissements publics de santé, lors du renouvellement d'une chefferie de service, intégrer systématiquement l'évaluation quantitative et qualitative de l'IVG.
- Discuter d'un volume minimal d'IVG à assurer par établissement.
- Faire reconnaître l'activité par structuration en unité fonctionnelle au delà de 400 IVG par an en public, ce qui permet de garantir des moyens lisibles et assure la légitimité d'un praticien responsable.
- Optimiser le fonctionnement :
 - organiser les conditions d'accueil, fléchage, locaux en référence aux recommandations ANAES,
 - garantir l'accès au plateau technique,
 - si des prestations sont externalisées en ville (labos, échographie), faire respecter les tarifs,
 - équiper les équipes de matériel adéquat (échographie avec sonde vaginale pour suivi pré et post-IVG),
 - élaborer des protocoles.

1.1. Réaliser l'IVG dans des délais acceptables et adaptés

- Dans les établissements, réaliser l'IVG dans des délais acceptables et adaptés en rappelant les recommandations ANAES :

- disposer d'un secrétariat spécifiquement formé avec une ligne téléphonique spécifique et/ou dédiée,
- proposer le premier rendez vous de façon adaptée à la situation, notamment s'il existe une urgence en terme de délais et/ou dans les situations complexes,
- organiser les réorientations,
- proposer l'IVG médicamenteuse sur des critères de termes et de contexte.

- Améliorer l'accès à l'échographie (convention entre centres hospitaliers et cabinets libéraux de radiologie).

- Améliorer la diffusion d'informations autour des missions du numéro régional d'orientation.

1.2. Organiser une réponse diversifiée permettant les conditions d'un choix

- Développer l'IVG médicamenteuse de façon volontariste : elle doit être disponible sur chaque site.
- Développer la technique par anesthésie locale par diffusion des pratiques existantes en concertation avec les anesthésistes.
- Proposer un accompagnement psychosocial adapté.
- Réaliser sur tous les sites les IVG «tardives» (formation des équipes par compagnonnage).
- Diffuser le matériel pédagogique existant (notamment CD ROM de l'ANCIC sur les IVG tardives et les IVG médicamenteuses).

1.3. Assurer la prise en compte de la douleur et de la souffrance psychique

- Assurer la prise en compte de la douleur et de la souffrance psychique en lien avec les anesthésistes et en développant la collaboration entre les intervenants.

1.4. Développer la formation sur l'IVG et la contraception

- Anticiper la baisse de la démographie et préparer la relève :

. inscrire le sujet IVG dans la formation initiale des médecins (généralistes, gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens), en lien avec l'URML et les coordonnateurs des filières d'internat, des sages-femmes (travail avec les 4 écoles), des infirmiers, des travailleurs sociaux et des secrétaires médico-sociales.

. développer la formation continue, notamment en accompagnant le nouveau diplôme universitaire nouvellement créée "DU régulation des naissances".

. faciliter la possibilité de stages sur les sites-ressources en matière d'IVG.

. analyser l'enquête en cours, dans le cadre du groupe de travail, sur la démographie médicale des praticiens réalisant les IVG.

2. Garantir l'accessibilité géographique à l'IVG

- Organiser la filière de prise en charge pré et post-IVG avec les structures et les professionnels extra-hospitaliers.

- Sur les territoires les plus fragiles et les moins bien équipés, développer systématiquement, dans le cadre d'un CPOM, un volet IVG prévoyant un augmentation d'activité.

3. Aider à l'organisation des IVG hors établissements

Chaque établissement de santé doit susciter des conventions dans son environnement, en particulier sur les territoires qui sont actuellement peu ou pas couverts :

- . information et formation des médecins libéraux (par les réseaux la FMC et en lien avec l'URML).
- . suivi et diffusion de l'expérience du réseau REVHO.

4. Mieux prendre en compte les populations spécifiques (mineures, femmes en situation de vulnérabilité sociale ou psychologique)

Favoriser l'intervention des conseillères conjugales et/ou des psychologues dès la première consultation, ainsi qu'en salle d'intervention.

- Les mineures :
Mettre en place systématiquement un accompagnement spécifique, garantir l'anonymat et de la confidentialité (avec le service de facturation), proposer l'entretien post-IVG avec le CPEF, et assurer le cas échéant le lien avec un psychologue.
- Les femmes en situation de vulnérabilité sociale:
 - . développer le rôle des PASS dans le domaine de l'orthogénie et veiller à leur bonne intégration dans les circuits et procédures en matière de contraception et d'IVG.
- Les patientes présentant des troubles psychiatriques ou psychologiques :
 - . respecter la demande,
 - . développer les protocoles de collaboration entre équipes somatiques et psychiatriques, l'accès aux consultations d'orthogénie et les protocoles dans les services, notamment contraception d'urgence, en s'appuyant sur les travaux du comité SIDA de Ville-Evrard (site en annexe).
- Harmoniser les pratiques des conseils généraux notamment en matière de prise en charge financière des échographies et autres actes pour garantir une égalité de traitement.
- Développer les liens et l'articulation avec les structures en matière de prévention et d'éducation pour la santé :
 - . rappeler l'obligation d'une convention avec un centre d'éducation et planification familiale,
 - . inciter à l'installation d'un CPEF sur les sites réalisant plus de 400 IVG, en lien avec les Conseils Généraux,
 - . faciliter l'accès à la contraception et la contraception d'urgence,

5. Assurer la continuité des soins et de l'accompagnement

- Pour assurer la continuité des prises en charge, coordonner, dans le cadre du projet médical de territoire, les fermetures, notamment en période estivale : un site dédié pourrait accueillir les autres praticiens des établissements voisins.

C/ Objectifs quantifiés

Le texte national sur les objectifs quantifiés ne prévoit pas d'objectifs spécifiques pour l'activité d'IVG.

Cette thématique étant abordée dans le SROS 3 en Île-de-France, le groupe a proposé un objectif quantifié par bassin et des recommandations comportant des indicateurs plus qualitatifs pour le suivi et l'évaluation du SROS.

1. Principes

L'activité d'interruption volontaire de grossesse est une activité de proximité. Elle doit être accessible au niveau de chaque territoire.

➤ Pour les territoires dont le taux d'IVG est notablement en dessous du taux régional (particulièrement en grande couronne), il est proposé de développer des mécanismes incitatifs pour augmenter l'activité (dans le cadre de l'enveloppe MIGAC).

2. Volume d'activité annuel moyen et couverture des besoins

D'après SAE 2002/2003 : pour environ 59 000 IVG par an en Île-de-France, le taux d'IVG est de 20 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes connaît des variations importantes entre les bassins. Les bassins du Val d'Oise, des Yvelines, de Seine-et-Marne et le 94-2 enregistrent les taux les plus faibles, témoignant de difficultés d'accès à l'offre. A l'inverse, certains bassins ont historiquement une réponse importante avec une offre répondant à des besoins plus larges (Seine Saint-Denis, Paris Sud).

L'évolution récente de l'offre est marquée par la diminution du nombre de sites privés et la baisse de l'activité du secteur privé, avec toutefois quelques cliniques qui maintiennent un niveau d'activité très élevé.

