

Méthodologie

LES RAPPORTS DE L'ARS BRETAGNE

Comparaison des sources de données relatives aux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| 1. Contexte..... | 4 |
| 2. Les IVG, les techniques d'interruption, et le cadre juridique..... | 4 |
| 2.1 Deux types d'interruptions de grossesse : IVG et IMG | 4 |
| 2.2 Deux techniques d'interruption de grossesse : médicamenteuse ou chirurgicale | 4 |
| ➔ IVG médicamenteuse | 4 |
| ➔ IVG chirurgicale | 5 |
| 3. Sources de données et information disponible..... | 6 |
| 3.1 Sources mobilisables..... | 6 |
| 3.2 Information disponible selon la source | 7 |
| 4. Analyse des données | 8 |
| 4.1 Dénombrement des IVG..... | 8 |
| 4.2 Dénombrement des IVG hospitalières selon une caractéristique donnée..... | 10 |
| ➔ Technique employée, type d'anesthésie, lieu de l'acte, et statut de l'établissement..... | 10 |
| ➔ Âge des femmes | 10 |
| ➔ Lieu de résidence..... | 11 |
| ➔ Indicateurs de situation sociale..... | 12 |
| ➔ Âge gestationnel | 12 |
| ➔ Naissances antérieures, nombre d'IVG antérieures et année de l'IVG précédente | 13 |
| 4.3 Dénombrement des IVG en ville selon une caractéristique donnée | 13 |
| 5. Atouts et limites des sources..... | 14 |
| 6. Préconisations pour le suivi des IVG | 15 |
| 6.1 Sources recommandées | 15 |
| 6.2 Zoom sur le tableau de bord sur la vie affective et sexuelle..... | 16 |
| 7. Pistes de travaux à mener sur les IVG..... | 17 |

Glossaire

| | |
|---------|---|
| AG | Âge gestationnel |
| AME | Aide Médicale de l'État |
| BIG | Bulletins statistiques d'Interruption de Grossesse |
| CMU-C | Couverture Maladie Universelle Complémentaire |
| CMU | Couverture Maladie Universelle |
| CPEF | Centre de Planification et d'Éducation Familiale |
| DDR | Date des Dernières Règles |
| IVG | Interruption Volontaire de Grossesse |
| MSA | Mutualité Sociale Agricole |
| PMSI | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| RSI | Régime Social des Indépendants |
| SAE | Statistique Annuelle des Etablissements de santé |
| SNIIRAM | Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie |
| SROS | Schéma Régional de l'Organisation des Soins |

1. Contexte

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France est autorisée par la loi « Veil » depuis 1975, instaurée dans un objectif de santé publique (drame des avortements clandestins). Toute femme, mineure ou majeure, peut décider d'interrompre sa grossesse. Cependant, l'interruption de grossesse reste un acte à part pour lequel est prévue une clause de conscience pour les médecins.

Dès son autorisation, la loi a prévu un recueil d'indicateurs relatifs à la pratique de cet acte, qui s'est par la suite étoffé avec l'arrivée de nouvelles sources de données exploitables pour cette thématique.

En Bretagne, cette thématique est notamment suivie dans le cadre du tableau de bord sur la vie affective et sexuelle réalisé par l'ARS et l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne, aujourd'hui alimenté par ces différentes sources de données : les Bulletins statistiques d'Interruption de Grossesse (BIG), la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), ou encore les données du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

En présence de ces différentes alternatives se pose la question :

- du choix de la source pour disposer d'une information fiable et exhaustive sur les interruptions de grossesse en Bretagne ;
- des actions à mettre en place pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données.

2. Les IVG, les techniques d'interruption, et le cadre juridique

2.1 Deux types d'interruptions de grossesse : IVG et IMG

L'interruption volontaire de grossesse dite IVG, pour laquelle la seule décision de la femme intervient, si celle-ci intervient dans le délai réglementaire (avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée). L'acte doit être pratiqué en milieu médical autorisé, après information de l'intéressée et recueil de son consentement ;

L'interruption de grossesse pratiquée pour un motif médical dite IMG, décidée par la personne intéressée mais pratiquée sous réserve de l'attestation d'une indication médicale relevant des seuls praticiens (articles L.2213-1 et suivants du code de la santé publique). Deux motifs sont prévus : « celui où **la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme** ; celui où il existe **une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable** au moment du diagnostic ».

2.2 Deux techniques d'interruption de grossesse : médicamenteuse ou chirurgicale

La méthode utilisée dépend du choix de la femme et du stade de la grossesse.

→ IVG médicamenteuse

Elle consiste à prendre deux médicaments différents (l'un interrompant la grossesse, l'autre provoquant les contractions et l'expulsion de l'embryon) en présence du médecin, au cours de deux consultations différentes, puis, à vérifier que la grossesse est bien interrompue au cours d'une dernière visite de contrôle. Ce type d'IVG se pratique :

- **en établissement de santé (hôpital ou clinique, depuis 1988)** jusqu'à la fin de la 7^{ème} semaine de grossesse, ce qui équivaut à 9 semaines d'aménorrhée (recommandations de la Haute Autorité de Santé 2010).

