



Ministère de la Santé et des Solidarités

**Direction générale de la santé**  
Sous-direction santé et société – SD6D  
Personne chargée du dossier :  
Béatrice BOISSEAU-MERIEAU

**Direction de l'hospitalisation et de  
l'organisation des soins**  
Sous-direction de l'organisation du système  
de soins - O1  
Personne chargée du dossier :  
Anne-Noëlle MACHU

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des  
Agences Régionales de l'Hospitalisation  
(Pour information et exécution)

Madame et Messieurs les  
Préfets de Région  
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et  
Sociales  
(Pour information et exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de  
Département  
Directions Départementales des Affaires  
Sanitaires et Sociales  
(Pour information, exécution et diffusion)

Mesdames et Messieurs les Directeurs  
d'Etablissements de Santé  
(Pour exécution)

CIRCULAIRE N°DHOS/DGS/O1/SD6D/2006/321 du 19 juillet 2006 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été. Complémentarité de l'offre en établissements de santé et en médecine de ville. Coordination des différents acteurs.

Date d'application : Immédiate

NOR : SANP0630336C (texte non paru au Journal officiel)

Classement thématique : Santé publique

**Résumé :** Ce texte vise à améliorer la prise en charge des IVG par les établissements de santé et la médecine de ville pendant la période d'été et rappeler le principe de continuité du service public. Il émet des recommandations.

**Mots-clés :** IVG – accès à l'IVG pendant la période estivale.

#### Textes de référence

Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001- Décret n°2002-7 96 du 3 mai 2002 (JO du 5 mai 2002)- Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 (JO du 2 juillet 2004) - Arrêtés du 1er juillet 2004 (JO du 13 juillet 2004) et du 23 juillet 2004 (JO du 28 juillet 2004).

Circulaire DGS/DHOS / n°2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse: pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

Circulaire N° DGS/6D/DHOS/O1/2005/290 du 22 juin 2005 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) dans les établissements de santé et en médecine de ville pendant la période d'été.

Circulaire N° DHOS /E2/DGS/SD3A/2005/501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

Textes abrogés ou modifiés : néant

#### Annexes :

Annexe 1 : Synthèse de l'évaluation de l'accessibilité dans les établissements de santé de métropole et d'outre-mer aux services pratiquant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) en 2005

Annexe 2 : Etat de l'IVG médicamenteuse en ville au 31 décembre 2005

Annexe 3 : Demande d'état des lieux régional

Les difficultés particulièrement importantes rencontrées chaque année, par les femmes pour accéder à une interruption volontaire de grossesse, au moment de la période d'été, en raison de la fermeture de certains services hospitaliers, s'inscrivent dans un contexte globalement peu favorable sur deux plans :

- le nombre des IVG ne diminue pas. Ainsi, la légère baisse observée en 2003 n'apparaît pas confirmée en 2004 (estimations 2004 : près de 208 000 IVG pour la métropole et près de 222 000 IVG pour la France entière/ données 2003 : 203 350 IVG pour la métropole et 216 430 IVG pour la France entière).
- l'accès à l'intervention demeure difficile, de façon générale, tout au long de l'année.

L'absence de baisse du nombre des actes prend place dans un « paradoxe français de la contraception ». Alors que les femmes bénéficient d'une diffusion massive des méthodes contraceptives, le nombre de recours à l'interruption volontaire de grossesse demeure toujours aussi important. Afin de lutter activement contre les grossesses non désirées, la campagne « contraception » annoncée pour 2007 et destinée au grand public, s'efforcera de promouvoir une meilleure utilisation des moyens contraceptifs et d'améliorer l'information sur la contraception d'urgence.

Au regard des données mentionnées ci-après, il convient d'accentuer les efforts déjà entrepris par les établissements de santé et les médecins de ville pour faciliter l'accès à l'IVG.