Evolution récente de l'activité

Bas-sin	SAE 2002 Nombre d'IVG	SAE 2003 Nombre d'IVG	IVG/ 1000 SAE 2002	IVG/ 1000 SAE/ 2003	Fourchette théorique 20 IVG pour 1000	Fourchette théorique - 15 IVG pour 1000	Nombre supplémentaire d'IVG
75 1	3 027	3 082	15,4	15,6	3 942		
75 2	6 722	6 368	36,8	34,8	3 654		
75 3	3 905	3 567	17,9	16,3	4 367		
77 1	2 292	2 443	13,9	14,9	3 265	2 448	
77 2	1 905	1 915*	13,4	13,4,5	2 843	2 132	+ 350
78 1	783	639	4,7	3,9	3 315	2 486	+ 1 833
78 2	1 824	2 128	12,5	14,6	2 913	2 185	+ 51
78 3	631	702	14,2	15,7	890		
91 1	1 967	1 882	29,6	28,3	1 328		
91 2	1 743	2 429	17,1	23,0	2 041		
91 3	2 578	2 426	17,9	16,9	2 879		
92 1	5 088	4 835	40,5	38,4	2 514		
92 2	705	782*	7,3	8,0	1 938	1 453	+ 650
92 3	3 297	3 340	20,7	21,0	3 178		
93 1	5 205	5 441*	54,8	52,8	1 899		
93 2	3 750	3 871	25,6	26,0	2 929		
93 3	3 786	3 598	24,6	23,3	3 081		
94 1	4 280	3 633	24,5	20,0	3 495		
94 2	1 561	2 439	14,1	22,0	2 209	1 657	+ 218
95 1	1 868	2 752	13,8	18,0	2 708	2 031	+ 492
95 2	803	902	11,5	12,9	1 397	1 048	+146
95 3	1 569	1 363	17,3	15,0	1 816		
Total	58 220	60 447	19,7	19,7	58 601		

* Données redressées du fait d'établissements non répondants en 2003 (les données de 2002 ont été reprises par convention)

3. Propositions

Chaque territoire doit pouvoir assurer au moins 15 IVG pour 1 000 femmes. Pour les bassins qui se trouvent au dessous de ce taux cible, les établissements susceptibles d'augmenter leur activité seront ciblés dans le cadre des Contrats Pluri-annuels d'Objectifs et de Moyens.

4. Indicateurs qualitatifs à intégrer dans les recommandations :

- Indicateur de diversification (pour chaque établissement) :

. IVG médicamenteuse sur total des IVG à comparer au taux cible national de 35 % (plus faible au niveau régional mais très variable).

- Indicateur d'investissement de l'équipe (pour les établissements avec obstétrique) :

. Ratio IVG/ accouchements (en moyenne de 30 % mais très variable).

D/ Articulation avec les objectifs de santé publique

Suite aux travaux régionaux réalisés dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique, notamment le diagnostic partagé (sur le site internet de la DRASSIF), et validés par les comités de pilotage des 31 mai et 16 décembre 2005, l'objectif suivant a été retenu :

- Renforcer les actions d'éducation à la sexualité, intégrant les dimensions VIH, VHB et IST, contraception chez les jeunes, notamment les jeunes en difficulté

Cet objectif s'inscrit dans l'axe prioritaire "intervenir durant les phases de fragilisation du parcours de vie".

Il s'agira notamment de :

- Développer les actions de prévention des grossesses non désirées en s'inspirant des expériences validées.
- Faciliter l'accès à la contraception, notamment à la contraception d'urgence.
- Favoriser l'adéquation entre la méthode contraceptive et la situation de la femme.

Par ailleurs, la thématique IVG devra être intégrée dans les projets locaux de santé des établissements volontaires : Melun, Lagny, Versailles, Saint Denis et Aulnay.

CONCLUSION

La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse relève d'une offre de proximité.

Les recommandations sont issues du rappel du dispositif réglementaire et de l'analyse de la situation régionale et territoriale.

Il s'agit avant tout de garantir un accès en maintenant l'offre de proximité, en accompagnant particulièrement les établissements publics de santé sur les territoires enregistrant une baisse de l'offre privée.

Pour assurer la qualité et la sécurité dans tous les établissements pratiquant des IVG, cette activité doit être intégrée systématiquement dans les démarches de contractualisation (projet d'établissement et CPOM) pour tous les établissements disposant d'un service de maternité et pour ceux qui le souhaitent et reposer sur un engagement de l'établissement garantissant notamment un accès au plateau technique.

Chaque établissement doit pouvoir proposer une réponse diversifiée permettant les conditions d'un choix entre les différentes méthodes (médicamenteuse, anesthésie locale et générale). L'accès aux IVG médicamenteuses mérite d'être particulièrement développé compte tenu du retard de la région en la matière.

Pour assurer un accueil sans discrimination des différentes situations prévues réglementairement une attention particulière est à accorder aux mineures, aux femmes demandant une IVG dans les délais tardifs, aux femmes en situation de vulnérabilité. Le service doit donc organiser son fonctionnement en conséquence : accueil téléphonique, secrétariat spécifiquement formé, coordination et disponibilité de personnels sociaux et intervenants adaptés (psychologues, conseillères conjugales) pour un accompagnement adapté, notamment dans le cadre des conventions avec les centres de planification et d'éducation familiale .

La prise en compte de la douleur et de la souffrance psychique doit faire l'objet de protocoles.

Il apparaît nécessaire de coordonner les fermetures et l'organisation en période estivale au niveau de chaque territoire.

Afin d'accompagner les nouvelles dispositions qui permettent la pratique des IVG hors établissements de santé, chaque établissement doit susciter des conventions dans son environnement (médecins libéraux et centres de santé)

ANNEXES
TECHNIQUES

⇒ ANNEXE 1 : Etude DREES sur le taux d'IVG élevé en Ile de France

Ce taux élevé pourrait être lié à la structure d'âge de la population. Or, d'après une première étude de la DREES, la proportion de femmes de 15 à 19 ans parmi les femmes de 15 à 49 ans est moins élevée en Île-de-France (11,8 %) qu'en France (13,3 %). Or le rapport IVG/femmes est moins élevé pour les femmes de 15 à 19 ans que pour les autres tranches d'âge. Si la structure de la population des femmes franciliennes était la même que celle de la France métropolitaine, c'est à dire s'il y avait plus de jeunes femmes, la part des IVG pour 1 000 femmes s'abaisserait, puisque ces jeunes femmes sont celles qui sont le moins concernées par les IVG. Cette part ne serait plus de 18,8 mais de 18,4. L'effet de la structure par âge n'explique donc qu'une très faible partie de l'écart entre l'Île-de-France et la moyenne nationale.

D'autres facteurs sont donc à l'œuvre. Parmi ceux que l'on peut mesurer, citons la contraception, la situation professionnelle de la femme et l'offre de soins dispensée dans les différentes régions.

Contraception

Le baromètre santé de l'Inpes nous indique qu'en l'an 2000, pour 1 000 femmes ayant eu au moins un rapport hétérosexuel au cours des 12 derniers mois, sans qu'elle soit déjà enceinte, et sans chercher à avoir d'enfant, 946 avaient utilisé un moyen de contraception. En Île-de-France, cette proportion était supérieure (953/1000). Ce n'est donc pas une moindre utilisation de la contraception en Île-de-France qui explique une plus forte proportion de femmes ayant recours à l'IVG, au contraire. Il resterait à évaluer, en plus du recours à la contraception, sa plus ou moins bonne utilisation, ce que l'enquête ne nous permet pas de faire (ni les bulletins).