- **en médecine de ville**, par des médecins libéraux (généralistes ou gynécologues, depuis 2001) ou par des médecins des centres de santé ou de planification et d'éducation familiale (depuis 2009) jusqu'à la fin de la 5^e semaine de grossesse soit 7 Semaines d'Aménorrhée (SA).

→ IVG chirurgicale

La méthode consiste en une aspiration de l'œuf, précédée d'une dilatation du col de l'utérus. L'IVG par voie chirurgicale est réalisée obligatoirement *en établissement de santé (hôpital ou clinique)* et jusqu'à la fin de la 12^e semaine de grossesse (soit 14 SA).

Ce geste peut se faire *sous anesthésie locale* ou *sous anesthésie générale*, la patiente choisissant avec l'aide du médecin le mode d'anesthésie le mieux adapté à sa situation.

Cadre juridique

La réglementation concernant l'IVG, instituée par la *loi n° 75-17 du 17 janvier 1975* (dite loi « Veil »), a été actualisée par la *loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001* et mise en application à partir de *juillet 2004*. Elle inscrit notamment l'IVG dans le code de la santé publique.

Les évolutions majeures observées :

- le délai d'accès à l'IVG est allongé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (*article L2212-1 du CSP*)
- l'accès est facilité pour les mineures en permettant de pratiquer une IVG sans autorisation parentale (*article L2212-7 du CSP*)
- la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses est ouverte aux médecins libéraux en ville (généralistes ou gynécologues) ayant conclu une convention avec un établissement de santé. (*article L2212-2 du CSP*)

La *loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007* de financement de la sécurité sociale, mise en application en *mai 2009*, a étendu l'autorisation de pratiquer des IVG par voie médicamenteuse aux centres de santé ainsi qu'aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) liés par une convention à un établissement de santé.

Depuis le *31 mars 2013*, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Le tarif payé aux établissements de santé pour le forfait d'IVG chirurgicales est revalorisé de 50 % dans le secteur public. Dans le secteur privé, seule la partie hébergement a été revalorisée.

Les tableaux ci-dessous donnent une vision synthétique de la législation en matière d'IVG.

| Où réalise-t-on les IVG ? | | IVG médicamenteuses | | IVG chirurgicales jusqu'à 14 SA | |
|---|--------------------------------------|---------------------|--------------|---------------------------------|------------------|
| | | Jusqu'à 7 SA | Jusqu'à 9 SA | Anesth. locale | Anesth. générale |
| Etablissements de santé (hôpitaux/cliniques) | | X | X | X | X |
| Médecine de ville | Libéraux (généralistes/gynécologues) | X | | | |
| | Centres de santé | X | | | |
| | CPEF | X | | | |

| Depuis quand peut-on pratiquer les IVG ? | | IVG médicamenteuses | IVG chirurgicales |
|---|--------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Etablissements de santé (hôpitaux/cliniques) | | 1988 | 1975 |
| Médecine de ville | Libéraux (généralistes/gynécologues) | 2004 | |
| | Centres de santé | 2009 | |
| | CPEF | 2009 | |

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

3. Sources de données et information disponible

3.1 Sources mobilisables

Diverses sources peuvent actuellement être mobilisées pour le suivi annuel des IVG :

- les **Bulletins d'Interruption de Grossesse (BIG)**, dont le remplissage est prévu par la loi depuis 1975 par tous les praticiens concernés, en établissement de santé (hôpital ou clinique) ou en médecine de ville (généraliste ou gynécologue) incluant les centres de santé, de planification et d'éducation familiale depuis 2011 ;
- la **Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE)**, lancée en 1995, et qui concerne tous les établissements de santé (hôpitaux ou cliniques). Hors établissement de santé, les médecins libéraux de ville (depuis juillet 2004) et les centres de santé, de planification et d'éducation familiale (depuis 2010), conventionnés auprès d'un établissement de santé, doivent lui transmettre le décompte des IVG qu'ils ont pratiqués. Depuis 2014, la SAE est directement alimentée par les données du PMSI (cf. point suivant) pour ce qui concerne ces données ;
- le **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO)**, mis à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui concerne tous les établissements de santé publics (depuis 1995) et privés (depuis 1997) ;

- **le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)**, qui retrace les données de remboursement des principaux régimes obligatoires d'assurance maladie, notamment les remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) correspondant à des IVG médicamenteuses réalisées hors établissements de santé à partir des données
 - o du régime général depuis 2005
 - o de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du Régime Social des Indépendants (RSI) depuis 2010

| Depuis quand les données sont-elles recueillies ? | Lieu de l'activité d'IVG | Sources de données | disponible depuis |
|---|------------------------------|--------------------|-------------------|
| Médecine de ville | Généralistes Gynécologues | BIG | 2005 |
| | | SNIIRAM | 2004 |
| | | SAE | 1995 |
| | Centres de santé CPEF | BIG | 2011 |
| | | SNIIRAM | 2009 |
| | | SAE | 2010 |
| Etablissements de santé | Hôpitaux Cliniques | BIG | 1975 |
| | | PMSI | 1997 |
| | | SAE | 1995 |

3.2 Information disponible selon la source

Ces différentes sources fournissent des informations variées :

- d'ordre médical (technique utilisée, type d'anesthésie, durée gestationnelle, ...)
- d'ordre individuel (âge de la femme, lieu de résidence, ...)
- d'ordre social (situation vis-à-vis de l'emploi, vie en couple, précarité, ...)

