



HAL
open science

Accès à l'IVG en Île-de-France en 2021 : étude rétrospective, descriptive et analytique des déterminants

Alexandra de Sousa Dantas

► To cite this version:

Alexandra de Sousa Dantas. Accès à l'IVG en Île-de-France en 2021 : étude rétrospective, descriptive et analytique des déterminants. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04542068

HAL Id: dumas-04542068

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04542068v1>

Submitted on 11 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 26/09/2023

Par

Alexandra DE SOUSA DANTAS

**Accès à l'IVG en Île-de-France en 2021 : Etude rétrospective,
descriptive et analytique des déterminants**

Dirigée par M. le Professeur Marc DOMMERGUES

JURY

Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger

Présidente

M. le Professeur Marc Dommergues

Directeur

Mme la Docteure Laura Berlingo

Membre du jury

Mme la Docteure Tiphaine De Foucher de Careil

Membre du jury

Mme la Docteure Sophie Gaudu

Membre du jury

Mme la Docteure Anne-Marie Loscheider

Membre du jury

Remerciements

Données à caractère personnel retirées pour la diffusion en ligne

Données à caractère personnel retirées pour la diffusion en ligne

Données à caractère personnel retirées pour la diffusion en ligne

Je dédie cette thèse à toutes les femmes rencontrées lors de mes différents stages.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maitres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes consœurs et confrères si j'y manque.

Résumé et indexation en français

Accès à l'IVG en Île-de-France en 2021 : une étude rétrospective, descriptive et analytique des déterminants

Alors que le droit à l'avortement est remis en question dans plusieurs pays, ce droit en France est garanti par un cadre légal étoffé et renforcé depuis les années 80. Le système de santé permet à toutes les femmes de pouvoir bénéficier d'un accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) dès la demande exprimée et ce, sur tout le territoire.

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique des déterminants à l'accès à l'IVG en Île-de-France sur l'année 2021 en suivant un modèle d'accès aux soins choisi après étude de la littérature. L'objectif était d'une part, de décrire l'accessibilité géographique à l'échelle départementale à travers un travail de cartographie afin de comprendre la répartition des portes d'entrée d'IVG, et d'autre part, d'identifier une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les déterminants reconnus dans la littérature comme influant sur le recours à l'IVG.

Nos résultats suggèrent une offre de soins en IVG hétérogène selon le département de résidence des femmes en Île -de-France en 2021. L'offre de soins en IVG évaluée par le nombre de portes d'entrée et le nombre d'IVG réalisées, se concentre davantage à Paris (14272 IVG, 284 portes d'entrée) et en petite-couronne (18367 IVG, 345 portes d'entrée). Le pourcentage de portes d'entrée identifiables par les usagères sur les différents annuaires de professionnels oscille entre 22,58 % dans les Yvelines et 86,92 % en Seine-Saint-Denis. Le budget alloué à la planification familiale et PMI en 2021 par les conseils départementaux varie de 4,80 euros par femme en âge de procréer dans le Val d'Oise à 146,70 euros par femme en âge de procréer en Seine-Saint-Denis.

Malgré ces disparités départementales, le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné en Île-de-France ne semble pas être déterminé par la distribution géographique des déterminants habituellement reconnus comme associés au recours à l'IVG grâce à un système de santé en France accessible par toute la population cible. Une femme en France quel que soit son milieu social ou économique peut accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive. Le taux de grossesse aboutissant à une IVG est remarquablement stable entre les départements. Cela suggère que malgré un certain degré d'inadéquation entre l'offre et la demande, les femmes trouvent toujours les ressources pour pouvoir accéder à l'IVG. Ces ressources peuvent être au prix d'un déplacement des femmes vers un département hors-domiciliation.

L'ensemble de ces éléments souligne l'importance d'un système de santé universel offrant un accès au droit à l'IVG et plus largement aux soins de santé sexuelle et reproductive à toutes les femmes, mais que cet accès n'est pas optimisé en Île-de-France.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés français :

[fMeSH : Avortement provoqué, accessibilité des services de santé, facteurs de risque](#)

[Mots-clés libres : Accessibilité géographique](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Résumé et indexation en anglais

Access to abortion in Île-de-France in 2021: a retrospective, descriptive and analytical study of the determinants

While the right to abortion is questioned in several countries, this right in France has been guaranteed by an extensive and reinforced legal framework since the 1980s. The health system allows all women to benefit from access to abortion as soon as the request is expressed and this, throughout the national territory.

We carried out a retrospective, descriptive and analytical study of the determinants of access to abortion in Île-de-France in 2021, following a model of access to care chosen after studying the literature. The objective was, on the one hand, to describe geographical accessibility at the French departmental level through a mapping work in order to understand the distribution of abortion gateways, on the other hand, to identify a possible correlation between the rate of pregnancy leading to an abortion in a given department and the determinants recognized in the literature as influencing the use of abortion.

Our results suggest a mixed supply of abortion care according to the residence department of women in Île-de-France in 2021. The supply of abortion care evaluated by the number of gateways and the number of abortions performed, is concentrated more in Paris (14272 abortions, 284 gateways) and in small-crown (18367 abortions, 345 gateways). The percentage of gateways identifiable by users on the various professional directories ranges from 22.58 % in Yvelines to 86.92 % in Seine-Saint-Denis. The budget allocated to family planning and PMI in 2021 by the departmental councils varies from 4.80 euros per woman of childbearing age in the Val d'Oise to 146.70 euros per woman of childbearing age in Seine-Saint-Denis.

Despite these French departmental disparities, the rate of pregnancy leading to an abortion in Île-de-France does not seem to be determined by the geographical distribution of determinants usually recognized as associated with the use of abortion through a health system in France reachable by the entire target population. A woman in France regardless of her social or economic background can access sexual and reproductive health services. The rate of pregnancy leading to abortion is notably stable between departments. This suggests that despite some degree of mismatch between supply and demand, women still find the resources to access abortion care. These resources can be at the cost of trip outside the department of residence.

Taken together, these elements underline the importance of a universal health system that provides access to abortion rights and more broadly to sexual and reproductive health care for all women, but that this access is not optimized in Île-de-France.

English keywords:

[MeSH : Induced abortion, Health services accessibility, risk factors](#)

[Keywords : Geographical accessibility](#)

Publication type:

[MeSH : Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- AME : Aide Médicale de l'État
- APL : Accessibilité Potentielle Localisée
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CAF : Caisse d'Allocations Familiales
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPEF : Centres de Planification et d'Education Familiale
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- IDH : Indice de Développement Humain
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IRIS : Îlots Regroupés pour l'Information Statistique
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- REVHO : Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
- RSA : Revenu Solidarité Active
- SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé
- SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

Table des matières

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
SERMENT D'HIPPOCRATE	7
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	8
RÉSUMÉ ET INDEXATION EN ANGLAIS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
TABLE DES MATIERES	11
INTRODUCTION.....	13
1 : PROTOCOLE (MATERIEL ET METHODE)	26
1.1 STRUCTURE DE L'ÉTUDE.....	26
1.1.1 <i>Objectif primaire.....</i>	27
1.1.2 <i>Objectifs secondaires.....</i>	27
1.1.3 <i>Population</i>	27
1.2 DEROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	27
1.2.1 <i>Partie réglementaire.....</i>	27
1.2.2 <i>Recueil de données</i>	28
1.3 METHODE D'ANALYSE ET LITTERATURE	30
1.3.1 <i>Identification d'un modèle d'accès aux soins</i>	30
1.3.2 <i>Accessibilité géographique</i>	32
1.3.3 <i>Facteurs prédisposants.....</i>	33
1.3.4 <i>Facteurs de capacité.....</i>	33
1.3.5 <i>Connaissance et perception de l'offre</i>	37
1.3.6 <i>Représentation de l'IVG.....</i>	39
1.4 STATISTIQUES	42

2 : RESULTATS	43
2.1 DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS EN IVG.....	43
2.1.1 <i>Etude de la répartition géographique des points d'entrée et de leur activité représentée par le nombre d'IVG réalisées.....</i>	<i>44</i>
2.1.2 <i>Offre de soins en IVG par département selon la méthode utilisée et le type de portes d'entrée d'IVG.....</i>	<i>56</i>
2.1.3 <i>Etude de la relation entre l'offre de soins en IVG et l'offre en médecine générale.....</i>	<i>58</i>
2.1.4 <i>Etude de la relation entre l'offre de soins en IVG et l'offre obstétricale.....</i>	<i>61</i>
2.1.5 <i>Etude de la répartition géographique des portes d'entrée d'IVG avec la densité de la population à l'échelle de l'IRIS.....</i>	<i>62</i>
2.2 DESCRIPTION DE LA DEMANDE D'IVG	66
2.2.1 <i>Facteurs de capacité.....</i>	<i>67</i>
2.2.1.1 <i>Ressources financières.....</i>	<i>67</i>
2.2.1.2 <i>Vulnérabilité psychique et physique.....</i>	<i>68</i>
2.2.1.3 <i>Education.....</i>	<i>69</i>
2.2.2 <i>Connaissance et perception de l'offre.....</i>	<i>70</i>
2.2.2.1 <i>Accès à l'information sur les portes d'entrée d'IVG.....</i>	<i>70</i>
2.2.2.2 <i>Recours à un moyen contraceptif.....</i>	<i>71</i>
2.2.3 <i>Représentation de l'IVG par les autorités départementales.....</i>	<i>73</i>
3 : DISCUSSION	79
3.1 PRINCIPAUX RESULTATS.....	79
3.2 CHOIX DU MODELE	81
3.3 CHOIX DES INDICATEURS.....	82
3.4 LIMITES	83
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE	87
TABLE DES FIGURES.....	91
TABLE DES TABLEAUX.....	92
ANNEXES.....	93

Introduction

1. Définitions et historique législatif

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un acte médicalisé décidé par la femme, qui consiste à arrêter une grossesse non désirée. L'IVG appelée également avortement provoqué, concerne toute femme, majeure ou mineure, qui ne souhaite pas poursuivre une grossesse. Deux méthodes sont possibles, la méthode médicamenteuse faisant appel à deux molécules : la mifépristone et le misoprostol, et la méthode instrumentale dite par aspiration sous anesthésie générale ou locale.

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975, dite « loi Veil » et définitivement légalisée le 1er janvier 1980. D'abord remboursée par la Sécurité sociale à 70 % avec la loi Roudy du 31 décembre 1982, l'IVG est depuis 2013, prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, tout comme l'ensemble des actes nécessaires reliés au parcours IVG depuis 2016.

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989, jusqu'à la fin de la septième semaine de grossesse. La loi Neiertz en 1993 crée le délit d'entrave à l'IVG condamnant tout professionnel de santé qui tente d'empêcher l'accès à l'IVG auprès d'une femme en demande. Ce délit est puni de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 allonge le délai maximal de recours de la douzième à la fin de la quatorzième semaine de grossesse. Cette loi supprime également l'obligation d'un entretien psycho-social pour les femmes majeures. Par ailleurs, elle supprime l'IVG du Code pénal pour l'inscrire uniquement dans le Code de la santé publique. Le décret d'application de la loi Aubry-Guigou permet enfin aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville dès 2004. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG médicamenteuses en ville peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée révolues. En 2009, la pratique des IVG médicamenteuses en dehors des établissements est étendue aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) appelées aujourd'hui, centres de santé sexuelle.

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016 a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. Son décret d'application en avril 2021 autorisent les IVG instrumentales hors établissement de santé, dans les centres de santé. Mais seuls quelques territoires ont déjà entamé les démarches pour leur mise en place. A ce jour, quatre centres de santé pratiquent les IVG instrumentales : Arcueil, Malakoff, Belleville (Paris) et Orléans.

Enfin, depuis juin 2016, les sage-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leurs cabinets en France.

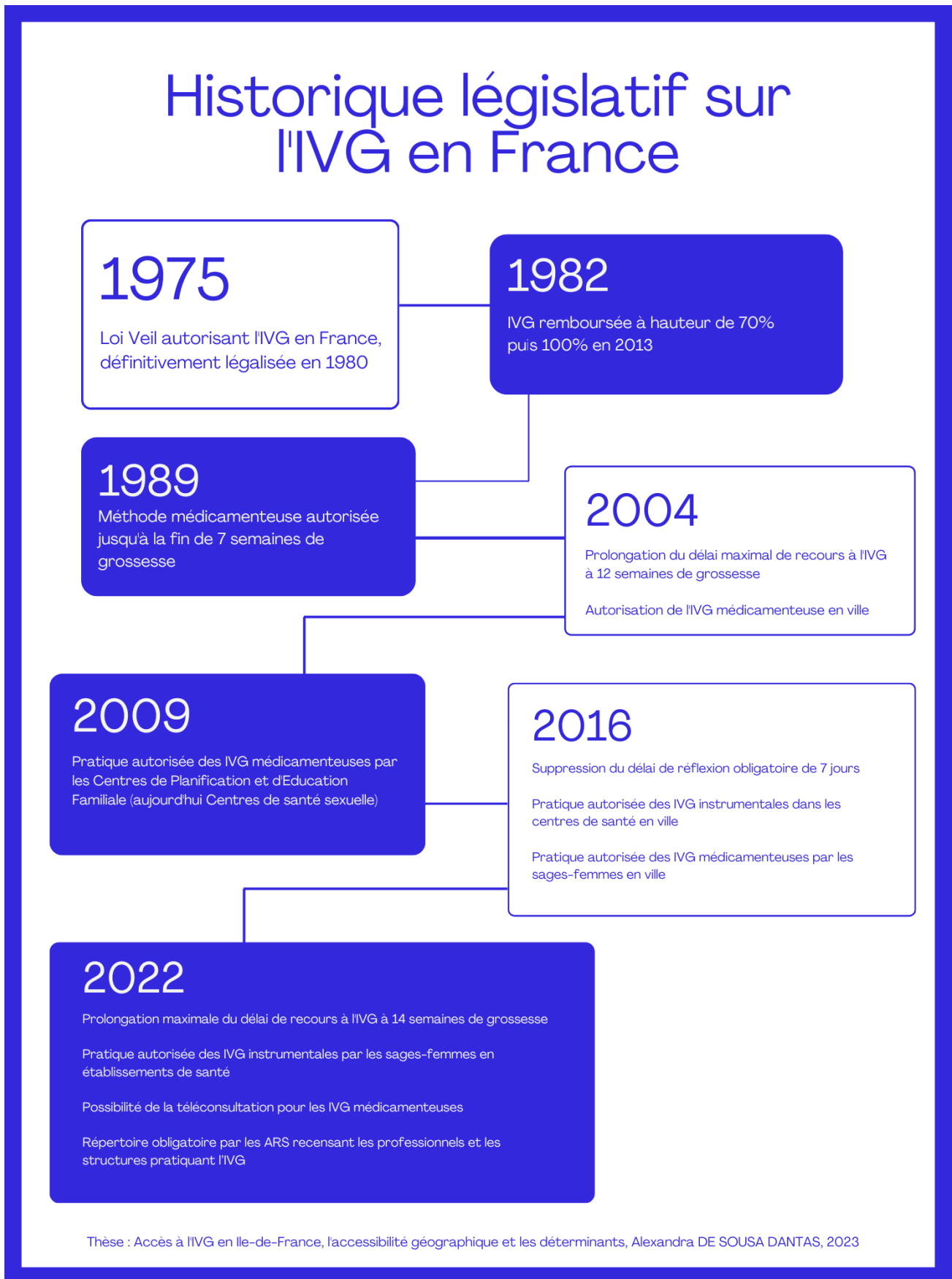
L'arrêté du 14 avril 2020 pour faire face à la pandémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire a prolongé de deux semaines le délai pour les IVG en ville, ce délai passant alors à neuf semaines d'aménorrhée comme en établissement de santé, et a introduit la téléconsultation pour les IVG médicamenteuses de façon dérogatoire.

La loi du 2 mars 2022 portée par la députée Albane Gaillot visant à renforcer le droit à l'avortement prolonge le délai de recours à l'IVG jusqu'à la fin de la seizième semaine d'aménorrhée. Cet allongement fait écho aux milliers de femmes par an (5000 d'après le réseau associatif Le Planning Familial) qui se rendaient à l'étranger pour avoir recours à l'IVG devant un terme légal dépassé en France. Les sage-femmes peuvent également désormais réaliser des IVG instrumentales jusqu'à la fin de la douzième semaine d'aménorrhée dans les établissements de santé sélectionnés pour l'expérimentation voulue par cette loi.

Par ailleurs, toujours en 2022, les IVG médicamenteuses en ville peuvent être définitivement réalisées en téléconsultation de façon partielle ou totale, avec la possibilité pour la femme de retirer en pharmacie les médicaments nécessaires. La pérennisation de l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à neuf semaines d'aménorrhée est enfin actée. Le délai de réflexion obligatoire de deux jours après un entretien psycho-social pour les femmes mineures a été supprimé par la loi du 2 mars 2022. Enfin, ce texte législatif impose la création d'un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG et tenu par chaque agence régionale de santé (ARS).

Ces évolutions successives législatives au fil des années ont donc permis d'améliorer l'accès à l'IVG en France. En 48 ans, l'accès à l'IVG a été facilité pour les femmes quel que soit leur âge.

Figure 1 : Chronologie législative autour de l'IVG en France



2. Epidémiologie de l'IVG à l'échelle mondiale et nationale en 2021

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 73 millions d'IVG ont lieu chaque année dans le monde. Six grossesses non prévues sur 10 (61 %) se terminent par une IVG¹.

Entre 2010 et 2014, plus de 4 IVG sur 10 ont été réalisées dans des conditions sanitaires non sécurisées. Les pays en voie de développement présentent 97 % des avortements non sécurisés : plus de la moitié de tous les avortements non sécurisés dans le monde sont en Asie du Sud et en Asie centrale. En Amérique latine et en Afrique, la majorité des avortements (près de 3 sur 4) ne sont pas sécurisés.

En France, d'après le rapport de septembre 2022 rédigé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)², le nombre d'IVG reste stable entre 225 000 et 230 000 chaque année depuis 2001. En 2021, 76 600 IVG médicamenteuses ont été recensées hors établissements de santé et 146 700 IVG toutes méthodes confondues en établissements de santé. C'est un total de 223 300 IVG en 2021 en France, soit un peu moins de 2 IVG sur 3 (65.6 %) qui sont réalisées en établissements de santé en 2021.

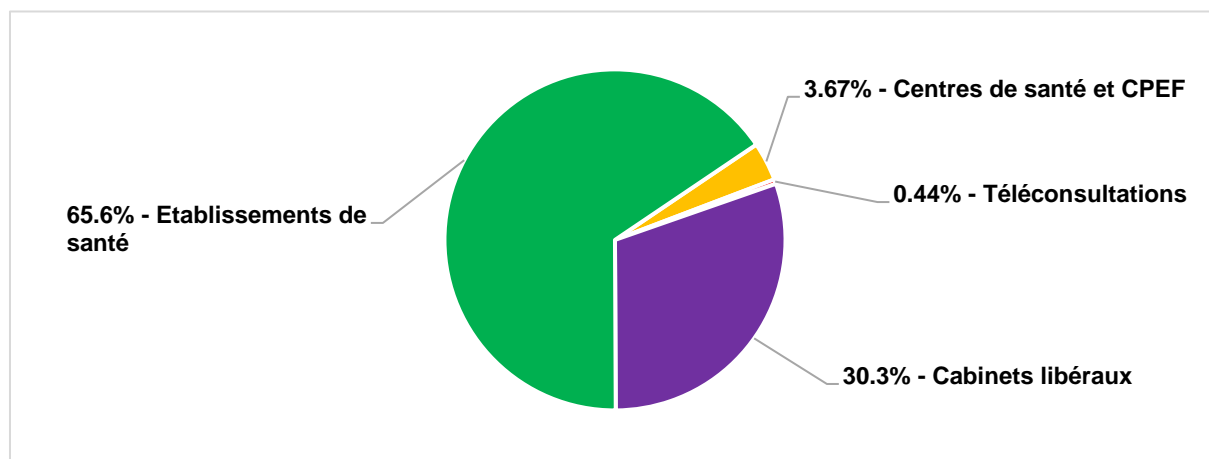
Plus de 7 IVG sur 10 (78.1 %) sont réalisées par la méthode médicamenteuse, tous lieux confondus (établissements, ville) et moins de 3 IVG sur 10 par la méthode instrumentale (21.9 %). La méthode médicamenteuse semble plébiscitée par les femmes.