#### 1- Le renforcement de la prise en charge des IVG par les établissements de santé

##### 1-1- Les difficultés rencontrées

La synthèse d'une étude menée en 2005, à la demande de la DHOS, par la Société New Case, sur l'accessibilité aux IVG dans les établissements de santé, illustre les difficultés rencontrées par les femmes.

**47% des 324 établissements** contactés téléphoniquement par des femmes souhaitant accéder à une

**IVG, ont opposé un refus à leur demande de prise en charge.**

**55% des appels téléphoniques** émanant de femmes présentant une grossesse d'au moins 10 semaines ont fait l'objet d'un refus de prise en charge, tous établissements confondus et 33% des appels émanant de femmes pour lesquelles le terme de la grossesse était d'au plus 5 semaines.

Ces refus ne signifient pas qu'aucune prise en charge n'a pu être effectuée pour ces situations car une orientation a été indiquée par les établissements dans 90% des cas. Toutefois, ces résultats témoignent d'une grande difficulté d'accès à une intervention concernant des femmes bien souvent fragilisées sur le plan psychologique.

La proportion de refus est deux fois plus importante dans le secteur privé que dans le secteur public, soit, 71% versus 35%.

Les motifs de refus sont fortement liés au statut des établissements. Les établissements publics ont justifié 32% des refus en invoquant majoritairement une absence de rendez-vous disponible et 30% par la non prise en charge des IVG relatives au terme de 10 semaines et plus. Le secteur privé invoque quant à lui la nécessité, pour la patiente, de contacter au préalable un médecin rattaché à l'établissement (33% des refus). Seuls 13% des refus du secteur privé sont motivés par l'absence de rendez-vous disponible et 8% par la non prise en charge des IVG les plus tardives.

Certaines régions sont davantage concernées par les difficultés d'accès à l'IVG. Les régions connaissant les taux de refus de prise en charge les plus importants sont les régions d'Ile de France (63% de refus) et de Rhône-Alpes (56%).

Vous trouverez en annexe 1 la synthèse de cette étude.

## **1-2- Les recommandations générales relatives à l'organisation**

La mise en œuvre des recommandations émises en 2001 par la Haute autorité de santé en matière d'accueil et d'organisation des établissements de santé dans le cadre de son rapport « Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines », doit demeurer un objectif à atteindre par chaque établissement de santé et notamment :

- l'obtention d'un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant l'appel téléphonique de la patiente ;
- la mise à disposition d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité et largement diffusée. En dehors des heures ou jours de présence du personnel, un message téléphonique clair et précis apporte les réponses les plus utiles sur le fonctionnement de l'unité et les principales démarches à effectuer ;
- un accueil et un secrétariat opérationnels permettant d'apporter les principales réponses aux demandes des femmes, l'orientation vers les consultations nécessaires.

Par ailleurs, les recommandations émises en 2002 par le « Groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse » constituent également un cadre d'organisation de référence et notamment :

- la réservation dans les plannings hospitaliers d'une tranche horaire pour d'éventuelles urgences permettant ainsi la prise en charge rapide des IVG les plus tardives sans désorganiser les autres activités programmées ;
- l'organisation de la continuité de la prise en charge en période estivale. **Les plannings des mois d'été seront remis** au directeur de l'établissement qui en assurera la transmission à la permanence régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception
- Il incombe, par ailleurs, au directeur de l'établissement d'informer l'Agence régionale de l'hospitalisation de l'organisation prévue.

## **1-3- IVG et réseaux en périnatalité**



La circulaire DHOS/O1/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux en périnatalité précise que les professionnels des réseaux doivent être en mesure d'orienter les femmes qui les consultent dans le cadre d'une demande d'IVG vers la structure la plus adaptée pour la pratiquer. L'orientation en établissement de santé ou en cabinet de ville dépendra de la technique envisagée, et de la voie d'accès choisie par la patiente.