Le tableau suivant donne un aperçu des variables relatives aux interruptions volontaires de grossesse présentes dans chacune des sources depuis l'année 2010.

Tableau synthétique :

| | IVG réalisées en ville | | | | IVG réalisées en établissements de santé | | |
|--|--|-------------|------------|----------------|--|------------------|------------|
| <i>Données administratives</i> | <i>BIG</i> | <i>PMSI</i> | <i>SAE</i> | <i>SNIIRAM</i> | <i>BIG</i> | <i>PMSI</i> | <i>SAE</i> |
| Département de réalisation de l'acte | X | | | X | X | X | X |
| Statut de l'établissement (privé/public) | <i>Non applicable</i> | | | | | X | X |
| Nom de l'établissement | | | | | | X | X |
| <i>Données médicales</i> | <i>BIG</i> | <i>PMSI</i> | <i>SAE</i> | <i>SNIIRAM</i> | <i>BIG</i> | <i>PMSI</i> | <i>SAE</i> |
| Technique employée | <i>IVG médicamenteuses</i> | | | | X | X | X |
| Type d'anesthésie | <i>Pas d'anesthésie pour les IVG médicamenteuses</i> | | | | X | X | X |
| Age gestationnel | X | | | | X | A partir de 2012 | |
| IVG tardives (13 à 14 SA) | X | | | | X | A partir de 2012 | X |
| <i>Données sur la femme</i> | <i>BIG</i> | <i>PMSI</i> | <i>SAE</i> | <i>SNIIRAM</i> | <i>BIG</i> | <i>PMSI</i> | <i>SAE</i> |
| Âge de la femme | X | | | X | X | X | |
| Lieu de résidence * | X | | | X | X | X | |
| Antécédents sur les grossesses | X | | | | X | A partir de 2015 | |
| Indicateurs de situation sociale ** | X | | | X | X | X | |

* La précision de l'information varie selon les sources

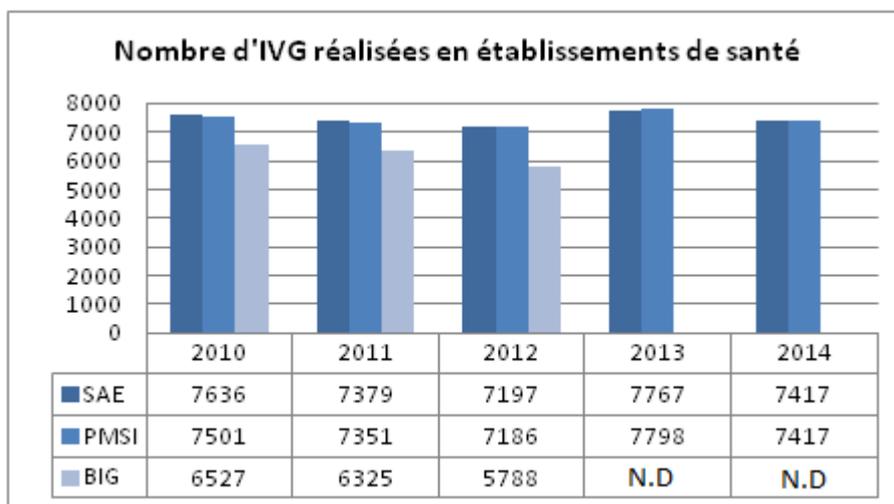
** L'information disponible dépend de la source

La confrontation des sources proposée dans le présent document, en termes d'exhaustivité et de fiabilité du recueil de ces éléments, a pour objectif d'identifier la ou les sources les plus adaptées pour l'estimation d'un indicateur donné.