Par ailleurs, près de 97 800 IVG médicamenteuses ont été réalisées dans les établissements de santé soit 2 IVG sur 3 (66.6 %). La proportion des IVG en établissements est en baisse depuis plusieurs années, contrairement à celle réalisées en ville qui était en hausse en 2021 avec 76 600 IVG médicamenteuses.

Parmi les IVG réalisées dans un établissement de santé, 9 sur 10 le sont dans le secteur public, en lien avec la diminution du nombre de maternités privées qui réalisent aussi de moins en moins d'accouchements. En effet, la part d'IVG réalisées dans les établissements de santé privés se stabilise à 7 % de l'ensemble des IVG pratiquées au niveau national, après une baisse depuis 2010 (19 %). Par ailleurs, en 2021, environ 3,7 % des IVG ont été réalisées dans les

centres de santé ou de planification et d'éducation familiale et moins de 1 % (0,44) des IVG ont été réalisées en téléconsultation.

Figure 2 : Repartition nationale des IVG toutes méthodes confondues en 2021



3. Epidémiologie de l'IVG en Île-de-France en 2021

Près d'une IVG sur quatre en France métropolitaine est pratiquée auprès d'une francilienne soit plus de 52 000 IVG toutes méthodes confondues en 2021. Toujours d'après la DREES en 2021, 29 979 IVG toutes méthodes confondues en établissements de santé (57.5 %) et 22 150 IVG médicamenteuses en ville (42.5 %) ont été réalisées en Île-de-France.

Plus de 39 000 IVG en Île-de-France sont réalisées par la méthode médicamenteuse quel que soit le lieu de réalisation, soit une part médicamenteuse de 74.4 % suivant la dynamique nationale (78.1 %).

Plus de 17 000 IVG en établissements sont réalisées par méthode médicamenteuse représentant ainsi environ 57 % de l'ensemble des IVG en établissements contre 66.6 % au niveau national.

Premier constat, la part des IVG en ville est plus importante en Île-de-France par rapport à la moyenne nationale au détriment des IVG réalisées en établissements de santé.

Parmi les IVG réalisées dans un établissement de santé francilien, 1 IVG sur 10 a été réalisé dans le secteur privé suivant également la dynamique nationale.

Par ailleurs en 2021, environ 7 % des IVG ont été réalisées dans les centres de santé ou de planification et d'éducation familiale soit 2 fois plus que la moyenne nationale. La part francilienne des IVG réalisées en téléconsultation est semblable à celle connue au niveau national en 2021.

Figure 3 : Répartition en Île-de-France des IVG toutes méthodes confondues en 2021



Le taux de recours constitue un indicateur utilisé en économie de la santé pour évaluer la consommation de soins des habitants d'une zone géographique donnée (quel que soit le lieu de réalisation des soins) rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Ainsi, le taux de recours à l'IVG correspond au rapport du nombre d'IVG des femmes domiciliées dans le territoire étudié sur la population cible, c'est-à-dire le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) domiciliées dans ce même territoire. En Île-de-France, le taux de recours est de 17,6 IVG pour 1000 femmes en 2021.

Ce taux de recours est supérieur à la moyenne nationale estimée à 14,9 IVG pour 1000 femmes. L'Île-de-France est la deuxième région métropolitaine après la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (21,8 IVG pour 1000 femmes).

Alors que le droit de l'IVG est un droit effectif garanti de manière gratuite avec un choix de la méthode et un accès de proximité dans la confidentialité, des inquiétudes ont été exprimées sur des disparités régionales quant à l'accès à l'IVG.

4. Accès à l'IVG hétérogène

Au niveau mondial

Ces dernières années, le droit à l'IVG est remis en cause à travers le monde. En juin 2022, aux États-Unis, la Cour suprême est revenue sur sa jurisprudence « *Roe vs Wade* » de 1973, assurant l'IVG comme un droit garanti au niveau fédéral. Depuis, plusieurs États fédérés ont limité voire interdit l'accès à l'avortement. Cette remise en question du droit à l'IVG touche également l'Europe à différentes échelles : un droit à l'IVG autorisé uniquement en cas de viol ou danger pour la vie de la mère en Pologne, un droit coûteux au Portugal où tous les frais liés à l'IVG sont à la charge de la femme, un droit stigmatisé par les professionnels de santé en Italie avec 71% des praticiens mettant en avant leur clause de conscience voire un droit inexistant à Malte.

L'organisation américaine à but non lucratif, Center of Reproductive Rights, répertorie les pays du Monde selon les législations en vigueur autour de l'IVG en cinq groupes³ :

- les pays où l'IVG est totalement interdite, quelles que soient les circonstances (y compris donc les cas de viol ou de danger pour la santé de la femme). Cela concernerait 26 pays et 5 % des femmes en âge de procréer, soit 90 millions de femmes ;
- les pays où l'IVG n'est autorisée que si la grossesse entraîne un risque léthal pour la femme ; cela concernerait 22 % des femmes en âge de procréer, soit 359 millions de femmes ;
- les pays où l'IVG n'est autorisée que pour des raisons sanitaires (y compris, dans certains cas, pour des raisons psychologiques) ; cela concernerait 14 % des femmes en âges de procréer, soit 237 millions de femmes ;
- les pays où l'IVG est autorisée pour des raisons sanitaires, économiques et sociales ; cela concerne 23 % des femmes en âge de procréer, soit 386 millions de femmes ;

- les pays où l'IVG est autorisée sur simple demande de la femme, sans que celle-ci doive justifier de sa demande ; cela concernerait 36 % des femmes en âge de procréer, soit 590 millions de femmes.

En France

Depuis une décision du Conseil constitutionnel du 27 juin 2001⁴, ce droit à l'IVG est reconnu comme liberté, découlant du principe général de liberté évoqué dans l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.

En France, pour éviter que ce droit soit effacé par des motivations politiques, une proposition de loi d'inscrire le droit à l'IVG au sein de la Constitution a été déposée par Mathilde Panot, députée du groupe parlementaire La France Insoumise en janvier 2023.

Cette proposition de loi a pour but de finaliser cette protection en interdisant formellement de porter gravement atteinte à ce droit, voire de le supprimer.

La proposition de loi énonce dans son article 66-2 la mention « *La loi garantit l'effectivité et l'égal accès au droit à l'interruption volontaire de grossesse.* ». Le droit à l'avortement serait donc inscrit dans la Constitution au rang des libertés individuelles fondamentales, et ce au même titre par exemple que l'interdiction de la peine de mort.

Malgré la protection de ce droit et la volonté d'offrir l'équité à toutes les femmes quant à l'accès au droit à l'IVG, force est de constater que cet accès reste hétérogène sur le territoire français. Plusieurs régions ne sont pas en capacité d'assumer cet accès à l'IVG pour toutes les femmes de leur territoire. La commune de Villeneuve sur Lot (environ 23 000 habitants) située dans le Lot-et-Garonne, illustre cette réalité avec l'impossibilité pour les femmes du territoire d'accéder à l'IVG en 2022 faute de personnels médicaux⁵.

Démographie médicale

Ces disparités territoriales peuvent être mises en parallèle avec la démographie médicale et le nombre de professionnels pratiquant l'avortement. D'après la DREES, cette tension hospitalière chronique a entraîné la fermeture de plus 130 établissements de santé pratiquant des IVG depuis 10 ans, par manque de personnels formés, et ce malgré une demande stable.

En ville, le constat est le même. En France, 2,9 % des généralistes et gynécologues et 3,5 % des sage-femmes installés en cabinet libéral ont pratiqué au moins une IVG en 2018⁶.

En 2021, les avortements réalisés en ville en France l'ont été au total par 1 932 praticiens conventionnés (dont 662 généralistes, 832 gynécologues et 420 sage-femmes).

Les autrices du rapport parlementaire d'information sur l'accès à l'IVG publié en 2020, Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti, tirent la sonnette d'alarme : « *La principale explication aux difficultés d'accès à l'IVG résulte essentiellement du désintérêt à l'égard d'un acte médical peu valorisé et considéré comme peu valorisant. La charge du maintien effectif de ce droit repose essentiellement sur une poignée de praticiens militants dont beaucoup se trouveront bientôt à la retraite.* ». Ainsi, 37 départements comptaient moins de cinq professionnels de santé libéraux pratiquant les IVG médicamenteuses en 2019.

Selon le journal Le Monde, entre 2007 et 2017, hors fusions d'établissements, 70 centres d'IVG ont fermé en France métropolitaine. En dix ans, le nombre de centres pratiquant l'IVG a ainsi diminué de 7,7 %⁷.

A ce jour, quatre professions médicales peuvent pratiquer les IVG instrumentales et médicamenteuses : les médecins généralistes, les sage-femmes, les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens.

L'article R2212-11 du Code de la santé publique pose le cadre légal de la formation : « *Le médecin effectuant des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre de la convention mentionnée à l'article R. 2212-9⁸ justifie d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.* ».

Les médecins généralistes et sage-femmes doivent donc d'une part prouver une pratique régulière des IVG dans un établissement de santé afin de pouvoir réaliser les IVG dans leur exercice libéral. D'autre part, tous les professionnels de santé pouvant pratiquer cet acte doivent signer une convention avec un établissement de santé « hôpital ou clinique ayant une activité d'orthogénie et un service d'urgence gynécologique ouvert sans interruption ».

En Île-de-France, le Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO)⁹ propose des formations théoriques pour les médecins généralistes et sage-femmes dans le but de pouvoir réaliser des IVG par la suite.

Du côté des établissements de santé, la loi Aubry-Guigou (2001) prévoit que tout établissement public ayant des lits pour l'obstétrique ou la chirurgie doit pouvoir réaliser des IVG. En Île-de-France, dans le cadre du projet FRIDA¹⁰ porté par l'ARS en 2013, et visant à réduire les inégalités d'accès à l'IVG, un ratio de 20 IVG pour 100 accouchements avait été recommandé afin d'inciter les établissements avec un service de gynécologie-obstétrique à offrir un accès suffisant à l'IVG.

En 2017, les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont montré que huit établissements comptaient plus de 500 accouchements sans aucune IVG. Trois de ces huit établissements ont des maternités de type 1, trois autres de type 2A, un de type 2B et un de type 3. La proportionnalité de l'activité orthogénie/obstétrique (ratio IVG/naissances) est donc très variable d'un établissement à l'autre.

Poids des acteurs politiques

Cet accès hétérogène pourrait être également attribué aux moyens financiers donnés par les acteurs publics. En 2019, plusieurs antennes départementales du Planning familial avaient dénoncé d'importantes baisses des subventions en Auvergne-Rhône-Alpes : 30% en moins de subventions de l'Etat, versée par la Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité. Cette diminution a représenté 43 438 euros pour une année, l'équivalent d'un poste à temps plein d'après le Planning familial du Rhône¹¹.

La faible valorisation de l'acte médical par les pouvoirs publics peut également être perçue comme un mauvais signal. L'IVG instrumentale est remboursée par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire variable de 463,25 euros à 664,05 euros en fonction de l'établissement de santé (hôpital ou clinique) ou encore du type d'anesthésie (locale ou générale). Le coût d'une IVG médicamenteuse en établissement de santé est remboursé par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire fixé à 282,91 euros. En ville, la rémunération forfaitaire d'une IVG médicamenteuse représente entre 187,92 euros et 193,16 euros.

Offre du choix de la méthode

Au-delà de l'accès à une porte d'entrée IVG, la possibilité d'accéder aux deux méthodes selon un libre choix éclairé par la femme n'est pas totalement garantie.

La Haute Autorité de la Santé (HAS) recommande la méthode médicamenteuse avant 9 semaines d'aménorrhée en ville comme en établissement de santé mais « dans tous les cas où cela est possible, la femme doit pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que la méthode d'anesthésie, locale ou générale. »¹².

Ce fait est confirmé par la législation avec l'article L2212-1 de la loi de mars 2022 inscrit dans le code de la santé publique assurant que « toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir une librement »¹³.

Plusieurs alertes sont émises sur cette difficulté à offrir ce choix éclairé quant à la méthode.

Le réseau régional de périnatalité du Grand-Est dénonce que 80 % des IVG dans la région sont réalisées par méthode médicamenteuse en 2021 (contre 76% au niveau national) et 20% par méthode instrumentale. Dans son plan d'accès à l'IVG Grand-Est 2021-2023, la coordination périnatalité Grand-Est écrit que « *certaines médecins ne souhaitent pas faire d'IVG instrumentale ou appliquent tout simplement la clause de conscience pour la réalisation des IVG instrumentales au-delà d'un certain âge gestationnel* »¹⁴ imposant ainsi une expulsion par méthode médicamenteuse aux femmes après un certain âge gestationnel. Or, lorsque que la méthode d'IVG est choisie par la femme, le vécu de l'IVG n'en est alors que meilleur¹⁵.

Parcours IVG

Le parcours IVG vient également se confronter à d'autres obstacles comme l'aspect financier. Si l'IVG est bien prise en charge à 100% avec une dispense totale d'avance de frais, certains actes associés, tels que l'échographie ou l'analyse de biologie médicale, peuvent faire l'objet de dépassements d'honoraires non remboursés par l'Assurance Maladie.

Les mutuelles et complémentaires santé prennent en charge souvent ces dépassements d'honoraires. Or, toutes les femmes ne disposent pas de cette couverture supplémentaire et se voient donc dans l'obligation de financer une part de leur IVG. Les femmes en situation de précarité plus particulièrement, peuvent ainsi rencontrer des problèmes à financer ce reste à charge illégal.

Toujours sur ce même constat, l'accès à l'entretien psycho-social préalable à l'IVG ou encore à l'entretien post-IVG facultatif pour les majeures donnent lieu à des inégalités.

En effet, même si seul l'entretien préalable est obligatoire pour les mineures, la loi précise que l'entretien post-IVG doit obligatoirement être proposé à toutes les femmes quel que soit leur âge. Cet entretien facultatif avant et/ou après l'intervention est un moment d'échange et d'expression pour les femmes qui le souhaitent. Bien que les textes prévoient que l'accompagnement soit proposé à toutes les femmes, la réalité est différente.

Selon un rapport de la DREES (2009), environ un tiers des établissements propose systématiquement l'entretien pré-IVG au sein de l'établissement et 5 % des établissements le proposent hors de l'établissement. Concernant l'entretien post-IVG, les chiffres tombent à 16 % des établissements proposant systématiquement un entretien dans l'établissement, et 3 % en dehors de l'établissement¹⁶.

La question de l'accompagnement est d'autant plus primordiale pour les femmes en situation de précarité avec des parcours de santé plus instables. Elles sont souvent moins informées sur leurs droits¹⁷. Elles se rendent moins fréquemment chez le médecin et ont plus difficilement accès aux informations relatives à la santé sexuelle. Ces entretiens pourraient donc être pour ces femmes l'occasion d'aborder notamment ces questions.

Au-delà de l'impact de leur classe sociale dans leur parcours d'IVG, les femmes peuvent également faire face à une clause de conscience. D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins : « *La clause de conscience, c'est (...) le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais que (le médecin) estimait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.* ».

Mais cette clause de conscience à l'IVG est double, puisqu'elle est portée à la fois par le code de déontologie médicale¹⁸ : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* » et le code de la santé publique¹⁹ : « *Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention (...) Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux* ».

Seules trois situations sont concernées par cette double clause de conscience : les recherches sur les embryons et cellules souches, la contraception définitive (stérilisation) et l'IVG. L'existence de cette clause spécifique illustre la difficulté de la société à se détacher d'une vision paternaliste du corps de la femme. Une autre interprétation que ne partage pas l'auteurice de la thèse fait valoir que la clause de conscience prend en compte en bon droit l'éthique des professionnels de santé pour éviter des éventuelles tensions sociétales.

1 : Protocole (matériel et méthode)

La question principale de ce travail de recherche porte sur les déterminants à l'accès à l'IVG sur un territoire défini : la région Île-de-France, et ce à l'échelle départementale. Il existe en Île-de-France 8 départements :

- Paris (75)
- Seine-et-Marne (77)
- Yvelines (78)
- Essonne (91)
- Hauts-de-Seine (92)
- Seine-Saint-Denis (93)
- Val-de-Marne (94)
- Val d'Oise (95)

Existe-t-il une variabilité dans l'accessibilité géographique à l'IVG en Île-de-France à l'échelle départementale ? Quels sont les déterminants pouvant expliquer une hétérogénéité dans le recours à l'IVG ?

1.1 Structure de l'étude

L'étude est une étude observationnelle descriptive, analytique et rétrospective sur la période du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021.

Le choix de l'année 2021 s'explique par la disponibilité des données concernant l'IVG en Île-de-France nécessaire à la réalisation de cette étude.

1.1.1 Objectif primaire

L'objectif primaire est de décrire l'accessibilité géographique de l'IVG par département francilien sur l'année 2021. Le critère de jugement en rapport avec cet objectif est la description par département du nombre de portes d'entrée à l'IVG, et du nombre d'IVG réalisées, au total et selon la méthode et type de portes d'entrée d'IVG.

Afin d'évaluer l'accessibilité géographique à l'IVG, il a fallu obtenir par département, le nombre de professionnels et établissements s'étant identifiés comme pratiquant l'IVG médicamenteuse et/ou instrumentale. Une porte d'entrée à l'IVG correspond à un professionnel médical libéral, un centre de santé, un centre de santé sexuelle ou un établissement de santé (public ou privé).

1.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont d'une part de déterminer les variations départementales du recours à l'IVG, d'autre part, d'étudier les facteurs pouvant expliquer les variations géographiques de recours. Le critère de jugement en rapport avec la description du recours est le nombre d'IVG domiciliées, et le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné (IVG et naissances vivantes).

1.1.3 Population

La population cible est celle des femmes en âge de procréer de la région Île-de-France soit de 15 à 49 ans.

1.2 Déroulement de l'étude

1.2.1 Partie réglementaire

Pour ce travail de recherche d'ordre quantitatif par des données toutes anonymisées disponibles par sources d'open-data ou par convention, il n'a pas été nécessaire de valider la démarche de recherche par le comité d'éthique ou encore la commission nationale de l'informatique et des libertés.

1.2.2 Recueil de données

Plusieurs sources de données ont été mobilisées. Tout d'abord, des sources bibliographiques ont été sollicitées pour étoffer ce travail de recherche. Cette recherche bibliographique a été effectuée à l'aide de la base de données informatique Pubmed. Les mots clés suivants ont été choisis : abortion, induced abortion, unintended, unplanned, undesired and unwanted pregnancy, termination of pregnancy, risk factors. Seules ont été retenues les publications de langue anglaise et française.

Concernant les professionnels médicaux de ville pratiquant l'IVG en 2021, les données relatives au nombre de portes d'entrée d'IVG en ville ou à la quantité d'IVG médicamenteuses réalisées en 2021 ont été identifiées à travers les forfaits « IVG médicamenteuses honoraires de ville » remboursés en 2021 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). En effet, une convention a été signée en février 2022 entre le Professeur Marc Dommergues (directeur de thèse), le service d'Etudes d'Analyses et Statistiques de la Direction Régionale du Service Médical d'Île-de-France (branche de l'Assurance Maladie) et moi-même afin d'obtenir quatre types de données : le nombre de professionnels en ville ayant pratiqué l'IVG en Île-de-France en 2021, la quantité des IVG médicamenteuses réalisées par département grâce aux remboursements des forfaits « IVG médicamenteuses honoraires de ville », le nombre de moyens contraceptifs remboursés pour toutes les femmes par département en 2021, le nombre de moyens contraceptifs remboursés pour les femmes ayant eu recours à une IVG en 2021.