#### **1-4- Etablissements de santé et prise en charge financière des IVG concernant certaines femmes étrangères**

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 a modifié les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence de plus de 3 mois en France. Pour les personnes ne pouvant pas justifier de 3 mois de résidence, le nouvel article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit la prise en charge de leurs soins urgents dispensés dans les établissements de santé. Les IVG sont des actes régis, sur le plan légal, par des conditions de délai strictement encadrées et sont donc considérées comme faisant partie de ces soins, dits urgents.

Les associations impliquées dans le domaine de l'IVG ont attiré l'attention des services du ministère chargé de la santé sur la méconnaissance, par certains établissements de santé, des règles de prise en charge financière concernant les soins urgents dispensés à ces populations spécifiques. Il est donc demandé aux établissements de santé de se référer aux instructions de la circulaire n° 141 du 16 mars 2005 pour la prise en charge des IVG concernant ces situations particulières.

### **2- Le développement du dispositif « IVG en médecine de ville »**

#### **2-1- La poursuite de la montée en charge de ce dispositif constitue un élément favorable à l'amélioration de l'accès des femmes à l'IVG.**

Le dernier bilan effectué au 31 décembre 2005 par la DHOS, à partir des données recueillies par les Agences régionales de l'hospitalisation, fait état de 518 conventions signées par les médecins de ville, à cette date, avec 130 établissements de santé (cf tableau joint en annexe 2).

Les dernières statistiques élaborées par la Caisse nationale d'assurance maladie sur la base des demandes de remboursement présentées par les femmes confirment, pour les premiers mois de l'année 2006, l'évolution positive de l'activité réalisée en médecine de ville. Ainsi, environ 1100 IVG mensuelles auraient été réalisées en janvier et février 2006 au lieu de 950 en moyenne sur les derniers mois de l'année 2005. Toutefois, le nombre d'actes réalisés par chaque médecin demeure peu important et stable (la majorité des médecins réalise une activité aboutissant au remboursement de 1 à 2 forfaits : 54,3% des médecins en janvier 2006 et 59,1% des médecins en février 2006).

#### **2-2- La fonctionnement de ce dispositif constitue une offre complémentaire à celle proposée en établissement de santé et doit être optimisé à la veille de la période estivale.**

##### **- Le développement du dispositif d'IVG médicamenteuse en ville**

Au 31.12.05, seuls, 135 établissements sur 654 pratiquant des IVG avaient passé convention avec des médecins de ville. En outre, certaines régions font état d'une absence totale de signature de conventions ou de quelques signatures seulement. Au-delà des actions générales de soutien au développement du dispositif, à mettre en œuvre par l'ensemble des ARH, DRASS, établissements de santé, en fonction de leurs compétences respectives, des efforts spécifiques doivent être réalisés pour promouvoir cette prise en charge auprès des médecins de ville, pour finaliser les conventions en cours et permettre ainsi aux femmes de disposer d'un réel accès à ce mode de prise en charge, le plus rapidement possible.

Par ailleurs, il convient que les établissements de santé veillent au maintien de moyens suffisants pour la mise en œuvre de leurs obligations conventionnelles et notamment pour la prise en charge des complications ou d'échecs éventuels liés à la réalisation d'IVG médicamenteuses en médecine de ville, le recueil des fiches de liaison ainsi que l'accompagnement des praticiens de ville signataires de conventions, dans le cadre d'un travail en réseau par le biais d'actions d'information et de formations.

##### **- L'information des femmes**

Les femmes doivent disposer cette année d'une meilleure connaissance du dispositif : la version actualisée du dossier-guide IVG, donnant toutes indications sur ce mode de prise en charge, diffusée fin 2005 en 300 000 exemplaires, facilitera leurs démarches et les aidera à effectuer plus rapidement les choix qui leur appartiennent.