Activité professionnelle de la femme

La situation professionnelle peut être un indicateur du niveau social et économique de la femme. Ce niveau influence visiblement le recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée. En effet, les femmes actives ont le moins recours à l'IVG (10,7 IVG pour 1000 femmes actives). Les chômeuses en revanche, beaucoup plus (16,5 %), de même que les femmes au foyer (16,4 %) ou les étudiantes (15,7 %). Or, la proportion de femmes actives est plus importante en Île-de-France qu'en moyenne. Si la structure par type d'activité de la population des franciliennes de 15 à 49 ans était la même que celle de l'ensemble du pays (donc s'il y avait plus de chômeuses) le nombre d'IVG par femme s'élèverait encore plus, et passerait de 18,4 à 19,4. La structure par activité n'explique donc pas, au contraire, le recours plus fréquent à l'IVG en Île-de-France.

Ces chiffres proviennent des bulletins de 1997, les derniers disponibles pour cette variable d'activité des femmes, et du recensement de 1999 pour la répartition de la population par activité. Ces phénomènes de recours à l'IVG selon l'activité des femmes étant supposés très stables dans le temps, il n'est pas nécessaire d'obtenir ces renseignements pour toutes les femmes et tous les ans.

Secteur de l'établissement

L'implantation du secteur privé dans les différentes régions semble jouer un rôle important sur la prise en charge des IVG. D'une région à l'autre, on peut en effet mettre en évidence une relation positive entre la proportion d'IVG rapportées au nombre de naissances enregistrées dans une région d'une part, et la part des grossesses dont l'issue se déroule dans des établissements privés d'autre part. Par exemple, en Île-de-France, les IVG représentent une part plus importante de l'activité d'obstétrique (25 % des accouchements et IVG réunis) qu'en moyenne, et parallèlement, les issues de grossesses y sont traitées plus souvent dans les établissements privés (48 %) qu'en moyenne sur l'ensemble du territoire.

	Part des IVG dans les issues de grossesses viables (IVG + naissances)	Part des issues de grossesses viables (IVG+naissances) traitées en secteur privé	Part des IVG traitées dans le secteur privé	Part des naissances traitées dans le secteur privé
Île-de-France	25 %	48 %	58 %	45 %
France	21 %	39 %	33 %	40 %

Source DREES

Le secteur privé d'Île-de-France offre la particularité supplémentaire de traiter beaucoup plus d'IVG que le secteur privé des autres régions : sur 100 grossesses viables dont l'issue est prise en charge dans le secteur privé d'Île-de-France, 30 sont des IVG et 70 des accouchements. Sur l'ensemble du territoire, cette proportion est de 18 % contre 82 %.

Part des IVG dans les issues de grossesses viables : IVG / (IVG + naissances)			
	<i>tous secteurs</i>	<i>en secteur privé</i>	<i>en secteur public</i>
Île-de-France	25 %	30 %	20 %
France	21 %	18 %	23 %

Si la part du secteur privé en Île-de-France s'abaissait jusqu'au niveau moyen français (39 % des issues de grossesses au lieu de 48 % actuellement en Île-de-France), la part des IVG dans l'ensemble des issues de grossesses viables devrait mécaniquement s'abaisser aussi, puisque c'est justement dans ce secteur que l'on traite le plus les IVG. Mais cette baisse ne serait que d'un point : la part des IVG dans les issues de grossesses s'abaisserait de 25 % à 24 %, une fois la structure régionale de l'offre privée prise en compte. Ce raisonnement mécanique un peu simpliste ne tient évidemment pas compte des arbitrages des patientes sur les délais de prise en charge qui peuvent varier d'une région à l'autre, d'un secteur à l'autre, et qui se modifieraient probablement si la structure publique/privée de la prise en charge des issues de grossesse dans les régions était modifiée. Elle permet néanmoins d'affirmer que ces différences de structures n'expliquent pas non plus une grande partie de l'écart observé sur la part que représente les IVG dans les issues de grossesse traitées en l'Île-de-France et sur l'ensemble du territoire.

En résumé

Les sources actuellement à notre disposition nous permettent d'affirmer que les disparités régionales que vous observez sont pour une petite partie dues aux différences de structure par âge des femmes habitant la région Île-de-France, que leur usage plus fréquent de la contraception n'explique en rien ces différences, bien au contraire, de même que la structure par activité des franciliennes, plus fréquemment actives que dans d'autres régions, suppose qu'elles recourent moins souvent à l'IVG que les femmes d'autres régions. La forte implantation du secteur privé dans votre région n'explique pas non plus un tel écart, même si le secteur privé en Île-de-France pratique plus intensément les IVG que les établissements privés des autres régions, en moyenne. Il reste donc un écart inexpliqué, sans doutes lié tout simplement au nombre de places disponibles dans la région. Selon un récent rapport d'une équipe de chercheurs de l'Inserm, financée par la Drees, les limitations de l'offre de soins inciteraient plutôt à chercher un centre d'intervention dans d'autres régions plutôt que de choisir de ne pas faire d'IVG. Cela est d'ailleurs cohérent avec la forte proportion de femmes provenant d'autres régions, et venant pratiquer l'IVG en Île-de-France.

D'autres facteurs, propres aux femmes résidant en Île-de-France, peuvent toutefois également intervenir. Dans un modèle qui expliquerait l'IVG par des variables telles que la fréquence des rapports sexuels, la non-utilisation ou l'insuccès d'un moyen de contraception, la fertilité des femmes, le désir de prolonger ou d'interrompre une grossesse non désirée, et enfin la possibilité offerte par l'offre de soins de la région d'interrompre la grossesse dans les délais réglementaires, seules quelques variables ont été examinées ici. Certaines concernent autant l'IVG que la naissance (fréquence des rapports sexuels, fertilité) et sont donc prises en compte dans le rapport IVG / grossesses viables. Elles n'entrent donc pas dans l'explication des disparités régionales de ce rapport. D'autres sont partiellement prises en compte (contraception) dans les sources dont nous disposons. L'écart entre régions peut en outre s'expliquer par des facteurs culturels ou sociaux influençant les femmes dans leur choix d'interrompre la grossesse, décisions pouvant varier selon le degré d'éducation de la femme, son environnement familial, et notamment les liens avec le père de l'enfant, voire des considérations religieuses, variables qui ne sont pas convenablement résumées dans l'activité professionnelle de la femme, la seule à notre disposition.

La part des femmes domiciliées hors Île-de-France et qui viennent subir une IVG est marginale.

Xavier Niel. Janvier 2004

⇒ ANNEXE 2 : SOURCES DE DONNEES

Les différentes sources de données mobilisables pour 2003 (source DREES, revue études et statistiques n°431 d'octobre 2005)

Trois sources peuvent actuellement être exploitées concernant les interruptions volontaires de grossesse réalisées chaque année : les bulletins, dont le remplissage est prévu par la loi, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), et les données issues du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).

Pour l'estimation globale du nombre d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental et pour certains départements, établissement par établissement, ont montré que les chiffres issus de la SAE étaient les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables. Ils ont toutefois pour inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

1°) SAE (statistiques annuelles des établissements de santé) :

Les chiffres issus de cette source sont estimés les plus réguliers en tendance par la DREES et globalement les plus fiables. Ils ne fournissent cependant que des informations en nombre limité (nombre total d'IVG, mode médicamenteux, avec anesthésie, hospitalisation de plus de 12 heures). Depuis 2002, le délai moyen, le nombre d'IVG entre 11 et 12 semaines, les refus peuvent être renseignés, mais c'est facultatif.