Pour compléter les données concernant la pratique de l'IVG en ville, d'autres sources de données ont été croisées. Tout d'abord, la plateforme de répertoire de professionnels de santé appelée Doctolib qui permet l'identification des professionnels médicaux pratiquant l'IVG par trois intitulés de motifs de consultation possibles : « accompagnement interruption volontaire de grossesse (IVG) », « interruption volontaire de grossesse (IVG) médicale et chirurgicale » et « interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ».

L'autre source est celle des conventions signées auprès du REVHO jusqu'en décembre 2021, par un professionnel médical en ville pratiquant l'IVG.

Cette source de données a également permis d'avoir les adresses des signataires ce qui a facilité le travail de cartographie par la suite.

Ainsi avec ces deux dernières sources (doctolib, REVHO) par département en 2021 :

- 212 portes d'entrée en ville identifiées à Paris comme pouvant pratiquer l'IVG
- 37 portes d'entrée en ville identifiées en Seine-et-Marne
- 14 portes d'entrée en ville identifiées en Yvelines
- 56 portes d'entrée en ville identifiées en Essonne
- 74 portes d'entrée en ville identifiées en Hauts-de-Seine
- 113 portes d'entrée en ville identifiées en Seine-Saint-Denis
- 64 portes d'entrée en ville identifiées en Val-de-Marne
- 37 portes d'entrée en ville identifiées en Val d'Oise

Concernant les établissements de santé (publics et privés) pratiquant les IVG, le nombre de portes d'entrée et leur activité en IVG toutes méthodes confondues ont pu être identifiés par plusieurs sources : la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), le réseau de périnatalité ARS Île-de-France et la DREES. Ces données sont construites à partir du PMSI pour tous les établissements publics, privés à but lucratif ou d'intérêt collectif (ESPIC).

Plusieurs sources d'open-data ont été également utilisés pour ce travail de recherche : l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) notamment pour les données démographiques, la DREES, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et le ministère de l'Intérieur. Certaines données utilisées de l'INSEE datent de 2019, étant les plus récentes rendues publiques.

Enfin, les données concernant les budgets des conseils départementaux sont publiquement disponibles sur leur site internet respectif à travers le compte administratif public de 2021.

1.3 Méthode d'analyse et littérature

1.3.1 Identification d'un modèle d'accès aux soins

L'accès aux soins est une obligation légale : « *l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé* »²⁰ et donc un enjeu majeur pour les politiques publiques de santé.

Afin d'étudier l'accès à l'IVG dans ce travail de recherche, plusieurs modèles d'accès aux soins ont été étudiés afin de trouver un cadre conceptuel autour duquel travailler.

Cet accès aux soins est très souvent analysé par le prisme de l'accessibilité géographique des soins en France. A titre d'exemple, un indicateur a été développé par la DREES, appelé accessibilité potentielle localisée²¹ (APL) afin de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande à un niveau géographique fin. Pour illustrer la tension entre offre et demande, l'APL intègre aussi le niveau d'activité des médecins (nombre de consultations) ainsi que la consommation de soins en fonction de l'âge des habitants. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée au professionnel médical s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. En moyenne, un habitant bénéficie de 3,8 consultations par an en France et la nouvelle méthodologie validée par la DREES considère qu'une offre médicale est qualifiée « insuffisante » dès lors qu'elle est inférieure à 2,5 consultations par an par habitant.

Pour ce travail de recherche, le cadre conceptuel choisi a été celui développé par Monsieur Mamadou KEITA, doctorant en géographie de la santé dans son travail de recherche : « Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits modernes dans le district de Bamako »²² (2018).

Figure 4 : Modèle d'accès aux soins de santé selon M. KEITA



Conception et Réalisation: KEITA M. ESO - Rennes

Source : Mamadou KEITA, *Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits modernes dans le district de Bamako, 2018*

Suite à une prise de contact par mail, un entretien par visioconférence a été réalisé le 17 janvier 2023 avec Monsieur KEITA afin de discuter en détail de son modèle et de son application à mon sujet de thèse.

Son modèle décrit 5 catégories :

- Facteurs prédisposants
- Facteurs de capacité
- Représentation de la maladie
- Connaissance et perception de l'offre
- Accessibilité géographique

1.3.2 Accessibilité géographique

Le travail de recherche se déroule en 2 parties. La première partie se concentre sur une description spécifique de l'accessibilité géographique à l'IVG dans chaque département francilien selon plusieurs facteurs :

- Répartition géographique des points d'entrée et leur pondération selon l'activité représentée par le nombre d'IVG réalisées
- Etude de l'offre en IVG selon la méthode et le type de porte d'entrée
- Répartition géographique des portes d'entrée d'IVG en parallèle de l'APL pour étudier la question de la démographie médicale
- Etude de l'offre en IVG en parallèle de l'offre obstétricale par département
- Répartition géographique des portes d'entrée d'IVG en parallèle avec la population représentée par les Îlots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS) ; l'IRIS correspondant à un découpage infracommunal en « quartiers » de 2 000 habitants, pour toutes les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants.

En termes de sémantique, le terme « *porte d'entrée d'IVG* » désigne un établissement public ou privé, et en ville : un professionnel médical libéral (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue médical, gynécologue obstétricien), un centre de santé, un centre de santé sexuelle ou PMI, s'étant identifiés comme ayant pratiqué l'IVG en 2021. La distinction de plusieurs portes d'entrée d'IVG au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé ou d'un centre de santé sexuelle par la présence de plusieurs praticiens exerçant les IVG n'a pas pu être faite. Un établissement de santé, un centre de santé et un centre de santé sexuelle représentent donc chacun une porte d'entrée d'IVG.

Nous sommes partis de l'hypothèse que le lieu de réalisation de l'IVG reflète l'offre sur le département étudié « IVG réalisée » et que le lieu de résidence de la femme ayant recours à une IVG reflète la demande dans le département de résidence « IVG domiciliée ». Cette hypothèse sera également utilisée pour évaluer l'offre et la demande obstétricale par le nombre de naissances. En effet, la demande est définie par la quantité de services demandés par la population cible et l'offre par la quantité de services prêts à être produits.

L'IVG étant une possibilité d'un chemin comportant plusieurs issues, les différences de recours à l'IVG entre différents territoires peuvent refléter non seulement des disparités dans l'accessibilité géographique mais aussi dans les pratiques contraceptives ou encore des représentations différentes vis-à-vis de la norme procréative induites par une influence culturelle, sociale et/ou économique de chaque population cible.

La seconde partie de ce travail de recherche se concentre sur les autres catégories du modèle choisi, et décrites ci-dessous, avec comme critère de jugement le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné. Ce critère a été préféré à celui du taux de recours à l'IVG car comme énoncé ci-dessus, un taux de recours définit une consommation de soins au sein d'une population et donc une finalité. Ce que nous cherchons à étudier, ce sont les déterminants autour de la décision de recourir à un avortement face à une grossesse.

1.3.3 Facteurs prédisposants

Dans la thèse, l'âge de la population cible a été lissé devant l'absence de données précises en pourcentage par tranche d'âge entre 15-49 ans des femmes par département.

Depuis les années 90, les taux de recours à l'IVG ont augmenté notablement chez les jeunes femmes, particulièrement chez les moins de 25 ans. L'augmentation des taux de recours à l'IVG dans cette tranche d'âge se justifierait d'une part par un refus de plus en plus marqué des grossesses non prévues et par un report des naissances (et donc des grossesses) à des âges plus élevés, lié au recul de l'âge du premier enfant²³.

1.3.4 Facteurs de capacité

1.3.4.1 *Ressources financières*

Il apparaît dans la littérature que les femmes ayant eu recours à l'IVG sont issues de milieux plutôt modestes²⁴. En effet, un rapport de la DREES (2020) décrit que « *les 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes inférieur de 11 points à celui des 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles. (..) les femmes dont le niveau de vie est classé parmi les 10 % les moins élevés ont une probabilité de recourir à l'IVG dans l'année supérieure de 40 % à celle des femmes ayant un niveau de vie médian. »*

Plusieurs indicateurs ont été envisagés dans ce travail de recherche pour étudier à l'échelle d'un département les ressources financières de la population comme déterminants possibles du taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné en Île-de-France. Trois ont été retenus : le revenu de vie médian des ménages (2019), part d'allocataires du Revenu Solidarité Active (RSA) en 2021 et le taux de pauvreté de la population du département étudié (2019).

1.3.4.2 *Tarif du soin*

L'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait. Cette prise en charge est assortie d'une dispense totale d'avance de frais (tiers-payant) pour toutes les femmes majeures assurées sociales ; les femmes mineures qui sont ayant-droit d'un assuré social ou d'une assurée sociale et pour les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État²⁵ (AME). Le forfait « IVG médicamenteuses honoraires de ville » ne comprend pas la première consultation médicale préalable ni les actes complémentaires (échographies, analyses biologiques) pouvant être le lieu de dépassements d'honoraires. Aucun indicateur n'a été sélectionné pour cette sous-catégorie.

1.3.4.3 *Vulnérabilité physique et psychique*

Plusieurs profils de vulnérabilité ont été identifiés dans la littérature comme étant un déterminant possible au recours à l'IVG voire au recours répété : sans domiciles fixes, femmes issues d'un parcours migratoire, personnes handicapées, femmes victimes de violences.

Tout d'abord, la violence conjugale est un facteur de risque avéré de grossesse non prévue²⁶ de par la notion de coercition reproductive. Cette notion se réfère à des comportements de contrôle ou de force commis par un partenaire dans le but d'interférer ou d'orienter la trajectoire contraceptive et reproductive de l'autre partenaire.

Le parcours migratoire peut également influencer le recours à l'IVG, notamment de manière répétée. Une étude aux Pays-Bas (2008) a montré que les femmes migrantes, en particulier celles d'origine caribéenne (du Surinam ou des Antilles néerlandaises) étaient plus susceptibles d'avoir des avortements répétés²⁷. Même constat aux Etats-Unis avec la population noire ou hispanique associée à des grossesses non prévues²⁸ et donc à des avortements plus fréquents. Des études ont émis l'hypothèse de connaissances limitées et

d'une opposition vis-à-vis des moyens contraceptifs au sein de cette population spécifique, probablement en raison de facteurs socioculturels²⁹.

Plusieurs indicateurs ont été envisagés dans ce travail de recherche pour étudier la vulnérabilité physique et psychique comme déterminant sur le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné en Île-de-France. Deux ont été retenus selon la fiabilité et la disponibilité des données : femmes âgées de 20 ans ou plus victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de police et de gendarmerie en 2020 et le taux de victimes sexuelles hors cadre familial en 2021 pour 1000 habitants.

1.3.4.4 *Education*

Le niveau scolaire semblerait influencer le recours à l'IVG, les IVG étant significativement plus fréquents chez les femmes plus jeunes ayant un faible niveau d'instruction³⁰. Toutefois, il a été également montré dans la littérature que des mécanismes sociaux peuvent agir différemment dans la logique décisionnelle en matière d'avortement.

Ainsi, les femmes sans perspective de réussite sociale à travers des études, décident plus souvent de poursuivre une grossesse non prévue initialement. Ce choix pourrait être une manière pour certaines d'entre elles d'acquérir une identité sociale. À l'opposé, les femmes qui ont la possibilité de se projeter dans un avenir professionnel à travers un parcours scolaire auront davantage recours à l'IVG. Ainsi, d'après l'enquête de cohorte sur la contraception³¹ (2000-2004) dite COCON, les femmes de moins de 25 ans ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat recouraient davantage à l'avortement en cas de grossesse non prévue, que celle ayant un diplôme inférieur au baccalauréat et encore moins pour celles n'ayant aucun diplôme.

Plusieurs indicateurs ont été envisagés dans ce travail de recherche pour étudier l'éducation comme déterminant sur le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné en Île-de-France. Un a été retenu selon la fiabilité et la disponibilité des données : part des femmes de 15 ans ou plus sans diplôme ou certificat d'études primaires en 2019 (absence de données pour 2021)

Un autre indicateur a été choisi également pour étudier l'ensemble des facteurs de capacité : l'indice de développement humain (IDH) dit « potentiel ». Cet indice a été conçu par le Programme des Nations Unies pour le Développement afin d'apprécier la fragilité socio-économique d'un territoire. Il est calculé avec 3 critères : richesse monétaire (Produit intérieur brut par habitant), éducation (taux d'alphabétisation) et santé (espérance de vie à la naissance). Il correspond ainsi à la racine cubique de la multiplication des trois sous-indices relatifs à la santé, l'éducation et le revenu, compris entre 0 (développement humain « nul ») et 1 (développement humain maximal).

Cet indice a été remodelé pour ce travail de recherche pour être adapté à l'échelle départementale. Ainsi, les indicateurs choisis sont : l'espérance de vie à la naissance des femmes, part des femmes de 15 ans ou plus avec diplôme ou certificat d'études primaires en 2019, et la médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation en 2021. Cet indice sera appelé IDH adapté.

Méthodes de calcul :

Espérance de vie à la naissance des femmes (indicateur *lvie*) :

$[\textit{lvie}$ du département - \textit{lvie} min] / [\textit{lvie} max - \textit{lvie} min] ; avec \textit{lvie} max à 85 ans et \textit{lvie} min à 20 ans selon les dernières recommandations des organisations monétaires internationales

Education (indicateur *léducation*) :

$[\textit{léducation}$ du département - $\textit{léducation}$ min] / [$\textit{léducation}$ max - $\textit{léducation}$ min] ; avec $\textit{léducation}$ max à 100 % et $\textit{léducation}$ min à 0 % selon les dernières recommandations des organisations monétaires internationales

Richesse monétaire (indicateur *lrevenu*) :

$[\textit{lrevenu}$ du département - $\textit{lrevenu}$ min] / [$\textit{lrevenu}$ max - $\textit{lrevenu}$ min] ; avec $\textit{lrevenu}$ max à 75000 euros et $\textit{lrevenu}$ min à 100 euros selon les dernières recommandations des organisations monétaires internationales

La définition des valeurs minimales (\textit{lvie} min, $\textit{léducation}$ min, $\textit{lrevenu}$ min) et maximales (\textit{lvie} max, $\textit{léducation}$ max, $\textit{lrevenu}$ max) pour le calcul des sous-indices se réfère à la plus récente méthode de calcul (2017)

Figure 5 : Formule de calcul de l'IDH

$$\text{IDH} = \sqrt[3]{I_{\text{vie}} \times I_{\text{éducation}} \times I_{\text{revenu}}}$$

Source : Wikipédia

1.3.5 Connaissance et perception de l'offre

1.3.5.1 *Accès à l'information sur les portes d'entrée d'IVG*

En Île-de-France, plusieurs annuaires de professionnels identifiés comme pratiquant l'IVG existent. Tout d'abord, l'annuaire le plus connu est Doctolib, qui est un site de gestion des rendez-vous pour les professionnels de santé avec la possibilité de filtrer la demande selon la localisation ou encore le motif de consultation. Un autre annuaire dédié exclusivement aux professionnels de santé en ville et établissements de santé pratiquant les IVG a été créé en 2013 par le REVHO avec le soutien de l'ARS Île-de-France. Il s'appelle IVG les adresses³². Ce type de répertoire a été rendu obligatoire pour toutes les ARS en février 2022 avec la loi Gaillot.

Une comparaison entre les portes d'entrées identifiables sur les annuaires de professionnels et le nombre réel de praticiens en ville ayant pratiqué l'IVG en 2021 sera réalisée et constituera l'indicateur de l'information disponible.

1.3.5.2 Achats de moyens contraceptifs

D'après une enquête IVG de la DREES (2007), 7 IVG sur 10 sont réalisées dans le cadre d'un moyen contraceptif déjà présent.

Tableau 1 : Situation contraceptive avant l'IVG

Situation contraceptive avant l'IVG	%
Pas de contraception	35,9
DIU, implant	1,7
Patch/anneau vaginal	0,8
Pilule	26,7
Préservatif	15,9
Autres méthodes barrières ou naturelles	17,8
Contraception d'urgence	1,2

Source : DREES, enquête IVG, 2007

La cause principale à cette grossesse non prévue sous méthode contraceptive est attribuée à une erreur d'utilisation de leur méthode : 92 % des utilisatrices de pilule disent avoir oublié au moins une fois leur comprimé ou ont temporairement arrêté de la prendre dans le mois où elles sont devenues enceintes ou encore 84 % des utilisatrices de préservatifs attribuent leur grossesse à un glissement ou un déchirement du préservatif.

L'étude COCON de 2004 souligne que l'accès global à la contraception n'est plus socialement déterminé à l'inverse de la situation connue dans les années 80. Cependant, Nathalie Bajos, sociologue-démographe, directrice de recherche à l'INSERM et autrice de plusieurs articles scientifiques autour de la santé sexuelle, décrit une « norme contraceptive » ancrée en France qui se déclinerait sous deux volets : d'une part le devoir d'avoir recours à une contraception si l'on ne veut pas d'enfant séparant ainsi la sexualité et la procréation, d'autre part le besoin d'adapter sa contraception selon sa situation personnelle. D'après la HAS, cette « norme » ne s'adapte pas aux disparités de conditions de vie socio-économiques, affectives et sexuelles des femmes en France. Ce manque de souplesse face aux pratiques contraceptives selon le stade de vie des femmes a encouragé des campagnes nationales d'information (« *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* » 2007) mais aussi la recommandation aux professionnels de santé de réévaluer la méthode contraceptive à chaque renouvellement de prescription.

Si l'IVG correspond à une opportunité d'aborder les méthodes contraceptives, il semble qu'une femme sur cinq (18,7 %) signale toujours l'absence d'informations sur la contraception dans le contexte de sa prise en charge pour une IVG et près d'une femme sur quatre (22,9 %) finisse le parcours sans prescription contraceptive³³. Ce constat peut traduire une absence d'homogénéisation des pratiques médicales, ayant pour conséquence un accès inégal aux différentes méthodes en fonction du professionnel médical prescripteur et donc à une fréquence stable des grossesses non prévues malgré une très bonne couverture contraceptive dans le pays. Ce constat fait suspecter que les femmes n'ont pas complètement le contrôle de leur propre contraception.

Plusieurs indicateurs ont été évoqués pour étudier l'influence du recours à des méthodes contraceptives dans le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné, et deux ont été choisis : le taux de recours à un contraceptif remboursé par département en 2021 et le taux de recours à un contraceptif remboursé après une IVG. Ces valeurs ont été calculées à travers les données émises par le Service Etudes Analyses et Statistiques (EAS) de la Direction Régionale du Service Médical d'Île De France de l'Assurance Maladie.

1.3.6 Représentation de l'IVG

Peu d'études dans la littérature évoquent cette catégorie de déterminants.

La représentation des professionnels de santé pourrait être approchée par la clause de conscience.

La représentation de la société pourrait être approchée par les représentations du public autour de l'IVG à l'origine d'une stigmatisation pouvant influencer les femmes face à la manière d'avoir recours à l'IVG. Certaines femmes peuvent privilégier d'avorter auprès d'un professionnel de santé en ville pour une meilleure confidentialité ce qui aurait amené dans les Antilles française, certains praticiens en ville à effectuer des aspirations à leur cabinet malgré l'interdiction légale³⁴.

La représentation du « patient » peut être dessinée par le capital informationnel acquis, sa religion ou encore sa culture.