- Le suivi des conventions

**Les ARH feront parvenir à la DHOS avant le 1er septembre** un nouvel état des lieux du nombre de conventions signées à cette date au sein de la région en renseignant le tableau ci-joint en annexe 3 à l'attention d'Anne-Noëlle Machu à l'adresse suivante ([anne-noelle.machu@sante.gouv.fr](mailto:anne-noelle.machu@sante.gouv.fr)) ou par télécopie (n° fax : 01 40 56 41 89).

### **3- L'organisation régionale et la coordination des différents acteurs**

Les ARH veilleront à ce que les établissements de santé de la région se coordonnent au niveau du territoire de santé pour permettre la réalisation des IVG dans des conditions satisfaisantes pendant la période d'été.

Les plannings hospitaliers qui seront mis à la disposition des établissements de santé de la région, des professionnels des réseaux de santé en périnatalité et des permanences téléphoniques régionales d'information relative à l'IVG et à la contraception, mentionneront précisément, les périodes de fermeture éventuelle de services, et les présences des personnels participant à cette activité. Cette coordination est, bien évidemment, étendue par chaque établissement, à l'activité des médecins avec lesquels il a passé une convention dans le cadre du dispositif « IVG en ville ».

Les DRASS vérifieront que les permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception :

- sont en mesure d'informer les professionnels des réseaux de santé en périnatalité de l'accessibilité des services d'IVG ;
- assurent de manière efficace une orientation rapide et fiable des femmes qui, souhaitant recourir à une interruption volontaire de grossesse, s'adressent directement à elles ;
- disposent des éléments d'information émanant des établissements de santé de la région concernant les possibilités de prise en charge hospitalière ou en médecine de ville pendant la période d'été.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact avec les bureaux SD6D de la Direction Générale de la Santé (bureau Santé des populations, de la précarité et de l'exclusion- Béatrice Boisseau-Mérieau- mel : [beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr](mailto:beatrice.boisseau-merieau@sante.gouv.fr)) et O1 de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (bureau Organisation générale de l'offre régionale de soins- Anne-Noëlle Machu - mel : [anne-noelle.machu@sante.gouv.fr](mailto:anne-noelle.machu@sante.gouv.fr)).

Pour le ministre et par délégation  
Le Directeur Général de la Santé

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

Professeur Didier HOUSSIN

Jean CASTEX



## ANNEXE 1

**Synthèse de l'étude  
de l'évaluation de l'accessibilité dans les établissements de santé de métropole et d'outre-  
mer aux services pratiquant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) en 2005**

Cette étude a été réalisée entre janvier et avril 2005 par la société New Case dans le cadre d'un appel d'offre de la DHOS. Elle a été remise en octobre 2005. Cette étude avait comme objectif de dresser un état des lieux de l'accessibilité des services pratiquant des IVG. Cet objectif s'est décliné en deux parties : une première partie portant sur la qualité de l'accessibilité aux services hospitaliers pratiquant des IVG (phase 1) et une seconde partie sur l'organisation des services et les moyens consacrés à cette pratique (phase 2).

### I- Méthodologie

324 établissements de santé ont été tirés au sort en respectant les quotas de 2/3 d'établissements publics et d'1/3 d'établissements privés, de 25,3% d'établissements situés en région Ile de France, 14% en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), 13,8% en Rhône-Alpes, 5% dans les DOM-TOM et 40,7% dans les autres régions métropolitaines.

Première phase - phase accessibilité : les 324 établissements de santé ont été contactés par des investigateurs en fonction de trois profils : mineure présentant 5 semaines de grossesse, femme majeure au stade de 5 semaines de grossesse et majeure au stade de 10 semaines.

Seconde phase - phase organisation et moyens : 100 établissements parmi les 324 ont été interrogés sous couvert de la DHOS en fonction d'un classement effectué en catégorie A (meilleurs) ou en catégorie B (moins bons), en respectant un quota 50% catégorie A et 50% catégorie B.

