

# L'IVG EN FRANCE

**PROPOSITIONS POUR  
DIMINUER LES DIFFICULTES  
QUE RENCONTRENT LES FEMMES**

**RAPPORT REALISÉ A LA DEMANDE DE**

**MADAME MARTINE AUBRY**

**MINISTRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE**

**ET DE**

**MONSIEUR BERNARD KOUCHNER**

**SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTÉ ET A L'ACTION SOCIALE**

**I. NISAND**

**Février 1999**

Le contrôle des naissances est un droit fondamental des femmes. L'accès à l'interruption volontaire de grossesse reconnu par la loi n°75.17 du 17 janvier 1975 reste cependant parfois difficile pour les femmes qui rencontrent encore, en 1998, des difficultés dans l'exercice de cette liberté<sup>1</sup>. Chaque femme connaît en moyenne une grossesse non désirée dans son existence et l'intrompt une fois sur deux.

Bien que les caractéristiques socio-démographiques des femmes qui ont recours à l'IVG soient très proches de celles observées en 1976, on peut cependant observer **une légère baisse du nombre des IVG dans notre pays** qui traduit probablement une meilleure utilisation et un meilleur accès à la contraception<sup>2</sup>.

Les complications médicales sont des plus réduites et les complications psychologiques encore mal évaluées en particulier chez les adolescentes. **La légalisation de l'avortement n'a pas entraîné sa banalisation, pas plus qu'elle n'a conduit au relâchement de la contraception.** L'avortement en France joue essentiellement un rôle palliatif lors de l'échec de la contraception.

La loi de 1975 est globalement bien appliquée. Des difficultés subsistent cependant du fait d'une certaine inhomogénéité dans son application et pour d'autres causes qu'il est possible de prévoir, voire d'anticiper.

Le recrutement des professionnels pose un problème complexe dans le contexte médical et hospitalier actuel. La réponse insuffisante du service public tant en quantité qu'en qualité, tout particulièrement dans les grandes villes, et certaines limitations imposées par la loi aux mineures et aux étrangères devraient être reconsidérées. Le délai légal de 10 semaines de gestation pèse tout particulièrement sur les femmes en situation de précarité et aggrave les inégalités sociales<sup>3</sup> dans ce domaine où le recours aux soins est souvent tardif voire impossible chez des femmes isolées à tout point de vue.

Le paradoxe de l'IVG réside bien dans l'accès à la maternité heureuse qui est permis lorsque la grossesse est pleinement désirée par la mère. En donnant aux femmes la possibilité de maternités librement choisies, on améliore la manière dont les grossesses se déroulent. La qualité de la relation parents-enfant est également très dépendante du désir de maternité de la mère.

---

<sup>1</sup> "La possibilité de l'avortement rend la grossesse tout entièrement volontaire ou, en tout cas, volontairement acceptée. C'est un acte de liberté, et non plus, comme ce le fut pendant des millénaires, une fatalité. Mais qui dit liberté dit responsabilité : nous n'avons jamais été aussi libres; nos responsabilités n'ont donc jamais été aussi lourdes..." COMTE-SPONVILLE A. A propos de l'avortement (sur des questions de Chantal Birman) In : L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives. Paul Cesbron. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1997.

<sup>2</sup> Les problèmes d'exhaustivité perturbent l'appréciation exacte de l'évolution en niveau, mais l'analyse du phénomène et de sa transformation au cours des 2 dernières décennies est possible. L'imprécision relative des statistiques nationales empêche donc de chiffrer avec exactitude cette baisse.

<sup>3</sup> Les inégalités sont souvent aggravées par les déficits d'application de la loi.

---

Outre les problèmes d'équité représentés par l'égalité d'accès aux soins et le droit à la confidentialité de la vie intime, l'IVG a une réelle incidence sur la santé publique compte tenu du nombre de femmes concernées chaque année.

Même s'il existait une politique encore plus volontariste de prévention des grossesses non désirées, il persisterait toujours des demandes d'IVG parce que les méthodes contraceptives ne sont ni parfaites ni parfaitement utilisées et qu'il y a **une réelle différence entre désir de grossesse et désir d'enfant.**

"Il ne faut ni opposer contraception et avortement, en pensant que l'un est le substitut automatique de l'autre, ni croire qu'ils vont automatiquement de pair. La décision de recourir à l'IVG n'est pas de même nature que celle d'utiliser la pilule ou le stérilet... **en matière de régulation des naissances, c'est la motivation qui prime sur la technique.** De ce fait, elle l'emporte aussi le plus souvent sur la loi, quand celle-ci se borne à faciliter ou restreindre "l'accès aux différentes techniques"<sup>4</sup>.

On a ainsi pu calculer que si on augmentait la prévalence de la contraception de 50% on ne diminuerait que de 32% le nombre d'IVG<sup>5</sup>. L'avortement reste bien l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales.

Ces considérations justifient pleinement la vigilance des pouvoirs publics sur l'accès correct à l'IVG dans le secteur public. **Or la situation de l'IVG dans le secteur public est fragile et peut se dégrader dans les années à venir si l'IVG n'est pas intégrée normalement à l'activité quotidienne de tous les services publics de gynécologie obstétrique.**

L'objet de ce rapport est

- de réexaminer la situation française actuelle,
- d'apprécier l'efficacité des structures
- d'évaluer les difficultés rencontrées par les services qui répondent à la demande d'IVG dans les secteurs publics<sup>6</sup> et privés,
- et de faire des propositions concrètes susceptibles d'améliorer le sort des patientes qui, pour une raison ou pour une autre, recourent à l'IVG.

---

<sup>4</sup> TOULEMON L., LERIDON H. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. Population, 1992, 1, 1-46

<sup>5</sup> WESTOFF C.F. - Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion. Family Planning Perspectives, 1988, 20

<sup>6</sup> Services publics de gynécologie obstétrique et CIVG

---

## EPIDEMIOLOGIE DE L'IVG EN FRANCE

L'IVG est, en France, le seul acte médical ou médico-chirurgical, dont la réalisation nécessite une déclaration pour ne pas être illégal. Les bulletins statistiques individuels, anonymes, sont adressés sous plis confidentiels par les établissements hospitaliers aux médecins inspecteurs régionaux des DRASS qui les remettent ensuite à la Direction Générale de la Santé et à l'INSEE.

L'article 16 de la loi de 75 charge l'INED, en liaison avec l'INSERM, d'analyser et de publier les statistiques de l'IVG en France à partir du document de déclaration obligatoire anonyme théoriquement rempli lors de chaque IVG

La France dispose ainsi d'informations statistiques qui permettent de décrire l'évolution du recours à l'IVG depuis 76, certes avec quelques imperfections<sup>7</sup> mais avec cependant une bonne pertinence<sup>8</sup>. Ces statistiques sont publiées annuellement<sup>9</sup> et les dernières données disponibles portant sur l'année 93<sup>10</sup> ont été publiées en 1994.

Bien que l'obligation de déclarer les IVG ne soit pas toujours respectée<sup>11</sup>, il est possible d'estimer la sous-déclaration par divers recoupements de discontinuités territoriales et temporelles et d'obtenir ainsi un nombre approximatif des IVG réalisées chaque année sur le territoire français. La sous-déclaration quantifiée à partir des statistiques d'activité hospitalière est de 12% pour l'ensemble de la métropole; elle se répartit en 5% dans le secteur public et 25% dans le secteur privé avec d'importantes variations selon les régions<sup>12</sup>.

---

<sup>7</sup> KAMINSKI M., CROST M. Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables. *Solidarité Santé*, 1997, 2, 85-95.

<sup>8</sup> Le point sur l'avortement en France. BLAYO C., *Population et Société*, Bulletin mensuel de l'INED, 325, 1997.

<sup>9</sup> Editions de l'INED: Statistiques de l'avortement. L'exploitation statistique est assurée par le Sesi du ministère de la Santé.

<sup>10</sup> On peut remarquer que le délai de publication de ces résultats peut fausser certaines appréciations. Une réflexion serait d'ailleurs opportune sur la légitimité, 24 ans après la loi, de poursuivre cette mesure de déclaration obligatoire. Ne pourrait-on pas la remplacer par des enquêtes ad hoc ciblées et limitées dans le temps, cessant la mesure d'exception qui touche spécifiquement et uniquement l'IVG ? Une telle démarche serait sûrement moins coûteuse et tout aussi efficace sur le plan épidémiologique. Il semble en tous cas légitime, si on maintient cette déclaration obligatoire, de modifier le circuit du bulletin statistique de déclaration entre DDASS, DRASS et établissements hospitaliers comme le propose Olivier Obrecht (*Les circuits d'information de l'IVG*, *Solidarité Santé*, *Etudes Statistiques*, n°6, 1986).

<sup>11</sup> Un rappel sur la manière de remplir le bulletin obligatoire devrait être diffusé vers les médecins qui pratiquent des IVG; en effet, nombre de ces bulletins sont remplis entièrement avant la procédure et sont donc incomplets voire totalement inexacts. En remplaçant la déclaration obligatoire par des enquêtes ciblées et dédiées on sortirait symboliquement l'IVG de cette situation de procédure d'exception pour les médecins qui la pratiquent.

<sup>12</sup> Rapport sur le bulletin statistique IVG. SESI, Groupe de travail sur les IVG, Janvier 1997. Les propositions techniques figurant dans ce rapport sont de nature à améliorer le recueil de données sur l'IVG, en particulier la meilleure diffusion des données nationales et un traitement des données à l'échelon régional.

---

Le rapprochement des bulletins d'IVG et des statistiques d'activité hospitalière permet d'évaluer à 25 000 par an les IVG non déclarées.

Ces données, à l'évidence représentatives de ce qui se passe dans la réalité, permettent de dire que **le recours à l'IVG est moins fréquent dans les dernières années, que lors de sa légalisation en 75.**

- L'augmentation des IVG observée entre 76 et 83 est attribuable à une amélioration progressive de l'enregistrement.

- Entre 84 et 91, on observe une certaine stabilité à laquelle succède une légère baisse au cours des dernières années.

Toutes les catégories socioprofessionnelles ont recours à l'IVG<sup>13</sup>.

La France se situe à une place moyenne dans l'Europe<sup>14</sup>.

On avorte plus qu'en Angleterre ou aux Pays Bas (0,3 avortement par femme), mais moins qu'en Italie et qu'en Europe de l'Est.

Evolution des IVG pratiquées et déclarées d'après Chantal Blayo (INED)

	IVG pratiquées	IVG déclarées	Taux par femme	Taux pour 100 N-nés
1976	250 000	134 000	0,67	34,8
1994	220 000	163 000	0,52	31,6

Les méthodes efficaces de contraception ont permis une diminution des naissances non désirées et des naissances mal planifiées<sup>15</sup>. A la fin des années 80 en France, on peut estimer le nombre de grossesses non désirées ou non planifiées à environ 350 000 par an ayant entraîné 200 000 IVG, auxquelles il faut ajouter 75 000 naissances non désirées et 75 000 naissances mal planifiées<sup>16</sup>.

L'accès à l'IVG suppose un certain niveau d'information : il existe en effet des inégalités sociales dans la possibilité d'avoir recours à l'avortement et ceci a été démontré en Angleterre<sup>17</sup> chez les adolescentes où le pourcentage d'avortements chez les moins de 20 ans est d'autant plus élevé que l'on se trouve dans une région plus favorisée sur le plan économique.

---

<sup>13</sup> BUEKENS P., KAMINSKI M. - Méthodes contraceptives et avortement. In Saurel Cubizolles M.J., Blondel B. « La santé des femmes », Médecine-Sciences Flammarion, 1996.

<sup>14</sup> GUIGNON N. - Les interruptions de grossesse en France de 1980 à 1989. Solidarité santé - Etudes statistiques, 1992, 4.

<sup>15</sup> LERIDON H., TOULEMON L., La fin des naissances non désirées. In: Données sociales. Paris, INSEE, 1990:293-296

<sup>16</sup> par absence de contraception, par choix d'une méthode peu efficace ou encore par une mauvaise utilisation d'une méthode efficace

<sup>17</sup> SMITH T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. Br. Med. J., 1993, 306 : 1232-5.

---

Aux Etats-Unis<sup>18</sup>, le pourcentage de grossesses non planifiées est plus élevé dans les groupes sociaux défavorisés mais, en cas de grossesse non planifiée, le taux d'avortement est plus élevé dans les groupes intermédiaires que dans les groupes défavorisés.

L'analyse des femmes concernées montre que ce sont essentiellement les femmes qui vivent seules qui ont recours à l'IVG. On observe par ailleurs entre 80 et 89 une augmentation de la pratique contraceptive à tous les âges (diminution du nombre des conceptions pour 100 femmes) et une augmentation relative<sup>19</sup> de la proportion d'IVG chez les femmes de moins de 24 ans (dont une proportion grandissante se trouve non mariée).

**A âge et état matrimonial identiques, il y a partout diminution de la proportion des conceptions terminées par un avortement.** Les taux d'avortement aux jeunes âges, comparés à ceux d'autres pays d'Europe Occidentale, restent relativement peu élevés en France.

Avortements pour 100 conceptions selon l'année de conception<sup>20</sup>;

Age atteint l'année de la conception	Femmes mariées		Femmes non mariées		Ensemble	
	1980	1989	1980	1989	1980	1989
14-15	9,7	7,3	66,8	64,7	59,9	61,9
16-17	3,9	3,9	62,2	56,1	44,9	50,4
18-19	4,5	4,5	59,8	44,6	32,7	35,9
20-24	7,0	7,0	56,0	35,3	18,7	19,4
25-29	11,5	11,5	47,5	29,0	16,5	13,7
30-34	21,6	21,6	45,6	28,6	24,7	18,3
35-39	40,3	40,3	50,7	35,2	41,8	29,6
40-44	64,4	64,4	62,7	46,2	64,2	47,7
15-44	14,8	12,1	53,9	34,1	22,8	20,0

Des grossesses trop rapprochées, un état de santé déficient, un logement trop exigu pour accueillir un enfant de plus, une instabilité du couple ou une instabilité financière (mari ou concubin ou femme elle-même en voie de licenciement, au chômage ou RMI comme seul revenu) sont les principales causes de la demande d'IVG. Toutes ces difficultés sont généralement accrues pour les femmes étrangères qui, par tradition, culture ou religion, sont sans doute plus réticentes à l'utilisation de la contraception.

<sup>18</sup> DARROCH FORREST J. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, 170 : 1485-9.

<sup>19</sup> Les grossesses non désirées sont moins fréquentes, mais lorsqu'elles surviennent, elles donnent plus souvent lieu à un avortement.

<sup>20</sup> BLAYO C. Le point sur l'avortement en France. In : 12<sup>es</sup> Journées Nationales d'Etudes sur l'Avortement et la Contraception, ANCIC, Marseille, 6-7/6/1997.

Les difficultés sont également accrues pour les mineures qui ne savent pas toujours où s'adresser et cachent leur grossesse dans la plus grande solitude jusqu'à risquer de dépasser le délai légal.

Les IVG enregistrées en 1990 (170 428 bulletins) correspondent à des taux de 22/100 naissances (30/100 après correction de la sous-déclaration) et de 13/1000 femmes de 15 à 44 ans<sup>21</sup>.

En 1990:

- 51% des femmes ayant eu une IVG étaient célibataires
- 10% avaient moins de 20 ans
- 7% avaient 40 ans et plus
- 42% n'avaient pas d'enfant
- 16% avaient 3 enfants ou plus
- 22% avaient déjà eu une IVG auparavant.

**Le nombre des avortements de premier rang n'a cessé de diminuer, ce qui témoigne d'une meilleure maîtrise de la reproduction.**

On observe, en revanche, une augmentation des avortements répétés et ce pour 2 raisons:

- une meilleure déclaration de ceux-ci par les femmes qui ont recours à l'IVG actuellement

- une évolution de la structure par âge de la population favorable aux IVG de rang 2 qui surviennent à des âges plus tardifs.

Evolution du rang des IVG d'après Chantal Blayo (INED)

	1 <sup>er</sup> rang	> 1 <sup>er</sup> rang
1976	0,60	0,07
1994	0,39	0,13

L'enquête de l'INED de 88 montrait<sup>22</sup> que 74% des femmes de 20 à 44 ans utilisaient une contraception, tandis que 24% de ces femmes n'avaient pas besoin de contraception (grossesse ou désir de grossesse, absence de rapport ou stérilité). Seules 2% des femmes étaient exposées à un risque de grossesse, ne voulaient pas d'enfant, et malgré tout, n'utilisaient pas de contraception.

<sup>21</sup> KAMINSKI M., CROST M., Les interruptions volontaires de la grossesse. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1991, 20: 767-773.

<sup>22</sup> TOULEMON L., LERIDON H., Vingt années de contraception en France: 1968-1988. Population, 1992, 47: 1-46.

A la fin des années 80, 67% des femmes utilisaient une méthode de contraception lors du premier rapport<sup>23</sup> et 13% des femmes commençaient à utiliser une contraception juste après le premier rapport. En, 1993, 84% des femmes utilisaient une contraception lors du premier rapport sexuel. L'augmentation était due principalement à l'usage plus fréquent du préservatif chez les jeunes (dont on sait qu'il est insuffisant dans cette population pour assurer une bonne efficacité). Les méthodes contraceptives fiables (pilule et DIU) ont en outre remplacé les méthodes traditionnelles et « naturelles » (retrait).