La représentation de l'IVG par les autorités publiques pourrait être approchée par les différents cadres législatifs protégeant ce droit à l'IVG ou encore les moyens financiers pour garantir un accès équitable pour toutes les femmes. L'accès protégé aux pilules abortives est un déterminant à l'accès à l'IVG. Au printemps 2023, la pénurie, dénoncée les organisations féministes et les professionnels médicaux et confirmée par l'Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament³⁵, a mis en lumière la vulnérabilité de cet accès face au monopole de la production du misoprostol aux laboratoires Norgine et Nordic Pharma. Le Haut-Conseil à l'Égalité Homme Femme alertait déjà en 2020 en demandant une production publique pour garantir l'accès à ces produits³⁶. La détermination politique à garantir ce droit à l'IVG passe également par la sécurisation de la production des pilules abortives.

La représentation de l'IVG par les autorités publiques pourrait être également approchée par le capital informationnel donné à la population cible à travers des structures, comme les centres de santé sexuelle gérés par le conseil départemental depuis 1983 anciennement appelés Centres de Planification familiale et d'Éducation familiale (CPEF). Cette gestion est intégrée dans le service de Protection maternelle et infantile (PMI) qui a été créé initialement en 1945 dans le but de réduire la mortalité infantile et la morbidité périnatale. La loi n°89-899 du 18 décembre 1989³⁷ a élargi les missions de la PMI pour une prise en charge globale pré et post-natale en y intégrant les missions des CPEF : Informations, éducation, consultations contraception, dépistage des infections sexuellement transmissibles, IVG médicamenteuses. Financés par le Conseil départemental, les centres de santé sexuelle sont gérés soit par cette collectivité directement, soit par délégation par un hôpital ou une commune.

Nous avons fait l'hypothèse que le budget alloué (dépenses et investissements) pour la PMI et la planification familiale par les départements témoignerait de l'engagement des élus locaux dans les politiques de santé sexuelle et reproductive. Aucune précision sur la nature des structures bénéficiaires du budget alloué a été donné dans les comptes publics étudiés.

En effet, ce constat est expliqué d'après l'Inspection générales des affaires sociales dans un rapport de juin 2011 par l'« invisibilité institutionnelle » de la planification familiale rattachée juridiquement à la PMI ne permettant pas de ce fait, un budget individualisé pour cette activité spécifique. Aujourd'hui, peu de départements semblent être capables d'estimer le coût de cette mission au sein de la PMI.

Le coût de la planification familiale représenterait moins de 10% de l'ensemble des dépenses de PMI des départements d'après ce même rapport de l'IGAS de juin 2011.

Figure 6 : Missions du service de la Protection Maternelle Infantile



Figure. Missions du service de Protection maternelle et infantile (PMI).
MST : maladies sexuellement transmissibles ; IVG : interruption volontaire de grossesse. © Service de PMI de Paris

Source : Service de mairie de Paris, 2021

La comparaison budgétaire peut être faite par département mais également par couleur politique. En effet, si on se réfère au parti politique du président du conseil départemental sur le mandat 2015-2021 avant l'élection de 2021 :

- Paris - Parti Socialiste (Anne Hidalgo). Depuis le 1er janvier 2019, la Ville de Paris et le conseil départemental constituent ensemble une unique collectivité territoriale.
- Seine-et-Marne : Les Républicains (Jean-François Parigi)
- Yvelines : Les Républicains (Pierre Bédier)
- Essonne : Les Républicains (François Durovray)
- Hauts-de-Seine : Les Républicains (Georges Siffredi)
- Seine-Saint-Denis : Parti Socialiste (Stéphane Troussel)
- Val-de-Marne : Parti Communiste (Christian Favier)
- Val-d'Oise : Les Républicains (Marie-Christine Cavecchi)

Ainsi, trois conseils départementaux sont identifiés comme de gauche (Parti Socialiste et Parti Communiste) : Paris, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne, et cinq comme de droite (Les Républicains) : Hauts-de-Seine, Yvelines, Essonne, Val-d'Oise et la Seine-et-Marne.

Le taux d'offre effective (rapport du nombre d'IVG réalisées dans le département sur le nombre de femmes en âge de procréer, pour 1000 femmes) et le budget alloué à la PMI et planification familiale, entre groupes de départements étiquetés de gauche et de droite seront étudiés et comparés.

En 2021 en Île-de-France, 7% des IVG toutes méthodes confondues ont été réalisés en centres de santé et CPEF.

1.4 Statistiques

Dans la première partie de la thèse, le logiciel de cartographie QGIS a été utilisé pour schématiser l'accessibilité géographique selon les indicateurs évoqués ci-dessus. Les coordonnées GPS de chaque porte d'entrée IVG en Île-de-France ont été utilisées pour les localiser.

Les variables quantitatives peuvent être des pourcentages ou des nombres décimaux arrondis au centième (millième pour le test de Pearson). Les données ont été recueillies à partir du logiciel Microsoft Excel.

Dans la seconde partie de la thèse, plusieurs tests statistiques paramétriques et non paramétriques ont été utilisés : la corrélation de Pearson dans le but d'évaluer la corrélation entre deux valeurs et le test de Wilcoxon - Mann Whitney pour comparer la médiane de deux échantillons indépendants non appariés de petite taille.

Des graphiques ont été réalisés avec Microsoft Excel afin d'illustrer la relation de corrélation entre deux variables considérées lors du test. Les points représentent chacun un département, tandis que la droite correspond à la droite d'une régression linéaire.

2 : Résultats

2.1 Description de l'offre de soins en IVG

La description de l'accessibilité géographique à l'IVG par département est la première étape de ce travail de recherche. Le taux d'IVG hors domiciliation en 2021 a été calculé par la DREES à partir des Groupes Homogènes de Malades d'IVG (14Z08Z) pour les IVG en établissements de santé (PMSI) et en ville (forfaits « IVG médicamenteuses honoraires de ville » remboursés).

Tableau 2 : Taux d'IVG hors département de domiciliation en 2021

	Taux d'IVG hors département de domiciliation en 2021 ¹ (%)
Paris - 75	11,0
Seine-et-Marne - 77	30,4
Yvelines - 78	32,1
Essonne - 91	28,7
Hauts-de-Seine - 92	69,1
Seine-Saint-Denis - 93	47,4
Val-de-Marne - 94	54,0
Val-d'Oise - 95	31,3
Île-de-France	2,7

¹ : lecture - 69,1 % des IVG des femmes domiciliées dans le département des Hauts-de-Seine ont été réalisées hors du département en 2021

A partir du taux d'IVG hors département de domiciliation, l'hypothèse d'une forte mobilité des femmes franciliennes est faite, notamment pour celles domiciliées dans trois départements : 92, 93, 94 où plus d'une femme sur deux réalise leur IVG hors de leur

département. Ces départements correspondent au territoire communément appelé la « petite couronne » ou « proche-couronne » de Paris.

La mobilité des femmes pour accéder à l'IVG est-elle expliquée par une accessibilité géographique hétérogène dans leur département ?

2.1.1 Etude de la répartition géographique des points d'entrée et de leur activité représentée par le nombre d'IVG réalisées

Tableau 3 : Offre de soins - Nombre d'IVG réalisées selon le département de réalisation en 2021

Département	Nombre d'IVG toutes méthodes confondues en établissements	Nombre d'IVG médicamenteuses en ville (libéral et centres de santé)	Total d'IVG réalisées
Paris - 75	6865	7407	14272
Seine-et-Marne - 77	2264	2868	5132
Yvelines - 78	2284	1109	3393
Essonne - 91	3349	1492	4841
Hauts-de-Seine - 92	4077	1785	5862
Seine-Saint-Denis - 93	5919	1731	7650
Val-de-Marne - 94	2603	2252	4855
Val-d'Oise - 95	3699	965	4664

En analysant l'offre en IVG, il est mis en évidence que les activités orthogéniques les plus intenses ont lieu, pour la plupart, dans les grandes structures hospitalières de Paris avec plus 1 IVG sur 5 réalisées.

Tableau 4 : Offre de soins - Nombre de portes d'entrée d'IVG par département en 2021 (m : médecins, sf : sage-femmes)

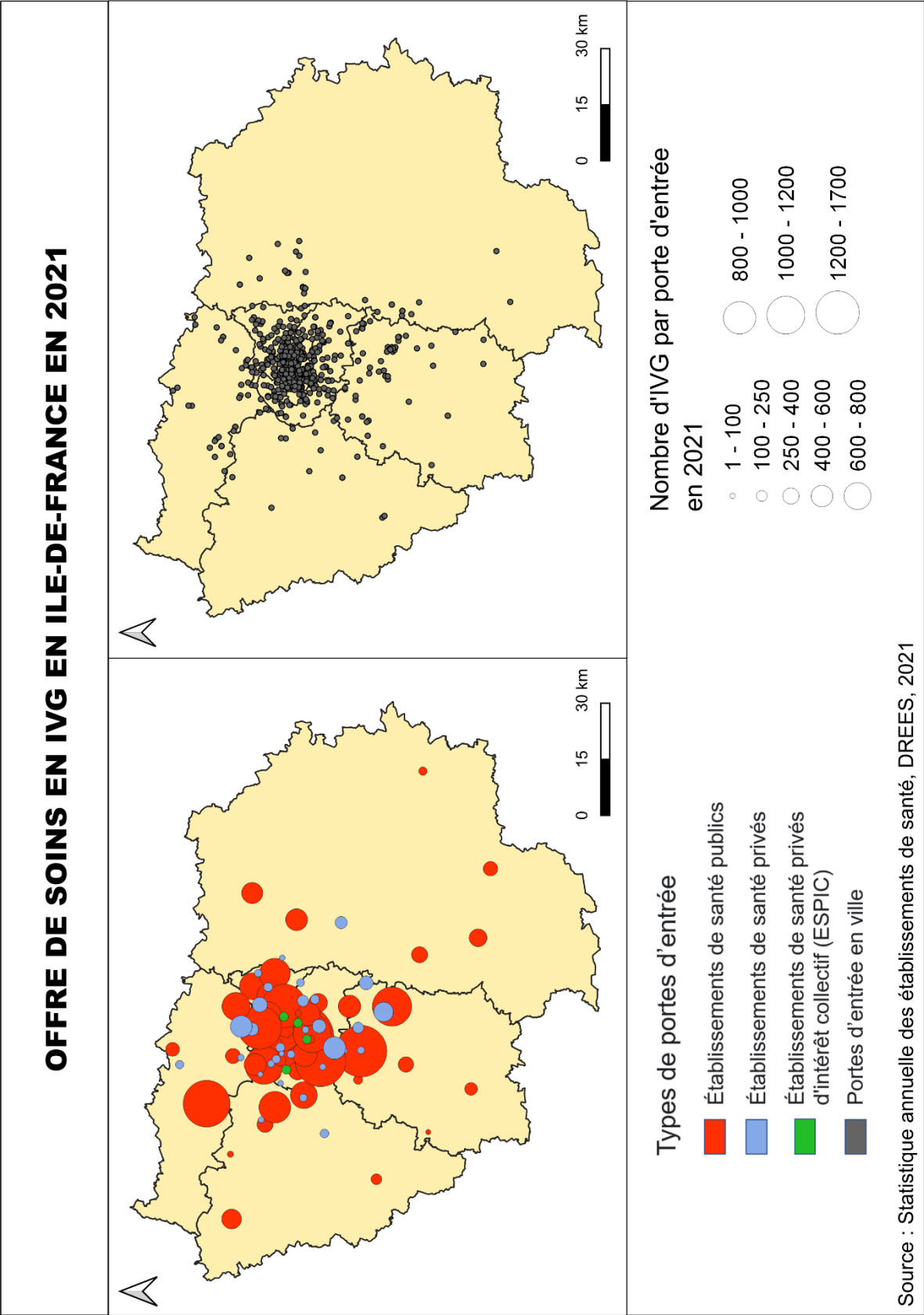
	Nombre d'établissements publics ayant réalisé au moins 1 IVG	Nombre d'établissements privés/ESPIC ayant réalisé au moins 1 IVG	Nombre de centres de santé ayant réalisé au moins 1 IVG ¹	Nombre de points d'entrée IVG en ville ayant pratiqué au moins 1 IVG ²	Nombre total de portes d'entrée d'IVG
Paris - 75	9	5 (1 > 50 IVG)	0	270 (224m+46sf)	284
Seine-et-Marne - 77	6 (5 > 50 IVG)	2 (1 > 50 IVG)	0	63 (45m+18sf)	71
Yvelines - 78	6 (5 > 50 IVG)	3 (0 > 50 IVG)	0	62 (47m+15sf)	71
Essonne - 91	6 (5 > 50 IVG)	6 (4 > 50 IVG)	0	81 (63m+18sf)	93
Hauts-de-Seine - 92	7	8 (2 > 50 IVG)	1 (0 > 50 IVG)	92 (71m+21sf)	108
Seine-Saint-Denis - 93	6	5 (3 > 50 IVG)	0	130 (102m+28sf)	141
Val-de-Marne - 94	5 (4 > 50 IVG)	4 (2 > 50 IVG)	1 (0 > 50 IVG)	86 (68m+18sf)	96
Val-d'Oise - 95	5	4 (1 > 50 IVG)	0	68 (44m+24sf)	77
Île-de-France	50	37	2	852	941

¹ : source : REVHO

² : données à partir des forfaits « IVG médicamenteuses honoraires de ville » remboursés en 2021

A partir des points GPS de chaque porte d'entrée identifiée dans les répertoires de professionnels, une série de cartes a pu être réalisée avec une pondération selon l'activité en 2021 (nombre d'IVG réalisées toutes méthodes confondues). Les portes d'entrée en ville ont toutes été pondérées à 70 IVG par an sur la base du rapport de la DREES publié en 2009³⁸.

Figure 7 : Offre de soins en IVG en Île-de-France en 2021



Premier constat, une concentration importante des portes d'entrée d'IVG est observée à Paris et sa petite couronne (départements 92,93,94) quel que soit le type de portes d'entrée. Cela correspond à une offre (exprimée par le nombre d'IVG selon le lieu de réalisation en 2021) plus importante avec plus de 6 IVG sur 10 réalisées dans ces 4 départements.

Le taux d'IVG hors domiciliation plus important dans la petite couronne de Paris ne semble pas s'expliquer par une offre insuffisante de portes d'entrée puisqu'au contraire, il existe une concentration importante des portes d'entrée tous types confondus sur ces territoires.

Par ailleurs, il est intéressant de décrire la répartition des portes d'entrée en ville. A Paris et petite couronne (Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Val de Marne), cette répartition est plutôt homogène sur chaque département. A l'inverse, les portes d'entrée d'IVG en ville des départements 77, 78, 91, 95 (grande couronne) semblent suivre la répartition des établissements de santé comme l'illustre l'exemple du CH de Gonesse (95) ou encore du CH Sud Francilien (91) avec une concentration plus marquée de portes d'entrée d'IVG en ville.