Chaque année, on note quelques non-répondants, ce qui rend délicates des analyses infra-départementales.

2) PMSI (Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations) :

Les séjours avec interruption volontaire de grossesse sont obtenus en sélectionnant les résumés de sortie anonymisés (RSA) avec code diagnostic de la série -004- (interruption de grossesse) et le code Z640 (grossesse non désirée).

Il est possible de traiter les informations suivantes :

- durée du séjour,
- année de naissance,
- code postal de domicile.

En 1999, il avait été évalué que le PMSI permettait de repérer 89 % du nombre des IVG enregistrées par la SAE (rapport DRASSIF). Certains établissements n'apparaissent pas dans la base 2002 et 2003 : Métallurgistes et IPP (car moins de 100 lits) et plusieurs établissements n'ayant pas codé Z 640.

Le recueil s'améliore progressivement.

Un module PMSI périnatalité élaboré par le groupe régional COTRIM/CRN est disponible sur le site www.cramif.fr/partenaires_sante/ets_sante/activites_depenses_accueil.asp, permet des sorties par établissement avec tableau de bord et par territoire.

3°) Bulletins IVG (BIG) :

Cette source n'est pas exhaustive (on estime ainsi qu'entre 1995 et 1998, environ 4 % des IVG du secteur public et un tiers des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin). Le modèle de bulletins utilisé jusqu'en 2003 comportait de nombreuses informations (durée de gestation, grossesse et IVG antérieures, caractéristiques socio-démographiques de la femme, nationalité...). Les données n'ont pas été publiées depuis 1997. Depuis 2004, un bulletin simplifié a été mis en place, à remplir pour toute IVG y compris hors établissement de santé.

4°) DREES (Direction Régionale des Etudes Et Statistiques) :

Jusqu'en 1998, la Drees estimait le nombre global d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE.

Depuis 2001, c'est directement la SAE qui sert de référence pour la série du nombre d'IVG couvrant les années 1995 et suivantes. Les chiffres de 2002 sont corrigés des données encore manquantes lors de la précédente publication. La série a été révisée depuis 1990, avec une estimation du nombre d'IVG issue des bulletins de 1990 à 1994, mais redressée chaque année pour tenir compte des sous-déclarations.

La structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG en 2003 est celle fournie par le PMSI, celles des années antérieures à 1997 étant tirées des bulletins. La répartition selon le mode d'intervention est issue de la SAE à partir de 1995 et des bulletins pour les périodes plus anciennes.

Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes concernées peuvent être réalisées à partir des bulletins, et, dans l'avenir, par voie d'enquêtes périodiques qui viendront compléter les bulletins simplifiés à partir de 2004, pour tenir compte de l'évolution récente de la législation.

⇒ ANNEXE 3 : Les techniques d'IVG

● Existe-t-il différentes techniques d'IVG ?

Il existe deux méthodes d'IVG : la méthode médicamenteuse et la méthode instrumentale.

● Une femme peut-elle choisir la technique d'IVG ?

Oui, dans la limite des 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée. Au-delà de ce délai, seule la technique instrumentale peut être pratiquée. Au cours de la première consultation médicale, le médecin doit apporter toutes les informations à la femme sur les deux méthodes possibles. La femme peut déterminer avec le médecin le choix de la méthode lors de la première ou de la deuxième consultation médicale. La technique utilisée dépend du terme de la grossesse, de l'âge de la femme et de son état de santé.

- L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 5ème semaine de grossesse, soit maximum 7 semaines après le début des dernières règles.

- L'IVG instrumentale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 12ème semaine de grossesse, soit la 14 semaines après le début des dernières règles.

Attention : tous les établissements de santé publics ou privés ne pratiquent pas les deux techniques d'IVG. Informez-vous.

● La méthode médicamenteuse :

Cette méthode consiste à prendre des médicaments. Elle ne nécessite donc ni anesthésie ni intervention instrumentale. Les médicaments utilisés sont :

- La mifépristone (mifegyne®) qui bloque l'action de l'hormone (la progestérone) nécessaire au maintien de la grossesse, favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin, ce qui permet l'expulsion de l'oeuf.

- Les prostaglandines qui augmentent les contractions de l'utérus.

- Les antalgiques qui agissent contre la douleur. Ils ne sont pas systématiquement prescrits.

La méthode médicamenteuse se déroule en 3 étapes.

◆ 1ère étape :

Le médecin donne à la femme la mifépristone qu'elle absorbe devant lui. La femme peut alors rentrer chez elle, après avoir pris rendez-vous pour la 2ème étape qui doit avoir lieu 36 à 48 heures après. A l'issue de cette première étape, il peut survenir des saignements plus ou moins importants. Attention, ces saignements ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc obligatoire de poursuivre les étapes suivantes. Si la femme estime les saignements et les douleurs trop importants, elle doit retourner consulter son médecin.

◆ 2ème étape :

Elle doit avoir lieu 36 à 48 heures après la première. Le médecin donne à la femme des prostaglandines soit sous forme de comprimés à avaler soit sous forme d'ovule à mettre à l'intérieur du vagin. La femme reste pendant quelques heures sous surveillance médicale. Pendant ces quelques heures, il survient des saignements, des contractions utérines qui peuvent être douloureuses et éventuellement l'expulsion de l'oeuf.

A l'issue de ces quelques heures, qu'il y ait eu ou non expulsion de l'oeuf, la femme peut rentrer chez elle, après avoir pris rendez-vous pour la 3ème étape qui doit avoir lieu 10 jours après. Les saignements durent en général une semaine, parfois plus longtemps. Ces saignements ne prouvent pas que la grossesse est arrêtée. La 3ème étape est **indispensable** pour vérifier que la grossesse est interrompue.

◆ 3ème étape :

Cette **consultation médicale de contrôle est indispensable** pour vérifier que la grossesse est interrompue. En cas d'échec (moins de 5 % des cas), c'est à dire si la grossesse se poursuit, **il est impératif de recourir à la technique instrumentale**.

● La technique instrumentale :

La technique instrumentale consiste en une aspiration, précédée d'une dilatation du col de l'utérus. Un médicament peut être administré pour faciliter la dilatation. Pour l'aspiration, le médecin introduit une canule dans l'utérus. Cette canule est reliée à un système d'aspiration.

● La technique instrumentale se fait-elle sous anesthésie ?

Oui. Cette technique nécessite soit une anesthésie générale soit une anesthésie locale. La femme détermine avec l'aide du médecin l'anesthésie la plus adaptée à son cas.

● La technique instrumentale nécessite-t-elle une hospitalisation ?

Oui. Une hospitalisation de quelques heures est suffisante le plus souvent pour une IVG, même si celle-ci est faite sous anesthésie générale.

● **Comment se déroule une IVG instrumentale ?**

La méthode instrumentale se déroule en trois étapes :

- la consultation pré-anesthésique :
- une consultation avec un anesthésiste est obligatoire avant l'intervention.
- l'intervention :

L'intervention se déroule dans un bloc opératoire. Elle dure une dizaine de minutes. l'intervention terminée, une surveillance post opératoire est réalisée. A l'issue de cette surveillance, la femme peut rentrer chez elle.