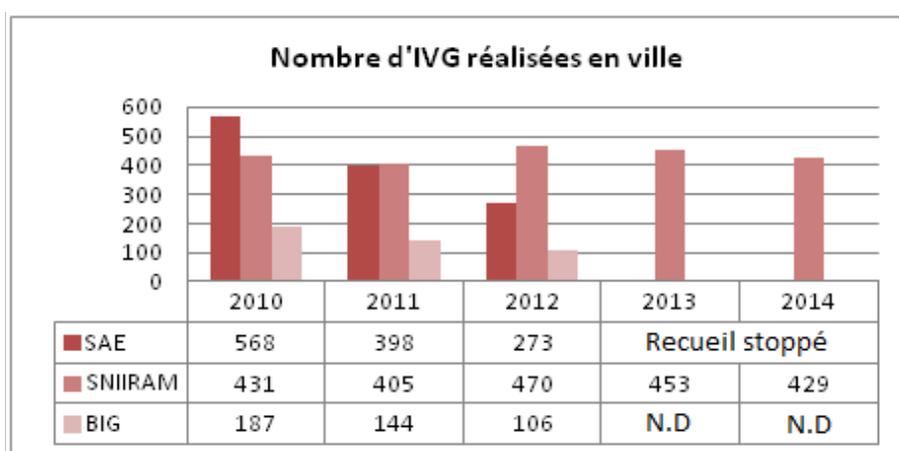
4. Analyse des données

4.1 Dénombrement des IVG

Le premier indicateur d'intérêt est évidemment le nombre d'IVG réalisé, ce qui revient à s'interroger sur l'exhaustivité des sources. Autrement dit, il s'agit de comparer la fluctuation du nombre d'IVG déclarées selon les sources disponibles, aussi bien pour les IVG réalisées en établissement de santé (hôpital/clinique) que pour celles réalisées en ville.



Remarque : à partir de 2014, le PMSI alimente le volet de la SAE consacré aux IVG, d'où la présence de chiffres identiques pour ces 2 sources



Ces deux graphiques montrent que les données des bulletins ne sont pas exhaustives. En comparaison avec les données de la SAE, près de 20% des IVG réalisées (en établissement et en ville) n'ont pas fait l'objet d'un BIG de 2010 à 2012.

De plus, l'information issue des BIG souffre d'un délai de mise à disposition très long (près de 3 ans). Le recueil est en effet relativement long, principalement du fait de la présence de plusieurs intermédiaires et d'un format « papier ».

En établissements de santé, les sources SAE et PMSI sont globalement cohérentes avec des écarts très faibles au fil des années (inférieurs à 0,1%), malgré une légère sous-estimation du PMSI en 2010 (écart de 2 points). La proximité entre ces deux sources a ainsi permis un basculement vers une unique source : depuis 2014 et suite à la refonte de la SAE, c'est le nombre d'IVG issu du PMSI qui est reporté dans la SAE.

En ville, le SNIIRAM fournit les données les plus régulières en tendance et le fait que ces données reflètent le paiement à l'acte incite à penser qu'elles sont exhaustives.

La DREES constate au niveau national dans ses « *Études et Résultats, les interruptions volontaires de grossesse en 2013* »¹ que la SAE sous-estime le nombre d'IVG en ville. Ce constat reste valable pour la Bretagne bien que le graphique précédent semble suggérer le contraire en 2010 et 2011 ; cela s'explique par des erreurs de recueil au niveau de deux établissements en 2010 et un en 2011.

Enfin, le nombre d'IVG réalisées par médecins de ville conventionnés n'est plus précisé dans la SAE depuis 2013, ce qui fait du SNIIRAM la seule source exhaustive pour les IVG réalisées en ville actuellement.

¹ http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf

En définitive, les sources à exploiter pour le dénombrement des IVG en Bretagne sont :

- la SAE ou le PMSI pour les IVG en établissements
- le SNIIRAM pour les IVG réalisées en ville

4.2 Dénombrement des IVG hospitalières selon une caractéristique donnée

On se limite aux IVG hospitalières dans la suite de cette partie, c'est-à-dire celles pratiquées dans les établissements de santé (hôpitaux ou cliniques). L'idée est toujours de privilégier la source la plus exhaustive, à la fois en nombre global de déclaration d'IVG et en taux de valeurs manquantes, mais aussi de signaler les sources concordantes sur le plan qualitatif (cohérence des distributions suivant un critère donné, fiabilité du codage).

→ Technique employée, type d'anesthésie, lieu de l'acte, et statut de l'établissement