Figure 8 : Offre de soins en IVG à Paris en 2021

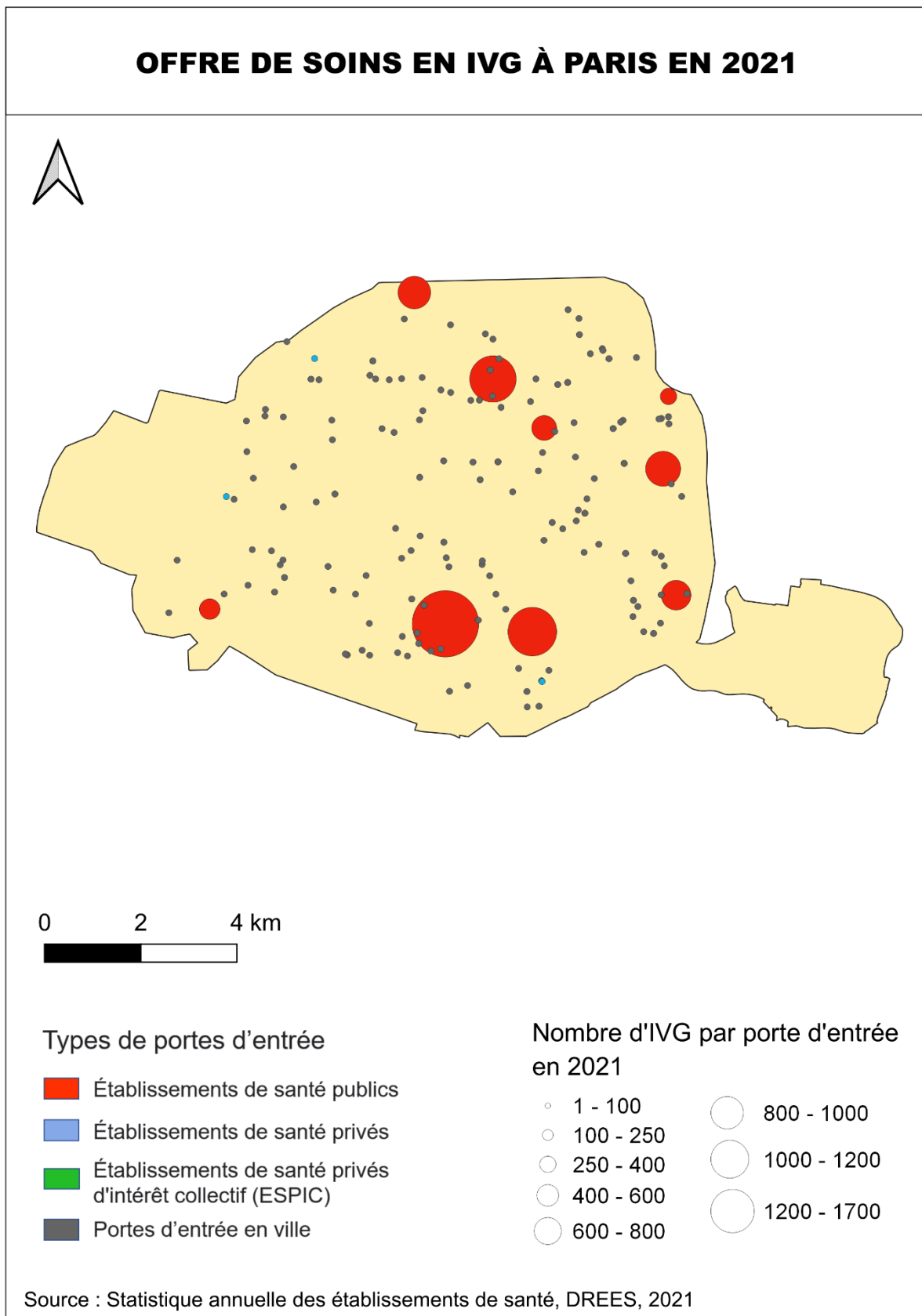


Figure 9 : Offre de soins en IVG en Seine-et-Marne en 2021

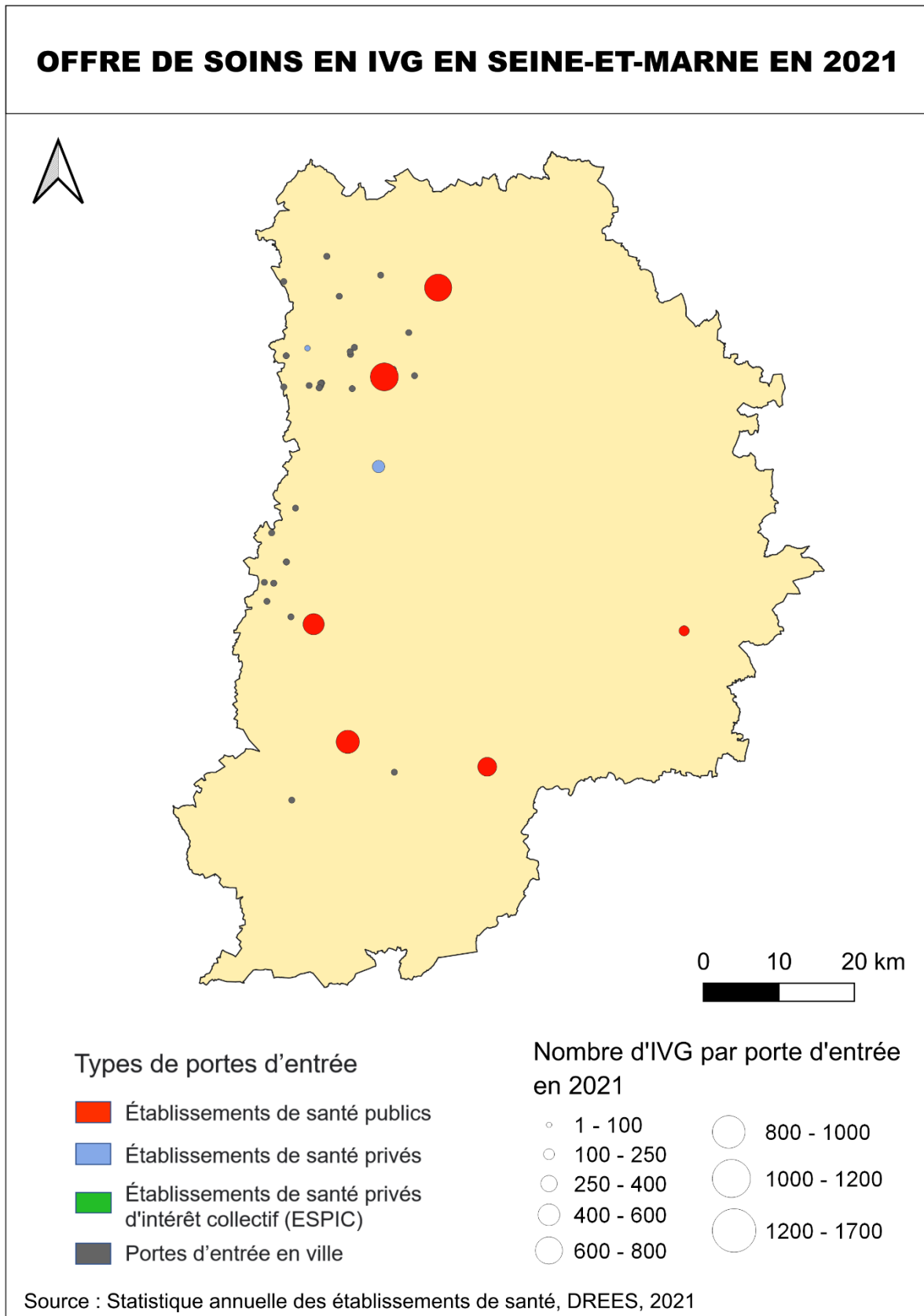


Figure 10 : Offre de soins en IVG dans les Yvelines en 2021

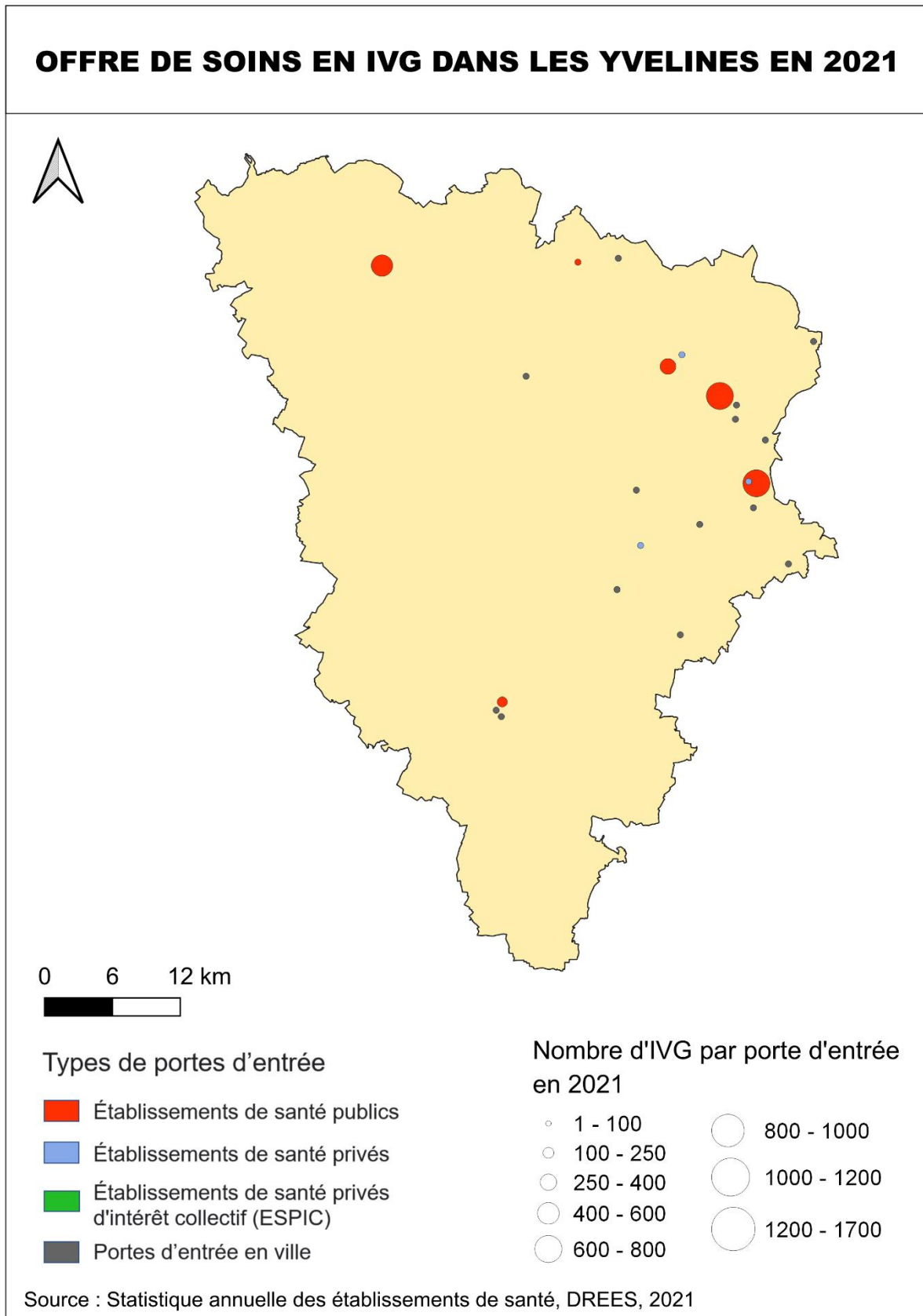


Figure 11 : Offre de soins en IVG en Essonne en 2021

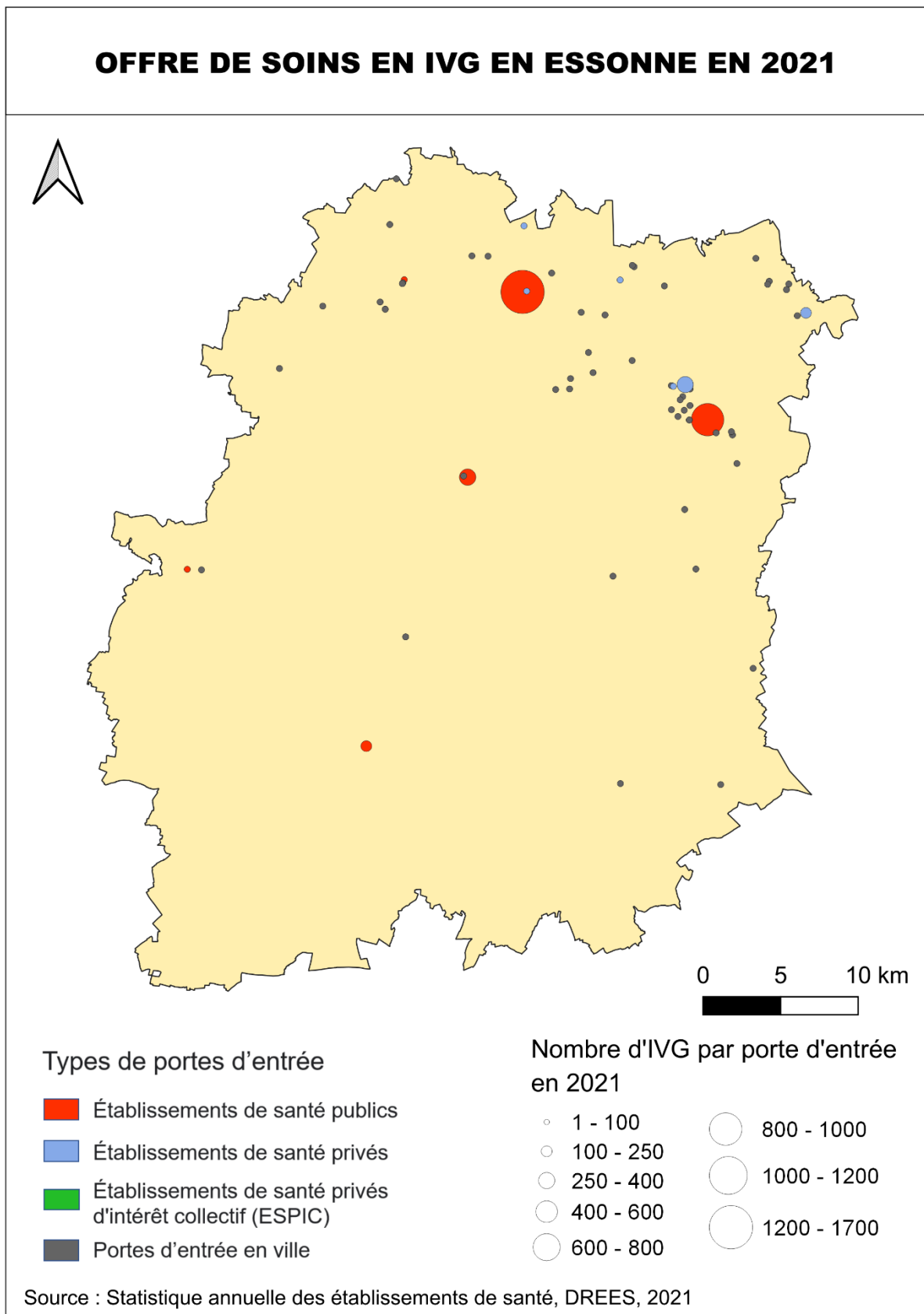


Figure 12 : Offre de soins en IVG en Hauts-de-Seine en 2021

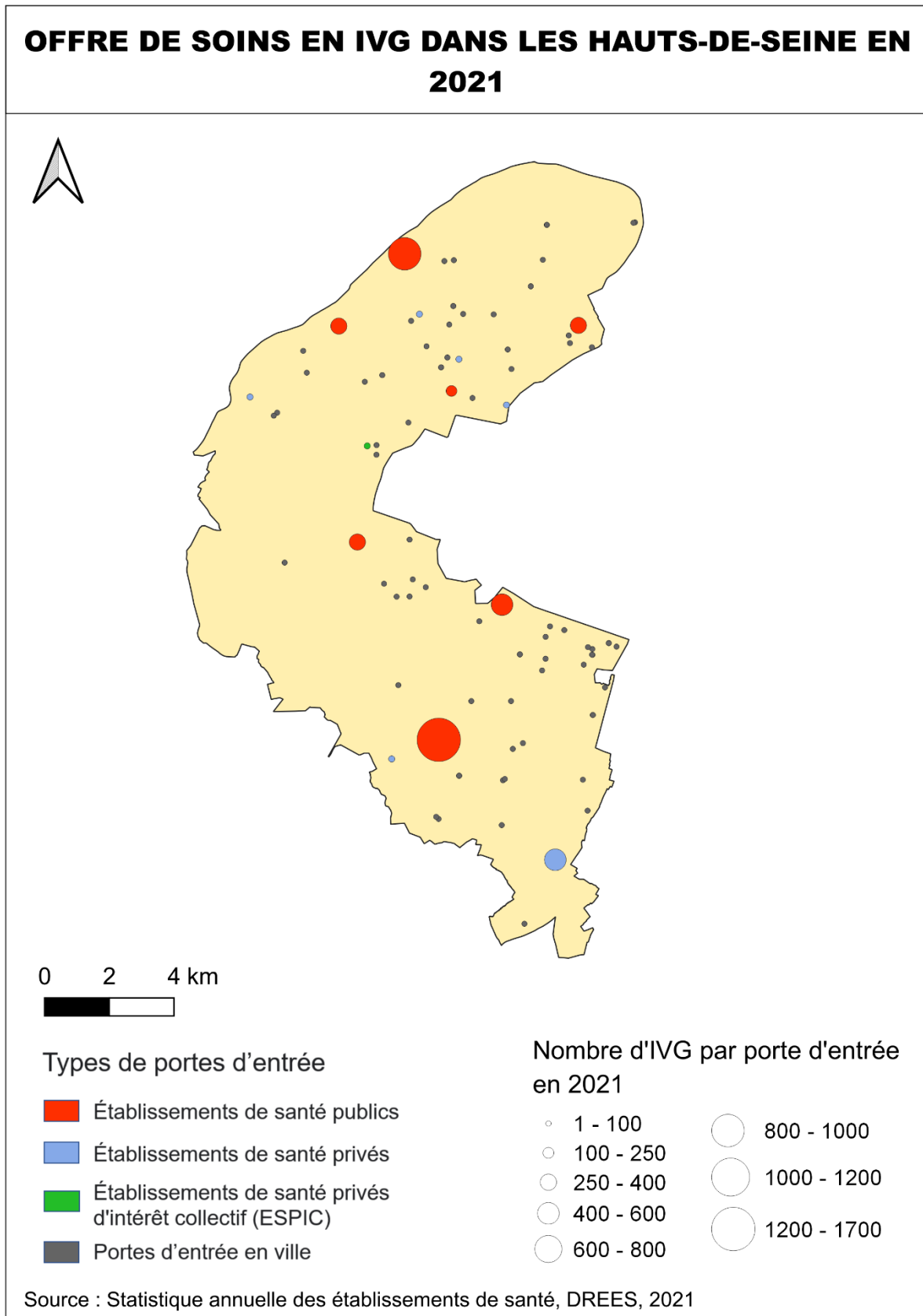


Figure 13 : Offre de soins en IVG en Seine-Saint-Denis en 2021

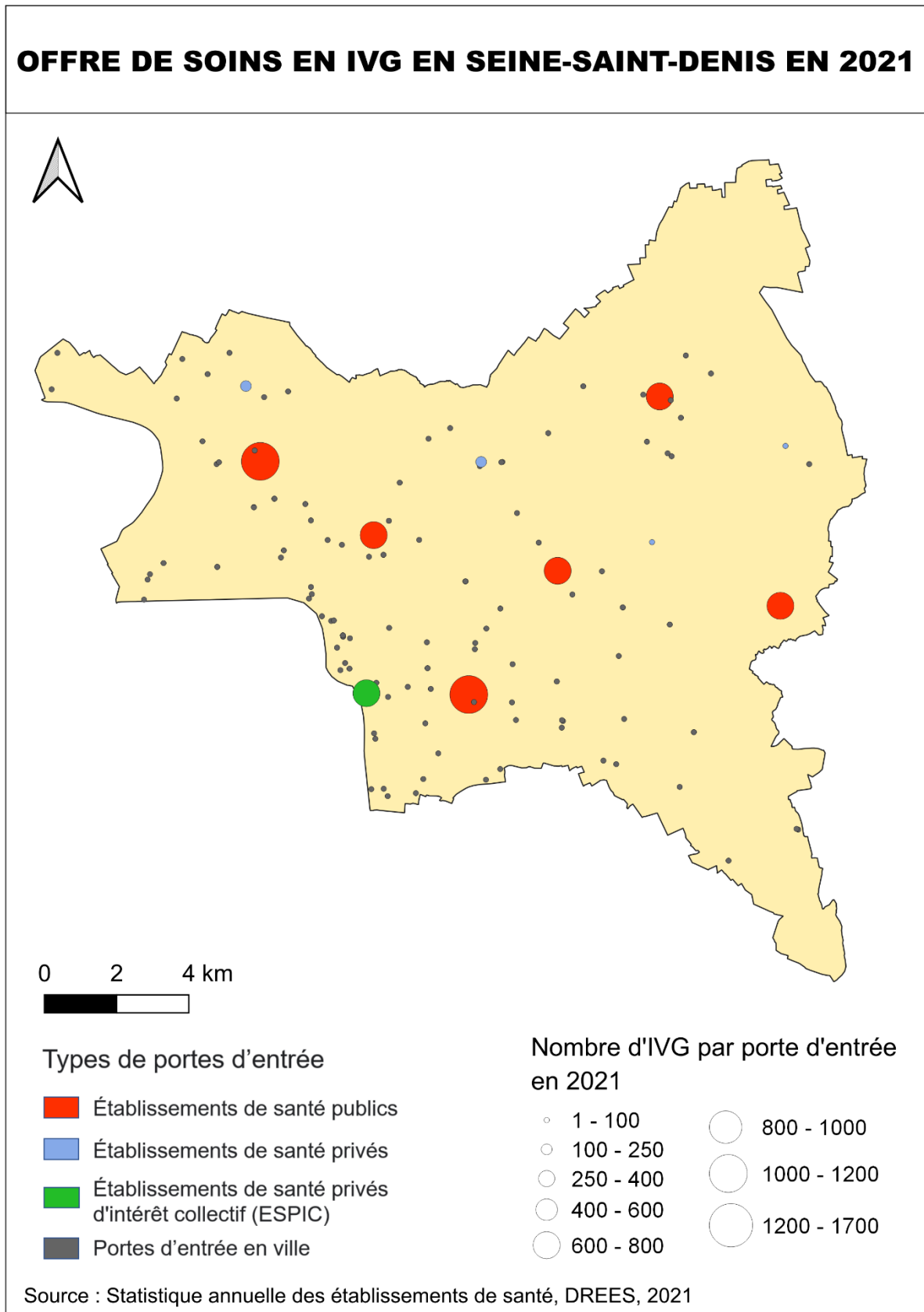


Figure 14 : Offre de soins en IVG en Val-de-Marne en 2021

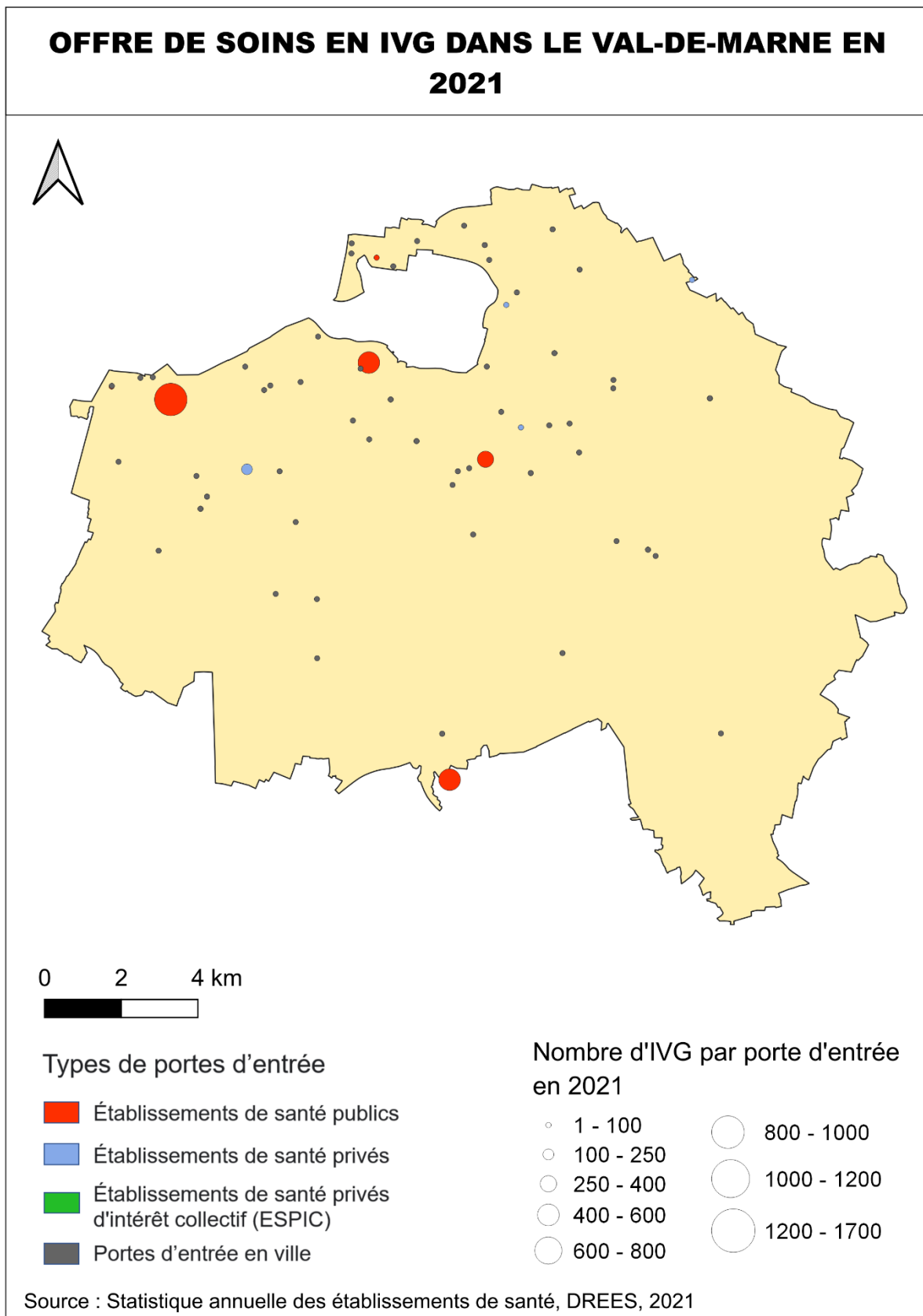
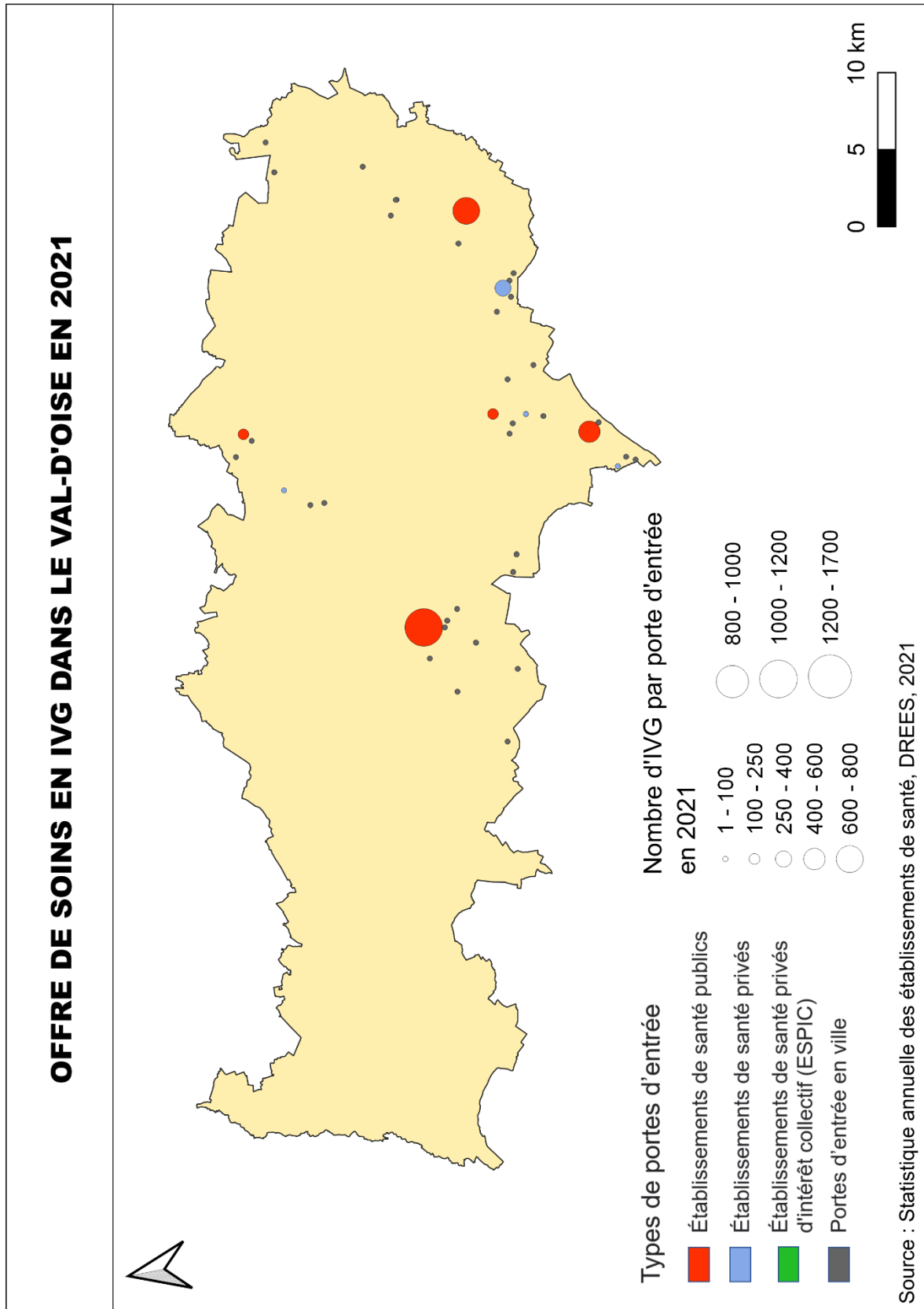


Figure 15 : Offre de soins en IVG dans le Val-d'Oise en 2021



2.1.2 Offre de soins en IVG par département selon la méthode utilisée et le type de portes d'entrée d'IVG

Une description de l'offre selon la méthode d'IVG et le type de portes d'entrée (ville ou établissement) par département a été réalisée à partir des données des tableaux 19 et 20 en annexe.

Figure 16 : L'offre de soins en IVG selon la méthode en Île-de-France et métropole en 2021

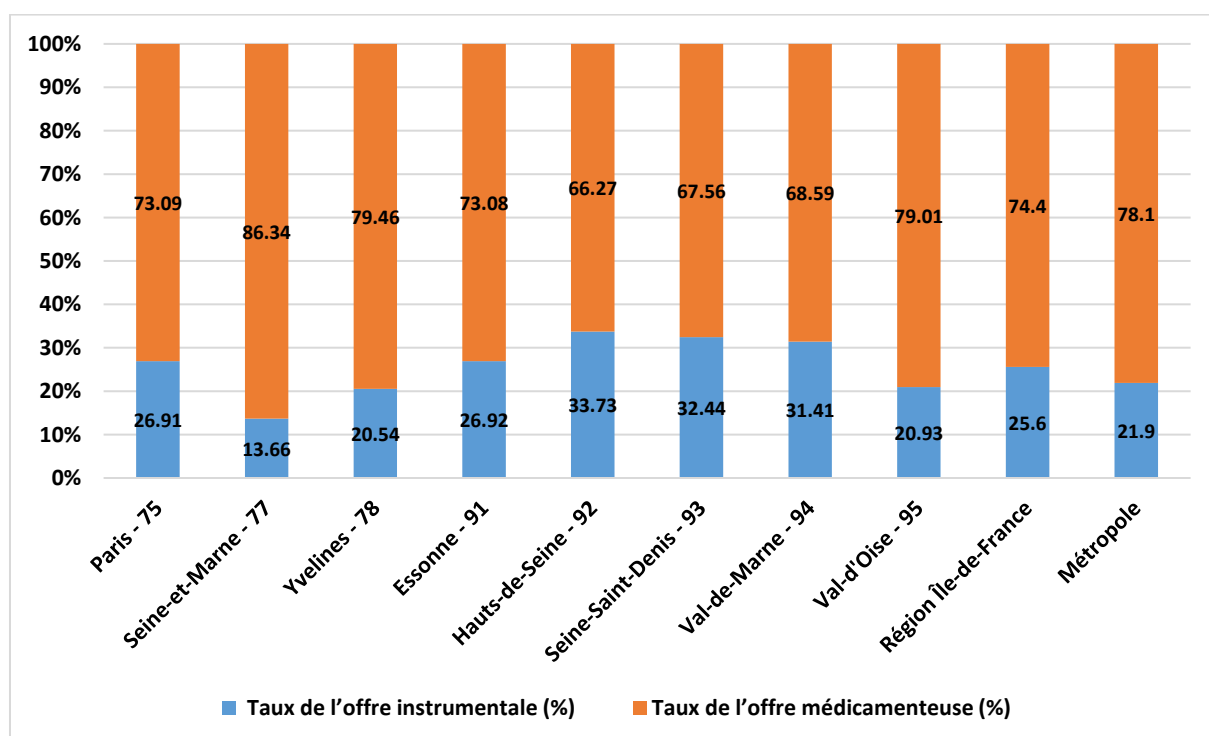
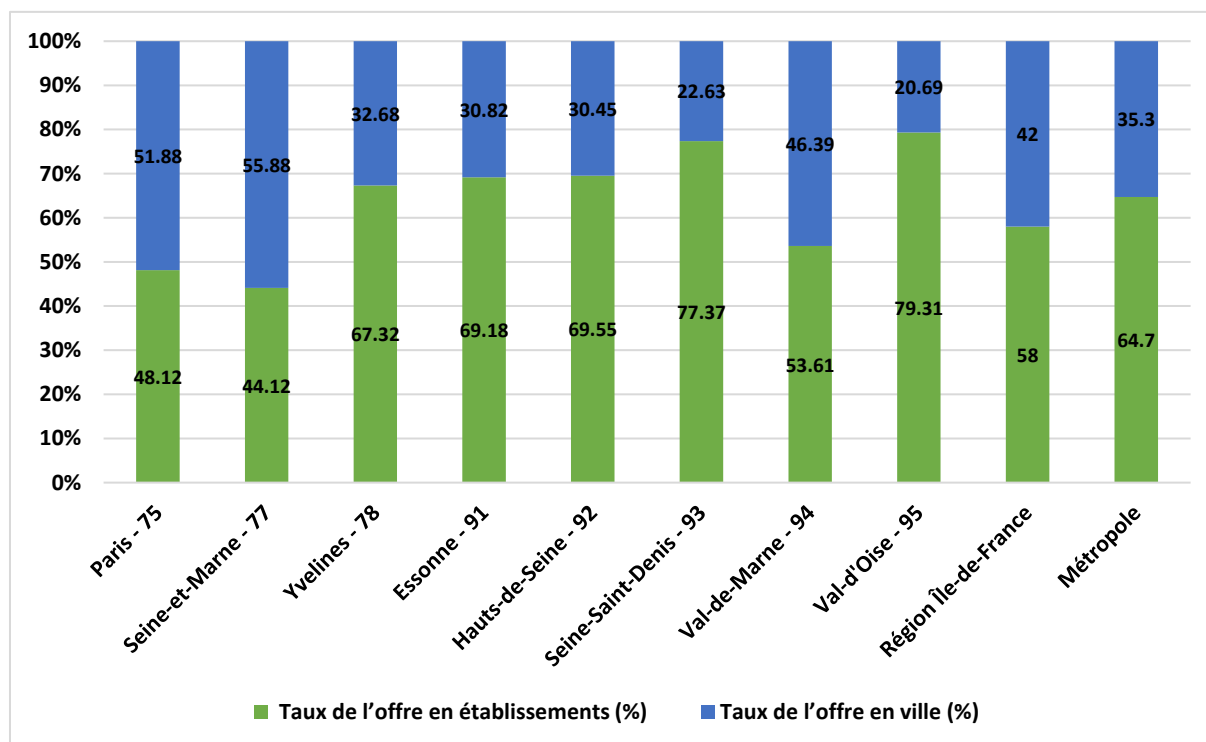


Figure 17 : L'offre de soins en IVG selon le type de porte d'entrée en Île-de-France et métropole en 2021



Au-delà de la concentration de l'offre globale à Paris déjà évoqué, l'offre en ville est beaucoup plus importante à Paris (51,88 %) que la moyenne régionale (35,3 %) expliquée par un maillage très serré de portes d'entrée d'IVG en ville. L'offre globale d'IVG médicamenteuse à Paris (73,09 %) reste quant à elle dans la moyenne régionale (74,4 %).

L'offre en Seine-et-Marne s'oriente davantage vers la méthode médicamenteuse par rapport aux autres départements avec la plus grande proportion d'IVG médicamenteuses (86,34 %). Cela peut s'expliquer par une offre en ville plus importante que dans le reste de la région (55,88 % du total de l'offre d'IVG). A contrario, l'offre en établissements a été la plus faible au niveau régional en 2021 (47%) expliquant ainsi une offre pour la méthode instrumentale également la plus faible de la région Île-de-France (13,66 %). L'activité des portes d'entrée d'IVG en ville (63 praticiens identifiées en 2021) pourrait donc être plus soutenue en Seine-et-Marne qu'ailleurs en Île-de-France pour compenser à une moindre offre dans les établissements de santé du département.