Attention : *Si l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale, la femme ne doit pas quitter seule l'établissement où a été pratiquée l'intervention. Elle doit obligatoirement être accompagnée et éviter de conduire pendant 24 heures.*

- La consultation médicale après l'IVG :

Comme après toute intervention chirurgicale, une consultation de contrôle est nécessaire dans les 15 jours à trois semaines suivant l'IVG. Cette consultation peut avoir lieu avec n'importe quel médecin choisi par la femme.

● **Quels troubles peuvent survenir après une IVG et que faire ?**

Les complications après une IVG sont rares. Cependant, quelle que soit la méthode utilisée, dans les jours suivant l'IVG, la femme peut présenter :

- une fièvre, avec une température supérieure à 38° ;
- des pertes importantes de sang ;
- de fortes douleurs abdominales ;
- un malaise.

La femme doit alors consulter rapidement un médecin, il peut s'agir d'une complication débutante.

Source : Le dossier-guide "IVG" du Ministère de la Santé et des Solidarités.

⇒ ANNEXE 4 : Les aspects budgétaires

• **Quel est le coût de l'IVG ?**

Le coût d'une IVG est fixé par arrêté ministériel. Ce coût ne peut en aucun cas être dépassé. Les dépassements éventuels peuvent être signalés à la DDASS.

Pour une IVG par **technique médicamenteuse**, il est de 257,91 Euros et comprend :

- . les analyses de laboratoire préalable à l'IVG ;
- . les trois consultations nécessaires à la mise en oeuvre de cette technique ;
- . les médicaments administrés.

Pour une IVG par **technique instrumentale**, il varie en fonction du type d'anesthésie pratiquée et de la durée de l'hospitalisation.

Pour une hospitalisation inférieure à 12 heures :

- . IVG avec anesthésie locale : 190,38 euros
- . IVG avec anesthésie générale : 238,38 euros

Pour une hospitalisation comprise entre 12 et 24 heures :

- . IVG avec anesthésie locale : 226,77 euros
- . IVG avec anesthésie générale : 274,77 euros

Le forfait pour 24 heures d'hospitalisation supplémentaires est de 36,44 euros.

Ce coût comprend :

- . les analyses de laboratoire préalables à l'intervention ;
- . l'intervention ;
- . l'anesthésie.

• **Coût forfaitaire d'une IVG réalisée dans les autres catégories d'établissements privés :**

- IVG instrumentale :

- . IVG : 57,60 euros
- . anesthésie générale : 48,00 euros
- . Analyses biologiques préalables à l'IVG : 22,95 euros.
- . Frais d'accueil, d'hébergement et de salle d'opération pour un séjour inférieur ou égal à 12 heures : 86,96 euros
- . Frais d'accueil, d'hébergement et de salle d'opération pour un séjour de 12 à 24 heures : 123,38 euros.
- . Forfait par journée supplémentaire : 36,41 euros

- IVG par mode médicamenteux:

- . Analyses sanguines préalables : 22,95 euros.
- . Consultation comprenant la 1ère prise de médicament : 85,00 euros.
- . Consultation comprenant la 2ème prise de médicament et surveillance en établissement : 122,61 euros.
- . Consultation de contrôle et de vérification de l'IVG par méthode biologique : 38,50 euros.
- . Consultation de contrôle et de vérification de l'IVG par échographie : 30,24 euros.

• **Quel est le taux de remboursement de ces actes ?**

L'IVG est prise en charge à **80 %** par la sécurité sociale pour :

- . la femme qui dispose de sa propre couverture sociale ;
- . la femme qui bénéficie de la couverture sociale d'une autre personne (elle est " ayant droit ") ;
- . la femme qui bénéficie de la Couverture Maladie Universelle de base (CMU de base).

La plupart des organismes de protection complémentaire (les mutuelles et les assurances) complète ce remboursement.

L'IVG est prise en charge à **100 %** quand :

- . la femme bénéficie soit en propre soit en qualité d'ayant droit à la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU complémentaire),
- . la femme de nationalité étrangère réside en France et ne peut pas bénéficier d'une assurance maladie ou de la CMU. Dans ce cas, elle bénéficie de l'Aide Médicale d'Etat.

Une assistante sociale, le centre de planification ou l'établissement dans lequel l'IVG est pratiquée peuvent aider les femmes dans toutes les démarches nécessaires pour la prise en charge.

• **Comment sont pris en charge les autres actes nécessaires à la réalisation d'une IVG ?**

- . les consultations médicales préalables à l'IVG et les échographies sont prises en charge à 70 %,
- . les analyses biologiques sont prises en charge à 60 %.

Les consultations médicales et certaines analyses biologiques sont gratuites lorsqu'elles sont réalisées dans un centre de planification ou d'éducation familiale. Les coordonnées et adresses de ces centres sont intégrées dans la partie centrale de ce guide. Les organismes de protection complémentaire (les mutuelles et les assurances) complètent ce remboursement.

Si la femme bénéficie de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale d'Etat, ces actes sont pris en charge à 100%.

Attention : les dépassements d'honoraires éventuellement pratiqués ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, mais certains dépassements sont remboursés par les mutuelles.

• **Quelles sont les sommes que la femme devra avancer ?**

Pour l'IVG :

- Lorsque la femme bénéficie d'une couverture sociale :
Elle doit lors de son admission dans l'établissement où est pratiquée l'intervention, présenter une justification de sa couverture sociale : carte vitale ou attestation papier délivrée par sa caisse, ou attestation de CMU de base.

La femme paie la part non prise en charge par la sécurité sociale soit 20 % du coût de l'IVG. Si elle bénéficie d'une couverture complémentaire (mutuelle ou assurance), elle peut en obtenir le remboursement.

Si la femme est assurée sociale, mais ne peut pas justifier de sa couverture sociale au moment de son admission dans l'établissement dans lequel est pratiquée l'IVG, elle doit payer la totalité du coût. Elle peut ensuite être remboursée (à 80 %) par sa caisse de sécurité sociale.

- Lorsque la femme bénéficie de la Couverture Maladie Universelle complémentaire ou de l'Aide Médicale d'Etat : aucun paiement ne peut être demandé à la femme. Le coût de l'IVG est pris en charge à 100 %.

Pour les autres actes nécessaires à l'IVG :

Lorsque ces actes sont réalisés auprès d'un cabinet médical ou d'un laboratoire de ville, la femme paye normalement la consultation, l'échographie ou les analyses biologiques et se fait ensuite rembourser par sa caisse puis éventuellement par sa mutuelle ou son assurance. Lorsque ces actes sont réalisés dans un centre de planification ou d'éducation familiale, ils sont gratuits.

Si la femme bénéficie de la CMU complémentaire ou de l'Aide Médicale d'Etat, aucun paiement ne peut lui être demandé.

• **Les organismes de protection complémentaire complètent-ils les remboursements accordés par la sécurité sociale pour les actes d'IVG ?**

Oui, la plupart des organismes de protection complémentaires (mutuelles, assurances) complète les remboursements accordés par la sécurité sociale.

• **Peut-on exiger de la femme un règlement en espèces ?**

Non, quels que soient les actes réalisés, aucun règlement en espèces ne peut être exigé.

• **En cas d'échec d'une IVG médicamenteuse réalisée par un médecin de ville, quel forfait est facturé quand une intervention en établissement de santé est nécessaire ?**

Concernant l'IVG **médicamenteuse**, la facturation du forfait revenant au médecin de ville est effectuée lors de la 1^{ère} consultation de prise de médicament (conformément à la circulaire du 26/11/04) ; le forfait intégral reste donc acquis au praticien, même si une intervention ultérieure est nécessaire.