#### 1. Etude sur la qualité de l'accessibilité

##### > Points positifs

##### 1/ La qualité de l'accueil

La procédure d'accueil (délais de réponse et nombre d'interlocuteurs) est jugée très satisfaisante dans les ¾ des cas. Cette qualité est quasiment identique dans les établissements publics et privés de santé. L'accès à un seul interlocuteur est néanmoins plus fréquent dans le secteur privé. Les régions Rhône-Alpes et les autres régions métropolitaines ont les délais de réponse les plus rapides.

##### 2/ L'intérêt plus élevé pour les mineures

Une attention plus forte est portée aux mineures présentant 5 semaines de grossesse. Il lui sera donné plus de renseignements et le déroulement de la prise en charge et les méthodes d'IVG lui seront explicitées. Seule l'information fournie sur l'accompagnement par une personne majeure s'avère insuffisante.

##### > Points négatifs

##### 1/ Des refus de prise en charge importants rendant difficile l'accès à l'IVG

Sur les 324 établissements contactés, il a été constaté 47% de refus de prise en charge à l'issue d'un appel téléphonique. Ce refus ne signifie pas qu'aucune prise en charge ne pourrait avoir lieu car une orientation a été indiquée dans 90% des cas.

La proportion de refus est deux fois plus importante dans le secteur privé que dans le public, soit 71% versus 35%.

Les 100 établissements se répartissent entre 2/3 appartenant au secteur public, 24% privés sous OQN et 1% sous dotation globale.

**Les 2/3 des 100 établissements interrogés ont inclus l'activité d'IVG dans leur activité du service sans création d'une unité fonctionnelle (UF).** Pour le tiers des établissements ayant créé une UF, 82% sont rattachés à un service de gynécologie-obstétrique.

Il persiste des centres autonomes pratiquant des IVG sous la responsabilité du directeur d'établissement : soit 12 centres situés dans des établissements publics de santé.

Les établissements ayant obtenu de meilleurs résultats à la 1<sup>ère</sup> phase (catégorie A) sont plus nombreux à disposer d'une unité fonctionnelle. Ces établissements déclarent consacrer plus de temps aux IVG (consultation et interventions).

#### *2-Moyens humains consacrés à la pratique de l'IVG:*

**Dans deux tiers des établissements, l'activité d'IVG repose sur 1 à 3 praticiens.** Les établissements classés en catégorie B ont un taux d'encadrement médical consacré à la pratique des IVG supérieur aux établissements de catégorie A. En effet, seuls 8% des établissements de catégorie B disposent d'un médecin pour 200 IVG, contre 32% des établissements de catégorie A.

**Dans 2/3 des établissements, l'activité d'IVG est assurée par un personnel non médical dédié de 1 à 2 personnes.** L'encadrement non médical est également supérieur dans établissements de catégorie B.

En moyenne, chaque médecin des 100 établissements interrogés consacre ¼ de son temps à l'activité d'IVG. Le personnel non médical estime pour sa part que cette activité représente 1/3 de son temps. Le temps passé est supérieur dans les établissements de catégorie A.

43% des médecins vacataires pratiquant des IVG sont employés par des établissements publics de santé.

#### **> Points positifs**

##### 1/L'information délivrée aux professionnels

Entre 81 à 85% des personnels intéressés se déclarent satisfaits des informations délivrées par l'établissement de santé, le ministère, ou par des associations.

##### 2/L'existence de partenariats diversifiés

Seuls 12% des établissements déclarent ne développer aucune relation avec des organismes concernés par l'IVG ou la contraception ou la parentalité. Environ la moitié des services entretiennent un partenariat avec le mouvement du planning familial. Les liens avec les services de PMI concernent 17% des services.

#### **> Points négatifs**

##### 1/Une activité le plus souvent non programmée

Dans 94% des établissements de santé, la part du temps du bloc opératoire affectée à l'activité d'IVG n'est pas fixée à l'avance. Il est fonction des plages horaires non utilisées par les autres activités.