Dans les Yvelines, l'Essonne et le Val d'Oise, l'offre en méthode médicamenteuse (respectivement 79,46 %, 73,03 % et 79,01 %) suit la dynamique de la moyenne régionale (74,4 %). Cependant, l'offre en ville est plus importante dans les Yvelines (32,68%) et l'Essonne (30,42 %) que dans le Val d'Oise (20,69 %). Cela pourrait indiquer que, dans le Val d'Oise, la méthode médicamenteuse est davantage pratiquée en établissements de santé et que l'activité des portes d'entrée d'IVG en ville est moins importante que dans les Yvelines à portes d'entrée presque égale (tableau 4).

Pour les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis, les offres pour la méthode instrumentale sont les plus élevées de la région (respectivement 33,74 % et 32,44 %) au détriment de la méthode médicamenteuse. Dans le même sens, l'offre d'IVG en ville dans ces deux départements (30,45 % dans les Hauts-de-Seine et 22,63 % en Seine-Saint-Denis) est inférieure à la moyenne régionale et même nationale.

Le Val-de-Marne présente une offre plutôt équilibrée entre la ville (46,39 %) et les établissements de santé (53,61 %). Cependant, l'offre en méthode médicamenteuse a été l'une des moins importantes d'Île-de-France (68,59 %) en 2021. Ceci pourrait être expliqué par une part importante des IVG médicamenteuses réalisées en ville (tableau 19 - sur 3330 IVG médicamenteuses en ville, 2252 ont été réalisés en ville) et une activité davantage tournée vers la méthode instrumentale en établissements de santé.

2.1.3 Etude de la relation entre l'offre de soins en IVG et l'offre en médecine générale

Afin d'identifier les raisons de la répartition géographique des portes d'entrée, nous l'avons étudié en comparaison avec un indicateur de la démographie médicale : l'accessibilité potentielle localisée (APL) des médecins généralistes.

Cette description permet d'étudier l'éventuel lien géographique entre les portes d'entrée de soins ambulatoires primaires représentées par les médecins généralistes et les portes d'entrée d'IVG.

Figure 18 : Offre de soins en IVG et offre de soins en médecine générale en Île-de-France en 2021

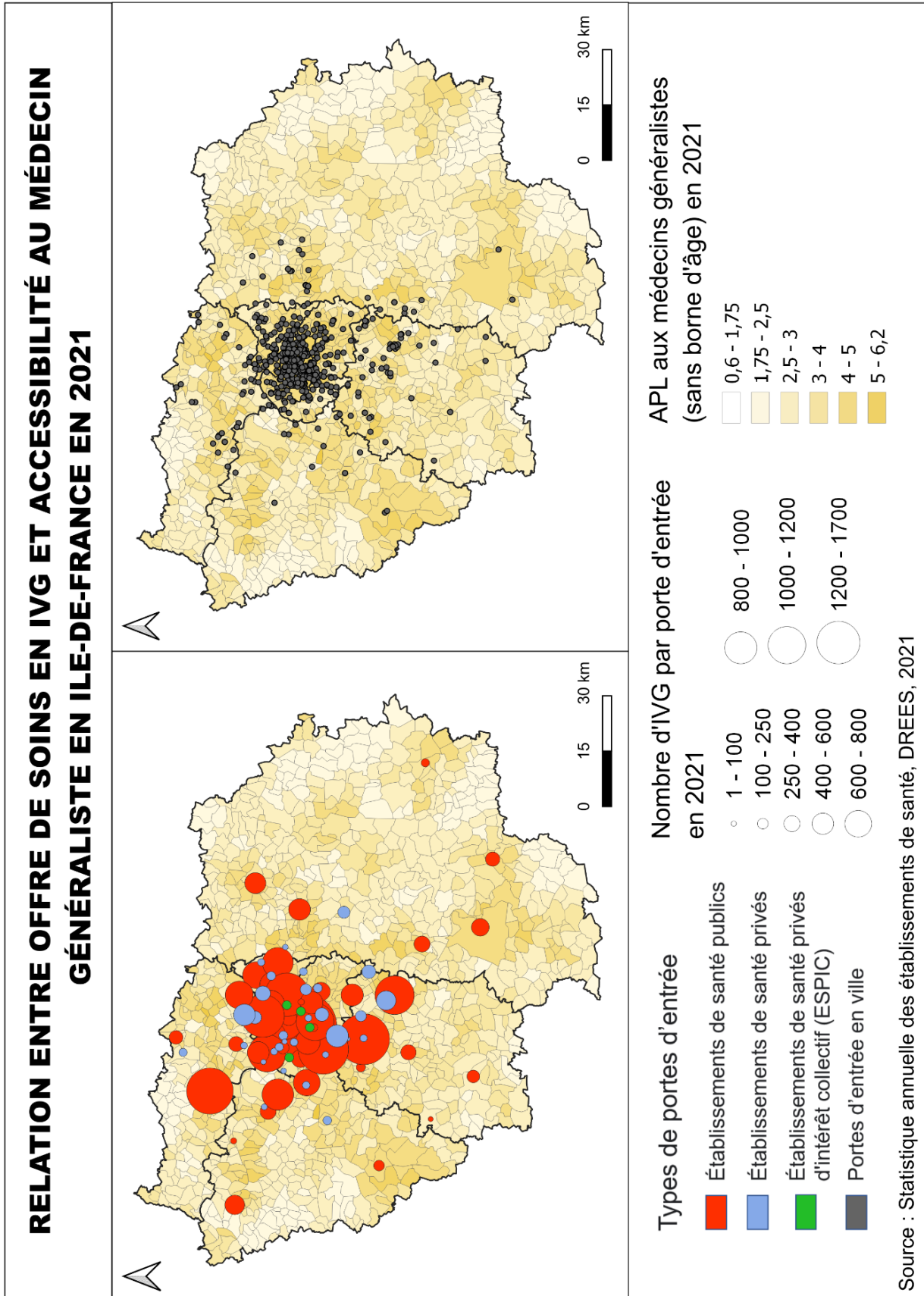
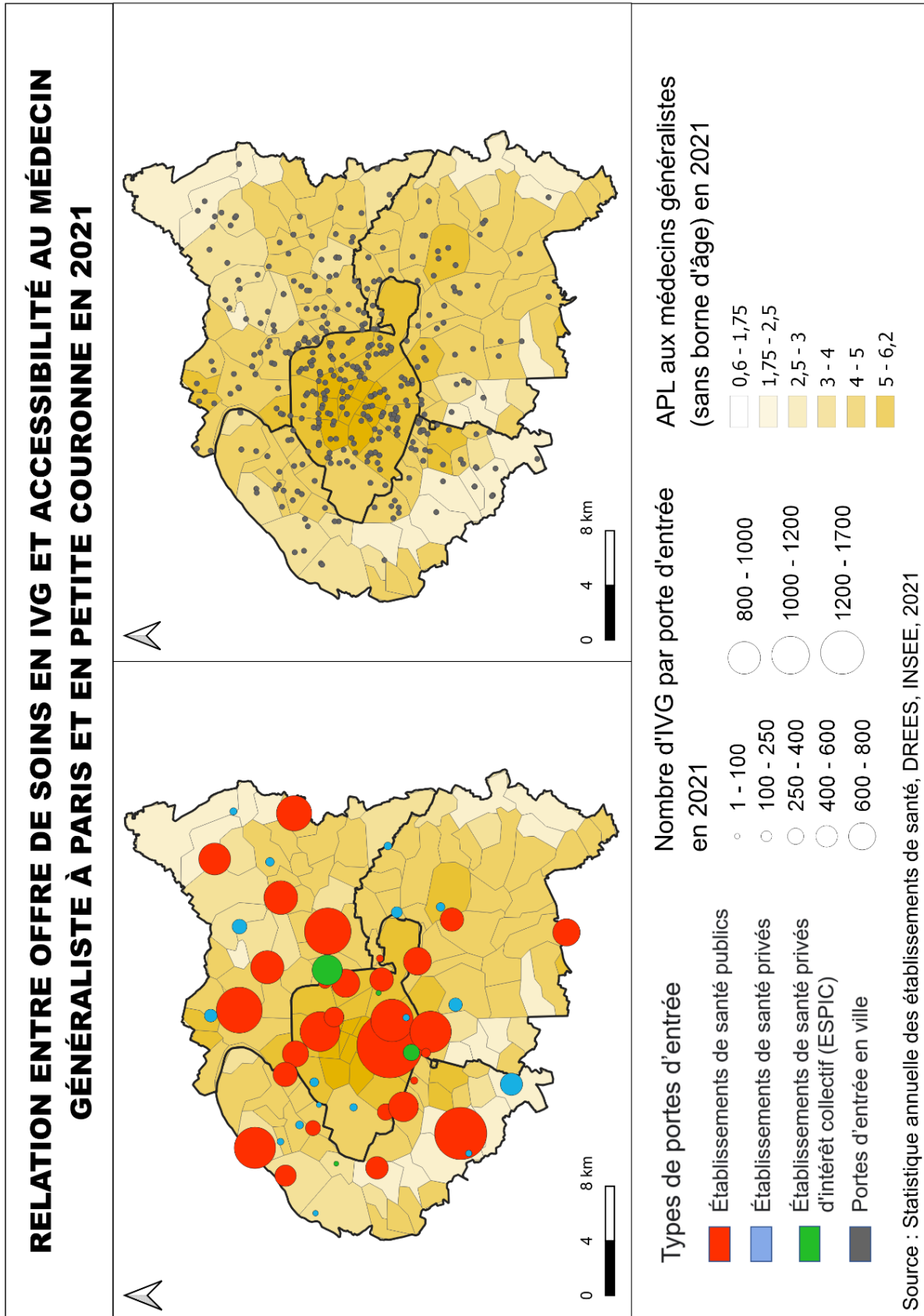