Pour l'IVG **instrumentale**, qui succède à l'IVG médicamenteuse, se pose la question du forfait que peut facturer l'établissement de santé :

- s'il s'agit d'un établissement ex-DGS, il n'existe pas d'autres possibilités de facturation qu'un forfait complet de l'une des catégories fixée à l'article 3 de l'arrêté du 23 juillet 2004 (selon qu'il y a ou non anesthésie et selon la durée de l'hospitalisation).

- s'il s'agit d'une clinique privée, dans la mesure où le forfait, prévu à l'article 1^{er} de l'arrêté du 23 juillet 2004, est décomposé en différentes prestations, il est logique que les "investigations biologiques préalables" ne soient pas facturées puisqu'elles ont certainement été déjà réalisées lors du contrôle qui a permis de conclure à l'échec de l'IVG médicamenteuse. Il en est de même pour l'échographie, la patiente se présentant à la clinique avec le résultat de tous ces examens (ces analyses et examens sont hors forfait, mais il n'y a pas lieu à ce qu'ils soient refaits à l'admission dans l'établissement s'ils ont déjà été faits pour la consultation de contrôle) ; donc, sauf exception, sont uniquement facturés les frais de l'intervention, ceux de l'anesthésie générale, ceux de l'accueil et hébergement lesquels varient selon la durée du séjour.

Source : Le dossier-guide "IVG" du Ministère de la Santé et des Solidarités.

⇒ ANNEXE 5 : Textes réglementaires

Code de la santé publique : articles L.2211-1 à L.2223-2.

⇒ IVG :

- Lois n° 75-17 du 17 janvier 1975 et n°79-1204 du 31 décembre 1979.
- Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception.
- Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et décret d'application n°2001-258 du 27 mars 2001.
- Code de la Santé Publique : articles L.2123-1 et suivants.
- Décret n°88-59 du 18 janvier 1988.
- Décret n°2001-258 du 27 mars 2001 relatif au protocole national sur la contraception d'urgence en milieu scolaire.
- Circulaire DH/EO3/98 n°458 du 22 juillet 1998.
- Circulaire DH/EO3/DGS/DREES/SEDF/99/628 du 17 novembre 1999.
- Circulaire DGS/DHOS/2001/467 du 28 novembre 2001 relative à l'application de la loi du 4 juillet.
- Circulaire DGS/DHOS/2003/356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des recommandations du groupe national d'appui.
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A/2005/501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse.

⇒ Décrets d'applications de la loi du 4 juillet 2001

- Décret n°2002-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption médicale (anciennement thérapeutique) de grossesse.
- Décret n°2002-779 du 3 mai 2002 relatif au comité d'experts en vue de la stérilisation de personnes handicapées majeures.
- Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des IVG médicamenteuses hors établissement de santé.
- Décret n°2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des IVG par les établissements de santé.
- Décret n°2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des IVG chez les mineures sans consentement parental.
- Décret n°2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesses hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Circulaire DGS n°631 du 30 décembre 2003 relative aux modalités d'application et au suivi de dispositifs mis en oeuvre par la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception.
- Arrêté du 1er juillet/Mifégyne en ville paru au JO du 13 juillet 2004.
- Arrêté tarifaire du 23 juillet paru au JO du 28 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

⇒ Commission régionale de la naissance

- Arrêté du 8 janvier 1999
- Circulaire n°DH/EO3/DGS/DREES/SeDF/99/628 du 17 novembre 1999
- Circulaire DH/DGS n°2000/347 du 26 juin 2000

⇒ Permanence téléphonique régionale d'information sur la contraception et l'IVG

- Circulaire n°DH/EO3/DGS/DREES/SeDF/99-628 du 17 novembre relative à l'organisation et à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé publics et privés
- Message intranet de N. Matet le 22 mai 2000
- Circulaire DH/DGS n°2000/347 du 26 juin 2000
- Circulaire DGS/SD6D n°115 du 15 mai 2001 (premier bilan de fonctionnement)

⇒ Entrave à l'interruption volontaire de grossesse

- Loi n°93 -121 du 27 janvier 1993, titre II, article 37

⇒ Agrément préfectoral des établissements privés pratiquant les IVG

- CSP article L.2322-1 (ancien L.176), (l'article L.6122-1 ne s'applique pas)
- décret n°75-750 du 7 août 1975, pris en application de l'article L.2322-1, détaille les modalités de l'autorisation préfectorale

⇒ Mineures

- Décret 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi n°2000-1209 (art. 1) du 13 décembre 2000 relatif à la contraception d'urgence
- Circulaire CNAM DRM/49/2003 du 24 mars 2003

⇒ Aide Médicale Etat

- Circulaire DHOS/DS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'AME.

⇒ ANNEXE 6 : Bibliographie

- IVG : Etude comparative entre 1982 et 1986 sur le principal centre de Côte d'Or – analyse des femmes ayant des IVG itératives (publication dans la revue Gynecol Obstet Fertil 2001) de S. DOUVIER, C. LORDIER, T. ROUSSEAU, I. REYNAUD.
- Etude sur les demandes répétées d'IVG – fonction de la grossesse et problématique d'identité dans les IVG répétitives 1984.
- "Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements", population n°1, 1992-INED.
- Rapport KAMINSKI-GAREL, inserm U149, novembre 1994.
- L'interruption de grossesse depuis la loi Veil, Paul Cesbron 1997, Flammarion.
- Rapport du Pr NISAND sur l'IVG en France en 1998.
- Rapport du Pr UZAN sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes.
- Rapport de Chantal BLAYO sur l'accessibilité des services d'IVG en août 1999 en métropole.
- ANAES mars 2001 : Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. recommandations pour la pratique clinique (site ANAES).
- Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitatives et quantitatives : N. BAJOS, C. MOREAU, M. FERRAND, J. BOUYER (revue épidémiologie Santé Publique 2003-51).
- Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? N. BAJOS, C. MOREAU, H. LERIDON, article publié dans populations et sociétés n°407 de décembre 2004.
- Rapport du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 site sante.gouv.fr.
- DREES Etudes et Résultats n° 69 juin 2000 : les IVG en 1998.
- DREES Etudes et Résultats n°279 décembre 2003 : les IVG en 2001.
- DRESS – Etudes et Résultats n°348 octobre 2004 : les IVG en 2002.
- DREES – Etudes et Résultats n°431 octobre 2005 : les IVG en 2003.
- Bilan des données régionales 2002-2002 relatives à l'IVG, DGS décembre.
- HELARY Tiphaine) "vers une évolution des compétences des sages-femmes : l'IVG médicamenteuse". Mémoire d'élève sage-femme (promotion 2001/2005 Saint Antoine).