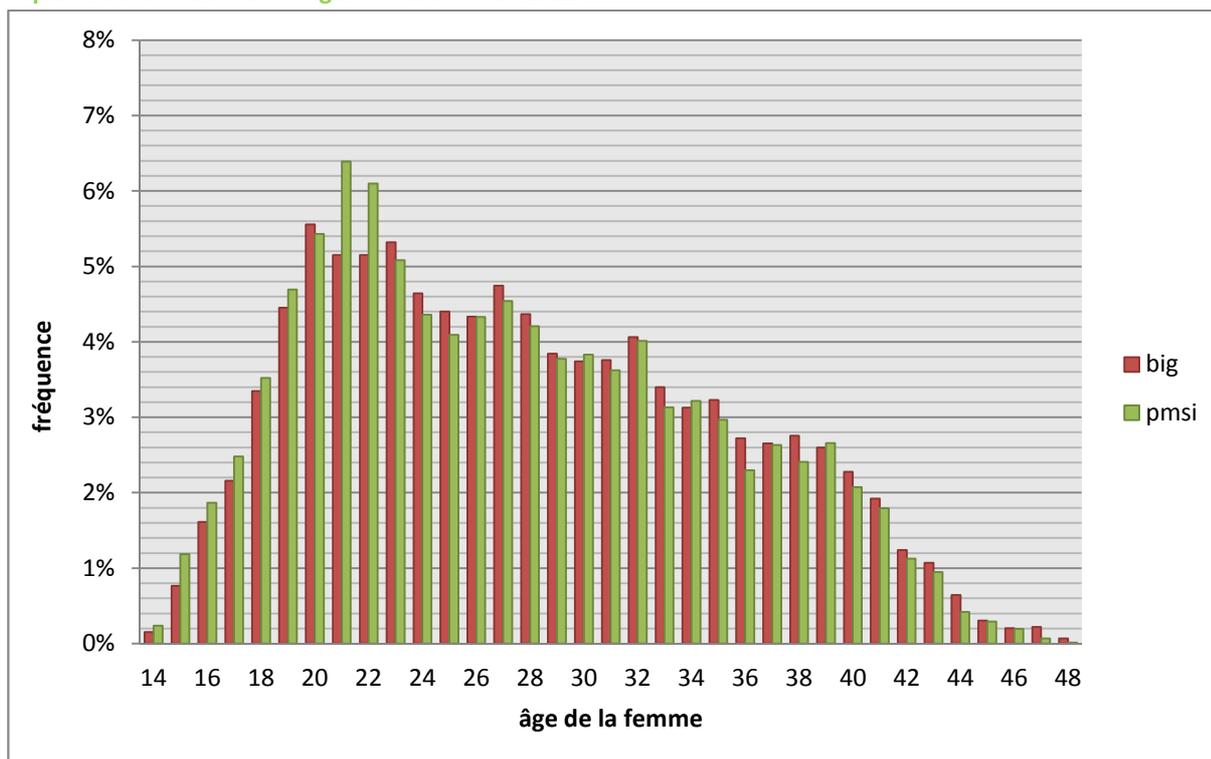
Ces variables sont toutes correctement renseignées dans la SAE (absence de valeurs manquantes). Depuis 2014, ces variables sont intégralement remplies à partir du PMSI dans la SAE. La concordance de ces deux sources sur les années précédentes (écarts très faibles compris entre 1% et 4%) assure une transition fiable et sans rupture de série pour l'évaluation de ces indicateurs à partir du PMSI.

→ Le PMSI et la SAE peuvent donc être utilisés sur ces thématiques

→ Âge des femmes

La comparaison est à faire entre les sources PMSI et BIG, la SAE ne fournissant pas de donnée individuelle. L'âge est bien renseigné dans les BIG (moins de 1% de valeurs manquantes depuis 2010) et dans le PMSI (pas de valeurs manquantes). Le graphique ci-dessous suggère une distribution des âges très proche pour ces deux sources, ce que confirme un test de Kolmogorov-Smirnov ($p\text{-value} < 0,05$).

Répartition des IVG selon l'âge des femmes en 2012



Remarque : le graphique suggère des écarts de répartition relativement importants entre données des BIG et du PMSI sur les âges 21 et 22, sans explication apparente.

→ Le PMSI est toutefois à privilégier pour trois raisons :

- l'âge est une donnée importée de la carte vitale (non saisie), ce qui assure sa fiabilité
- le défaut d'exhaustivité important des BIG ne permet pas de disposer d'effectifs par classe d'âge fiables (seulement de la répartition)
- le PMSI donne accès à des données bien plus récentes que les BIG.

→ Lieu de résidence

Cet indicateur permet d'évaluer l'accès qu'ont les femmes à l'IVG selon leur lieu de domicile. La SAE ne fournit pas cette donnée.

Il est renseigné au niveau *départemental* dans les BIG (ou à l'étranger avec les modalités Europe, Maghreb, autres pays d'Afrique, Asie, autres pays). Dans le PMSI, l'information est plus précise puisqu'il s'agit d'un *code de résidence* (qui est soit un code postal, soit un regroupement lorsque la population concernée n'atteint pas un seuil de 1000 habitants). La comparaison de ces deux sources en 2012 conduit à rejeter l'hypothèse de même distribution BIG/PMSI. Cette incohérence s'explique principalement par l'écart important dans la part des patientes qui résident hors Bretagne entre les IVG déclarées dans les BIG (9,5%) et celles du PMSI (2,5%). Il est possible que les valeurs manquantes aient été mal imputées dans les données des BIG, ce qui expliquerait le taux improbable de patientes hors Bretagne.

→ Le PMSI semble une source plus fiable que les bulletins pour étudier le lieu de résidence. Il permet de plus des analyses plus fines.

→ Indicateurs de situation sociale

La situation sociale d'un individu est une caractéristique difficile à évaluer car multifactorielle. Différentes informations peuvent être mobilisées suivant les sources (sauf dans la SAE qui ne fournit pas de données individuelles).

La situation sociale de la femme peut être appréhendée dans les BIG au regard de sa *situation vis-à-vis de l'emploi* (occupe un emploi, au chômage, au foyer, étudiante/élève) et de sa *situation conjugale* depuis 2011 (vie en couple ou non). La situation d'emploi n'est pas précisée dans 4% des bulletins annuels, alors que la situation conjugale est manquante pour environ 10% des bulletins. Seuls les BIG fournissent ce type d'information et peuvent ainsi être exploités pour dresser un profil social des femmes.

Dans le PMSI, certaines informations de facturation peuvent servir d'indicateurs de précarité : bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C, accordée sous condition de revenus) ou de l'Aide Médicale de l'État (AME, pour les sans-papiers). À ce jour, les données CMU-C ne sont pas fiables dans le PMSI (confusion avec la CMU).