Si les différentes méthodes ont des efficacités diverses, c'est plus la motivation des utilisatrices qui conditionne l'efficacité réelle. Malgré une augmentation de l'accessibilité à certaines contraceptions encore peu utilisées (pilule du lendemain, contraception locale), il restera toujours un nombre incompressible de grossesses non désirées.

**Chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et une fois sur deux, elle décide de l'interrompre<sup>24</sup>, plus souvent lorsqu'elle vit seule ou n'a pas d'emploi.**

Les femmes qui ont recours à l'avortement au même titre qu'à un autre moyen de contraception sont plus jeunes au premier avortement et courent un risque plus grand d'avortement répété. La probabilité de subir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements antérieurs. Chez les femmes qui ont avorté en 1976, cette probabilité passe de 15% si elles en étaient à leur premier avortement, à 22% et 28% si elles avortaient pour la 2e ou la 3e fois, et ces 2 dernières fréquences sont stables.

Probabilité d'un avortement supplémentaire<sup>25</sup>

Nb d'IVG antérieures	1976	1985
1	0,15	0,18
2	0,22	0,22
3	0,28	0,28

Ces chiffres montrent le rôle de l'avortement dans notre pays où il est plus palliatif d'échec de contraception que substitué à celle-ci.

<sup>23</sup> BUEKENS P., KAMINSKI M., Méthodes contraceptives et avortement. Des progrès importants mais des questions encore non résolues. In : La santé des femmes. SAUREL-CUBIZOLLES M.J., BLONDEL B., Flammarion, Paris, 1996.

\* TOULEMON L., LERIDON H.: Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: Contraception, grossesses accidentelles et avortements. Population, 1992, 1, 1-46.

<sup>25</sup> BLAYO C. La conjoncture démographique en France. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. Population, 1995, 3, 779-810.

Dans les pays où la contraception est peu diffusée, la probabilité d'avoir un deuxième avortement est proche de 60% (Hongrie), et la part des avortements de rang "2 et plus" est toujours supérieure à 50%. Même aux Pays Bas qui ont le plus faible taux d'avortement par femme (0,15), la répétition de l'avortement chez les femmes qui en ont subi un est de niveau comparable à celui observé en France. L'ambivalence vis-à-vis de la grossesse ou de la naissance d'un enfant est souvent associée au choix de méthodes moins efficaces ou à une moins bonne observance des règles d'utilisation du contraceptif (par ailleurs efficace) utilisé.

A un âge donné, et quel que soit cet âge, la probabilité d'avoir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà subis mais aussi avec l'âge lors du premier avortement: avoir eu un premier avortement à 15-17 ans, ou 2 avortements à 20 ans, c'est appartenir à un groupe de femmes plus enclines que d'autres à recourir à ce mode de prévention des naissances. Chez les femmes ayant avorté en 1979, alors qu'elles étaient âgées de 20 à 25 ans, la probabilité de subir un nouvel avortement dans les 12 années qui suivent a été de l'ordre de 20% si l'avortement de 79 était le premier, de 26% si c'était le deuxième et de plus de 40% si c'était le troisième.

Quoi qu'il en soit, le nombre de femmes qui subiront au moins une fois dans leur vie un avortement est en baisse, sauf pour les femmes jeunes qui sont moins souvent enceintes, mais qui, lorsqu'elles le sont, ont recours plus souvent à l'IVG.

**Pour la très grande majorité des femmes (5/6), le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie.**

On peut cependant isoler une catégorie de risque épidémiologique particulier, les mineures. En effet, le risque d'une utilisation répétitive de l'avortement est plus grand lorsque le premier avortement a été subi avant 20 ans.

Le coût de l'IVG pour la collectivité est assez difficile à établir<sup>26</sup>. La tarification sous forme de forfait ne prend pas en compte des examens exigés par certains praticiens préalablement à l'intervention (échographies et examens biologiques) ou certaines prescriptions faites à l'issue de l'intervention : ces actes sont remboursés par les organismes de sécurité sociale dans les conditions habituelles. Il arrive donc que les examens biologiques soient remboursés deux fois, la première au titre des examens préalables demandés par le praticien, la deuxième au titre du forfait qui comporte déjà des actes de biologie dont la valeur est cotée B 50. Seule la charge financière correspondant aux forfaits et incombant à l'Etat est connue avec précision<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> PIQUET A. Rapport sur l'application de la législation et de la réglementation relatives à l'interruption volontaire de grossesse. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1987, 2 79-83

<sup>27</sup> En 1985, 185,4 millions de francs (dont 176,8 millions remboursés aux régimes de sécurité sociale et 8,6 millions payés au titre de l'aide médicale).

Il serait donc logique de sortir le forfait pour examens biologiques de l'arrêté tarifaire<sup>28</sup>, ces examens étant remboursés, comme tous les autres actes connexes à l'IVG à leur cotation réelle et, d'autre part, d'utiliser pour les dépenses restant au forfait la procédure de remboursement de droit commun en maintenant, pour des raisons statistiques, une cotation spécifique pour l'IVG.

Si la libéralisation de l'avortement n'a pas produit d'augmentation des IVG, la diffusion large, en revanche, d'une contraception médicalisée et efficace n'a pas fait diminuer aussi rapidement qu'on aurait pu l'espérer le nombre d'avortements.

"Il n'y a pas de contradiction entre une pratique contraceptive rigoureuse et répandue et une résistance à une baisse rapide du nombre des avortements. Une grossesse refusée n'est pas nécessairement le fruit d'une conception involontaire ; elle peut résulter d'une pression de l'entourage à laquelle la femme a finalement cédé"<sup>29</sup>. Contraception et avortement ne s'opposent donc pas toujours nécessairement.

---

<sup>28</sup> Une telle démarche ne devrait cependant pas se traduire par une diminution du remboursement de l'IVG

<sup>29</sup> BLAYO C. Le point sur l'avortement en France. *Population et Sociétés*, 1997, 325 : 1-4.

---

## LES STRUCTURES D'ACCUEIL

Trois types de structures publiques coexistent à l'heure actuelle :

1 - **Des centres autonomes ou CIVG** sous la responsabilité médicale des médecins qui y travaillent souvent comme vacataires et sous la responsabilité directe du directeur de l'établissement. Ces centres ont été créés à une période où certains chefs de service, faisant valoir à titre personnel la clause de conscience, refusaient à leurs collaborateurs l'autorisation de faire des IVG dans les services dont ils avaient la charge.

Ces centres ne sont pas représentés dans les instances consultatives et délibératives de l'établissement où ils se trouvent. Leurs besoins sont donc mal pris en compte. Le budget global et les restrictions de lits, ajoutés à la disparition du militantisme des premières années et à la mauvaise représentation de cet acte chez les médecins, risquent d'affaiblir ces structures si rien n'est fait, d'autant qu'elles sont parfois cantonnées, par la force des choses, à une pratique exclusive de l'IVG<sup>30</sup> au lieu de pouvoir s'ouvrir à l'ensemble de l'orthogénie.

2 - **Des unités fonctionnant dans le cadre d'un service hospitalier** avec affectation de locaux et de personnels.

3 - **Des activités d'IVG pratiquées par un service** de l'établissement sans affectation spécifique de personnels et de locaux.

Dans ces 2 derniers cas, les problèmes sont fonction de l'intérêt porté par le chef de service à cette activité. L'organisation des structures fait souvent porter la réalisation des IVG sur les jeunes médecins (internes ou stagiaires étrangers) sans participation réelle des cadres du service qui n'interviennent en fait qu'en cas de complication.

La faible considération de la pratique des IVG aux yeux des médecins oblige certains hôpitaux à rémunérer 3 vacances pour une seule effectivement réalisée pour que cette activité puisse se poursuivre.

On voit donc que les structures d'accueil ont presque toutes des positions marginales dans les établissements publics dont la diversité empêche de penser à une solution uniforme sur l'ensemble du territoire. La seule solution généralisable à tout le pays est représentée par l'existence d'une unité fonctionnelle d'orthogénie opérationnelle dans tous les services publics de gynécologie obstétrique.

Ainsi, les difficultés rencontrées par les femmes dans le secteur public les obligent parfois à accepter les conditions du secteur privé.

---

<sup>30</sup> malgré la circulaire de 1982 qui prévoit pour ces centres une activité supplémentaire de prévention et d'éducation à la contraception

---

Les établissements privés sont donc les relais naturels d'un secteur public insuffisant. Les difficultés qu'ils rencontrent à répondre dans l'urgence aux demandes non prises en compte par les hôpitaux publics tendent à mettre les femmes dans une situation de non-choix. Les structures privées sont de fait très inégales dans l'accueil de ces femmes et les anomalies suivantes ont pu être relevées dans le secteur privé ;

- absence de remise du dossier guide
- absence d'information sur le recours possible à l'aide médicale
- non-respect de la semaine obligatoire de réflexion
- grande difficulté d'obtenir en urgence l'attestation obligatoire d'entretien social
- examens complémentaires superflus (échographies et examens biologiques répétés)
- recours très fréquent à l'anesthésie générale
- durée d'hospitalisation plus longue que dans le public
- absence complète de choix quant à la méthode
- pratique de l'IVG déclarée K30 qui dispense de la procédure légale, entraîne la sous-déclaration de l'IVG et modifie le remboursement de l'acte par la sécurité sociale, en même temps qu'il permet l'addition d'honoraires supplémentaires (anesthésie, consultations, etc.)<sup>31</sup>.

Il faudrait donc pouvoir soutenir les établissements privés qui agissent en toute légalité au détriment de ceux qui ne respectent pas la loi. L'insuffisance de la réponse à la demande entraîne des pratiques clandestines qui, elles-mêmes, empêchent d'évaluer cette insuffisance.

En 98, 857 établissements assuraient les IVG, 449 dans le secteur public, 408 pour le privé (40 pour le privé à but non lucratif). Ces chiffres n'ont pratiquement pas changé depuis 1989<sup>32</sup>. Après correction du sous-enregistrement, pour l'année 92, 52,3% des IVG ont été réalisées en public pour 47,7% en privé. Si 87% des hôpitaux publics pratiquent des IVG<sup>33</sup>, on peut noter qu'un certain nombre d'entre eux ont une activité restreinte. La majorité des actes se fait donc dans une minorité d'établissements. Les 20 établissements les plus actifs (18 publics) assurent 20% des IVG et les 175 établissements les moins actifs ne font que 2,5% des actes<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> BLAYO C., BOURMEAU A., BUREAU-ROGER A., CESBRON P., DELBES C., GAYMU J., GUIGNON N. HASSOUN D., MAGNIER J.C. - Rapport sur la pratique de l'IVG en France. Enquête effectuée à la demande du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et à la Consommation, Juin 1992.

<sup>32</sup> GUIGNON N. - Les interruptions de grossesse en France de 1980 à 1989. Solidarité santé - Etudes statistiques, 1992, 4.

<sup>33</sup> d'après le rapport de la délégation parlementaire pour les problèmes démographiques

<sup>34</sup> GUIGNON N. - Les interruptions de grossesse en France de 1980 à 1989. Solidarité santé - Etudes statistiques, 1992, 4.

---

55% des IVG sont effectuées dans des établissements réalisant plus de 400 IVG par an<sup>35</sup> et 106 hôpitaux publics effectuent en moyenne 1 à 2 IVG par semaine (ceci est probablement lié à une implantation isolée). Dans le secteur public, les CIVG sont au nombre de 66 sur 455 établissements publics réalisant des IVG, mais ils réalisent le tiers des IVG (dont près du quart à raison de plus de 600 IVG par an). Il faut noter cependant un relatif sous-équipement des CIVG (2/3 des centres n'ont pas d'anesthésiste disponible)<sup>36</sup>. La spécialité de gynéco-obstétrique est deux fois moins présente dans les CIVG que dans les services publics mais la gynécologie médicale est trois fois plus fréquente et la médecine générale quatre fois plus fréquente dans les CIVG.

La volonté de ne pas créer des centres trop grands qui seraient inhumains pour les patientes mais aussi pour les personnels qui y travaillent<sup>37</sup> interfère avec le problème du seuil critique pour l'activité anesthésique. On ne peut résoudre ce problème qu'au travers de structures intégrées au sein de services qui nécessitent par ailleurs un plateau anesthésique dont l'emploi pour les IVG devient complémentaire d'une autre activité (accouchements et/ou chirurgie gynécologique par exemple)

En Ile de France, 2/3 des IVG sont réalisées dans le secteur privé. La situation semble également critique en Midi-Pyrénées et à un moindre degré en PACA, Champagne-Ardenne et Poitou-Charentes. Cette situation n'est pas mécaniquement corrélée à la fréquence des IVG puisque, par exemple, le taux de couverture par le secteur public atteint 83% en Rhône-Alpes où les IVG sont particulièrement nombreuses par rapport aux naissances.

Il semblerait qu'à Paris 62% des IVG du public soient effectuées dans des CIVG alors que sur la France entière, 1/3 des IVG sont réalisées dans des CIVG. L'Ile de France a donc un fonctionnement spécifique à 2 titres :

- recours plus large aux structures privées
  - organisation des IVG dans le public centrée plutôt sur des CIVG
- alors qu'en province les services de gynécologie obstétrique assument plus souvent cette activité.

La décision d'Edouard COUTY<sup>38</sup>, Directeur des Hôpitaux, d'attirer l'attention des Directeurs d'Agences Régionales et des directeurs d'hôpitaux par une instruction diffusée le 21/07/98 montre que la carence dans le domaine public est source de préoccupation. Le rappel d'un service minimum dans le public est réitéré et accompagné d'une demande d'analyse des difficultés par région avec établissement de liste des praticiens et infirmières disponibles pour la période estivale.

---

<sup>35</sup> Enquête auprès des établissements publics de santé sur l'activité d'IVG et de planification familiale. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville. Sous-Direction des statistiques et des études de santé, 1994.

<sup>36</sup> note de service des Droits de la Femme du 13/5/94.

<sup>37</sup> Au delà de 1000 IVG /an, les dysfonctionnements s'accroissent tant en ce qui concerne l'accueil que la qualité du service.

<sup>38</sup> Instruction DH/EO3/98 datée du 21/7/1998

---

Un dispositif départemental de coordination entre le public et le privé est à nouveau suggéré afin de mieux répondre à la demande. Cette circulaire n'est pas sans rappeler la circulaire DGS/2A/DH/9C/91 du 25/6/91 relative à la pratique des IVG dans les établissements d'hospitalisation publics où V. Neiertz et B. Durieu font état des difficultés rencontrées par les patientes qui sollicitent une IVG surtout pendant les mois d'été.

L'idée d'une structure de coordination régionale ou départementale (déjà suggérée en 91 puis en 93 par B. Kouchner) semble particulièrement adaptée. Les directeurs d'hôpitaux ne sont pas toujours informés rapidement des difficultés que rencontrent les patientes dans leur établissement. La création d'une structure de coordination pourrait améliorer la situation en donnant aux associations, voire aux patientes, une solution pratique immédiate à leurs problèmes, mais aussi en signalant immédiatement la survenue d'un dysfonctionnement aux autorités sanitaires locales.

Ces commissions régionales pourraient être composées de la manière suivante:

- praticiens et personnels paramédicaux réalisant des IVG
- chefs de services de CIVG et/ou de services avec UF d'orthogénie
- médecins inspecteurs de santé publique
- directeurs d'établissements publics de santé
- directeurs d'établissements privés assurant des IVG
- associations impliquées dans l'aide aux patientes
- personnalités impliquées dans ce domaine (experts, etc.)
- président du conseil général ou son représentant
- un délégué régional du service des droits des femmes

Un bilan annuel de l'action des commissions régionales pourrait être effectué au niveau national et serait l'occasion d'une analyse exhaustive des difficultés rencontrées par les femmes ici ou là.

**L'élaboration des projets de service par les candidats aux fonctions de chef de service hospitalier de gynécologie obstétrique devrait comporter un volet traitant de l'orthogénie** décrivant de manière claire, le dispositif mis en place pour cette activité par le candidat s'il était nommé. La direction d'un service public ne peut être confiée qu'à un médecin décidé à appliquer correctement les lois du pays<sup>39</sup>.

L'absence totale d'IVG dans certains services de gynécologie obstétrique des hôpitaux publics, déjà signalée par le rapport de l'ANCIC en 92, existe toujours en 1999.

---

<sup>39</sup> Le futur chef de service peut faire valoir la clause de conscience à titre personnel. Ceci ne le dispense pas, s'il postule à un tel emploi, d'assumer l'organisation du service dans sa mission de service public en organisant correctement les IVG de son secteur.

---

De même, existent toujours

- le contingentement systématique du nombre d'actes, par manque de moyens ou même a priori
- la réduction du délai légal à 7-8 semaines de grossesse combinée à des délais de rendez-vous excessifs,
- le faible emploi de la procédure d'urgence prévue par la loi pour les grossesses de 12 semaines d'aménorrhée
- l'ignorance de la première consultation lorsque celle-ci a eu lieu en dehors de l'hôpital aboutissant à un acte plus tardif
- le refus par certaines structures d'accueillir les femmes qui ont déjà eu une IVG antérieurement

tous dysfonctionnements déjà notés par l'ANCIC dans son enquête.