##### 2/Déficit de formation tant initiale que continue des professionnels sur l'IVG

Ce déficit est plus fréquent au sein des établissements de catégorie B : 86% ne proposent aucune formation contre 54% des établissements de catégorie A. Dans 82% des cas les formations sont organisées par les services internes de formation continue, soit par le personnel médical. Les formations proposées reçoivent en revanche un taux de satisfaction élevé.

##### 3/Le déficit de lien avec les associations régionales et les permanentes téléphoniques

Seuls 19% des services de catégorie A et 11% des services de catégorie B entretiennent des partenariats avec associations régionales et les permanentes téléphoniques. Ce déficit est à relier avec le sentiment d'un défaut de régulation et de coordinations entre les professionnels.

#### **> Dysfonctionnements mis en exergue par les professionnels**



**Les motifs de refus sont également fortement liés au statut des établissements.** Les établissements publics ont refusé en invoquant majoritairement une absence de rendez-vous disponible (32% des refus) ou une absence de prise en charge des IVG tardives (30%). Le secteur privé a exposé la nécessité de prendre contact préalablement avec un médecin rattaché à l'établissement (33% des refus). Seuls 12% des refus des établissements privés sont motivés par une absence de rendez-vous disponible et 8% par la non prise en charge, par leurs services, des IVG relatives au terme de 10 semaines de grossesse.

Lors de la phase 2 de l'enquête portant sur l'organisation et les moyens mis en œuvre, 47 des 100 établissements ont explicité leur refus : Il persiste certains refus de prise en charge de mineures qui n'ont pas d'autorisation parentale, de refus lorsque la femme n'habite pas à proximité de l'établissement, en raison de l'absence du seul médecin pratiquant les IVG ou de la mise en avant de la clause de conscience.

## 2/L'insuffisante attention portée aux femmes présentant une grossesse avancée

**Tous établissements confondus, les femmes présentant une grossesse tardive (de 10 semaines) se sont vues refuser une prise en charge dans 55% des cas**, alors que dans le cas d'une grossesse de 5 semaines la proportion n'est que de 33%. Les refus sont motivés dans 41% des cas par une absence de prise en charge de ces IVG par le service concerné.

**L'intérêt porté pour les femmes dans cette situation apparaît moins bon** que pour les femmes n'ayant que 5 semaines de grossesse, tant au niveau de l'information sur la prise en charge, que sur une date de consultation ou d'un délai pour une intervention. Il n'est pas forcément proposé de date d'intervention, et lorsqu'elle est donnée, elle variera entre 8 et 15 jours après l'appel. Cependant, dans 25% des cas, les dates annoncées sont prévues dans des délais de 2 à 3 semaines après l'appel.

## 3/ Le déficit d'information des femmes appelant les services hospitaliers

Dans une majorité des cas (85% environ), les informations fournies par les services hospitaliers lors d'un premier appel sont insuffisantes tant sur le déroulement de la prise en charge que sur les méthodes des IVG. Plus de la moitié des établissements ne fournissent aucune information au cours d'un premier contact. Ce constat est identique dans le secteur public et privé. Ce constat n'est pas identique selon les régions et la région Rhône-Alpes et les établissements d'outre mer fournissent de meilleures informations sur le déroulement de la prise en charge.

## 4/ De fortes inégalités régionales

Les régions d'Ile-de-France, de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et d'Outre-Mer connaissent de plus importantes difficultés d'accès à l'IVG. **Les régions particulièrement concernées par les refus de prise en charge sont les deux régions Ile de France (63% de refus) et Rhône-Alpes (56%).** Il y est également davantage demandé aux femmes de se déplacer pour obtenir un rendez-vous.

La région qui connaît des délais les plus éloignés pour obtenir une date de consultation est la région d'Ile-de-France : seuls 32% des délais proposés sont inférieurs ou égal à 5 jours contre 65% dans les autres régions. Elle est la seule région proposant des délais de consultation dépassant 3 semaines.