Par ailleurs, à partir de 2015, un recueil de diagnostics de précarité sociale est mis en place dans le PMSI afin de prendre en compte son impact sur le coût des prises en charge ; il est basé sur la nomenclature CIM-10 et utilise les codes Z55.0 *Analphabetisme et faible niveau éducatif*, Z59.1 *Logement inadéquat*, Z59.5 *Pauvreté extrême*, Z59.6 *Faibles revenus*, Z59.7 *Couverture sociale et secours insuffisants*, Z60.2 *Solitude* et Z60.3 *Difficultés liées à l'acculturation*. La pertinence et la qualité de ce recueil reste à expertiser.

→ Les BIG et le PMSI fournissent des indications complémentaires sur la situation sociale des femmes ayant recours à l'IVG. Celles des BIG sont cependant plus ciblées et plus facilement interprétables.

→ Âge gestationnel

Évolution dans le PMSI² :

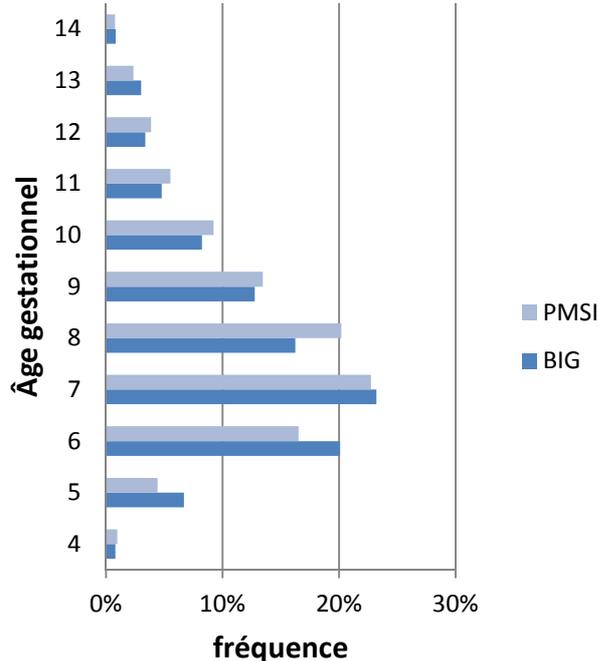
L'inscription de la date des dernières règles (DDR) n'est obligatoire dans le PMSI que depuis mars 2012. C'est la date la plus précise à disposition du corps médical qui doit être renseignée : résultat d'échographie, à défaut celle indiquée par la patiente. Jusqu'en 2013, cette consigne était encore mal appliquée mais la qualité de cette information s'est depuis nettement améliorée en Bretagne.

Évolution dans les BIG :

En 2010, la DDR et l'AG saisi par le médecin étaient renseignés. Depuis les nouveaux bulletins 2011, la DDR n'est plus renseignée.

² Sources : guides MCO de l'ATIH (2011 à 2015), www.atih.sante.fr

Répartition des IVG selon l'âge gestationnel en 2012



Du fait de sa mise en place en cours d'année, le renseignement de la DDR est très incomplet dans le PMSI en 2012 : 21% des valeurs sont manquantes, principalement pour les mois de janvier et février.

Dans les BIG 2012, un peu moins de 4% de valeurs sont manquantes pour l'AG. Un test de Kolmogorov-Smirnov ($p\text{-value} > 0,05$) conduit à rejeter l'hypothèse de même distribution BIG/PMSI. Étant donnée le faible taux de remplissage pour le PMSI, les bulletins semblent plus fiables pour l'année 2012.

En 2013, les âges gestationnels sont bien mieux renseignés dans le PMSI (moins de 1% de valeurs manquantes), un basculement vers cette source est donc certainement souhaitable. La cohérence avec les bulletins de 2013 sera à étudier.

➔ L'étude de l'âge gestationnel passe par conséquent par les seuls bulletins jusqu'en 2012. Mais étant donné le défaut d'exhaustivité des BIG, il est sans doute préférable de s'appuyer sur le PMSI à partir de 2013.

➔ Naissances antérieures, nombre d'IVG antérieures et année de l'IVG précédente

La SAE ne fournit pas ces informations. Elles n'étaient pas non plus disponibles dans le PMSI jusqu'ici, mais le recueil de ces 3 variables y est demandé à partir de 2015. Auparavant, seuls les bulletins contenaient ces informations et les taux de remplissage de ces variables sont globalement bons depuis 2010 (moins de 1% de valeurs manquantes). D'après l'ATIH³, le PMSI devrait se substituer aux BIG à terme. Cependant, la qualité de ce recueil devra être expertisée.

➔ Les BIG sont actuellement la seule source disponible pour l'étude de ces données. L'utilisation du PMSI devrait cependant se généraliser d'ici quelques années, une fois vérifiée la qualité du recueil.

4.3 Dénombrement des IVG en ville selon une caractéristique donnée

Étant des recueils hospitaliers, la SAE et le PMSI ne fournissent pas ces informations.