Figure 19 : Offre de soins en IVG et offre de soins de médecine générale à Paris et petite couronne en 2021



A Paris et en proche-couronne, l'accessibilité géographique à un médecin généraliste est importante avec des indicateurs APL majoritairement supérieurs à 4 consultations par an et par habitant. Elle chute en grande couronne avec des territoires présentant majoritairement un indicateur APL inférieur à 4 consultations par an et par habitant voire des zones étendues sous la barre critique de 2,5 consultations par an et par habitant.

Ce constat va dans le sens de la dynamique de la répartition des portes d'entrée d'IVG en ville. Plus l'accessibilité géographique à un médecin généraliste s'élève au-dessus du seuil critique de 2,5 consultations par an et par habitant, plus la probabilité de trouver une porte d'entrée IVG en ville semble augmenter. En effet, le médecin généraliste est le premier recours face à une demande d'avortement, et très souvent celui qui le pratiquera. Il est intéressant de soulever néanmoins certains îlots au sein de la grande couronne avec un indicateur APL entre 3 et 4 consultations par an et par habitant mais qui ne présente pas (ou peu) de portes d'entrée d'IVG en ville, et ce malgré la présence d'un établissement public de santé. Ces situations sont retrouvées autour du CH de Provins (77), du CH de Fontainebleau (77) ou encore du CH François Quesnay (78) (figure 18).

2.1.4 Etude de la relation entre l'offre de soins en IVG et l'offre obstétricale

L'offre de soins en IVG par département a été comparée à l'offre obstétricale. En effet, un ratio de 20 IVG pour 100 naissances avait été recommandé par l'ARS Île-de-France en 2017 afin de garantir un accès à l'IVG satisfaisant. Pour rappel, nous partons du postulat que le lieu de réalisation de l'IVG ou de la naissance reflète l'offre sur le département étudié.

Tableau 5 : Ratio IVG en 2021

Département	Total d'IVG selon le lieu de réalisation de l'IVG en 2021	Naissances vivantes enregistrées par département en 2021 ¹	Ratio IVG en 2021 ²
Paris - 75	14 272	41836	34,11
Seine-et-Marne - 77	5132	13920	36,87
Yvelines - 78	3393	15999	21,21
Essonne - 91	4841	14181	34,14
Hauts-de-Seine - 92	5862	24066	24,36
Seine-Saint-Denis - 93	7 650	20812	36,76
Val-de-Marne - 94	4855	19196	25,29
Val-d'Oise - 95	4664	19120	24,39

¹ : source - réseau de santé périnatalité d'Île-de-France

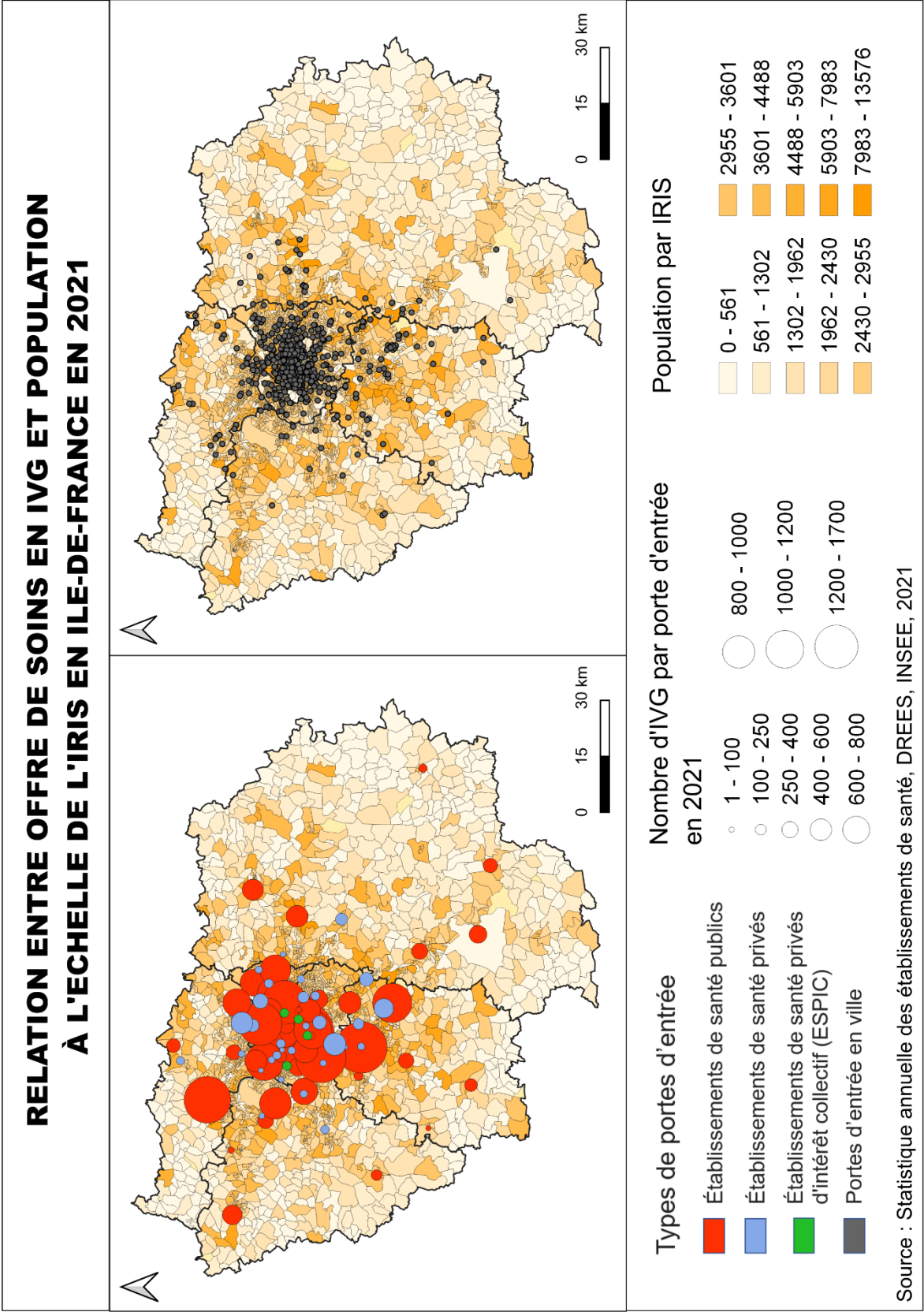
² : lecture – 34,11 IVG réalisées pour 100 naissances vivantes réalisées à Paris en 2021

Tout d'abord, le constat d'une centralisation de l'offre d'obstétricale au sein du département de Paris est identique à celui fait autour de l'offre d'IVG, avec 1 naissance francilienne sur 5 réalisée à Paris. Par ailleurs, le ratio IVG / naissances est supérieur à 20 IVG pour 100 naissances dans tous les départements franciliens en 2021. Ce ratio varie entre 21,21 IVG pour 100 naissances en Yvelines à 36,87 IVG pour 100 naissances en Seine-et-Marne.

2.1.5 Etude de la répartition géographique des portes d'entrée d'IVG avec la densité de la population à l'échelle de l'IRIS

La répartition géographique des portes d'entrée d'IVG est comparée à la densité de population à l'échelle des Îlots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS). Est-ce que la demande potentielle représentée par la population cible appelle l'offre ?

Figure 20 : Offre de soins en IVG et population à l'échelle de l'IRIS en Île-de-France en 2021



Là où la population potentiellement cible (femmes en âge de procréer) est élevée, les portes d'entrée d'IVG semblent être présentes. Cependant, il est intéressant de souligner encore une fois certains îlots d'importante population au sein de la grande couronne sans portes d'entrées d'IVG identifiées en ville (nord du Val d'Oise, nord des Yvelines, nord de la Seine-et-Marne et sud de l'Essonne). Certaines de ces zones présentent pourtant un établissement de santé à proximité (nord du Val d'Oise, nord des Yvelines).

Ainsi, est-ce que la demande potentielle représentée par la population cible est corrélée à l'offre géographique sur le département en 2021 ?

Pour la donnée « nombre de femmes en âge de procréer », elle a été calculée par département à partir des données de la DRESS de 2021. En effet, le dernier recensement public par tranches d'âge date de 2019. Les résultats retrouvés avec les chiffres de la DRESS, se rapprochent du dernier recensement avec une augmentation approximative de la population cible entre 30 000 et 70 000 selon le département.

Tableau 6 : Demande potentielle en IVG et offre géographique en 2021

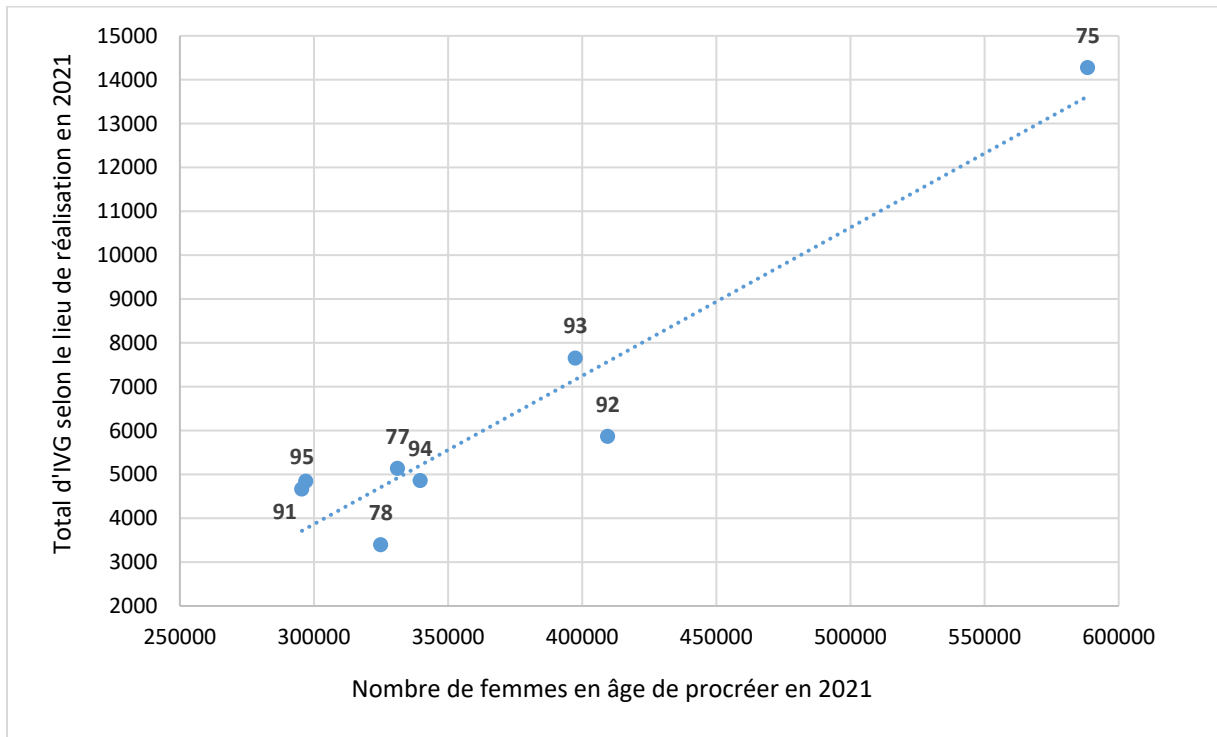
Département	Nombre de femmes en âge de procréer en 2021	Total d'IVG selon le lieu de réalisation de l'IVG en 2021
Paris - 75	588472	14272
Seine-et-Marne - 77	331174	5132
Yvelines - 78	324928	3393
Essonne - 91	296974	4841
Hauts-de-Seine - 92	409500	5862
Seine-Saint-Denis - 93	397466	7650
Val-de-Marne - 94	339628	4855
Val-d'Oise - 95	295492	4664

¹: lecture – 19,25 IVG sont réalisées en Seine-Saint-Denis pour 1000 femmes résidant dans ce département

Nous voulons savoir si la demande potentielle et l'offre sont des variables dépendantes. Pour cela, le test de corrélation de Pearson a été utilisé avec un seuil d'acceptation α d'erreur de type I fixé à 5% (intervalle de confiance : IC).

L'hypothèse nulle H_0 : les variables sont indépendantes, est rejetée si la p-value est inférieure à α .

Figure 21 : Etude de la corrélation entre la demande potentielle et l'offre géographique d'IVG



Test de corrélation de Pearson :

Coefficient Pearson-r	p-value	Intervalle de confiance à 95%
0.953	0.0003	[0.7564 ; 0.9917]

La p-value est inférieur à 5%. L'hypothèse nulle H_0 : les variables sont indépendantes, est rejetée. Les deux variables : la demande potentielle et l'offre géographique sont corrélées entre elles.

En conclusion, l'accessibilité géographique à l'IVG semble spécifique à chaque département, mais il ne suffit pas d'avoir accès à une porte d'entrée. Il est important également de considérer les facteurs qui influent sur la manière avec laquelle les femmes accèdent à l'IVG d'où la deuxième partie de cette thèse par l'étude de plusieurs indicateurs.

2.2 Description de la demande d'IVG

Nous avons approché la demande d'IVG par le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné (tableau 7) ; c'est-à-dire une grossesse aboutissant à une IVG soit le rapport du nombre total d'IVG des femmes résidant dans le département sur le nombre total de grossesses. Les grossesses correspondent ici aux IVG et naissances vivantes domiciliées.

Tableau 7 : Le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et taux de recours à l'IVG en 2021

Département	Nombre de grossesses (IVG et naissances) en 2021	Taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné ¹ (%)	Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2021 ² (‰)
Paris - 75	34672	25.63	15,3
Seine-et-Marne - 77	24905	26.06	19,6
Yvelines - 78	22934	19.84	14,0
Essonne - 91	24200	23.93	19,5
Hauts-de-Seine - 92	27012	21.22	14,0
Seine-Saint-Denis - 93	34866	25.19	22,1
Val-de-Marne - 94	25640	24.9	18,8
Val-d'Oise - 95	24942	22.88	19,3

¹ : lecture – 25,19 grossesses sur 100 finissent en IVG

² : lecture - 19,3 femmes sur 1000 résidant dans le département du Val d'Oise ont eu recours à l'IVG en 2021

Nous voulons savoir si pour les départements franciliens, le taux de grossesse aboutissant à une IVG évolue selon différents indicateurs et s'il existe une dépendance entre ces variables. Pour cela, le test de corrélation de Pearson a été utilisé pour chaque indicateur avec un seuil d'acceptation α d'erreur de type I fixé à 5% (intervalle de confiance : IC). L'hypothèse nulle H_0 : les variables sont indépendantes, est rejetée si la p-value est inférieure à α .

Tous les indicateurs choisis pour estimer la demande d'IVG sont à l'échelle de la population d'un département.

2.2.1 Facteurs de capacité

2.2.1.1 Ressources financières

La recherche d'une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les indicateurs suivants : revenu de vie médian des ménages en 2021, part d'allocataires du Revenu Solidarité Active (RSA) et le taux de pauvreté de la population a été réalisé sur l'échantillon de 8 départements. La définition du taux de pauvreté choisi est celle du seuil de pauvreté monétaire fixé à 60 % du niveau de vie médian. La part des allocataires du RSA a été calculé à partir du nombre d'allocataires (données : CAF) enregistrées en décembre 2021 par département. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle³⁹.

Tableau 8 : Indicateurs étudiés pour le facteur « les ressources financières »

Département	Taux de pauvreté de la population en 2019 (%)	Part des allocataires du RSA dans la population totale pouvant en bénéficier en 2021 (%)	Niveau de vie médian des ménages par an en 2019 (euros)
Paris - 75	15	4.4	28 570
Seine-et-Marne - 77	11.7	3.3	23 590
Yvelines - 78	9.9	2.7	26 970
Essonne - 91	13.3	3.4	24 010
Hauts-de-Seine - 92	11.9	2.9	28 310
Seine-Saint-Denis - 93	27.9	8.0	18 070
Val-de-Marne - 94	16.6	4.9	23 060
Val-d'Oise - 95	16.1	4.5	22 220

Test de corrélation de Pearson :

Indicateurs	Pearson-r	p-value
Taux de pauvreté de la population par département	0.452	0.261
Part d'allocataires du RSA	0.500	0.206
Niveau de vie médian des ménages	-0.416	0.297

En Île-de-France, malgré les grandes disparités en termes de ressources financières entre départements, il ne semble pas y avoir de corrélation avec le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné. Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les indicateurs choisis pour étudier les ressources financières.