Globalement, 65% des régions de métropole dites « autres régions » acceptent de prendre en charge les femmes lors d'un 1<sup>er</sup> appel téléphonique. Les établissements de santé y proposent davantage de délais plus courts pour une consultation et une intervention.

## 2. B/ Etude sur l'organisation et les moyens

Cette étude a porté sur 100 établissements tirés au sort parmi les 324 inclus dans la 1<sup>ère</sup> étude. Ces établissements ont été répartis en 2 catégories selon les scores attribués en fonction des réponses à la phase 1 (catégorie A « meilleurs » et catégorie B « moins bons »).

Il ressort que le statut de l'établissement conditionne l'organisation et le mode de fonctionnement et la pratique de l'IVG.

### ➤ Etat des lieux de la situation des établissements

#### 1-Organisation de l'activité d'IVG :



1/Des plateaux techniques inadaptés (dispersion des éléments du plateau technique au sein de l'hôpital, vétusté et défaut de conformité aux normes).

2/Difficulté de la prise en charge sociale et psychologique des femmes.

3/Manque de professionnels médicaux qui acceptent de réaliser des IVG et de personnels paramédicaux.

#### ➤ Axes d'amélioration proposés par les professionnels

1/Dédier une structure et du personnel à l'IVG.

2/Revaloriser la rémunération et l'activité de l'IVG.

3/Promouvoir la contraception et les liens entre professionnels de santé et le monde éducatif.

#### 3. Limites de l'étude

La première limite provient de l'inclusion dans l'étude d'établissements très hétérogènes en ce qui concerne le nombre d'IVG pratiqués. Sont en effet inclus des établissements privés pratiquant peu à très peu d'IVG qui ont pu introduire des biais dans les résultats.

La seconde limite est méthodologique puisque les refus de prise en charge par les établissements de santé contactés ne peuvent être considérés comme des refus de prise en charge en général puisqu'une femme peut après un second contact être prise en charge dans un autre établissement.

#### 4. Synthèse de l'étude

L'étude « Accessibilité » a mis en évidence les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les femmes souhaitant réaliser une IVG en France. Si les conditions d'accessibilité semblent plus favorables aux personnes ayant un profil standard ou mineures, en revanche elles posent plus de problèmes pour la prise en charge des IVG tardives, notamment en terme de délais.

L'analyse par région a révélé l'existence de disparités régionales importantes. Les régions Ile de France, Rhône Alpes, PACA et Outre-Mer sont moins accessibles en terme de dates et de délais fournis. De plus, les régions Rhône Alpes et Ile de France refusent plus de patientes qu'elles n'en prennent en charge.

L'étude « Organisation et Moyens » a quant à elle permis de dégager des éléments d'explications sur les bonnes pratiques de l'IVG en France. Les établissements offrant de meilleures conditions d'accueil sont ceux qui ont une activité IVG importante, toute méthode confondue. Et dans la plupart des cas, ce sont des centres hospitaliers publics.

Ainsi, il apparaît que les principaux dysfonctionnements relèvent plus souvent de la structure et de l'organisation mises en place pour l'activité, que d'un manque de moyens humains et techniques. En effet, les établissements offrant de moins bonnes conditions d'accessibilité disposent bien souvent d'un taux d'équipement matériel et d'un taux d'encadrement humain au moins équivalent si ce n'est supérieur aux établissements plus performants.