Les IVG réalisées en ville sont largement sous-estimées dans les *BIG* : en comparaison avec le *SNIIRAM*, les *BIG* déclarent 57 % d'IVG en moins en 2010, 64% en 2011 et 77% en 2012 : le défaut d'exhaustivité, déjà important en 2010, va donc croissant. Des analyses des IVG en ville basées sur les seuls bulletins sont donc à proscrire.

Le *SNIIRAM* contient quelques informations sur la patiente : âge, département de résidence (voir plus précis), et indicateur de situation sociale (CMU-C, AME comme dans le PMSI). Il est en outre possible de distinguer

³ http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2620/notice_technique_atih_n_cim-mf-1210-3-2014.pdf

les IVG suivant le lieu où elles ont été pratiquées (cabinets, centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale).

→ Le *SNIIRAM* est très clairement la source à privilégier pour des analyses sur les IVG de ville.

5. Atouts et limites des sources

Le tableau ci-dessous résume les atouts et limites de chacune des sources pour le suivi des interruptions volontaires de grossesse, en se concentrant sur les questions d'exhaustivité, de fiabilité, ou de finesse de l'information disponible.

| | Atouts | Limites |
|----------------|--|--|
| BIG | <ul style="list-style-type: none"> • Données individualisées (un bulletin par patiente) • Unique source de données pour certains indicateur (AG et avant 2012, antécédents avant 2015, situation conjugale et professionnelle) | <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'exhaustivité faible • Mise à disposition tardive des données • Format papier • Analyses locales restreintes au niveau départemental • Suivi des indicateurs par établissement impossible |
| SAE | <ul style="list-style-type: none"> • Données exhaustives pour les établissements de santé • Données agrégées donc rapidement accessibles <p><i>N.B : Suite à la refonte de la SAE, à partir de 2014, les informations relatives aux IVG dans la SAE sont intégralement remplies à partir du PMSI (et non modifiables).</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de données individuelles • Données hospitalières uniquement (IVG en ville mal renseignées avant 2013, absentes à partir de 2014) |
| PMSI | <ul style="list-style-type: none"> • Données exhaustives pour les établissements de santé • Données individualisées • Données médicalisées • Analyses locales à un niveau fin de détail (départemental, quasi-communal⁴, par établissement) • Possibilité d'analyses au mois | <ul style="list-style-type: none"> • Certaines variables encore récentes (fiabilité à expertiser) • Données hospitalières uniquement |
| SNIIRAM | <ul style="list-style-type: none"> • Données exhaustives pour les IVG pratiquées en ville • Possibilité de distinguer les IVG en centres de santé, CPEF⁵ et cabinets libéraux • Possibilité d'analyses au mois | <ul style="list-style-type: none"> • Sous-estimation pour les IVG en CPEF car n'inclut pas les actes sur les femmes en difficulté ou des mineures prises en charge financièrement par le Conseil Général (sans trace de remboursement de l'Assurance Maladie) • Aucune information médicale (AG inconnu notamment) |

⁴ Il s'agit d'un code de résidence PMSI (qui est soit un code postal, soit un regroupement lorsque la population concernée n'atteint pas un seuil de 1000 habitants pour des raisons d'anonymisation des données)

⁵ Centre de planification et d'éducation familiale

6. Préconisations pour le suivi des IVG

6.1 Sources recommandées

Pour l'estimation du nombre d'IVG en Bretagne :

- Utilisation de la SAE ou du PMSI pour les décomptes annuels en établissement de santé
- Utilisation du SNIIRAM pour les décomptes annuels des IVG réalisées en ville depuis 2010.

Pour l'estimation du nombre annuel d'IVG en Bretagne selon la *technique employée*, le *type d'anesthésie*, et le *lieu de l'acte d'IVG* (en particulier le *statut public/privé* de l'établissement et sa *localisation*) :

- Utilisation de la SAE ou du PMSI.

Pour disposer de données détaillées ou pour croiser des informations :

- Le PMSI est recommandé pour étudier *l'âge des femmes* et le *lieu de résidence* de la femme pour les IVG pratiquées en établissement de santé. A partir de 2013, cette liste peut inclure *l'âge gestationnel* (et notamment les *IVG tardives*).

Le PMSI fournit de plus des décomptes mensuels.

- Les BIG permettent de disposer d'informations complémentaires sur la patiente : situation vis-à-vis de l'emploi, vie en couple, grossesses antérieures, IVG antérieures. Avant 2012, ils peuvent renseigner sur la répartition des IVG selon l'âge gestationnel. Il faut néanmoins tenir compte du défaut d'exhaustivité important de cette source qui peut biaiser les résultats.

- Les données du SNIIRAM sont les plus fiables pour appréhender les IVG Médicamenteuses pratiquées en ville selon le lieu de l'acte (cabinet libéral, centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale), et selon l'âge ou le département de résidence de la femme. Le décompte mensuel de ces IVG de ville est également disponible.