**L'accréditation des hôpitaux donne une opportunité de revoir individuellement tous les dispositifs des services publics de gynécologie obstétrique quant à la réalisation des IVG.**

L'insuffisance de la réponse du secteur public trouve son origine dans le non respect par certains hôpitaux publics de l'obligation de pratiquer des avortements, dans le contingentement des actes effectués et dans l'interruption provisoire de l'activité à certaines périodes de l'année.

L'enquête de 1992 menée par l'ANCIC à la demande du secrétariat d'état au Droit des Femmes<sup>40</sup> avait révélé des dysfonctionnements structurels qui persistent, voire s'accroissent, en 1998.

**1.- La difficulté de recrutement des personnels** médicaux et paramédicaux augmente plus rapidement encore que ne le voudrait la démographie déficiente des spécialistes en gynécologie obstétrique. L'activité d'IVG est en effet peu valorisée aux yeux des médecins (quelle que soit leur position philosophique sur la question). Ils rencontrent de surcroît des problèmes de statut dans les hôpitaux où les activités « nobles » sont faites par les hospitaliers plein temps souvent peu nombreux pour les tâches qu'ils assument.

La consultation d'IVG est souvent mal vécue par les médecins qui n'ont pas les moyens d'éclairer le choix des patientes de considérations éthiques. Deux attitudes opposées s'offrent aux médecins qui réalisent ces consultations:

- Exprimer leur opinion au risque d'agresser la femme dont ils ne connaissent que fort peu l'histoire et les déterminants. La maladresse verbale est souvent au rendez-vous dans ce genre d'exercice, et le principe du respect de la liberté de la patiente s'inscrit clairement contre l'expression d'une opinion personnelle par le médecin, qui d'ailleurs aurait une extrême variabilité ici ou là.

---

<sup>40</sup> BLAYO C., BOURMEAU A., BUREAU-ROGER A., CESBRON P., DELBES C., GAYMU J., GUIGNON N. HASSOUN D., MAGNIER J.C. - Rapport sur la pratique de l'IVG en France. Enquête effectuée à la demande du Secrétariat d'Etat aux Droits des Femmes et à la Consommation, Juin 1992.

- Se taire et s'interdire, dans le cadre d'une écoute strictement administrative, un quelconque commentaire sur les motivations et justifications de l'IVG au risque d'introduire un autre préjudice pour la femme qui est celui de participer, par son silence, à la décision d'avorter, parfois vécu par la patiente comme une caution médicale à sa décision: "il n'a rien dit parce qu'il était d'accord avec ma décision ou, pire encore, parce que mon sort lui était indifférent".

Cette ambiguïté rend les consultations d'IVG difficiles et introduit souvent un malaise de chaque côté du bureau médical, malaise qui, dans les mauvais cas, peut se transformer en mépris ou en indifférence de la part du médecin et en souffrance accrue pour la femme.

Enfin, certains médecins gardent le sentiment que c'est à eux d'octroyer le droit à l'avortement, voire de "choisir" les femmes qu'ils acceptent d'avorter (refus médical pour des patientes ayant déjà un ou plusieurs avortements dans leurs antécédents).

Une solution médiane conciliant l'obligation de réserve du médecin et son devoir de conseil (tout en respectant le choix personnel de la femme) serait d'insérer dans le dossier guide de l'IVG (remis à chaque patiente lors des consultations pré-IVG) un chapitre supplémentaire évoquant les considérations éthiques qui entourent une telle décision. Le Comité Consultatif National d'Ethique semble l'institution la mieux placée pour élaborer un tel texte. La liberté de lire ces documents, d'en tenir compte ou de les ignorer présenterait 2 avantages très clairs :

- amener la patiente vers une réflexion éthique sans la blesser, en respectant sa culture d'origine

- soulager le médecin de l'ambiguïté qui règne toujours dans cette consultation et lui permettre de rester fidèle à sa déontologie en attirant l'attention de la patiente sur le document qui lui est remis.

Les IVG sont souvent reléguées à des vacataires<sup>41</sup> dont c'est la seule fonction hospitalière. L'activité d'IVG est donc marginalisée.

Cette organisation rend compte en partie des problèmes rencontrés par les hôpitaux en été où les vacataires prennent leurs vacances et ne sont pas remplacés. La discontinuité du service public dans ce type d'organisation qui dissocie l'IVG du reste de l'activité gynécologique et obstétricale est inévitable. Des postes de PH (à temps partiel ou à temps plein selon la taille des établissements) responsables d'unité fonctionnelle d'orthogénie pourraient améliorer sensiblement la situation dans les hôpitaux.

La pratique exclusive des IVG est cependant insuffisamment attractive pour les jeunes médecins même s'ils souhaitent rester à l'hôpital.

---

<sup>41</sup> Nombre de médecins qui assument actuellement ces fonctions dans les hôpitaux ont été animés par un militantisme que justifiait la prohibition antérieure de l'IVG. Cette motivation ne se retrouve plus parmi les nouvelles générations de médecins qui n'ont pas connu la période des interdits et vivent l'IVG comme une activité subalterne sans intérêt médical. La gynécologie sociale ne déclenche plus de vocation.

La responsabilité de l'unité d'orthogénie ne doit donc pas signifier un confinement à cette pratique qui pourrait marginaliser ces praticiens. Le médecin hospitalier nommé pour assumer cette responsabilité doit, en revanche, assurer la continuité du service public en orthogénie et pouvoir en rendre compte. Il ne lui serait pas interdit de participer aux autres activités de la discipline (chirurgie, obstétrique, diagnostic prénatal, etc.).

Pour les personnels para-médicaux, le militantisme qui a entraîné certaines vocations de conseillères conjugales dans les années 75 n'est plus susceptible d'attirer des professionnels vers des métiers difficiles et peu rémunérateurs. Les psychologues qui pourraient valablement prendre le relais, ne doivent pas se trouver confrontés à une consultation "obligatoire", qui, faite dans l'urgence de l'obtention d'un véritable « laissez-passer », peut perdre sa dimension d'ouverture et donc son bénéfice. Une solution consiste à rendre cette consultation facultative<sup>42</sup> à l'initiative du médecin ou de la patiente.

Elle pourrait être  **systématiquement proposée, mais jamais imposée**. Les femmes dans cette situation "aiguë" feraient tout pour obtenir leur IVG. Il ne faut pas conditionner la réalisation de l'IVG à cette consultation obligatoire. Le seul fait d'ailleurs de rendre cette consultation obligatoire lui fait perdre sa dimension d'aide potentielle. De plus, les difficultés de trouver les personnes capables de réaliser ces consultations "obligatoires" pendant les mois d'été détériorent encore plus la situation estivale. C'est un obstacle supplémentaire sur un chemin déjà difficile qui peut constituer un des éléments surajoutés de maltraitance des patientes.

Il faut souligner, en outre, que la qualité des entretiens avec les conseillères conjugales est très variable<sup>43</sup>. Bien qu'aucune conseillère ne reconnaisse une pratique de la dissuasion, certains témoignages tendent à prouver le contraire. L'écoute est de niveau variable, parfois excellente, parfois défailante, fonction, entre autre, de la formation de la conseillère. Certaines attitudes "psychologisantes" sont ressenties comme intrusives<sup>44</sup>. L'information sur la contraception confine parfois à "l'intégrisme contraceptif".

Enfin, certaines assistantes sociales pourtant formées se sentent mal à l'aise et hésitent profondément sur la façon dont l'entretien doit être conduit et de fait s'impliquent le moins possible dans la relation avec les patientes.

---

<sup>42</sup> et vivement recommandée surtout si la personne qui fait ces entretiens a une bonne compétence.

<sup>43</sup> On peut faire le même commentaire sur les entretiens avec les médecins qui parfois n'ont ni la formation, ni la patience nécessaires pour aider les patientes en souffrance ou en détresse. Leur fonction pourrait se borner, de ce point de vue, à proposer un entretien avec un autre professionnel que lui à l'occasion de l'IVG (entretien qui pourrait aussi avoir lieu dans les jours qui suivent l'IVG).

<sup>44</sup> Les patientes peuvent également se sentir agressées alors qu'elles ne le sont pas. La situation de demande d'IVG les rend plus vulnérables et peut expliquer que l'entretien obligatoire soit vécu, même lorsqu'il est bien fait, comme intrusion dans leur vie privée.

---

"L'entretien obligatoire est un moment privilégié pour la prise en compte de la patiente dans son entier. Or, il semble que les interlocuteurs, empêtrés dans des problématiques personnelles ou idéologiques, s'avèrent incapables de fournir une écoute neutre. Les impasses affectives, les difficultés financières, la complexité des situations échappent à ces intervenants plus préoccupés de se dédouaner que d'aider la personne à faire un cheminement"<sup>45</sup>.

**Une solution simple consiste à confier la consultation sociale aux médecins qui reçoivent les patientes demandeuses d'une IVG.** Au cours de cette consultation serait évoquée avec la patiente la possibilité de rencontrer soit une assistante sociale, soit une psychologue, soit une conseillère ou tout autre professionnel de santé qui pourrait l'aider, en fonction de la problématique alors exprimée, et ceci en pré ou en post-IVG<sup>46</sup>.

Compte tenu de l'importance de ce contact avec quelqu'un d'autre que le médecin<sup>47</sup>, cette consultation serait fortement conseillée par les médecins pour qu'elle ait lieu le plus souvent possible, mais sans obligation. Cette consultation supplémentaire serait alors vécue comme une aide et non comme une obligation de plus. Cette manière de faire, qui respecte la loi de 75, améliorerait substantiellement la situation des patientes.

**2.- L'accueil inadapté des patientes** revêt de nombreuses formes parfois insidieuses.

La plus fréquente est le contingentement des IVG acceptées par un service en fonction d'un nombre de lits dédié arbitrairement à cette activité ou encore en fonction d'un bloc opératoire saturé. Ce contingentement se traduit par un accroissement des délais de rendez-vous et par la réalisation plus tardive des IVG<sup>48</sup>, ce qui en accroît la morbidité physique et psychique. L'accroissement des délais de prise en charge entraîne aussi un report sur les établissements privés où la prise en charge est souvent plus rapide.

---

<sup>45</sup> THIERRY B. Médecin Inspecteur de Santé Publique. Prise en charge des Interruptions volontaires de grossesse. Etat des lieux - Octobre 1995. Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, Département du Bas-Rhin.

<sup>46</sup> La consultation post-IVG est tout particulièrement importante pour les jeunes où un contact ultérieur à l'IVG permet de surmonter des difficultés psychologiques qui peuvent apparaître au décours de cet événement et prendre de nombreuses formes toutes liées à un sentiment de dévaluation personnelle.

<sup>47</sup> Le contact avec une autre femme au moment de la demande d'IVG constitue souvent, de l'opinion même des patientes, une opportunité d'aborder des éléments de la vie de tous les jours dont on ne parle pas avec le médecin, surtout si c'est un homme. La formation la plus adaptée à la réalisation de ces entretiens de nature psychologique est bien celle de psychologue clinicienne, et dans les endroits où une professionnelle formée et compétente est disponible l'entretien doit être fortement recommandé. Cependant, comme tous les sites ne disposent pas d'une telle compétence, il doit être possible de dispenser la femme d'un entretien qui, pour un mot déplacé ou une remarque inopportune, peut devenir un des éléments de la maltraitance.

<sup>48</sup> Il arrive même que les délais de prise en charge dans les hôpitaux soient responsables d'un dépassement des délais légaux de l'IVG.

"Le quotidien de nos entretiens IVG<sup>49</sup> est encore trop souvent fait des problèmes de femmes mal accueillies ou ayant reçu un accueil culpabilisant et moralisant, des informations erronées, des rendez-vous tardifs qui parfois font dépasser les délais; certains dysfonctionnements sont à souligner comme par exemple un trop grand nombre d'échographies pratiquées pour une seule IVG."

Le manque d'empressement est parfois masqué par des attitudes moralisatrices dont la plus fréquente est le refus de prise en charge des patientes qui ont eu une IVG dans leurs antécédents.

Autre type de contingentement arbitraire : le fait d'imposer l'anesthésie générale ou au contraire de la refuser systématiquement. Ceci permet aussi d'obtenir de certaines patientes qu'elles s'adressent à d'autres structures. Il semble normal que les centres qui réalisent les IVG aient recours à l'ensemble des techniques chirurgicales et médicales, et à l'ensemble des techniques anesthésiques, et que leurs indications respectives soient pesées avec les patientes dans le cadre du consentement éclairé, comme c'est le cas pour tous les autres actes médicaux.

**Une pratique exclusive de l'anesthésie générale ou de la méthode chirurgicale dans un centre signe son mauvais fonctionnement.**

La faible disponibilité de l'IVG médicamenteuse en France est à ce titre paradoxale et dommageable pour les patientes.

Les dispositions particulières régissant la prise en charge financière de l'IVG, qui avaient pour objet de garantir aux femmes le secret sur la nature de l'intervention subie, aboutissent souvent au résultat inverse<sup>50</sup>: Les modalités de versement du ticket modérateur, les paiements directs exigés par certains établissements avec remboursement ultérieur par les organismes d'assurance maladie, la cotation spécifique du forfait IVG sur les factures et feuilles de soins et les réticences de certains receveurs hospitaliers à accepter des titres anonymes sont autant d'éléments qui font échec à la discrétion voulue par le législateur.

L'accueil des patientes, qui devrait être spécifique et compréhensif à l'égard de femmes souvent en grande souffrance, est parfois négligé voire dilettante. Des recommandations de pratique clinique, tant en ce qui concerne l'accueil téléphonique que pour l'accueil médical, auraient le mérite de donner dans ce domaine une norme minimale de qualité.

**Il serait utile d'inciter à la création de formations permanentes sur le thème de l'accueil des femmes demandant une IVG** avec l'aide des associations qui connaissent les problèmes rencontrés par les patientes.

---

<sup>49</sup> Extrait du rapport moral 97 du MFPP de Strasbourg, 3a, rue du Marais Vert, 67000, 03 88 32 28 28

<sup>50</sup> PIQUET A. Rapport sur l'application de la législation et de la réglementation relatives à l'interruption volontaire de grossesse. *Revue Française des Affaires Sociales*, 1987, 2, 79-83

**3.- Certaines contraintes légales pèsent lourdement sur les patientes les plus démunies.** Les 3 principaux problèmes sont celui du délai légal, celui des femmes étrangères et celui des mineures.

Le délai légal de 12 semaines d'aménorrhée (10 semaines de grossesse) est respecté de façon très stricte en France et, bien que la loi l'interdise théoriquement, une information est volontiers donnée aux patientes hors délais sur les possibilités d'IVG tardives à l'étranger. Plus souvent hélas, c'est un « allez au Planning, elles vous trouveront une solution » qui solde l'attitude médicale face aux délais dépassés.

Bien que les estimations de ce phénomène soient difficiles à établir, le nombre de patientes qui se rendent à l'étranger chaque année pour une IVG hors délais est de l'ordre de 5 000<sup>51</sup> (il était de 8000 par an dans les années 75-85). Il faut noter que le déplacement à l'étranger aggrave la détresse des femmes sans compter le coût souvent prohibitif et, parfois, la mauvaise qualité de la prestation médicale fournie. Une augmentation de 2 semaines du délai légal ferait diminuer le nombre des françaises qui se rendent à l'étranger pour une IVG de près de 80% et alignerait la France sur le délai légal le plus courant chez nos voisins européens<sup>52</sup>. De plus, la prise en charge de ces demandes n'accroît pas le phénomène de l'IVG tardive. L'exemple des Pays Bas de ce point de vue est démonstratif.

La réflexion sur le délai légal oblige à évoquer:

- la position du corps médical
- les moyens de détermination de l'âge gestationnel
- le type de patientes concernées.

1) **Le corps médical** qui réalise les IVG est hostile dans sa majorité à une modification du délai pour des raisons principalement éthiques mais aussi techniques.

Si la notion de détresse et de maîtrise de la fécondité par les femmes a progressivement été admise par une grande majorité de médecins, la limite de 12 semaines est vécue comme le passage de la période embryonnaire à la période foetale, comme la fin de l'embryogénèse et donc comme la limite au delà de laquelle seule une malformation foetale ou un risque vital pour la mère peut justifier un tel geste.

Beaucoup de médecins considèrent que ce délai laisse un temps suffisant à la découverte de la grossesse.

---

<sup>51</sup> Une seule clinique à Leiden aux Pays Bas accueille plus de 1 000 françaises par an pour des IVG entre 12 et 22 semaines. L'auteur les problèmes médicaux rencontrés et les complications possibles pour les patientes à leur retour en France. (BEEKHUIZEN W. Contrôle post-IVG du deuxième trimestre : comment travailler ensemble ? In : 12<sup>es</sup> Journées Nationales d'Etudes sur l'Avortement et la Contraception, ANCIC, Marseille, 6-7/6/1997.

<sup>52</sup> La plupart des pays européens ont un délai légal à 12 semaines de grossesse. Cf. : L'avortement dans les pays d'Europe. Législation. Centre de documentation du MFPPF. 4 square Saint-Irénée, 75011 - Paris. 01 48 07 29 10 Réf. AV 075 TC 96

La demande d'IVG au delà de 12 semaines correspond d'ailleurs souvent à une situation de désir de grossesse secondairement altérée par un événement intercurrent.

De plus, au delà de la douzième semaine, des considérations techniques font modifier les méthodes chirurgicales qui passent de l'aspiration à l'expulsion provoquée plus souvent mise en oeuvre dans le domaine des malformations graves.