## ANNEXE 2

## Etat de l'IVG médicamenteuse en ville au 31 décembre 2005

**Nombre de conventions conclues du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 31 décembre 2005 entre les établissements de santé et les médecins de ville** Cette mise à jour fait suite à la demande faite aux ARH par la circulaire DHOS/O1 du 22 juin 2005.

	déc-04	janv-05	févr-05	mars-05	avr-05	mai-05	juin-05	juil-05	déc-05	progression décembre 2004-juillet 2005	progression décembre 2004-décembre 2005
Nombre de médecins généralistes	20			33	35	46	46	66	135	230%	575%
Nombre de gynécologues médicaux	18			48	61		66	79	113	339%	528%
Nombre de gynécologues obstétriciens	43			70	83		94	108	220	151%	412%
Nombre total de médecins conventionnés*	81	100	164	151	179	197	205	253	518	212%	539%
Nombre d'établissements de santé conventionnés	24	30	45	42	55	57	62	66	130	175%	441%

\* dont 27 médecins dont la spécialité n'a pas été précisée

La mise en place de l'IVG en ville a connu une progression soutenue au cours de l'année 2005. Au 31 décembre 2005, 518 conventions signées ont été recensées avec 130 établissements de santé.

Cependant ce dispositif ne touche pas encore la majorité des établissements de santé qui pratiquent des IVG puisqu'au 31 décembre 2005, seuls environ 20% de ces établissements de santé avaient passé convention.

Parmi les 39 établissements pratiquant plus de 1000 IVG/an en 2004 (dernières statistiques SAE), seuls 10 ont passé des conventions avec des médecins libéraux. En moyenne, chacun a passé convention avec 2 médecins, ce qui est insuffisant.

En outre ces conventions sont éparpillées puisque parmi les établissements ayant passé convention, seuls 11 établissements de santé ont passé chacun plus de 10 conventions et concentrent 191 conventions, soit 34,5%. 8 d'entre eux sont implantés en Ile de France. Cela représente une moyenne de 4 conventions par établissements.



### Répartition régionale

Région	Nombre de médecins par région	Nombre d'établissements de santé signataires par région
Alsace	54	5
Aquitaine	26	4
Auvergne	7	3
Bourgogne	1	1
Bretagne	12	3
Centre	15	4
Champagne Ardenne	4	3
Corse	0	0
Franche Comte	8	3
Guadeloupe	8	4
Guyane	3	1
Haute-Normandie	17	7
Ile de France	170	25
Languedoc Roussillon	5	3
Limousin	3	2
Lorraine	4	3
Midi Pyrénées	21	9
Nord Pas de Calais	6	2
Normandie Basse	5	3
Pays de la Loire	21	3
Picardie	0	0
Poitou-Charentes	10	4
Provence Alpes Côte d'Azur	70	16
Réunion	4	3
Rhône Alpes	44	19
Total	518	130

Au 31 décembre 2005, la région Ile de France dont l'AP-HP représente environ 33% des conventions signées, contre 54% en juillet 2005. En effet, de nombreuses conventions ont été signées en région Provence Alpes Côte d'Azur (13,5% des conventions contre 2% en juillet). Les deux autres régions à avoir connu une progression élevée sont Rhône-Alpes et l'Alsace.

Dans deux régions, aucune convention n'avait encore été passée au 31 décembre 2005.

## ANNEXE 3

## DEMANDE D'ETAT DES LIEUX REGIONAL

relatif aux conventions signées en application de L.2212-2 du code de la santé publique entre les établissements de santé pratiquant les IVG et les praticiens pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en médecine ambulatoire

**A ADRESSER AU BUREAU 01/DHOS POUR LE 1<sup>er</sup> septembre 2006**

**A l'adresse suivante : [anne-noelle.machu@sante.gouv.fr](mailto:anne-noelle.machu@sante.gouv.fr)**

**ou par fax au 01 40 56 41 89**

Etablissement de santé (préciser le N° Finess)	Date de(s) la convention(s) signée(s)	Qualité du médecin ayant passé convention		
		Généraliste	Gynécologue-médical	Gynécologue-obstétricien
<b>Nombre total d'établissements ayant passé convention dans la région</b>	<b>Nombre total de conventions signées au sein de la région</b>	<b>Total médecin généraliste</b>	<b>Total Gynécologue-médical</b>	<b>Total Gynécologue-obstétricien</b>