⇒ ANNEXE 7 : Liens utiles

- www.aphp.fr
- www.anaes.fr
- www.ancic.asso.fr
- www.contraceptions.org
- www.cramif.fr
- www.femmes-egalite.gouv.fr
- www.gyneweb.fr/sources/contraception/ivg.htm
- www.ile-de-france.sante.gouv.fr
- www.ined.fr
- www.inpes.sante.fr/10000/themes/contraception/dossier.htm
- www.parhtage.sante.fr (site de l'ARH)
- www.planning-familial.org
- www.sante.gouv.fr
- www.comitesida.eps-ville-evrard.fr

⇒ ANNEXE 8: Adresses des sites IVG en Île-de-France

Sites IVG en Ile-de-France

PARIS	
Hôpital Saint Louis AP-HP	1 Avenue Claude Vellefaux 75475 PARIS
Hôpital Lariboisière AP-HP	2 Rue Ambroise Paré 75475 PARIS
Hôpital Robert Debré AP-HP	48 Boulevard Serrurier 759019 PARIS
Hôpital Bichat/Claude Bernard AP-HP	46 Rue Henri Huchard 75018 PARIS
Clinique Sainte Thérèse Privé	2 Rue Gustave Doré 75017 PARIS
Clinique Milan Privé	17 Rue de Milan 75009 PARIS
Hôpital Rothschild AP-HP	33 Boulevard de Picpus 75571 PARIS
Hôpital Saint-Antoine AP-HP	184 Rue du Faubourg Saint-Antoine 75012 PARIS
Hôpital Pitié Salpêtrière AP-HP	47-83 Boulevard de l'Hôpital 75013 PARIS
Hôpital Tenon AP-HP	4 Rue de la Chine 75020 PARIS
Clinique des Métallurgistes PSPH	9 Rue des Bluets 75011 PARIS
Clinique Bien Naître Privé	5 Rue Erard 75012 PARIS
Clinique du Mont louis Privé	8-10 Rue de la Folie Régnault 75011 PARIS
Centre Médico Chirurgical Vinci Privé	104 Avenue Parmentier 75011 PARIS
Hôpital Cochin AP-HP	123 Boulevard du Port Royal 75014 PARIS
Hôpital Saint Vincent de Paul AP-HP	82 Avenue Denfert Rochereau 75014 PARIS
Hôpital européen Georges Pompidou (CIVG Broussais) AP-HP	20 Rue Leblanc 75015 PARIS
Institut Mutualiste Montsouris PSPH	42 Boulevard Jourdan 75014 PARIS
Clinique Jeanne d'Arc Privé	11 Rue Ponscarne 75013 PARIS
Clinique de la Muette Privé	46-48 Rue Nicolo 75016 PARIS
SEINE-ET-MARNE	
Centre Hospitalier de Lagny/Marne-la-Vallée Public	31 Avenue du Général Leclerc 77400 LAGNY/MARNE
Centre Hospitalier Public	6 Rue Saint Fiacre 77100 MEAUX
Centre Hospitalier Arbeltier Public	7 Rue Gabriel Péri 77120 COULOMMIERS
Clinique Brou Chantereine Privé	Rue Marie Curie 77177 BROU/CHANTEREINE
Clinique Privé	2 Rue Jules Lefevre 77220 TOURNAN EN BRIE
Clinique la Francilienne Privé	16 Avenue de l'Hôtel de Ville 77340 PONTAULT COMBAULT
Polyclinique Privé	13 Rue Vacheresse 77400 LAGNY SUR MARNE
Centre Hospitalier Marc Jacquet de Melun Public	1 Rue Fréteau de Peny 77000 MELUN
Centre Hospitalier Public	55 Boulevard du Maréchal Joffre 77300 FONTAINEBLEAU
Hôpital Public	1B Rue Victor Hugo 77130 MONTEREAU FAULT SUR YONNE
Centre Hospitalier Léon Binet Public	Route Chalautre 77160 PROVINS

Polyclinique Saint-Jean Privé	41 Avenue de Corbeil 77000 MELUN
Polyclinique de la Forêt Privé	4 Rue Lagorsse 77300 FONTAINEBLEAU
YVELINES	
Centre Hospitalier Public	13 Rue Pasteur 78120 RAMBOUILLET
Centre Hospitalier André Mignot Public	177 Rue de Versailles 78150 LE CHESNAY
Centre Médico Chirurgical Parly II Privé	21 Rue Moxouris 78150 LE CHESNAY
Centre Médico-Chirurgical de l'Europe Privé	9bis Rue Saint Germain 78560 LE PORT MARLY
Hôpital privé de l'Ouest Parisien Privé	Rue Castiglione des Lago 78190 TRAPPES
Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain Public	20 Rue Amargis 78100 SAINT GERMAIN EN LAYE
Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan – les Mureaux Public	1 Rue Fort 78250 MEULAN
Clinique Saint-Louis Privé	1 Rue Basset 78300 POISSY
Clinique Louis XIV Privé	4 Place Louis XIV 78100 SAINT GERMAIN EN LAYE
Centre Hospitalier François Quesnay Public	2 Boulevard Sully 78200 MANTES LA JOLIE
Centre medico chirurgical du mantois (anciennement clinique du val fouré) Privé	Rue Duguay Trouin 78200 MANTES LA JOLIE
ESSONNE	
Hôpital du Val d'Yerre Privé	17 Rue de l'Eglise 94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES
CH privé Claude Gallien Privé	20 Route Boussy Saint Antoine 91480 QUINCY SOUS SENART
Centre Hospitalier Général Public	159 Rue Président Mitterrand 91160 LONGJUMEAU
Centre Hospitalier Public	4 Place Général Leclerc 91400 ORSAY
Clinique Caron Privé	111 Rue Caron 91200 ATHIS MONS
Clinique de l'Yvette Privé	43 Route de Corbeil 91160 LONGJUMEAU
Institut Hospitalier Jacques Cartier Privé	Avenue du Noyer Lambert 91300 MASSY
CH Sud-Francilien (site Gilles de Corbeil) Public	59 Boulevard Henri Dunant 91100 CORBEIL ESSONNE
Centre Hospitalier Général Public	2 Rue Potelet 91410 DOURDAN
Centre Hospitalier Public	18 Avenue de Verdun 91290 ARPAJON
Centre Hospitalier Public	26 Avenue du Général de Gaulle 91150 ETAMPES
Centre Médico Obstétrical Privé	2 Avenue Mousseau 91000 EVRY
Clinique de l'Essonne Privé	Boulevard Champs Elysées 91000 EVRY
HAUTS DE SEINE	
Centre Hospitalier Corentin Celton (CIVG) AP-HP	4 Parvis Corentin Celton 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Hôpital Antoine Béclère AP-HP	157 Rue Porte de Trivaux 92140 Clamart
Hôpital privé Privé	1 Rue Velpeau 92166 ANTONY CEDEX
Clinique Ambroise Paré Privé	2 Rue Léon Bloy 92340 BOURG LA REINE
Clinique Privé	3 Avenue de Villacoublay 92360 MEUDON LA FORET
Hôpital Foch PSPH	40 Rue Worth 92150 SURESNES
Hôpital	3 Place Silly