Même si la nuance peut paraître dérisoire aux profanes, les médecins qui se trouvent contraints de réaliser ces gestes ne souhaitent pas dépasser ce délai de 12 semaines d'aménorrhée. Près d'un tiers des demandes d'IVG hors délai sont prises en charge en France au bénéfice du doute sur l'âge gestationnel. La notion du risque médical augmenté avec l'âge gestationnel, mais aussi la complexité du geste, sans compter les situations détestables où « cela se passe mal » font que la plupart des médecins sont même franchement hostiles à une modification du délai légal<sup>53</sup>.

Un alignement sur les législations européennes (dont la plupart ont fixé le délai à 14 semaines) devra cependant un jour être envisagé et discuté en France.

2) **Les moyens de détermination de l'âge gestationnel** ont une précision moyenne de 7 jours ce qui laisse la possibilité du bénéfice du doute pour une patiente qui aurait dépassé de quelques jours le délai légal. Une première modification valable des comportements consisterait à fixer une limite de taille plutôt qu'une limite d'âge gestationnel. Cette considération est bien sûr totalement dépendante de la tolérance et de la compassion des obstétriciens qui réalisent les examens échographiques. **Un rappel sur la procédure d'urgence qui permet de réduire le délai de réflexion à 2 jours pour les âges gestationnels proches du délai légal pourrait à cet égard avoir un intérêt<sup>54</sup>.**

3) La grande majorité de ces demandes tardives concernent des femmes entre 12 et 14 semaines et l'analyse des contextes socio-économiques de ces patientes montrent que ce sont précisément les plus démunies, les plus isolées et les plus fragiles qui tardent à consulter, souvent parce qu'elles ne sont même pas capables de savoir qu'elles sont enceintes. On retrouve également dans ce groupe de patientes des grossesses débutées dans des conditions troubles dont la révélation publique ne peut se faire car il faut impérativement se taire (inceste ou viol)<sup>55</sup>.

---

<sup>53</sup> Une modification du délai légal, dans l'état actuel, risquerait d'augmenter dans des proportions difficiles à évaluer le recours à la clause de conscience.

<sup>54</sup> Cette procédure parfaitement légale est souvent ignorée des médecins qui de fait ne la proposent pas aux patientes. Ceci revient à raccourcir d'une semaine le délai légal.

<sup>55</sup> Certaines de ces situations entrent dans le cadre de l'interruption de grossesse pour raisons médicales liées à l'état de la mère et pourraient avoir recours à l'IVG pour cause thérapeutique.

---

La très grande précarité de ces femmes pourrait faire prendre en compte ces dossiers au cas par cas en utilisant plutôt la voie de l'interruption médicale de grossesse où une expertise médicale vérifie la nature dramatique du contexte.

Il pourrait donc être utile de trouver dans chaque région une structure hospitalière qui soit spécifiquement habilitée à recevoir les patientes qui dépassent le délai légal. Une expertise pourrait alors être réalisée dans chaque cas. Les situations les plus dramatiques (viol, inceste, problèmes psychiatriques sévères, etc.) pourraient ainsi être prises en charge en France sous forme d'IMG, évitant à ces patientes un acte médical à l'étranger.

Au total, la difficile question du délai légal ne peut actuellement se traiter que par des petits moyens. **Une plus grande souplesse dans l'établissement de l'âge gestationnel recommandée aux praticiens et un recours éventuel, pour les situations les plus dramatiques traitées au cas par cas, à l'interruption médicale de grossesse dans des structures régionales** acceptant de recevoir ces cas désespérés seraient immédiatement efficaces.

Le problème des femmes étrangères non résidentes depuis 3 mois est également difficile. L'objectif initial de la loi qui était d'éviter que les femmes des pays voisins ne viennent profiter de la libéralisation française est rendu caduque par l'homogénéité européenne sur ce sujet. Seule l'Irlande continue d'interdire l'IVG et oblige ses ressortissants à un voyage en Grande Bretagne pour ce faire. En revanche, les femmes qui vivent sur notre territoire en situation irrégulière se voient parfois refuser l'accès à l'IVG alors que précisément leur dénuement est total. Or, le risque que la France ne devienne un "pays-recours" pour des femmes étrangères ne pouvant obtenir une IVG dans leur propre pays, est devenu quasiment nul.

La réforme de l'aide médicale<sup>56</sup> procède à une réécriture importante de l'article 186 du Code de la Famille et de l'aide sociale: parmi les prestations accessibles aux étrangères en résidence stable (même si elles ne peuvent justifier d'un titre de séjour régulier en France) figurent les frais afférents à l'IVG<sup>57</sup>. Une politique plus stricte en matière d'immigration devrait donc permettre de prendre en compte une forme de "rattrapage" par l'aide sociale des situations de détresse concernant les étrangères en situation irrégulière mais résidant de façon stable en France<sup>58</sup>.

Néanmoins certains hôpitaux, s'appuyant sur la loi de 1975, refusent d'admettre ces femmes.

---

<sup>56</sup> loi du 29/07/1992 et du 24/08/1993

<sup>57</sup> circulaire DAS du 8/5/1995.

<sup>58</sup> selon les critères définis par le conseil d'état (8/1/1981) pour l'obtention de l'Aide Médicale

Le nombre moyen d'avortement par femme parmi les étrangères<sup>59</sup> était en 1990 entre 0,76 et 0,82 (selon que l'on considère que les femmes, dont la nationalité n'a pas été déclarée, sont toutes françaises ou toutes étrangères). Ce taux est plus élevé que celui des femmes de nationalité française. De plus le recours à l'avortement pour les étrangères a légèrement augmenté depuis 1976<sup>60</sup> 11% des IVG sont faites par des étrangères vivant en France. Parmi elles, les Yougoslaves sont les plus nombreuses et ont 5 fois plus d'avortements que les autres.

**La généralisation de l'aide médicale gratuite pour ces femmes et ce au travers d'une procédure d'urgence et la suppression légale de l'obligation de résidence sont nécessaires** car les situations sociales des femmes, voire de leurs enfants, confinent parfois à l'inhumain.

Enfin, la situation actuelle est à l'origine d'une grande variabilité d'un hôpital à l'autre, au hasard des bonnes volontés et du sentiment humanitaire des uns ou des autres.

S'il est vrai que très souvent les médecins et les personnels administratifs ferment les yeux sur la durée de résidence en France, il peut se produire que certaines réactions individuelles moins favorables s'abritent derrière le texte de loi en créant des situations d'une extrême difficulté, en particulier pour les étudiantes étrangères au moment des rentrées universitaires.

Le problème des mineures est sans conteste le plus délicat. Dépossédée par la législation sur l'IVG de son autonomie pour un choix qui engage son avenir, la jeune fille disposerait de l'autorité parentale quelques mois plus tard si elle conservait sa grossesse. Elle a la possibilité d'accoucher sous X sans demander l'avis des parents. Mère de famille ayant l'autorité parentale, elle doit demander l'autorisation d'avorter à ses parents si elle se trouve à nouveau enceinte avant sa majorité...

La loi reconnaît à la mineure une sexualité : la contraception est accessible gratuitement et anonymement sans aucune condition d'âge. Elle peut poursuivre une grossesse et accoucher sans autorisation parentale, mais n'a aucune possibilité de recours judiciaire pour surmonter un refus parental. On peut aussi ajouter qu'**en cas d'échec de contraception la jeune mineure se trouve plus pénalisée qu'une femme majeure.**

Les parents sont en fait les mieux placés pour constituer le soutien psychologique de leur enfant au travers d'une telle épreuve. Rétablir et aider à un dialogue avec les parents, même dans des circonstances aussi particulières, constitue la première réaction des équipes médicales.

---

<sup>59</sup> BLAYOC. La conjoncture démographique en France. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. Population, 1995, 3, 779-810.

<sup>60</sup> 0,49 av./femme en 1976.

"Il faut tenter de donner sens à la trajectoire d'une adolescente qui inverse les étapes de sa propre maturité"<sup>61</sup>.

Dans de nombreuses situations d'ailleurs, le premier réflexe de panique passé, les choses s'arrangent souvent sans grand problème à l'intérieur de la famille. Au contraire, il n'est pas rare que la grossesse crée un bouleversement au sein du système familial et modifie les relations parents-adolescente existantes<sup>62</sup>. Il s'agit donc, lorsqu'une adolescente est enceinte, d'articuler progressivement les projets, apparemment opposés, d'une IVG avec le besoin de sécurité et de continuité d'une jeune fille en devenir d'adulte.

"Elle a encore besoin de protection, et elle a déjà besoin d'indépendance. Elle vit encore sous le regard de ses parents, et elle vient de laisser se constituer un lien qui doit échapper à leur regard. Sa jeunesse a besoin d'eux, et sa pudeur a besoin d'ombre. Ainsi naît l'intime, ce noyau autour duquel l'identité personnelle se déploie et se développe"<sup>63</sup>.

Mais parfois, des situations dramatiques peuvent aller jusqu'à l'idée du suicide et obligent à reconsidérer la manière de procéder.

Enfin, certaines mineures donnent l'impression de risquer une réelle maltraitance physique ou psychique à l'annonce de la grossesse. L'autorité parentale, loin s'en faut, ne constitue pas toujours une protection des enfants par les parents.

Devant des parents maltraitants, non seulement il n'y a pas protection, mais bien danger pour la mineure<sup>64</sup>. Ces cas mettent les équipes médicales dans des situations impossibles d'où naît le sentiment que la seule issue raisonnable est bien l'abrogation de l'article L.162-7.

Les attitudes des professionnels sont variables<sup>65</sup> mais, dans l'ensemble, la signature écrite des parents, voire la présence d'un parent muni d'une carte d'identité ou la présentation du livret de famille (ce qui n'est pas dans la loi) est exigée.

La responsabilité de cette demande est souvent rejetée sur le personnel administratif non médical de l'admission hospitalière qui applique les mêmes règles que pour les actes opératoires (même s'il s'agit d'une IVG médicamenteuse).

---

<sup>61</sup> MOLENAT F. Mères vulnérables, les maternités s'interrogent. Ed; Stock, 1992.

<sup>62</sup> GINIES M. Lorsqu'une adolescente devient une mère potentielle...Une mineure en demande d'IVG : l'autorisation parentale et ses bouleversements sur le système familial. Paroles de professionnels. In : 12<sup>es</sup> Journées Nationales d'Etudes sur l'Avortement et la Contraception, ANCIC, Marseille, 6-7/6/1997.

<sup>63</sup> LEMPERT B. Pour que la loi protège l'intime. In : 12<sup>es</sup> Journées Nationales d'Etudes sur l'Avortement et la Contraception, ANCIC, Marseille, 6-7/6/1997.

<sup>64</sup> Sans compter les situations où la grossesse est le résultat d'un inceste intrafamilial. UZAN M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. Rapport au Directeur Général de la Santé. Avril 1998.

<sup>65</sup> Le code pénal dans son article 223-11 ne retient comme faute punissable que l'avortement au delà du délai, l'avortement par un non médecin et l'avortement dans un lieu autre qu'un établissement hospitalier. Le problème posé dans le texte de loi par l'avortement des mineures et des étrangères ne fait l'objet que d'un décret n°80 632 du 5/8/80

Ainsi, la confidentialité par rapport aux parents est impossible d'autant que l'affiliation à la sécurité sociale se fait également par leur intermédiaire. Ces difficultés incitent les jeunes à tricher<sup>66</sup> pour préserver leurs droits sur leur propre corps. Qu'une mineure décide de révéler à ses parents qu'elle a une vie sexuelle est une démarche d'autonomie et de liberté. Pousser ou obliger à cet aveu une jeune fille qui ne le souhaite pas pour l'instant constitue ce qu'on pourrait appeler une violence psychologique.

**Si l'implication des parents ne pose que peu de problèmes familiaux dans la majorité des cas, la révélation de la grossesse aux parents est rigoureusement impossible dans certaines familles** où la culture et la religion prohibent avec vigueur toute relation sexuelle en dehors du mariage. La crainte d'une déchéance sociale, voire d'un bannissement par la famille, est un spectre si redoutable que des conduites dangereuses peuvent alors voir le jour, qui vont de la tentative d'auto-avortement au déni de grossesse parfois prolongé jusqu'à terme. Une autre conduite dangereuse pour les mineures consiste à produire une signature (dont les médecins ne vérifient pas l'origine) et à payer en argent liquide les frais médicaux de l'IVG pour en éviter l'imputation sur les documents de sécurité sociale des parents. Il est anormal de pousser des mineures à trouver en urgence la somme nécessaire (dont on ne sait exactement comment elles se la procurent) pour pouvoir payer l'IVG de manière discrète.

Un projet de loi de 1983 prévoyait le recours au juge des enfants et a été délibérément écarté, car, quelle que soit l'intervention judiciaire, celle-ci se situerait toujours dans le respect de l'autorité parentale et conduirait à une information parentale.

En effet, le juge pour enfants a avant tout un rôle de protection de l'enfant. Il s'appuie sur le critère de "danger" et non "d'intérêt" du mineur, et ce de façon très subjective. Les décisions de certains tribunaux considèrent qu'il n'y a jamais danger pour une mineure à poursuivre une grossesse, et d'autres que la "détresse morale" est constitutive de la notion de danger.

**La solution réside donc plutôt dans l'affirmation d'un droit propre de la jeune fille à décider de l'IVG<sup>67</sup> en lui garantissant la confidentialité de sa décision.** Il serait souhaitable de confier à des magistrats<sup>68</sup> une étude juridique des modalités d'évolution des textes avec l'aide du ministère de la Justice. "Si une adolescente est enceinte et si elle souhaite une IVG, il vaut mieux prendre acte de cette réalité d'adulte ... que de la renvoyer à une minorité qui, en l'occurrence, est devenue subitement plus formelle que réelle...

---

<sup>66</sup> quand ce n'est pas le corps médical (coincé entre la loi et les abus de pouvoir qui peuvent en découler) qui les incite à demi mot à produire une signature, même contrefaite.

<sup>67</sup> L'IVG pourrait être l'occasion de discuter de l'instauration d'une majorité sanitaire à 15 ans.

<sup>68</sup> Madame Josiane BIGOT, vice-présidente chargée du tribunal pour enfants de la cour d'appel de Colmar (BP 1030, Tel: 03 88 75 27 56) consultée à l'occasion de ce rapport, serait prête à effectuer ce travail juridique en collaboration avec d'autres magistrats s'il lui était demandé.

---

Ne surchargeons pas la barque et suggérons à la loi de s'adapter à ces situations particulières... Quant au rôle des parents en pareille circonstance - maternité précoce ou recours à l'IVG - il est tout sauf secondaire, mais il consiste alors surtout, plutôt que de se crisper dans une réaction de type autoritaire, à donner ce que leur fille demande implicitement, c'est à dire leur amour - sans condition"<sup>69</sup>.

**4.- La complémentarité entre les secteurs public et privé** a été perturbée dans le domaine de l'IVG par la méfiance du législateur à l'égard du secteur privé lors de la discussion de la loi. On a donc confié au secteur public le soin de répondre à la demande d'IVG en tentant de restreindre les IVG réalisées dans le secteur privé. Or, le secteur public n'assume pas complètement cette tâche. Les raisons de cette carence du public ne sont pas financières. On aurait pu penser que la faible rémunération de l'IVG puisse jouer un rôle mais l'analyse des dysfonctionnements ne fait jamais apparaître cette cause.

L'explication la plus réelle est organisationnelle: les IVG dans le secteur public sont réalisées souvent par des vacataires mal rémunérés sans continuité réelle avec l'activité des services de gynécologie obstétrique qui ne font qu'héberger cette activité un peu « accessoire ». Les difficultés saisonnières de fonctionnement des services hospitaliers (fermeture de lits en été, vacances des personnels hospitaliers non remplacés ou des médecins) se répercutent alors volontiers sur l'activité d'IVG. L'argument alors avancé repose sur l'impossibilité de stopper les autres activités du service (qui elles, ont bien un statut d'activité d'urgence) alors que les IVG (qui n'ont pas ce statut d'urgence) peuvent être faites ailleurs.

La sous-déclaration est une des conséquences de cet état de fait. Elle a pour premier effet d'empêcher d'évaluer correctement les besoins et donc de pérenniser le déficit d'accueil.

On peut dire que le nombre d'avortements déclarés dans une région est lié à la capacité d'accueil du secteur public dans la région considérée.

L'absence de déclaration résulte de la négligence, mais aussi- de la nécessité de respecter un quota et enfin de la volonté d'utiliser une autre cotation que celle qui est imposée.

1. La négligence a pu être évaluée par plusieurs enquêtes (en particulier celle du SESI en 86) et rend compte de 10 à 15% de la sous déclaration. Il est en revanche plus difficile de connaître le nombre d'actes relevant de l'IVG mais classés par les établissements dans une autre catégorie d'actes chirurgicaux.

---

<sup>69</sup> LEMPERT B. Pour que la loi protège l'intime. In : 12<sup>e</sup> Journées Nationales d'Etudes sur l'Avortement et la Contraception, ANCIC, Marseille, 6-7/6/1997

2. La nécessité de respecter le quota apparaît dans certaines structures privées et PSPH où la direction impose aux médecins qui y travaillent un rapport de 1 à 4 entre les IVG qu'ils pratiquent et les accouchements et gestes chirurgicaux qu'ils effectuent. Ceci se traduit souvent par une consigne de n'accepter pour IVG que les patientes qui fréquentent habituellement la structure ou le médecin concerné (le fait qu'il n'y ait pas de CIVG dans la structure est d'ailleurs souvent retenu comme argument pour justifier cette discrimination). Les médecins de ces structures sont donc amenés tout naturellement à la sous-déclaration (sous la forme d'une hospitalisation pour curetage), ne serait ce que pour éviter un conflit avec leur administration et de surcroît simplifier toute la procédure d'IVG.