6.2 Zoom sur le tableau de bord sur la vie affective et sexuelle

Dans le cadre du suivi du *tableau de bord sur la vie affective et sexuelle en Bretagne (TBVAS)*, l'ARS transmet en continu les données issues des bulletins BIG pour permettre à l'ORS de calculer les évolutions et suivre les indicateurs relatifs aux IVG. Les graphiques créés à partir des bulletins BIG pour le dernier TBVAS6 étaient les suivants :

- 48- Pyramide des âges des femmes ayant eu recours à l'IVG en Bretagne
- 49- Taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge en Bretagne
- 50- Répartition des IVG selon le statut de l'établissement de prise en charge en Bretagne
- 51- Répartition des IVG selon le lieu de réalisation de l'acte en Bretagne
- 52- Évolution de la répartition des IVG selon la méthode utilisée en Bretagne
- 53- Répartition des IVG selon l'âge des femmes et la méthode utilisée en Bretagne
- 54- Répartition des IVG selon le stade de grossesse en Bretagne
- 55- Répartition des IVG selon le stade de grossesse et l'âge des femmes en Bretagne
- 56- Évolution de la part des femmes ayant eu au moins un antécédent d'IVG en Bretagne
- 57- Évolution de la part des femmes ayant un antécédent d'IVG selon l'âge en Bretagne
- 58- Évolution de la part des femmes ayant déjà eu au moins un enfant en Bretagne
- 59- Répartition des femmes ayant recours à l'IVG selon leur situation vis-à-vis de l'emploi en Bretagne
- 60- Évolution des taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans selon le département de domicile en Bretagne

En suivant les préconisations émises précédemment, les sources à privilégier sont :

| Graphiques | En 2011 | En 2012 | En 2013 | En 2014 | En 2015 |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 48 | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM |
| 49 | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM |
| 50 | SAE | SAE | SAE | PMSI | PMSI |
| 51 | SAE/SNIIRAM | SAE/SNIIRAM | SAE/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM |
| 52 | SAE/SNIIRAM | SAE/SNIIRAM | SAE/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM |
| 53 | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM |
| 54 | BIG | BIG | PMSI* | PMSI* | PMSI* |
| 55 | BIG | BIG | PMSI* | PMSI* | PMSI* |
| 56 | BIG | BIG | BIG | BIG | BIG* |
| 57 | BIG | BIG | BIG | BIG | BIG* |
| 58 | BIG | BIG | BIG | BIG | BIG* |
| 59 | BIG | BIG | BIG | BIG | BIG* |
| 60 | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM | PMSI/SNIIRAM |

* PMSI à expertiser, BIG non encore reçus.

⁶ http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/TB-VAS-final-OK.pdf

7. Pistes de travaux à mener sur les IVG

- Dans ses recommandations en 2010, la Haute Autorité de Santé rappelle que les **femmes doivent pouvoir choisir la technique**, médicale ou chirurgicale, ainsi que **le mode d'anesthésie**, locale ou générale. Il serait intéressant de suivre la répartition des IVG par établissement de santé selon la méthode utilisée, et de préciser dans quelle mesure cet indicateur reflète le choix de la femme.

Par ailleurs, une étude publiée dans la revue française des affaires sociales 2011⁷ montre un bon accès géographique à l'IVG en établissement de santé au niveau départemental, le temps médian d'accès étant situé entre 20 et 40 minutes selon le département, mais il faudrait confirmer cette étude en précisant si chacun de ces établissements propose l'ensemble des méthodes d'interruption, conformément au **Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS)**.

- Depuis 2004, les établissements sont tenus de pratiquer des interruptions de grossesse jusqu'à la 14^e semaine d'aménorrhées. La **prise en charge des IVG tardives** (entre 13 et 14 SA) serait à évaluer afin de s'assurer que chaque femme puisse interrompre une grossesse même tardivement.

⁷ <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-86.htm>

Références

Rapports

COLLET M., 2011, « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », *Revue française des affaires sociales* 2011.

MAZUY M., TOULEMON L., BARIL E., 2014, « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours », https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/175/population_fr_2014_3_france_pdf.fr.fr.pdf

ROSSIER C., TOULEMON L., PRIOUX F., 2009 « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 »
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19740/ivg_pop3.fr.pdf

VILAIN A., 2015, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 », *Études et Résultats*, DREES, n° 924.

VILAIN A., 2014, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », *Études et Résultats*, DREES, n° 884.

Articles de loi en ligne

Relatifs aux IVG en cabinets libéraux : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-50/a0503304.htm>

Relatifs aux IVG en centres de santé, ou de planification et d'éducation familiale :
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-11/ste_20090011_0100_0101.pdf

Guides

PMSI MCO <http://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides%20m%C3%A9thodologiques>

IVG en ville http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_IVG_hors_etablissement_sante_2015.pdf

Directeur de la publication : **Olivier de Cadeville**
Directeur de la rédaction : **Hervé Goby**
Auteurs : **Enguerrand Lootvoet et Kévin Schmitt**,
Pôle observations et statistiques de la Direction de la
Stratégie Régionale en santé.

Conception graphique : **ARS Bretagne**
ISSN : 2426-7082
Dépot légal : à parution

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

www.ars.bretagne.sante.fr



www.facebook.com/arsbretagne

sept. 2015