Public	92210 SAINT-CLOUD
Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand Public	141 Grande Rue 92317 SEVRES
Clinique des Martinets Privé	97 Avenue Albert 1er 92500 RUEIL MALMAISON
Hôpital Louis Mourier AP-HP	178 Rue des Renouillers 92700 COLOMBES
Hôpital Beaujon AP-HP	100 Boulevard Général Leclerc 92110 CLICHY
Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers Public	403 Avenue République 92000 NANTERRE
Hôpital Public	36 Boulevard Général Leclerc 92205 NEUILLY/SEINE
Clinique Sainte Isabelle Privé	24 Boulevard du Château 92200 NEUILLY/SEINE
Centre Médico-Chirurgical Privé	17 Rue Pierre Brossolette 92600 ASNIERES SUR SEINE
Clinique la Montagne Privé	10 Rue Montagne 92400 COURBEVOIE
Clinique Lambert Privé	67 Avenue Foch 92250 LA GARENNE COLOMBES
Clinique de la Défense Privé	16 Boulevard Emile Zola 92000 NANTERRE
Hôpital américain Privé	63 Boulevard Victor Hugo 92200 NEUILLY/SEINE
Hôpital britannique Privé	3 Rue Barbes 92300 LEVALLOIS PERRET
SEINE SAINT-DENIS	
Centre Hospitalier André Grégoire Public	56 Boulevard Boissière 93100 MONTREUIL SOUS BOIS
Maternité des Lilas PSPH	14 Rue du Coq Français 93260 LES LILAS
Centre Chirurgical Floréal Privé	40 Rue Floréal 93170 BAGNOLET
Clinique de la Dhuy Privé	1 Rue Pierre et Marie Curie 93170 BAGNOLET
Hôpital Avicenne AP-HP	125 Rue de Stalingrad 93000 BOBIGNY
Centre Hospitalier Public	2 Rue Docteur Delafontaine 93200 SAINT DENIS
Hôpital européen de Paris Privé	120 Rue de la Roseraie 93 AUBERVILLIERS
Clinique des Presles Privé	25 Avenue du Commandant Louis Boucher 93800 EPINAY SUR SEINE
Clinique de l'Estrée Privé	35 Rue d'Amiens 93240 STAINS
Clinique du Bois d'Amour Privé	19 Avenue du Bois d'Amour 93700 DRANCY
Hôpital Jean Verdier AP-HP	Avenue du 14 juillet 93140 BONDY
CHI Le Raincy-Montfermeil Public	10 Rue du Général Leclerc 93370 MONTFERMEIL
CH Robert Ballanger Public	Boulevard Robert Ballanger 93602 AULNAY SOUS BOIS CEDEX
Hôpital privé de Seine Saint-Denis Privé	7 Avenue Henri Barbusse 93150 LE BLANC MESNIL
Polyclinique Vauban Privé	135 Avenue de Vauban 93190 LIVRY GARGAN
Clinique Privé	17 Chemin Croix Biche 93160 NOISY-LE-GRAND
Clinique du Vert Galant Privé	38 Rue Flandre 93290 TREMBLAY EN FRANCE
VAL-DE-MARNE (94)	
<i>Centre Hospitalier Esquirol</i> Public	<i>57 Rue du Maréchal Leclerc</i> <i>94410 SAINT MAURICE</i>
Centre Hospitalier Intercommunal Public	40 Avenue de Verdun 94010 CRETEIL
Centre Hospitalier Intercommunal Public	40 Allée de la Source 94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES
Polyclinique	47 Rue Crosnes

Privé	94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES
Hôpital du Val d'Yerre (Maison de santé chirurgicale du Dr Boyer) Privé	17 Rue de l'Eglise 94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES
Clinique Gaston Métiévet Privé	48 rue Alsace Lorraine 94100 SAINT MAUR DES FOSSES
Hôpital privé Paul d'Egine Privé	4 Avenue Marx Dormoy 94500 CHAMPIGNY SUR MARNE
Hôpital Armand Brillard Privé	3 Avenue Watteau 94130 NOGENT SUR MARNE
Clinique Bercy Privé	9 Quai de Bercy 94220 CHARENTON LE PONT
Hôpital militaire Begin Privé	69 Avenue de Paris 94160 SAINT MANDE
Clinique de l'Orangerie Privé	8 Rue de l'Orangerie 94170 LE PERREUX SUR MARNE
Polyclinique de la Concorde Privé	90 Rue Marcel Bourdarias 94140 ALFORTVILLE
Hôpital Bicêtre AP-HP	78 Rue Général Leclerc 94270 LE KREMLIN Bicêtre
Hôpital Charles Foix - Jean Rostand AP-HP	7 Avenue de la République 94205 IVRY SUR SEINE CEDEX 5
Hôpital Privé de Thiais (Clinique du Sud) Privé	112 Avenue du Général de Gaulle 94320 THIAIS
Clinique des Noriets Privé	12 Rue des Noriets 94408 VITRY SUR SEINE Cédex
Clinique Porte d'Italie Privé	23 Rue Division Leclerc 94250 GENTILLY
Clinique Chirurgicale Privé	22 Rue Petite Saussaie 94400 VITRY SUR SEINE
VAL-D'OISE (95)	
Centre Hospitalier Intercommunal d'Eaubonne-Montmorency Public	28 Rue du Docteur Emile Roux 95600 MONTMORENCY
Centre Hospitalier Victor Dupouy Public	69 Rue du Lieutenant Colonel Proudhon 95100 ARGENTEUIL
Clinique du Parisis Privé	15 Avenue de la Libération 95240 CORMEILLES EN PARISIS
Polyclinique du Lac d'Enghien Privé	5 Avenue Alexandre Dumas 95230 SOISY SOUS MONTMORENCY
Clinique du Girardin Privé	16 Avenue de Girardin 95880 ENGHIEEN LES BAINS
Clinique Claude Bernard Privé	9 Avenue Louis Armand 95120 ERMONT
Polyclinique du Plateau Privé	21 Rue Sartrouville 95870 BEZONS
Hôpital de Gonesse Public	25 Rue Pierre de Theilley – BP 3007 95503 GONESSE Cédex
Hôpital Privé du Nord Parisien Privé	3 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny 95200 SARCELLES
Centre Hospitalier René Dubos Public	6 Avenue Ile-de-France 95301 PONTOISE
Centre Hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise (CHIPO) Public	25 Rue Edmond Turcq 95260 BEAUMONT SUR OISE
Clinique Conti Privé	15 Avenue de Paris 95290 L'ISLE ADAM

⇒ ANNEXE 9 : Glossaire

A.N.C.I.C. :	Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception
A.N.A.E.S. :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
A.M.E. :	Aide Médicale Etat
A.P.-H.P. :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
C.I.V.G. :	Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
C.M.U. :	Couverture Maladie Universelle
C.P.E.F. :	Centre de Planification et d'Education Familiale
C.P.O.M. :	Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens
C.R.A.M.I.F. :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
C.R.N. :	Commission Régionale de la Naissance
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.G.A.S. :	Direction Générale de l'Action Sociale
D.G.S. :	Direction Générale de la Santé
D.H.O.S. :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.R.A.S.S. :	Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.R.E.E.S. :	Direction de la Recherche, des Etudes, Enquêtes et Statistiques
D.S.S. :	Direction de la Sécurité Sociale
G.E.R.S. :	Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Statistiques
I.M.G. :	Interruption Médicale de Grossesse
M.F.P.F. :	Mouvement Français pour le Planning Familial
P.A.S.S. :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
P.M.I. :	Protection Maternelle et Infantile
P.M.S.I. :	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI)
P.S.P.H. :	Participant au Service Public Hospitalier
S.A.E. :	Statistiques Annuelles des Etablissements de santé
S.M.A.M.I.F. :	Service Médical de l'Assurance Maladie d'Ile-de-France
U.R.C.A.M. :	Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie
U.R.M.L. :	Union Régionale des Médecins Libéraux

DRASS Île-de-France
Inspection régionale de la Santé (IRS)
58-62, rue de Mouzaïa 75935 PARIS Cedex 19
Tel : 01 44 84 22 22

Dr75-inspec-region-sante@sante.gouv.fr
www. ile-de-France.sante .gouv.fr

Directeur de la publication : Michel PELTIER
Conception : Inspection régionale de la Santé (IRS)
© Impression : DRASS Île-de-France
Dépôt légal :
ISSN : en cours