La logique des quotas avait été instituée dans la loi de 75 pour éviter que certaines structures privées ne deviennent des cliniques d'avortement. Ce risque n'existe pas et devrait être mis en parallèle avec l'existence bien réelle des CIVG dans le public.

Un rapide calcul permettrait de démontrer qu'une structure qui ne ferait que des IVG ne serait viable sur aucun plan (économique, médical, etc.). Il est donc logique de proposer l'abrogation des quotas qui discriminent de ce point de vue le privé du public, alors que le privé assume près de la moitié des IVG du pays.

3. La volonté d'utiliser une autre cotation que celle de l'IVG s'explique par l'interdiction du secteur à honoraires libres dans le domaine de l'IVG alors que les honoraires peuvent être libres pour un autre acte chirurgical. Cette cause s'ajoute donc souvent avec la précédente. Les effets sociaux sont ici non négligeables puisque certaines patientes peuvent être confrontées à un coût plus élevé alors que l'alternative du public n'est pas possible.

La circulaire DGS/2A/DSS/AM3/92 n°27 du 14/5/92 soulignant la mauvaise application de la réglementation en matière de tarification des IVG faisait état du non respect des tarifs en vigueur, de l'exigence de paiements en avance et en espèces, de la non application du tiers payant et des problèmes d'anonymat de la facturation. Le rappel des règles de droit aux établissements de santé publics et privés avait alors été demandé aux préfets et aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Il est difficile de savoir si, dans ce domaine, la situation s'est améliorée, faute d'évaluation précise. L'expérience de terrain des associations laisserait plutôt entendre que ces pratiques relatives à la prise en charge financière des IVG n'ont guère changé.

L'IVG n'est pas remboursée par la sécurité sociale mais par l'Etat sur un budget spécifique qui transite par la sécurité sociale.

Pour 1992, il y a eu 198 617 IVG remboursées par les différentes caisses, ce qui correspond bien à la somme des IVG déclarées et de l'omission par négligence.

Ce chiffre ne tient pas compte des IVG faussement déclarées dans une autre rubrique chirurgicale. Si on compare ce chiffre à l'estimation pour 1992 des IVG réalisée par l'INED qui est de 227 000 (167 458 IVG déclarées), cela donne 28 000 IVG déclarées sous un autre code chirurgical, soit environ 12% des IVG de 1992.

L'évaluation la plus précise de la sous-déclaration est faite par Chantal Blayo qui l'évalue à **5 % pour le secteur public et à 50% pour le secteur privé**<sup>70</sup>.

La baisse progressive de la demande et une amélioration de l'accueil du service public pourrait entraîner une baisse de la sous-déclaration. Il ne faut pas s'attendre, en revanche, à une amélioration de la déclaration dans des établissements qui pallient la carence du secteur public, tout en veillant à ne pas dépasser le quota qui leur est imposé par la loi.

**La disparition du quota de 25% pour le secteur privé** (puisque celui-ci ne sert probablement pas de barrière) semble de nature à améliorer la situation de l'IVG dans certaines régions sans pour autant générer un risque de voir des établissements se « spécialiser » dans la pratique de l'IVG.

La disparition du quota pourrait être accompagnée d'une incitation plus forte auprès des directeurs de clinique à se conformer à la règle de la déclaration obligatoire anonyme.

---

<sup>70</sup> BLAYO Ch. - L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. - Population, 1995, 3, 779-810.

## LA PREVENTION DE L'IVG

Un des obstacles<sup>71</sup> à l'utilisation d'une contraception efficace est constitué par son coût. En France, un certain nombre de pilules contraceptives sont remboursées à 65% ainsi que les examens complémentaires générés par la surveillance médicale de cette thérapeutique. Certaines pilules récentes, les pilules dosées à 20 microgrammes par exemple, ne sont pas remboursées du tout, alors qu'elles constituent souvent des solutions médicales particulièrement adaptées à certaines situations cliniques. Le dispositif intra-utérin est également remboursé à 65%, mais sur la base d'un tarif forfaitaire bien inférieur au tarif réel. Les consultations médicales de prescription, ou de pose pour le stérilet, sont remboursées dans les mêmes conditions. Si les mineures et les femmes sans couverture sociale peuvent obtenir gratuitement leurs moyens contraceptifs dans les centres de planification familiale, les préservatifs, en revanche, ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale.

La prescription médicale obligatoire pour l'obtention d'une contraception orale a été contestée en Grande Bretagne et aux Etats Unis<sup>72</sup>. Cette obligation peut constituer un obstacle à l'accès à la contraception, en particulier chez les jeunes qui craignent l'examen gynécologique et n'ont souvent pas l'argent nécessaire pour payer les honoraires du médecin. Le manque d'ordonnance pour un renouvellement de pilule figure parmi les causes d'IVG. Un bilan avantages/inconvénients sur cette nécessité d'une prescription médicale est donc proposé à juste titre par Buekens et Kaminski<sup>73</sup>, car les risques liés à la contraception sont faibles et les contre-indications formelles rares.

La disponibilité de la contraception d'urgence<sup>74</sup> sans ordonnance pourrait constituer un progrès sensible. Une large information, tout particulièrement auprès des jeunes, doit accompagner la mise sur le marché de la contraception d'urgence. Les examens de laboratoire qui conditionnent l'accès à la contraception et qui, en l'absence de facteur de risque, n'ont pas fait la preuve de leur utilité, constituent également un frein à l'utilisation de la contraception orale. Cependant, dans l'état actuel des connaissances, ce serait une erreur de dispenser les femmes du contact médical pour l'accès à la contraception orale : l'évaluation des risques anamnestiques et le choix du type de contraception orale adaptée à la patiente constituent bel et bien une démarche d'ordre médical.

---

<sup>71</sup> en dehors des obstacles psychologiques évoqués plus haut pour lesquels une prévention s'avère difficile voire impossible car ils illustrent souvent l'ambiguïté des femmes face à leur désir de grossesse.

<sup>72</sup> TRUSSEL J., STEWART F., POTTS M. Should oral contraceptives be available without prescription ?  
Am. J. Public Health, 1993, 83: 1094-9.

<sup>73</sup> BUEKENS P., KAMINSKI M., Méthodes contraceptives et avortement. Des progrès importants mais des questions encore non résolues. In : La santé des femmes. SAUREL-CUBIZOLLES M.J., BLONDEL B., Flammarion, Paris, 1996.

<sup>74</sup> encore appelée contraception du lendemain (Tétragynon®) et disponible en pharmacie à la fin de l'année 1998.

## Le problème particulier de la prévention chez les jeunes:

Les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescents. La première raison tient à leur fécondité élevée. Une étude comparative des échecs de contraception chez les adultes et les adolescentes<sup>75</sup> montre 2 particularités :

- une proportion d'échec du préservatif significativement plus élevée chez les adolescentes (17,8% contre 11,5% chez les adultes)
- l'absence totale de contraception est elle aussi plus fréquente chez les adolescentes (9,4% contre 3,6% chez les adultes).

Ces échecs du préservatif ne représentent pas la performance contraceptive du préservatif (puisqu'il s'agit de femmes demandant une IVG) mais montrent que le **préservatif utilisé isolément dans un but contraceptif constitue une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes**. Alors que certains auteurs s'attendaient à une diminution des IVG chez les jeunes grâce aux campagnes pour la prévention des MST, c'est au contraire une augmentation qui a pu être mesurée par exemple en Suisse où en 89, 30% des adolescentes qui avaient recours à l'interruption volontaire de grossesse avaient utilisé un préservatif comme seule contraception. Des proportions similaires ont été observées en Grande Bretagne<sup>76</sup> où l'échec du préservatif est donné comme responsable de 43% des IVG. Les IVG dues à l'échec du préservatif comme contraception sont passées aux Etats-Unis<sup>77</sup> de 15% à 32% en quelques années. Il est bien sûr difficile de distinguer dans ces études le réel échec de la méthode car l'utilisation du préservatif est souvent alléguée par les jeunes confrontés à une grossesse non désirée.

En Allemagne, la proportion des jeunes qui n'utilisent aucun moyen de contraception lors du premier rapport a baissé en 15 ans notamment chez les filles (de 29% en 80 à 11% en 98<sup>78</sup>). Pour 68% des filles et 55% des garçons, le préservatif est cité comme le moyen contraceptif de prédilection, alors que 16% des jeunes ne prennent que la pilule et que 16% prennent les deux. Néanmoins, la préférence pour le préservatif cède du terrain en faveur de la pilule : questionnés sur leurs derniers rapports, 40% des filles et 52% des garçons ont indiqué avoir utilisé un préservatif, contre des taux respectifs de 73% et 65% pour ce qui est de la pilule. De même, la contraception devient habituelle lorsque la fréquence des rapports augmente (1% des filles et 3% des garçons n'ont pas utilisé de contraceptifs lors des derniers rapports).

---

<sup>75</sup> ZUFFEREY M.M., SCHMIDT N. L'échec contraceptif chez 720 adolescentes demandant une interruption de grossesse. *Méd. et Hyg.*, 1992, 50, 1277-84.

<sup>76</sup> GRIFFITHS M. Contraceptive practices and contraceptive failure among women requesting termination of pregnancy. *Brit. J. Fam. Plan.*, 1990, 16, 16-18.

<sup>77</sup> HENSHAW S.K., KOST K. Abortion patients in 1994-1995 : Characteristics and contraceptive use. *Family Planning Perspectives*, 1996, 28 : 140-7 & 158.

<sup>78</sup> sondage effectué sur 2 476 adolescents entre 14 et 17 ans par EMNID à la demande de la centrale fédérale pour l'information sanitaire publié par le bulletin de l'Institut Robert Koch d'épidémiologie.

---

Les deux facteurs sociologiques qui influencent le comportement contraceptif des jeunes sont<sup>79</sup> :

- l'aspect occasionnel des rapports où 38% des filles ne prennent aucune contraception (vs 6% en cas de partenaire stable)

- l'information par les parents divise par deux l'absence de contraception lors du premier rapport (11% vs 19% quand l'information provient d'une source autre). L'âge du premier rapport a baissé en 10 ans et concerne 38% des filles et 29% des garçons entre 14 et 17 ans, la proportion des jeunes n'ayant pas eu de rapports à 17 ans est restée identique (33% des filles et 46% des garçons).

En France, l'âge médian du premier rapport sexuel est situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons - une donnée qui n'a pas varié depuis plusieurs décennies<sup>80</sup>. Parmi les jeunes sexuellement actifs, 87% déclarent avoir utilisé un préservatif la première fois. En revanche, le préservatif a été nettement moins utilisé lors de la dernière relation sexuelle (80% pour les garçons et 53% pour les filles). Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) utilisent plus le préservatif (89%) que les jeunes issus de familles monoparentales (83%) ou recomposées (82%), et déclarent avoir eu moins de rapports sexuels que ces derniers. On peut donc dire que l'éducation pour la santé se fait principalement dans le milieu familial où peut se produire un échange sur les règles de vie. "Le rôle de la famille n'a pas été suffisamment pris en compte jusqu'à présent dans les stratégies de prévention mises en place en direction des adolescents"<sup>81</sup>.

Evolution des IVG des mineures par rapport à la population générale<sup>82, 83</sup>

	85	87	89	90	91	92	93	94	95
IVG - de 18 ans	6416	5692	5729	6077	6093	5731	5785	5 884	6 441
Total IVG déclarées	173 335	162 352	163 090	170 428	172 152	167 777	167 921	163 000	
IVG/100 concept < à 18 ans	59,7	59,3	61,9	64,0	65,7	66,0	67,6		
IVG/100 concept ensemble	18,3	17,4	17,5	18,2	18,4	18,4	19,0		
Accouchements de mineures	4 335					2 949	2 755	2 529	2 526

<sup>79</sup> Le recours à la contraception se développe chez les jeunes Allemands, *Epidemiologisches Bulletin*, 1998, 41, 289-90, cité par APM, ap/eh/APM ac 98 21U1850.

<sup>80</sup> Baromètre santé-jeunes 1997-1998, Comité Français d'Éducation pour la Santé, BP 51, 92174 - Vanves cédex. Interrogés par téléphone, 4 115 jeunes âgés de 12 à 19 ans, scolarisés ou non, ont parlé de leur vie affective et sexuelle. Les résultats ont été comparés à ceux obtenus par l'INSERM sur 12 391 élèves de collèges et lycées entre 88 et 93

<sup>81</sup> SUBTIL M.P. Les situations familiales des adolescents influencent leur état de santé. *Le Monde*, 23/11/98.

<sup>82</sup> HASSOUN D.: Les conditions de l'interruption de grossesse en France  
*Contracept. Fertil. Sex.*, 1997, 25, 915-20

<sup>83</sup> et données du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (service du droit des femmes), Sources SESI (INSEE).

La classe d'âge située entre 18 et 20 ans représente 10 000 IVG par an en France, alors que les moins de 18 ans représentent 6 000 IVG par an. De plus, le nombre d'enfants nés de mères de 18 ans et moins était en France en 87 de 6043 et de 646 pour les mères de moins de 16 ans. **Le nombre de conceptions chez les adolescentes a baissé, mais, quand elles surviennent inopinément, ces grossesses aboutissent moins souvent à une naissance.**

Si 85% des jeunes utilisent une contraception (ne serait-ce que le préservatif isolé) lors du premier rapport, on sait en revanche peu de choses sur le maintien dans le temps de la pratique contraceptive. Les peurs des jeunes au début de leur vie amoureuse concement plus la permanence de la relation avec leur partenaire que les écueils constitués par la grossesse non désirée ou les MST. Les méthodes les plus efficaces ne sont pas bien adaptées à une activité sexuelle irrégulière et il est donc difficile de promouvoir chez les jeunes une contraception qui fasse partie de la vie de tous les jours.

Lorsque l'IVG est pratiquée chez les jeunes, elle est plus souvent tardive que pour l'ensemble des femmes qui avortent. Or on sait que l'IVG tardive comporte plus de risque. De plus, un jeune âge à la première grossesse est un facteur de risque de recours répété à l'IVG<sup>84</sup>.

Le nombre de femmes ayant leur premier rapport sans contraception pourrait être diminué en facilitant la délivrance de la première contraception orale et en limitant les circonstances où une ordonnance médicale est indispensable, tout particulièrement pour la contraception post-coïtale, dont les jeunes sont peu informés.

Les jeunes filles surestiment largement certains risques, en particulier les risques de stérilité ultérieure ou de cancer et sont peu nombreuses à connaître les effets positifs sur la santé de la contraception orale. Il y a donc un rejet de la pilule sur la base de connaissances erronées et imprécises qui accroît le risque de grossesse non désirée, en particulier par l'utilisation de moyens peu efficaces de contraception.

---

<sup>84</sup> KAMINSKI M., CROST M., GAREL M. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. *Contracept. Fénil. Sex.*, 1997, 25, 152-8.

---

## Créer des structures de prévention des IVG INFO - ADO<sup>85</sup>

Bien que cela n'ait pas été totalement démontré<sup>86</sup>, il tombe cependant sous le sens que les IVG les plus susceptibles de laisser des séquelles psychologiques sont celles des jeunes de moins de 18 ans. Elles renvoient la société française, et les adultes en général, à un certain constat de carence dans le domaine de la formation et de la prévention primaire :

"On apprend aux jeunes à traverser les rues sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut receler".

Si l'IVG de la femme adulte cache souvent une ambiguïté face à la reproduction et un désir inconscient de grossesse, voire un accident de contraception, en revanche, l'IVG de la femme jeune recouvre habituellement un manque de connaissances qui est confirmé par de nombreuses enquêtes.

En classe de troisième, 2/3 des jeunes filles pensent que les premiers rapports ne sont pas féconds, et 3/4 sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles.

De plus, cette situation est largement corrélée au milieu social et culturel d'origine. Quand le milieu familial ouvert peut suppléer à la carence informative, les jeunes filles sont moins exposées à la grossesse non désirée. L'inégalité est accrue dans les familles où, en cas de grossesse, il n'est pas possible pour une mineure d'obtenir l'autorisation nécessaire pour accéder à l'IVG, et même impossible d'en parler.

Il y a schématiquement 4 acteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'information des jeunes sur ces sujets :

- les parents
- les enseignants
- le corps médical
- et les structures sociales de prévention

---

<sup>85</sup> Ce type de structure (avec cette dénomination) a été initié au CHI de Poissy en 92 grâce à l'aide très dynamique de Marc Buisson (directeur du CHI de Poissy) sur les 17 communes qui constituent cet hôpital intercommunal. Les établissements scolaires qui en ont bénéficié ont vu leur taux d'IVG chez leurs jeunes diminuer notablement. Depuis la création d'Info-Ado, chaque année, 1200 à 1500 élèves assistent aux interventions dans les lycées et collèges et 500 d'entre eux consultent sur place de manière à bénéficier de la confidentialité nécessaire à leur intimité. Une structure INFO-ADO a également été créée au CMCO à Schiltigheim en Novembre 1998 qui commence à intervenir dans les établissements scolaires alentours en recevant gratuitement en milieu hospitalier les jeunes qui le souhaitent. L'achat des préservatifs et des contraceptifs nécessaires se fait sur la dotation globale de l'établissement. Les personnes qui interviennent dans les classes sont volontaires et les jeunes sont reçus par des internes de médecine générale (futurs généralistes) spécifiquement formés à cet accueil.

<sup>86</sup> car peu de travaux scientifiques se sont focalisés sur ce sujet

---

Il est aisé de démontrer que, pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants désignés par les parents pour éduquer leurs enfants ("pro-parents") ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est à dire avant les premières expériences sexuelles) les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées.

C'est donc le corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle. Or, le médecin de famille (connu par l'enfant) est rarement consulté dans ce contexte et ce pour 3 raisons :

- les jeunes ignorent l'existence du secret professionnel et redoutent que le médecin de famille parle aux parents de leur sexualité naissante

- les jeunes ne peuvent disposer de l'argent nécessaire pour payer une consultation médicale, si modique soit elle

- les jeunes redoutent par dessus tout l'examen gynécologique malheureusement souvent imposé par des médecins insuffisamment préparés à la contraception de cette classe d'âge.

Il faut pallier ces 3 causes d'échec de l'approche médicale traditionnelle.

Des structures telles que celles mises en place par le Mouvement Français pour le Planning Familial, s'ajoutant aux centres de planification<sup>87</sup> déjà existants, doivent être suggérées dans toutes les UF d'orthogénie du pays. Ces structures<sup>88</sup> doivent comporter 2 volets complémentaires :

- une campagne annuelle d'information dans les établissements scolaires alentour. Ceux-ci devraient être incités par le ministère de l'Education Nationale à intégrer cette démarche dans leur projet pédagogique au niveau des classes de 3ème

- un accueil quotidien aux heures ouvrables, sans rendez-vous et sans qu'il soit nécessaire de donner son nom, par un médecin préparé à recevoir des adolescents qui viennent seuls ou à plusieurs (les Internes de Médecine Générale doivent être formés à cet accueil qu'ils auront à réaliser plus tard lorsqu'ils seront installés comme omnipraticiens). Ce médecin ne fait pas d'examen gynécologique, sauf s'il y a une demande ou une nécessité dans ce sens. Il conseille, oriente, répond aux questions et aux angoisses que provoquent les premières expériences. Il dispose de préservatifs gratuits acquis par l'hôpital à cet effet<sup>89</sup> ainsi que de contraceptifs oestro-progestatifs qui eux aussi sont délivrés gratuitement par la pharmacie hospitalière.

---

<sup>87</sup> Ce terme est inadéquat pour les jeunes de même que le terme de "Planning Familial" car on est loin de penser à planifier les naissances à cet âge et le mot famille renvoie les jeunes à d'autres connotations. Il faut de plus que ces structures aient une base publique, ou prenant appui sur un service public dépendant de préférence de l'Etat.

<sup>88</sup> Il n'est pas question de remplacer les structures de proximité très efficaces mais d'augmenter l'effort public en matière de prévention.

<sup>89</sup> sur la dotation globale de l'établissement

Il n'y a pas de trace administrative de la consultation qui ne donne pas lieu à un remboursement de sécurité sociale.

Bien que la pression des maladies sexuellement transmissibles ait ouvert une voie dans l'amélioration de l'information des jeunes du fait de la gravité des enjeux<sup>90</sup>, il reste toujours une forte réticence des parents et des enseignants qui se traduit par la crainte d'initier des comportements sexuels plus prématurément qu'ils n'auraient eu lieu spontanément. C'est pourquoi certains établissements scolaires ne sollicitent pas les interventions d'Info-Ado, ou les déguisent en prévention SIDA. **L'incitation des chefs d'établissements scolaires par le ministère de l'éducation nationale à accepter de telles formations** (qui surclassent, et de loin, l'efficacité du distributeur de préservatifs) **est donc indispensable.**

Le type de message transmis par les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les psychologues, etc. qui participent au programme Info-ado a donc été soigneusement élaboré pour éviter 3 écueils :

- celui de venir enseigner une technique
- celui de prétendre réaliser une "éducation sexuelle"
- celui de ne présenter la sexualité que sous la forme des risques auxquels elle expose.

Le discours doit donc être véritablement humaniste :

- replacer la relation sexuelle dans le contexte amoureux qui est le sien surtout chez les jeunes
- évoquer les différences de modalités de séduction entre garçons et filles et valoriser le consentement mutuel
- faire apparaître la prise de responsabilité en matière sexuelle comme étant un signe de maturité
- aborder de manière informative (voire médicale) les sujets qui intéressent les jeunes tels que l'homosexualité, la masturbation, la jouissance sexuelle, la virginité et l'inceste.

Au total, ces interventions sont donc complexes (et ne se réduisent pas à une simple approche technique de contraception ou de prévention des MST). Elles nécessitent une réelle formation pour ceux ou celles qui ont le goût d'informer et ne se sentent pas gênés de parler de sexualité devant des classes d'adolescents et de répondre à des questions parfois délicates.

Il est bien sûr très difficile de chiffrer l'impact réel de telles actions (car cela supposerait des sondages ou une enquête qui risquerait de faire perdre la notion de totale gratuité et de désintéressement), mais la simple observation de l'origine scolaire des jeunes filles qui sollicitent une IVG, confirme un réel impact de ce type de programme.

---

<sup>90</sup> Les établissements scolaires, sous couvert de prévention des MST, ont été plus compliants aux interventions des personnels de santé et les parents d'élèves ont mieux accepté ces interventions pour l'information de leurs enfants.

---

De plus, la logique d'une telle action de prévention primaire est de considérer que chaque IVG évitée à cet âge justifie l'ampleur de l'effort.

Tous les centres chargés en France des IVG pourraient avoir à leur actif des actions de prévention et être évalués aussi sur ce point. Cette seule mesure incitative aurait un effet considérable sur l'ensemble du corps médical.

**Préparer les jeunes gens à leur future vie sexuelle plutôt que de les consoler au passage dans nos salles d'opération, un objectif facile à partager avec l'ensemble du corps médical.**

## LES PROBLEMES TECHNIQUES

### Les risques médicaux de l'avortement :

**La médicalisation de l'avortement a entraîné une chute spectaculaire des complications et des décès.** La mortalité de l'IVG sur 10 ans est passée de 5 à 3 pour 1 million d'IVG entre les années 75-85 et les années 85-95. La France fait partie des pays les mieux placés à cet égard. L'INED en 1963 estimait à 332 le nombre annuel de décès par avortement<sup>91</sup>.

Le nombre annuel absolu de décès par IVG oscille dans les dernières années entre 0 et 2<sup>92</sup>. Le progrès sanitaire de l'environnement des IVG est donc évident et valide les arguments de santé publique qui avaient été avancés lors de la discussion de la loi de 75.

On peut rappeler que l'OMS estimait en 1994 à 70 000 le nombre annuel de décès sur la planète par complication de l'avortement volontaire (350 décès pour 100 000 avortements) et à 500 le nombre de décès après avortement médicalisé<sup>93</sup>. **Les risques de l'avortement dépendent beaucoup plus de son statut juridique que du niveau de développement économique.** Les femmes dans le monde sont donc loin d'être égales sur le plan des risques qu'elles encourent lors d'un avortement.

La mortalité est d'autant plus faible que le terme est précoce. Le risque passe de 0,2/100 000 IVG si l'avortement est fait à moins de 8 semaines de gestation à 12,1/100 000 quand celui-ci est pratiqué à plus de 21 semaines<sup>94</sup>.

Les complications immédiates ont eu la même évolution décroissante que ce soient les perforations utérines, les hémorragies ou les rétentions partielles avec ou sans infection loco-régionale. On sait de plus que l'incidence ultérieure de l'accouchement prématuré n'est pas augmentée par l'IVG, ni d'ailleurs le retard de croissance intra-utérin ou les avortements précoces. L'IVG ne modifie pas la fécondité ultérieure des femmes. Les indicateurs de morbidité devraient encore s'améliorer avec la diffusion des méthodes médicamenteuses et l'usage plus large de l'anesthésie locale rendue possible par la dilatation pharmacologique que permettent les prostaglandines modernes. "Si les progrès de la contraception n'ont toujours pas réduit de façon significative la fréquence du recours à l'avortement volontaire, si l'amélioration de sa prise en charge médicale n'a pas totalement fait disparaître quelques complications parfois préoccupantes et graves, il n'en apparaît pas moins aujourd'hui comme un incontestable progrès sanitaire<sup>95</sup>".

---

<sup>91</sup> AUBENY E., BRUNERIE J., CESBRON P., FLOC J., IRANI C.H., PADENANOM M.M. Complications des avortements provoqués. *Encycl. Méd. Chir., Paris. Gynécologie*, 476A10, 3, 1989,18.

<sup>92</sup> Ce taux était de 1 décès par jour dans les années 60, 2 par mois à la veille de la loi de 75.

<sup>93</sup> BLAYO C. Mourir d'avortement. Facteurs politiques et sociaux. Colloque de l'AIDELF, Sinaia (3-6/9/1996).

<sup>94</sup> HENSHAW S.K. - Induced abortion : a world review. 1990, *Family Planning Perspectives*, 22, 1990.

<sup>95</sup> CESBRON P. Avortement médicalisé par aspiration jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée. In : *L'interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives*. Paul Cesbron. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1997.

**L'avortement fait dans de bonnes conditions sanitaires, ce qui est le cas dans notre pays, peut être considéré comme à risque minimum.**

Quant aux complications psychologiques, leur évaluation est difficile et leur variabilité est extrême. On peut dire toutefois que l'incidence des complications psychologiques majeures est faible sauf chez les adolescentes où une IVG en début de vie sexuelle peut constituer une véritable agression dont le retentissement réel demeure mal connu<sup>96</sup> et dépend étroitement du contexte familial et de la dépendance affective des jeunes. L'angoisse des femmes est en général plus grande avant l'IVG qu'après celle-ci. Le risque est plus grand chez les femmes qui désirent leur grossesse et qui ne peuvent la conserver pour des raisons qui leur sont extérieures (célibat, mauvaises conditions socio-économiques, etc.). L'isolement familial et affectif est donc un facteur aggravant sur le plan psychologique. **La maltraitance à l'occasion de l'IVG renforce le sentiment de culpabilité et peut blesser psychologiquement des femmes fragilisées par la période difficile qu'elles sont en train de vivre.**

Ceci justifie qu'un soin particulier soit apporté à la formation des équipes médicales et paramédicales qui reçoivent les patientes, depuis l'accueil téléphonique jusqu'à la prise en charge proprement dite.

Enfin, la balance avec le risque éventuel d'un enfant non désiré est rigoureusement impossible et peut laisser la place à toutes les conjectures.

### **Considérations techniques sur l'intervention :**

Près de 75% des avortements en France sont pratiqués avant la huitième semaine, et on observe, à l'intérieur de cette catégorie, une précocité de plus en plus grande de l'intervention. Les IVG à 5 semaines sont passées de 9% en 76 à 19% en 91, grâce, en partie, à l'avortement médicamenteux. Les âges gestationnels sont plus bas dans le privé que dans le public, en raison des délais d'attente moins longs pour l'obtention des rendez-vous. En 91, 48% des IVG du secteur privé concernaient des grossesses de moins de 6 semaines alors qu'à la même période, la proportion correspondante dans le secteur public était de 34%.

On constate de plus que les avortements des femmes les plus jeunes, du fait de l'ignorance et de la difficulté des démarches, se font à un âge gestationnel relativement tardif.

La technique la plus couramment utilisée est l'aspiration suivie d'un contrôle de la vacuité utérine à la curette<sup>97</sup>.

---

<sup>96</sup> bien que largement décrit dans la littérature psychanalytique

<sup>97</sup> 83% des IVG en 91 contre 86% en 76

47% des IVG sont réalisées par aspiration seule et 37% par aspiration suivie de curetage<sup>98</sup>. Sur ces IVG dites chirurgicales, les 3/4 sont faites sous anesthésie générale.

Le risque de décès par avortement varie en fait avec le type d'anesthésie<sup>99</sup> de 0,37/100 000 pour l'anesthésie générale à 0,15/100 000 pour l'anesthésie locale. Compte tenu de l'amélioration des techniques et des conditions sanitaires, le mode anesthésique, qui n'avait pas autrefois une grande incidence sur la morbidité, constitue désormais un des principaux facteurs du risque résiduel.

L'avortement médicamenteux<sup>100</sup> utilisant la Mifépristone associée au misoprostol a représenté 13,8% des IVG en 90. Les ventes de Mifépristone permettent de penser que ce chiffre a augmenté dans les années suivantes puisque le laboratoire a fait état d'une vente annuelle de 40 000 boîtes en 94. Les analyses statistiques laissent penser que beaucoup d'établissements ne laissent pas le choix aux patientes de la méthode utilisée pour l'IVG même lorsque le contexte médical permettrait ce choix.

On peut remarquer en particulier que les méthodes non chirurgicales sont moins proposées dans le privé que dans le public (la fréquence varie du simple<sup>101</sup> au double) alors même que l'âge gestationnel est en moyenne plus bas dans le privé que dans le public. Certains médecins pourtant favorables à la méthode ne la proposent pas à toutes les femmes, parce qu'ils ont une idée a priori des femmes à qui la méthode convient. Les médecins hostiles à la méthode préfèrent l'acte chirurgical qu'ils jugent plus confortable pour eux-mêmes et pour la patiente. On retrouve le même genre d'arguments en faveur de l'anesthésie générale qui reste largement majoritaire (78% dans le privé et 45% dans le public).

Ainsi, sur les 11 815 IVG de l'AP-HP en 1997:

- 2 572 ont été réalisées par RU (22%)
- 3 065 sous anesthésie locale (26%)
- 6 178 sous anesthésie générale (52%).

---

<sup>98</sup> KAMINSKI M., CROST M. Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables. *Solidarité Santé*, 1997, 2, 85-95.

<sup>99</sup> BLAYO C. Mourir d'avortement. Facteurs politiques et sociaux. Colloque de l'AIDELF, Sinaia (3-6/9/1996) qui cite Peterson et al. (1981).

<sup>100</sup> L'avortement médicamenteux est réalisable jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée avec une bonne efficacité. Au delà, cette méthode est encore utilisable mais donne lieu à des échecs plus fréquents nécessitant alors un geste chirurgical d'aspiration. Les avantages de la méthode médicamenteuse sont l'innocuité plus grande et l'absence de geste chirurgical. Les inconvénients sont représentés par un suivi plus délicat pour vérifier l'efficacité de la méthode et par des douleurs parfois importantes jusqu'à l'expulsion de l'oeuf nécessitant presque toujours un traitement analgésique efficace. Les coûts des 2 méthodes sont équivalents.

<sup>101</sup> Ce chiffre est accru par le fait que les avortements non déclarés dans le secteur privé se font tous de manière chirurgicale.

**Le taux d'IVG par RU varie d'un centre à l'autre de 0% à 60% et le taux d'anesthésie générale varie de 5% à 100%**, en raison décroissante de l'activité. Outre les conséquences sur les coûts qu'entraînent de telles pratiques, la morbidité de l'anesthésie générale est incontestable et justifie que son indication soit posée de manière médicale et pas de manière systématique.

Il existe également une forte disparité régionale dans les pratiques, aussi bien pour les techniques d'intervention que pour les types d'anesthésie. Ainsi, le recours à la Mifépristone varie de 3% dans le Limousin à 21% dans le Nord-Pas-de-Calais et 23% en Lorraine<sup>102</sup>.

Grande Variabilité dans l'utilisation de la Mifépristone selon les régions<sup>103</sup>:

utilisation de la mifépristone < 10 %	utilisation de la mifépristone > 15 %
Haute Normandie Aquitaine Bourgogne Pays de Loire	Corse Midi-Pyrénées Nord-Pas-de-Calais * Picardie * Lorraine Champagne-Ardenne Centre

\* Malgré un pourcentage plus faible d'IVG précoces.

Les différences régionales dans le recours à l'anesthésie générale sont également importantes (de 21% dans le Nord-Pas-de-Calais et dans les Pays de Loire à 90% en Normandie, Poitou-Charentes, Aquitaine, Limousin et Corse) et ne peuvent s'expliquer par des différences régionales de durée de gestation ou de technique d'IVG qui ont une amplitude moins importante.

En revanche, chez les femmes ayant eu une IVG précoce, il y a très peu de différences dans la technique utilisée selon les caractéristiques socio-démographiques des femmes.

Il semble donc que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'IVG, avec peu de possibilités de choix pour les femmes.

Pourtant, le choix des femmes varie en fonction des caractéristiques socio-démographiques<sup>104</sup>, psychologiques et en fonction de leur jugement sur les risques liés à la méthode :

<sup>102</sup> BUEKENS P., KAMINSKI M. Méthodes contraceptives et avortement. Des progrès importants mais des questions encore non résolues. In La santé des femmes. SAUREL-CUBIZOLLES M.J., BLONDEL B., Flammarion, Paris, 1996.

<sup>103</sup> KAMINSKI M., CROST M. Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables. Solidarité Santé, 1997, 2, 85-95.

<sup>104</sup> BACHELOT A., CLUDY L., SPIRA A. Conditions for choosing between drug-induced and surgical abortions. Contraception, 1992, 45 : 547-59.

- les femmes les plus jeunes choisissent la Mifépristone ou une aspiration sous anesthésie générale plutôt que l'anesthésie locale

- les femmes de niveau d'études plus élevé privilégient la Mifépristone ou une aspiration sous anesthésie locale.

Un taux d'échec plus faible est un critère de choix des femmes en faveur de l'aspiration, un risque plus faible pour les grossesses ultérieures est un critère de choix pour la Mifépristone.

L'évolution actuelle est plutôt favorable puisque le recours à l'anesthésie générale est passé de 70% en 76 à 52% en 97, et que l'anesthésie locale est elle passée de 4% en 76 à 26% en 97.

Quant à l'avortement médicamenteux, il était à 14% en 91 et à 22% en 97. Ce chiffre peut être considéré comme faible puisque 87% des IVG se font avant 10 semaines d'aménorrhée et 40% avant 7 semaines.

L'IVG médicamenteuse qui ne nécessite pas de lit d'hôpital ni de bloc opératoire devrait pouvoir éviter des IVG chirurgicales dans les années à venir, si les médecins de certaines institutions qui n'y ont pas recours actuellement y sont incités.

Les expériences étrangères (Hollande, Grande Bretagne, USA) démontrent que l'IVG sous anesthésie locale peut se faire dans d'excellentes conditions avec une morbidité moindre, d'autant que les nouvelles prostaglandines permettent d'éviter en tout ou partie le geste douloureux de la dilatation cervicale.

Caractéristiques de l'intervention selon le statut de l'établissement<sup>105</sup> (1993);

	<b>Public</b>	<b>Privé</b>
<b>Nb de bulletins</b>	115 411	52 510
<b>Age gestationnel ≤ 8 sem</b>	58%	69%
<b>Aspiration ± curetage</b>	81%	89%
<b>IVG médicamenteuse</b>	15%	8%
<b>Aspiration pour IVG précoce</b>	42%	74%
<b>IVG médicale pour IVG précoce</b>	53%	21%
<b>Anesthésie générale</b>	52%	85%
<b>A.G. pour les IVG chirurgicales</b>	62%	95%
<b>Hospitalisation ≤ 7 heures</b>	37%	20%

Il faut noter de surcroît que ces données sous-estiment probablement les pourcentages d'IVG chirurgicales et d'anesthésies générales du fait de la forte sous-déclaration dans le secteur privé. L'anesthésie locale nécessite en fait plus de temps et de disponibilité de la part du médecin, une attitude chaleureuse de l'entourage infirmier et une prise en compte du contexte psychologique.

---

<sup>105</sup> KAMINSKI M., CROST M. Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables. Solidarité Santé, 1997, 2, 85-95.

Autant dire que l'anesthésie locale nécessite pour sa bonne réalisation des équipes très motivées, tant dans les explications en amont du geste, que dans l'exécution du geste chirurgical proprement dit.

La régulation menstruelle<sup>106</sup> qui est une IVG très précoce entraîne, dans les régions où elle est utilisée, une importante sous-déclaration. Sauf à renoncer à la déclaration de l'IVG, il convient de replacer la régulation menstruelle dans le cadre légal de l'IVG par un rappel de la règle aux médecins qui pratiquent cette technique.

**Il faut donner aux femmes un accès au choix sur la méthode utilisée après une explication sur les risques respectifs des différentes méthodes tout en donnant une préférence à l'anesthésie locale qui est moins dangereuse et moins chère.**

Au total, l'évolution des techniques disponibles a été plus rapide que l'évolutivité des techniques employées. L'anesthésie locale n'est pas parvenue à faire reculer significativement l'anesthésie générale et la diffusion des techniques médicales est encore trop modeste pour détrôner l'aspiration.

---

<sup>106</sup> Il s'agit d'une aspiration à l'intérieur de l'utérus à l'aide d'une canule très fine dès qu'un retard de règles s'accompagne de la positivité du test de grossesse avant la sixième semaine d'aménorrhée. La simplicité du geste le rend possible en consultation sans anesthésie. Cette simplicité ne dispense pas le médecin de remplir les obligations légales qui encadrent la pratique de l'IVG. L'effet adverse de cette méthode tient à une certaine précipitation médiée par le médecin soucieux de ne pas dépasser le délai d'utilisabilité de la méthode. Certaines femmes signalent un temps de réflexion insuffisant qui peut être vécu comme un préjudice. Cette méthode est donc réservée aux patientes qui consultent très précocément pour une grossesse non désirée.

---

## PROPOSITIONS PRATIQUES

1. L'accréditation d'un hôpital où se trouve un service public de gynéco-obstétrique doit comporter l'analyse d'un volet « unité fonctionnelle d'orthogénie » avec description détaillée du fonctionnement et de l'organigramme. Le nom du PH responsable de l'UF et des personnels chargés entre autre de cette tâche ainsi que l'analyse de qualité de l'activité doivent figurer dans les documents d'accréditation.
2. La fiche de structure des postes de chef de service mis au concours dans le public doit inclure un volet "orthogénie". Il s'agit par là de contrer la carence de l'offre publique qui doit être mieux répartie sur toutes les structures hospitalières pour respecter l'obligation légale de continuité du service public.
3. Création d'un référentiel d'évaluation de l'IVG (par l'ANAES par exemple) avec l'aide des sociétés savantes de gynécologie obstétrique et des associations impliquées dans le domaine. Ceci devrait permettre d'améliorer la qualité des actes et de l'accueil des patientes.
4. Création de structures de formation permanente pour former les personnels hospitaliers à l'accueil des IVG. La participation d'associations telles que le MFPP, l'ANCIC et la CADAC, qui ont une expérience de terrain considérable, serait ici fort utile. Un véritable enseignement médical, technique et psychologique est nécessaire pour permettre aux femmes le choix de la méthode médicale qui doit être disponible dans toutes les structures qui pratiquent les IVG.
5. Remplacement de l'obligation d'une consultation sociale (systématiquement proposée, jamais imposée) par une proposition de cette consultation lors du contact avec le médecin qui doit instaurer un dialogue sur l'intérêt d'un contact supplémentaire (psychologique ou social) pré ou post IVG. Suppression du caractère obligatoire de l'entretien préalable qui pourrait être confié, **lorsque la patiente l'accepte**, à une psychologue, à une assistante sociale, à une sage-femme ou à une conseillère conjugale, quand apparaît la nécessité d'une aide dans l'un ou l'autre domaine. Souligner auprès des équipes médicales l'intérêt des consultations post-IVG (surtout pour les adolescentes) permettant, entre autre, d'aborder les difficultés personnelles qui ont pu accompagner cet événement ou qui se sont révélées à cette occasion.

6. Insertion des CIVG dans les services de Gynécologie-obstétrique dès que les deux types de structures se trouvent sur un même site (sous forme d'une unité fonctionnelle - ce qui réglerait du même coup les problèmes de statut dans les CIVG et la représentation dans les CME). Ceci permettrait en outre de ne pas doubler les plateaux techniques et les astreintes de spécialistes (anesthésistes). Qui dit pratique exclusive de l'IVG dit essoufflement pour les médecins et pour les personnels. On enregistre une lassitude considérable des praticiens tout particulièrement dans les structures publiques où parfois les internes évitent les services à forte prévalence de l'IVG. La formation complémentaire indispensable à l'accueil, nécessaire pour les personnels, n'est pas contradictoire avec le fait de varier leurs fonctions dans la journée pour ne pas être cantonné à l'activité d'IVG. Ces structures devraient en outre être chargées des actions de prévention en coordination avec les autres acteurs de ce domaine. En ce qui concerne l'évaluation des moyens nécessaires, il serait utile de calculer une fourchette indicative de moyens nécessaires en personnels, locaux et matériels, selon le nombre d'IVG pratiquées pour un service de qualité (guide pour les directeurs d'hôpitaux).
7. Maintenir les CIVG dans les sites sans structure de Gynécologie-obstétrique pour conserver des structures de référence en matière d'IVG. Certaines régions comme l'Île de France verraient leur situation se détériorer gravement si les CIVG n'existaient plus. La possibilité de recherches cliniques dans les domaines de la contraception et de la régulation des naissances doit être spécifiquement dévolue aux structures spécialisées. Ces travaux doivent porter principalement sur l'amélioration de la qualité des soins. L'attribution de contrats (décret n°93.701 du 27/3/93 et arrêté du 17/1/95) doit être élargie à toutes les situations où la possibilité de créer un poste de PH n'existe pas. Le décret du 9/5/95 autorise le recrutement de praticiens contractuels pour une période de 3 ans renouvelable. Enfin, l'arrêté du 5/3/96 fait figurer les IVG parmi les missions pour lesquelles le service hebdomadaire des praticiens hospitaliers à temps partiel peut être réduit à 4 demi-journées. Il serait utile de vérifier l'impact de ces textes pour les centres hospitaliers où la pratique des IVG connaît des difficultés.
8. Il faut prévoir l'évolution de carrière de ces contrats du 1er au 4ème échelon + 10% avec reprise d'ancienneté et possibilité de titularisation. Le but est de réduire au minimum le nombre de médecins rémunérés par des vacations hospitalières et de donner les moyens d'avoir des actions de prévention dans le domaine de la contraception comme le prévoit le statut des CIVG. Le maintien d'un CIVG implique de lui donner les moyens d'un fonctionnement correct, tout particulièrement dans la possibilité d'avoir recours à un anesthésiste. Des normes de fonctionnement des CIVG sont nécessaires (Point 3 des propositions pratiques).

9. Création au cas par cas de postes de PH pour que les grandes équipes hospitalières sous-dotées en praticiens compte tenu de leur activité puissent recruter un praticien qui soit officiellement responsable de l'activité de contraception et de régulation des naissances, sans que celui-ci ne soit confiné à cette activité.
10. Modification de la réglementation concernant les mineures : Il faudrait en arriver à l'affirmation d'un **droit propre de la jeune fille à décider de l'IVG** en lui garantissant la confidentialité de sa décision par rapport à ses parents. Un travail juridique doit être initié allant dans le sens d'un droit à disposer de son corps, plus que vers une intervention ponctuelle et spécifique du juge pour enfants. Un travail en collaboration avec la Justice devrait permettre de proposer une évolution du droit dans ce domaine.
11. Modification de la réglementation pour les étrangères et disparition des conditions de résidence, puisque le risque d'un afflux massif de patientes étrangères en quête d'IVG n'est plus d'actualité du fait de la libéralisation de l'IVG chez tous nos voisins européens. Il faudrait réaffirmer par circulaire les droits des étrangères résidant de façon stable en France.
12. Généralisation de l'aide médicale gratuite pour l'IVG des femmes sans couverture sociale. L'aide médicale gratuite pour les IVG attribuée par l'hôpital qui instruit le dossier pour les patientes démunies permettrait d'éviter les démarches difficiles auprès des DASS à un moment déjà pénible pour ces patientes. L'hôpital ayant réalisé l'IVG de manière gratuite en fonction des circonstances se ferait ultérieurement remboursé par les services de l'aide médicale gratuite.
13. La dépenalisation de l'avortement avec transfert de la loi sur l'IVG vers le code de la Santé Publique aurait le mérite de replacer l'IVG dans son contexte sanitaire et non plus dans le domaine de l'ordre public. Cette démarche symbolique n'empêcherait pas l'encadrement de la pratique par les règles du fonctionnement médical et par l'accréditation des structures hospitalières.
14. Concernant la production de Mifépristone, l'état doit se donner les moyens de vérifier la disponibilité du produit. Sa production qui a pu être fragilisée par l'efficacité de groupes de pression américains doit être encouragée voire aidée par l'Etat. Les indications médicales de cette molécule française dépassent, en outre, le domaine de l'IVG. Un mélange de protectionisme et d'ordre moral outre-atlantique pourrait rendre ce produit indisponible en France, ce qui, même transitoirement, serait dommageable pour les femmes qui ont recours à l'avortement médicamenteux.

15. Actions de prévention de l'IVG centrées sur les mineures incitées de manière large au niveau de l'éducation nationale. L'incitation des chefs d'établissements scolaires par le ministère de l'éducation nationale à accepter de telles formations (qui surclassent, et de loin, l'efficacité du distributeur de préservatifs) est indispensable. Il faut regrouper autour des services de gynéco-obstétrique et de leurs unités fonctionnelles d'orthogénie toutes les volontés et les capacités de formation des jeunes (formation de formateurs en particulier parmi les omnipraticiens). Ces actions peuvent se faire avec les associations déjà engagées dans la prévention scolaire. En rétribuant ces interventions en vacations de prévention, l'Etat démontrerait sa détermination à protéger sa jeunesse. Ces interventions doivent être faites préférentiellement dans les collèges en classe de 3ème (voire 4ème dans certains établissements où les élèves sont plus âgés). Campagnes régulières d'information sur la contraception et incitation forte par l'Etat et la Région pour les services hospitaliers publics à mettre en place des programmes de prévention primaire (comportant des actions extérieures à l'établissement coordonnant toutes les bonnes volontés dans ce domaine pour toucher en particulier les jeunes exclus du système scolaire). Incitation à la visite par les jeunes des centres susceptibles de les aider (éventuellement programmée dans leur année scolaire).

16. L'articulation entre des acteurs éparpillés et rémunérés différemment soit par l'Etat (pour la partie curative), soit par les collectivités locales (pour la partie prévention) devrait revenir entièrement sous la coupe de l'Etat. Il serait plus facile d'organiser une bonne prise en charge globale de l'orthogénie dans les services publics qui comportent les praticiens et des paramédicaux habilités et formés. S'il est important de veiller à la permanence des structures associatives et à leur indépendance, le financement de la prévention dans ce domaine peut se voir réduit à la portion congrue (si l'Etat ne s'en charge pas) dans certaines régions du fait des choix politiques locaux. Que l'Etat reprenne ses responsabilités sur la contraception en laissant aux collectivités territoriales la possibilité de s'y adjoindre. **L'IVG et la contraception pourraient faire l'objet d'un état des lieux et d'une programmation dans le cadre des SROS.**

17. Remboursement des moyens de contraception et des spermicides prescrits et encadrement de la baisse des prix des préservatifs. Mise en place de dotations en préservatifs et en contraceptifs dans les hôpitaux comportant une unité fonctionnelle d'orthogénie. Il s'agit de permettre un accès gratuit à la contraception et la protection contre les MST pour les jeunes et les personnes démunies. Les moyens de contraception d'urgence doivent être plus largement connus des femmes et leur disponibilité dans l'urgence doit être assurée.

18. Disparition du quota pour les établissements privés et lutte contre la sous-déclaration et l'utilisation d'une nomenclature d'actes chirurgicaux pour les IVG. Là où le privé est très sollicité, c'est souvent la conséquence d'une grave carence du secteur public. Le délai de prise en charge y est plus rapide, mais paradoxalement, les techniques y sont plus chirurgicales et sous anesthésie générale. Action préventive (non répressive) pour lutter contre la sous-déclaration sans risquer de diminuer l'offre ou d'augmenter la clandestinité.
19. Ajout d'un enseignement théorique en DCEM 2 d'une dizaine d'heures incluant des cours de bioéthique sur les thèmes de l'orthogénie (contraception et IVG). Le but serait de permettre aux étudiants en médecine d'organiser leur réflexion personnelle sur ces thèmes à partir des données épidémiologiques, sanitaires, morales voire philosophiques. Un cours sur la clause de conscience, par exemple, est indispensable pour que les futurs médecins puissent prendre le temps d'une réflexion et d'un positionnement personnel sur un sujet difficile actuellement souvent éludé. A une époque où le militantisme s'essouffle, la participation des omnipraticiens à l'activité d'orthogénie des hôpitaux deviendra une nécessité et passera par une formation théorique préalable. De même, à l'heure où les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux, le relais du conseil en contraception doit être pris par les omnipraticiens. Les facultés de médecine et les instances de formation permanente doivent intégrer cette évolution dans leurs programmes.
20. Création de commissions régionales de coordination des IVG (par exemple dans le cadre des comités régionaux de la naissance). Leur mission serait de signaler aux directeurs d'hôpitaux les dysfonctionnements qui existent dans leur établissement. Ces commissions constitueraient l'interface entre les associations, les patientes et les hôpitaux et permettraient de sensibiliser les hiérarchies hospitalières aux anomalies de fonctionnement, qu'elles sous-estiment le plus souvent. Des collectes de données sous la tutelle de ces commissions, traitées au niveau de la région, pourraient valablement remplacer le bulletin statistique anonyme. Un rapport annuel, à l'occasion d'une réunion nationale de ces commissions régionales, permettrait de suivre l'amélioration de l'accès à l'IVG en listant les sites où des problèmes subsistent. Un véritable état des lieux annuel et national pourrait ainsi être mis à jour régulièrement.
21. Offrir un choix quant à la méthode employée aux patientes qui consultent précocement avec possibilité d'opter librement entre anesthésie locale et anesthésie générale quand une technique chirurgicale est indiquée.

22. Modification du dossier guide d'IVG en y incluant un chapitre éthique dont la rédaction serait proposée au Comité Consultatif National d'Éthique. Prévoir une ligne budgétaire pour l'édition annuelle de 250 000 dossiers guides pour que les DDASS puissent disposer d'une réserve prévisionnelle et mise en oeuvre d'une information correcte à l'égard des médecins (généralistes et spécialistes) sur l'importance qu'il y a à remettre ce dossier dès la première consultation aux patientes qui demandent une IVG. Il est en outre logique d'ajouter au dossier guide actuel les documents de consultation nécessaires à la procédure légale de l'IVG. Le dossier guide devrait être accessible chez tous les médecins généralistes.
23. Pour les patientes qui dépassent le délai légal : désignation dans chaque région d'une structure hospitalière spécifiquement habilitée à recevoir les patientes qui dépassent le délai légal. Une expertise pourrait alors être réalisée au cas par cas. Les situations les plus dramatiques (viol, inceste, problèmes psychiatriques sévères, etc.) pourraient ainsi être prises en charge sur le territoire national sous la forme légale de l'interruption médicale de la grossesse.
24. Sortir le forfait pour examens biologiques de l'arrêté tarifaire de l'IVG : ces examens sont remboursés, comme tous les autres actes connexes à l'IVG à leur cotation réelle. Utiliser pour les dépenses restant au forfait la procédure de remboursement de droit commun en maintenant une cotation spécifique pour l'IVG.
25. La création d'un numéro vert pour l'IVG et la contraception (en particulier la contraception d'urgence) devrait être étudiée. L'affichage d'un tel numéro d'urgence pourrait être proposé dans toutes les pharmacies. La réponse en urgence aux femmes en détresse diminue les effets néfastes de la solitude. Le numéro de Fil Santé Jeune est en effet mal connu des adultes.

## ANNEXES

### Eléments descriptifs de la situation à Paris (AP-HP) :

L'activité globale des centres de Planning Familial de l'AP-HP est relativement stable: + 292 IVG sur 4 ans. Le terme auquel se pratiquent les IVG a tendance à baisser de même que les durées d'hospitalisation. Cette baisse témoigne de l'utilisation de plus en plus fréquente des techniques médicales.

#### Répartition des IVG de l'AP-HP pratiquées sous AG:

	terme < 10 sem.	terme > 10 sem.
1995	4 727	1 872
1996	5 255	1 422
1997	5 098	1 080
95/97	+ 371	- 792

#### Répartition des IVG médicales de l'AP-HP :

	Anesthésie générale	anesthésie locale	RU 486
1995	6 498	2 910	2 204
1996	6 523	2 905	2 425
1997	6 178	3 095	2 572
95/97	- 320	+ 185	+ 368

#### Durée d'hospitalisation des IVG à l'AP-HP :

	de 4 h	4 à 12 h	12 à 24 h	+ de 24 h
1995	3 935	5 673	1 818	921
1996	3 605	6 865	1 464	495
1997	3 812	6 543	795	665
95/97	- 123	+ 870	- 1 023	- 256

L'activité des différents centres est très hétérogène (de 47 IVG par an à A. Paré à 1796 à Broussais). Les techniques employées sont parfois limitées dans certains centres :

- 11 centres sur les 24 ne pratiquent pas l'anesthésie locale
- 5 centres ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuse
- 1 centre ne pratique pas d'anesthésie générale
- 10 centres ne pratiquent pas d'IVG au delà de 8 semaines de gestation.

Chaque année le MFPP de Paris enregistre au mois d'août un accroissement de fréquentation de 40 à 50% de patientes supplémentaires confrontées à l'absence de structures d'accueil. Ces femmes en grande précarité sont souvent adressées au MFPP par les services hospitaliers avec les motifs suivants :

- . arrêt total de la pratique des IVG en août
- . absence de médecins formés et difficultés de trouver des remplaçants
- . pas d'anesthésiste disponible
- . personnel réduit et rendez-vous à un mois dépassant le délai légal
- . absence d'information sur les fermetures estivales des autres centres

Au cours de l'été 98, les informations bien sûr fragmentaires recueillies par les associations sur les hôpitaux de Paris, dans le but de conseiller et d'orienter les patientes ont été les suivantes :

- . Beaujon : fermé
- . Bichat : ralenti sans fermeture
- . Broussais : fermé au milieu d'août
- . Lariboisière : fermé 3 semaines en août
- . La Pitié : ferme le 15/8
- . Rothschild : 2/3 d'IVG par semaine faute de médecins
- . Tenon : fermé une semaine le 15/8
- . Boucicaut : dépend de la présence du médecin qui fait les IVG
- . Saint Antoine : ouvert mais manque de médecins et de conseillères
- . Cochin : pas d'IVG. Ne prend que les ITG

### Eléments descriptifs de la situation en Alsace; <sup>107</sup>

Une étude statistique de l'ensemble des bulletins d'IVG récoltés en Alsace en 1997 est désormais disponible<sup>108</sup> grâce au travail de Thierry Lavigne et d'Odile Montalvo (DRASS d'Alsace). L'originalité de ce travail est de comporter une vérification de la validité des informations portées sur les bulletins par une analyse directe du dossier médical des patientes. Dix dossiers ont été tirés au sort et analysés pour chaque établissement déclarant des IVG.

	<b>Alsace</b>
IVG déclarées en 1996	4 483
IVG déclarées en 1997	4 624
Population féminine de 15 à 49 ans (1/1/96)	434 867
Nombre de conceptions en 1996	26 895
Taux d'IVG <sup>109</sup> en 96 pour les femmes de 15 à 49 ans	<b>10,30</b>
Taux d'IVG en 97 pour les femmes de 15 à 49 ans	<b>10,63</b>
Propension <sup>110</sup> à avorter en 96 en %	<b>16,67</b>

<sup>107</sup> Il n'y a aucun CIVG en Alsace

<sup>108</sup> LAVIGNE T. Etude descriptive et qualitative de la déclaration de l'IVG en Alsace en 1997. Préfecture de la région Alsace, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, 15/12/1998.

<sup>109</sup> Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans.

<sup>110</sup> Nombre d'IVG pour 100 conceptions (somme des naissances, des mort-nés et des IVG).

Les IVG sont réalisées en Alsace dans 9 établissements sanitaires. La répartition entre les secteurs d'activité est spécifique à l'Alsace qui comporte un puissant secteur public :

	nombre de bulletins	%
public	4 185	91
PSPH	288	6
Privé à but lucratif	151	3
total	4 624	100

La moyenne d'âge est de  $28,2 \pm 7,2$  années et la médiane est de 27 ans. 66% des IVG sont des femmes célibataires, séparées, divorcées ou veuves. 17% des femmes sont nées à l'étranger et 12% sont de nationalité étrangère. 63% des femmes ont déjà eu une grossesse antérieure et 30% des femmes qui ont déjà eu une grossesse ont eu au moins une IVG dans leurs antécédents. Ce chiffre est de 41% si on considère les femmes qui vivent seules. 57% des femmes ont eu leur IVG avant la fin de la huitième semaine et 16% des IVG ont été réalisées par méthode médicamenteuse avec une grande variabilité entre les établissements. Ce taux est de 1,7% dans un établissement PSPH et de 24% dans un des services du CHU. On peut noter à ce sujet que deux services hospitalo-universitaires travaillant sur le même site<sup>111</sup> et sur des populations identiques ont 24% d'IVG médicamenteuses pour l'un et 5% pour l'autre. 74% des IVG se sont faites sous anesthésie générale. Ce chiffre varie également de 39,5% à 93% selon les structures.

Le partie du bulletin qui concerne la femme est remplie dans 50% des cas par une secrétaire et dans 43% par la femme elle-même. En ce qui concerne la partie médicale du bulletin, c'est le médecin qui la remplit dans 50% des cas et une secrétaire dans 43%. Cette partie est d'ailleurs complétée par avance dans 14% des cas, au bloc opératoire dans 7,2% des cas, à la sortie de la patiente dans 35% des cas et sur dossier dans 43% des cas. Dans la moitié des cas, c'est une personne qui n'a pas réalisé le geste (et n'y a pas assisté) qui complète le document. On constate donc que ce n'est que dans un tiers des centres (35,7%) que le bulletin est rempli par la femme et par le médecin opérateur; alors que dans 28,6% des cas ce n'est ni l'un ni l'autre.

Le retour d'information vers les services médicaux à partir des bulletins sont quasi nuls et ceci a des conséquences néfastes sur leur qualité. Les médecins interrogés le vivent comme une contrainte inutile et n'en voient plus l'intérêt plus de 20 ans après la loi. Avec 1/3 de bulletins non signés et 1/3 de bulletins signés de manière illisible, on peut se demander légitimement quelle peut être la qualité des informations qui s'y trouvent. Une conclusion s'impose donc quant à ce document :

<sup>111</sup> séparés par un étage

- soit on le maintient ce qui veut dire qu'on se donne les moyens de le faire remplir correctement et d'en modifier le contenu en le complétant en particulier sur le versant contraception

- Soit on laisse les choses en l'état et il devient alors licite de se poser la question du maintien de cette déclaration dont l'analyse est si peu fiable.

Le rapporteur opterait plutôt pour la deuxième solution en remplaçant le bulletin statistique obligatoire et sa difficile analyse par des enquêtes "ad hoc" confiées aux organismes de surveillance sanitaire du pays.

### **Éléments descriptifs de la situation en Lorraine :<sup>112</sup>**

Une enquête<sup>113</sup> réalisée en août 1998 montre que 29 établissements de Lorraine (16 publics, 4 PSPH et 9 privés) réalisent des IVG. L'entretien social n'est possible que dans 17 d'entre eux. Pour deux établissements, il n'y a que des attachés pour pratiquer les IVG et dans l'un d'entre eux les vacataires sont généralistes. 7 établissements présentent des difficultés en été, liées aux congés des médecins. Sur les 9 établissements privés un seul oppose des refus liés au fait que les IVG ne doivent pas représenter plus de 1/4 de l'activité. En cas de refus de pratiquer l'IVG, 54% des établissements n'orientent pas vers un autre établissement. 60% des établissements ne disposent pas d'un centre de planification et d'éducation familiale et adressent donc les patientes vers une assistante sociale relevant du Conseil Général ou vers un centre de planification familiale pour l'entretien obligatoire. A ce sujet d'ailleurs, la concertation entre les personnes qui assurent l'entretien social et les médecins n'existe de manière systématique que dans 11% des cas. Le dossier guide n'est remis que dans 55% des cas et la rupture de stock ainsi que le peu d'intérêt du dossier sont alléguées pour expliquer le fait. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous est de 6,5 jours (de 1 à 28 jours). Dans 86% des cas la femme est prise en charge par le même médecin pendant toute la procédure et dans 86% des cas elle a une échographie pour dater la grossesse. Celle-ci est systématique dans 66% des cas et donne lieu à un rendez-vous spécifique une fois sur quatre. Lorsqu'il s'agit d'une IVG itérative, dans 41% des cas la femme se voit opposer un refus (surtout après la troisième).

En ce qui concerne les techniques utilisées :

- 1 seul établissement pratique le curetage seul
- 1 établissement pratique la dilatation suivi d'aspiration
- 1 établissement pose des prostaglandines la veille
- 2 établissements ne pratiquent pas l'IVG médicamenteuse.

---

<sup>112</sup> Il n'y a aucun CIVG en Lorraine

<sup>113</sup> PICQUET E. Enquête qualitative sur les IVG en Lorraine. Inspection Régionale de la Santé. Nancy; 1998.

La méthode médicamenteuse est proposée à 90% des femmes qui peuvent en bénéficier et les refus sont justifiés par des problèmes d'organisation ou par les échecs de la technique.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 14 heures et 46% des établissements ont une durée moyenne de séjour inférieure à 12 heures. Un rendez-vous de contrôle auprès du médecin qui a réalisé l'IVG est proposé dans 96% des cas pour envisager la contraception ultérieure. Lorsque la patiente ne se présente pas à ce rendez-vous, dans 81% des cas on ne cherche pas à la recontacter.

### Eléments descriptifs de la situation en Seine et Marne :<sup>114</sup>

Les IVG sont réalisées dans les 8 centres hospitaliers et dans 13 des 15 cliniques privées à but lucratif. Dans chacun des départements franciliens environ 7 femmes sur 10 réalisent une IVG dans le département du domicile et 3 sur 10 dans un autre département. La Seine et Marne de même a 73% des IVG de femmes domiciliées dans le département et 90% des femmes ayant eu recours à une IVG dans le département y sont domiciliées.

La répartition entre le public et le privé a légèrement varié dans les dernières années :

	1991	1992	1993	1994	1995
<b>Public</b>	1 555	1 807	1 794	1 721	1 726
<b>Privé</b>	1 896	1 652	1 364	1 307	1 661
<b>Total</b>	<b>3 451</b>	<b>3 459</b>	<b>3 158</b>	<b>3 028</b>	<b>3 387</b>
<b>Aide médicale</b>	38	76	106	155	151

L'offre de soins est hétérogène :

- 10 établissements réalisent moins de 100 IVG par an (2 publics et 8 privés)
- 3 établissements réalisent plus de 300 IVG par an (les 3 centres hospitaliers les plus importants)
- les établissements privés réalisant le plus d'IVG sont ceux qui comportent une maternité

La sous-déclaration dans le public est de  $71/1721 = 4,1\%$

La sous-déclaration dans le privé est de  $364/1307 = 27,9\%$

La sous-déclaration pour le 77 est de  $435/3028 = 14,4\%$  (93)

Deux établissements privés ont une sous-déclaration de 67,5% et 88,3% respectivement.

Le taux d'IVG pour 1000 femmes fécondes est de 10,8 contre 14,9 pour l'Ile de France, 20,6 pour Paris et 8,6 pour les Yvelines.

La propension à avorter a été de 0,17<sup>115</sup> pour la Seine et Marne contre 0,21 en Ile de France, 0,29 à Paris et 0,14 dans les Yvelines.

<sup>114</sup> Il n'y a aucun CIVG en Seine et Marne

La répartition par âge montre que 5,9% des IVG concerne des jeunes de 18 ans et moins et une femme sur dix a moins de 20 ans.

	population 15-17 ans	IVG 15-17 ans	IVG / 1000 femmes
Seine-et-Marne	24 748	121	4
Ile-de-France	199 251	1 018	5
France	1 100 259	5 774	5

Comme pour le reste du pays, on note une majorité d'IVG chez des femmes non mariées (60%) et ce phénomène est amplifié chez les jeunes. La part de l'aide médicale s'est amplifiée au cours des dernières années et concerne 8,5% des IVG du public.

De même, 58% des IVG du public et 65% des IVG du privé ont lieu avant la fin de la huitième semaine. L'IVG médicamenteuse représente 15% des IVG du public et 3% des IVG du privé alors que l'âge gestationnel moyen y est plus faible. L'anesthésie générale représente 83% des IVG du public et 89% des IVG du privé.

---

<sup>115</sup> Il s'agit du rapport entre le nombre d'IVG et le nombre estimé de conceptions (naissances domiciliées + IVG)

## REMERCIEMENTS

ABRAMOVICI	Danièle	CADAC -CRC. Fédération SUD
AUBENY	Elisabeth	Gynécologue (Paris)
AZE	Marie Gabrielle	Bureau confédéral du MFPF
BARBIER	Christine	Médecin Inspecteur de Santé Publique (Melun)
BIGOT	Josiane	Vice-Présidente du tribunal pour enfants (Colmar)
BIRMAN	Chantal	ANCIC (Paris)
BLAYO	Chantal	INED (Paris)
BUREAU	Annie	ANCIC (Paris)
CESBRON	Paul	ANCIC
COUTY	Edouard	Directeur des Hôpitaux
DELLENBACH	Pierre	Professeur de Gynécologie Obstétrique (Strasbourg)
DIEBOLT	Jean	Directeur du Dépt Projets Médicaux à l'AP-HP
DUX	Anne	Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale
EGRET	Marie Agnès	MFPF (Strasbourg)
FLORI	Jean	Pédiatre (Strasbourg)
GABISON	Célia	MFPF (Confédération)
GAUDRY	Danièle	MFPF (Région Parisienne)
GREIB	Nicole	MFPF (Strasbourg)
GROS	Catherine	MFPF (Nice)
JANSE-MAREC	Joëlle	Gynécologue Obstétricien (Paris)
LABARTHE	Jean-Christophe	Pédiatre - Néonatalogiste (Le Mans)
LAVIGNE	Thierry	Santé Publique (Strasbourg)
LESTERPT	Catherine	Service droits des femmes
LEVY	Gérard	Professeur de gynécologie Obstétrique (Caen)
MARCHAL	Jeanine	MFPF (Strasbourg)
MAUGIS	Eve Laure	Gynécologue (Paris)
MAYER	Francine	MFPF (Strasbourg)
MINTZ	Michel	Gynécologue (Paris)
MONTALVO	Odile	DRASS, Alsace
NISAND	Hélène	Professeur de Philosophie (Strasbourg)
PIQUET	Eliane	Médecin Inspecteur Régional Adjoint de Lorraine
QUATREMARRE	France	Cabinet du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
SERFATY	David	Président de l'ACRN - AP (Paris)
STIRNEMANN	Geneviève	MFPF (Confédération)
SURDUTS	Maya	CADAC
TENENBAUM	Nora	CADAC
VERON	Monique	Service Droits des Femmes (Paris)

### **Pr Israël NISAND**

**Université Louis Pasteur de Strasbourg  
Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical  
de la Communauté Urbaine de Strasbourg**

**19, rue Louis Pasteur**

**67300 - SCHILTIGHEIM**

**Tél: 03 88 62 83 49**

**Fax: 03 88 62 84 10**

**Mél: israel.nisand@evc.net**