2.2.1.2 Vulnérabilité psychique et physique

La recherche d'une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les indicateurs suivants : la part des femmes âgées de 20 ans ou plus victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de police et de gendarmerie en 2020 et le taux de victimes sexuelles hors cadre familial en 2021 pour 1000 habitants a été réalisé sur l'échantillon de 8 départements.

Tableau 9 : Indicateurs étudiés pour le facteur « Vulnérabilité psychique et physique »

Département	Taux de victimes sexuelles hors cadre familial en 2021 pour 1000 habitants	Femmes âgées de 20 ans ou plus victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de police et de gendarmerie en 2020 pour 1000 femmes
Paris - 75	1,80	3,6
Seine-et-Marne - 77	0,92	5,9
Yvelines - 78	0,97	6,2
Essonne - 91	0,91	6,3
Hauts-de-Seine - 92	0,88	5,3
Seine-Saint-Denis - 93	1,21	9,2
Val-de-Marne - 94	0,99	6
Val-d'Oise - 95	0,90	6,4

Test de corrélation de Pearson :

Indicateurs	Pearson-r	p value
Femmes âgées de 20 ans ou plus victimes de violences conjugales enregistrées par les forces de police et de gendarmerie en 2020	0.025	0.953
Taux de victimes sexuelles hors cadre familial en 2021 pour 1000 habitants	0.438	0.279

Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les indicateurs choisis pour étudier la vulnérabilité psychique et physique.

2.2.1.3 Education

La recherche d'une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les indicateurs suivants : la part des femmes de 15 ans ou plus sans diplôme ou certificat d'études primaires en 2019 et l'IDH adapté pour une vue plus globale sur les facteurs de capacité, a été réalisé sur l'échantillon de 8 départements. L'IDH adapté a été calculé pour rappel, avec l'espérance de vie à la naissances des femmes, la part des femmes de 15 ans ou plus avec diplôme ou certificat d'études primaires et le revenu de vie médian des ménages.

Tableau 10 : Indicateurs étudiés pour le facteur « Education » et IDH adapté

Département	Part des femmes de 15 ans ou plus sans diplôme ou certificat d'études primaires en 2019 (%)	Espérance de vie à la naissance des femmes en années (2021)	Indice de développement humain adapté
Paris - 75	87.2	86.8	0.698
Seine-et-Marne - 77	79.2	85.5	0.631
Yvelines - 78	83.1	86.6	0.674
Essonne - 91	80.8	85.8	0.639
Hauts-de-Seine - 92	85.9	86.6	0.692
Seine-Saint-Denis - 93	70.4	84.2	0.551
Val-de-Marne - 94	80.1	86.2	0.691
Val-d'Oise - 95	77.8	85.2	0.613

Test de corrélation de Pearson :

Indicateurs	Pearson-r	p-value
Part des femmes de 15 ans ou plus sans diplôme ou certificat d'études primaires en 2019	-0.329	0.418
IDH adapté	-0.279	0.505

Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et l'indicateur choisi pour étudier le niveau d'éducation.

2.2.2 Connaissance et perception de l'offre

2.2.2.1 Accès à l'information sur les portes d'entrée d'IVG

Lors de ce travail de recherche, il a été relevé une différence significative entre le nombre réel de portes d'entrée d'IVG en ville identifiées par le remboursement des forfaits « IVG médicamenteuses honoraires de ville » (tableau 4) et le nombre reconnu par les deux sources possibles d'identification de portes d'entrée en ville (doctolib, REVHO). Pour que la demande puisse être satisfaite, l'offre doit être connue.

Tableau 11 : Nombre de portes d'entrée d'IVG identifiables en ville par les deux sources Doctolib et portes d'entrée identifiées par la CPAM en 2021

Département	Nombre de portes d'entrée d'IVG identifiables par les deux sources Doctolib et REVHO	Nombre de points d'entrée d'IVG en ville identifiées par la CPAM ayant pratiqué au moins 1 IVG en 2021	Part des portes d'entrée en ville accessibles par des femmes sur les annuaires de professionnels
Paris - 75	212	270 (224m+46sf)	78,52 %
Seine-et-Marne - 77	37	63 (45m+18sf)	58,73 %
Yvelines - 78	14	62 (47m+15sf)	22,58 %
Essonne - 91	56	81 (63m+18sf)	60,14 %
Hauts-de-Seine - 92	74	92 (71m+21sf)	80,44 %
Seine-Saint-Denis - 93	113	130 (102m+28sf)	86,92 %
Val-de-Marne - 94	64	86 (68m+18sf)	74,42 %
Val-d'Oise - 95	37	68 (44m+24sf)	54,41 %

A Paris et en Seine-Saint-Denis, plus de 8 professionnels en ville sur 10 ayant pratiqués une IVG en 2021 sont identifiables. Dans les Yvelines, moins de 3 praticiens en ville sur 10 pratiquant l’IVG médicamenteuse sont identifiés dans les annuaires de professionnels par les femmes. En Seine-et-Marne et le Val d’Oise, ce sont moins de 6 praticiens en ville sur 10.

La recherche d’une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et la part des portes d’entrée en ville accessibles par des femmes sur les annuaires de professionnels a été réalisé sur l’échantillon de 8 départements.

Test de corrélation de Pearson :

Indicateurs	Pearson-r	p-value
Part des portes d’entrée en ville accessibles par des femmes sur les annuaires de professionnels	0.587	0.126

Nous n’avons pas trouvé de corrélation significative entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et l’indicateur choisi pour étudier la connaissance et la perception de l’offre.

2.2.2.2 Recours à un moyen contraceptif

La recherche d’une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les indicateurs suivants : le taux de recours à un contraceptif remboursé par département en 2021 et le taux de recours à un contraceptif remboursé après une IVG, a été réalisé sur l’échantillon de 8 départements. Pour rappel, le taux de recours est le rapport d’une population ayant consommé sur la population totale cible soit les femmes en âge de procréer (tableau 7). Ce taux de recours à un contraceptif remboursé a été calculé pour ce travail de recherche. La liste des contraceptifs remboursés est disponible en annexe.

Tableau 12 : Taux de recours à un contraceptif remboursé dans la population cible et après une IVG en 2021

Département	Nombre de femmes concernées par l'achat d'au moins un contraceptif en 2021	Nombre de femmes concernées par l'achat d'au moins un contraceptif après une IVG en 2021	Taux de recours à un contraceptif remboursé dans la population cible ^a (%)	Taux de recours à un contraceptif remboursé après une IVG ^b (%)
Paris - 75	208544	5391	35.44	60.67
Seine-et-Marne - 77	130379	3811	39.37	58.71
Yvelines - 78	116229	2037	35.77	44.78
Essonne - 91	110968	3173	37.37	54.79
Hauts-de-Seine - 92	131734	2628	32.17	45.84
Seine-Saint-Denis - 93	116274	3461	29.25	39.40
Val-de-Marne - 94	109784	3172	32.32	49.68
Val-d'Oise - 95	99169	1906	33.56	33.40

^a : rapport du nombre de femmes concernées par l'achat d'au moins un contraceptif sur le nombre total de femmes en âge de procréer dans un département

^b : rapport du nombre de femmes concernées par l'achat d'au moins un contraceptif après une IVG sur le nombre total d'IVG domiciliées du département

Test de corrélation de Pearson :

Indicateurs	Pearson-r	p-value
Taux de recours à un contraceptif remboursé dans la population cible	0.103	0.808
Taux de recours à un contraceptif remboursé après une IVG	0.477	0.232

Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et le taux de recours à un moyen contraceptif remboursé.

Il est intéressant d'analyser ces taux de recours à une contraception remboursée après une IVG (annexe 1). La moyenne régionale est de 48.41 % soit moins d'une femme sur 2 semble avoir fini son parcours d'IVG avec une prescription de moyen contraceptif remboursé en 2021. Ce constat est encore plus frappant en Seine-Saint-Denis et en Val d'Oise avec moins de 4 femmes sur 10 (respectivement 39,40 % et 33,40 %).

Deux interrogations peuvent être émises pour ces deux départements : tous les praticiens discutent-ils systématiquement de la question de la contraception aux femmes dans un parcours d'IVG ? Ou les femmes de ces deux départements en fin de parcours d'IVG ont-elles moins recours à un moyen contraceptif remboursé et se dirigent vers d'autres méthodes contraceptives ?

Pour étayer cette dernière question, il est intéressant de constater que la Seine-Saint-Denis présente le taux de recours à un contraceptif remboursé dans la population cible le plus faible de la région en 2021 (29,25 %).

2.2.3 Représentation de l'IVG par les autorités départementales

Dans cette catégorie, nous avons fait l'hypothèse que l'importance du budget alloué pour la planification familiale et PMI témoignerait de l'investissement pour les politiques de santé sexuelle et reproductive. Nous nous sommes proposés d'étudier la relation entre le budget alloué et la couleur politique du conseil départementale.

Pour rappel, les départements étiquetés de gauche par la couleur de leur conseil départemental en 2021 sur les 7 dernières années sont : Paris, Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis. Les départements étiquetés de droite sont : Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine et Val d'Oise.

Le budget de chaque conseil départemental en 2021 a été analysé et notamment les dépenses et les investissements pour la PMI et la planification familiale, secteur où se situe l'offre d'IVG proposée par les centres de santé sexuelle. Il n'a pas été possible d'identifier le budget dédié spécifiquement à l'offre orthogénique.

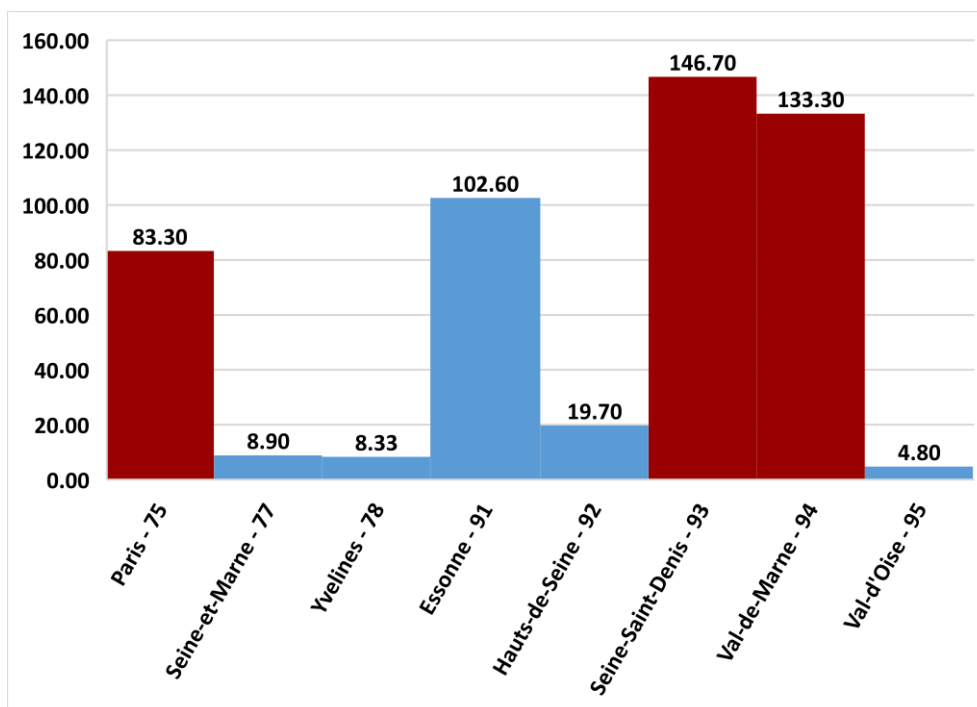
Tableau 13 : Budget des conseils départementaux franciliens en 2021

Département	Budget total du conseil départemental en 2021 (euros)	Investissements dans la PMI et planification familiale en 2021 (euros)	Dépenses de fonctionnement en lien avec la PMI et planification familiale en 2021 (euros)	Rapport de la somme des dépenses de fonctionnement et investissements pour la PMI et planification familiale sur la population cible de l'IVG ^a du département ¹ (euros)	Part des dépenses et investissements pour la PMI et planification familiale dans le budget total en 2021 (%)
Paris - 75	10 807 428 929,99	1 012 000,00	48 000 380,00	83,30	0,45
Seine-et-Marne - 77	1 439 953 045,71	0,00	2 949 300,00	8,90	0,20
Yvelines - 78	1 310 600 942,84	323 080,06	2 383 897,59	8,33	0,21
Essonne - 91	1 426 772 449,43	189 878,04	30 272 664,56	102,60	2,00
Hauts-de-Seine - 92	2 472 969 467,13	161 771,93	7 919 057,49	19,70	0,32
Seine-Saint-Denis - 93	2 283 946 196,27	1 504 014,44	56 630 059,26	146,70	2,55
Val-de-Marne - 94	1 605 875 253,60	1 746 940,56	43 536 276,17	133,30	2,82
Val-d'Oise - 95	1 251 029 629,98	0,00	1 400 671,19	4,80	0,11

^a : données sur la population cible présentées en tableau 7

¹ : lecture – Dans le Val d'Oise, la somme de 4,90 euros par femme en âge de procréer domicilié dans le département a été alloué aux investissements et dépenses de fonctionnement en lien avec la PMI et planification familiale en 2021.

Figure 22 : Budget alloué en euros (dépenses de fonctionnement et investissements) pour la PMI et planification familiale par femme en âge de procréer domiciliée dans chaque département francilien en 2021



Dans la figure 22 : Les départements étiquetés de gauche sont notifiés par la couleur rouge, les départements étiquetés de droite sont notifiés par la couleur bleue.

Il est intéressant de souligner que les départements de droite cumulent les plus faibles parts du budget total alloué aux dépenses et investissements dans la PMI et planification familiale en 2021 à l'exception de l'Essonne qui suit la dynamique des départements de couleur politique de gauche en 2021. En analysant les étiquettes politiques des conseils départementaux de l'Essonne antérieures au mandat 2015-2021, il s'avère que l'Essonne a été étiquetée de gauche de 1998 à 2015 (Parti Socialiste)⁴⁰. Notons d'ailleurs que le conseil départemental de la Seine-et-Marne et le Val d'Oise n'ont fait aucun investissement dans ce secteur en 2021.

La réalisation d'un test U de Mann-Whitney permet de tester l'hypothèse nulle H0 : la distribution de la variable « Part des dépenses et investissements pour la PMI et planification familiale dans le budget global en 2021 » dans le groupe 1 et le groupe 2 sont identiques. Dans un test unilatéral de Mann-Whitney voulue ici pour plus de puissance, l'hypothèse H1 est : les valeurs de la variable étudiée dans le groupe 2 (droite) sont inférieures à celle du groupe 1 (gauche).

Tableau 14 : Données concernant le budget par couleur politique

Bord politique	Somme total du budget du conseil département (euros)	Somme total du budget alloué aux dépenses et investissements dans la PMI et planification familiale en 2021 (euros)	Part des dépenses et investissements pour la PMI et planification familiale dans le budget total en 2021 (%)
Gauche - Groupe 1	13 091 375 126,26	152 429 670,43	1,16
Droite - Groupe 2	7 901 325 535,09	45 600 320,86	0,58

Rang attribué pour le test U de Mann-Whitney :

Département	Part des dépenses et investissements pour la PMI et planification familiale dans le budget total en 2021 (%)	Rang attribué
Paris - 75	0,45	5
Seine-et-Marne - 77	0,20	2
Yvelines - 78	0,21	3
Essonne - 91	2,00	6
Hauts-de-Seine - 92	0,32	4
Seine-Saint-Denis - 93	2,55	7
Val-de-Marne - 94	2,82	8
Val-d'Oise - 95	0,11	1

	Groupe 1 - Gauche	Groupe 2 - Droite
n le nombre de valeurs	3	5
R la somme des rangs	20	16
U la valeur	1	14

Ainsi, le U minimum est la valeur 1. En se référant à la table de Mann-Whitney pour un test unilatéral avec un seuil à 0.05 avec $n_1 = 3$ et $n_2 = 5$, la valeur seuil de U est de 1.

Comme la valeur de la statistique du test calculée sur l'échantillon (1) est égale à la valeur seuil (1), le test est significatif au seuil $\alpha = 0.05$. Nous pouvons rejeter H_0 . Les différences constatées en 2021 quant à la part du budget alloué aux dépenses et investissements pour la PMI et planification familiale dans les deux groupes ne peuvent pas être expliquées par le hasard. Elles sont significatives. Nous pouvons ainsi accepter H_1 : les valeurs de la variable étudiée dans le groupe 2 sont inférieures à celle du groupe 1. Les dépenses de fonctionnement et investissements en lien avec la PMI et planification familiale en 2021 ont été supérieurs dans les départements étiquetés de gauche que dans les départements étiquetés de droite.

Enfin, le taux d'offre effective (rapport du nombre d'IVG réalisés dans le département sur le nombre de femmes en âge de procréer, pour 1000 femmes) a été également comparé entre groupes de départements étiquetés de gauche et de droite par un test unilatéral de Mann-Whitney. L'hypothèse nulle H_0 est : la distribution de la variable « taux d'offre effective » dans le groupe 1 et le groupe 2 sont identiques. L'hypothèse H_1 est : les valeurs de la variable étudiée dans le groupe 2 (droite) sont inférieures à celle du groupe 1 (gauche).

Tableau 15 : Taux d'offre effective par couleur politique

Bord politique	Total d'IVG tous lieux confondus (ville et établissements) selon le lieu de réalisation	Nombre de femmes en âge de procréer	Taux d'offre effective (‰)
Gauche - Groupe 1	26 777	1 325 566	20.20
Droite - Groupe 2	23 892	1 658 068	14.41

Rang attribué pour le test U de Mann-Whitney :

Département	Taux d'offre effective (‰)	Rang attribué
Paris - 75	24.25	8
Seine-et-Marne - 77	15.5	4
Yvelines - 78	10.44	1
Essonne - 91	16.3	6
Hauts-de-Seine - 92	14.32	3
Seine-Saint-Denis - 93	19.25	7
Val-de-Marne - 94	14.3	2
Val-d'Oise - 95	15.78	5

	Groupe 1 - Gauche	Groupe 2 - Droite
n le nombre de valeurs	3	5
R la somme des rangs	17	19
U la valeur	4	11

Ainsi, le U minimum est la valeur 4. En se référant à la table de Mann-Whitney pour un test unilatéral (annexe) avec un seuil à 0.05 avec $n_1 = 3$ et $n_2 = 5$, la valeur seuil de U est de 1. Comme la valeur de la statistique du test calculée sur l'échantillon (4) est strictement supérieure à la valeur seuil (1), le test n'est pas significatif au seuil $\alpha = 5\%$. Nous ne parvenons pas à rejeter l'hypothèse selon laquelle les données des deux groupes proviennent d'une même distribution au seuil $\alpha = 0.05$. Les différences constatées quant à l'offre effective dans les deux groupes ne sont pas significatives.

Ce résultat peut être expliqué par la part faible des centres de santé sexuelle sur l'offre totale d'IVG (7%) et donc une influence des conseils départementaux faible voire inexistante sur l'offre effective d'IVG.

3 : Discussion

3.1 Principaux résultats

Paris semble donc être le pôle de concentration d'Île-de-France autant pour l'offre en ville que celle en établissements de santé. Cette concentration est à l'origine d'une forte attractivité touchant particulièrement les femmes domiciliées en proche-couronne puisque les trois départements (Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne) présentent des taux élevés d'IVG hors domiciliation. La population cible de la proche-couronne bénéficie d'un réseau de transports en commun dense et direct avec Paris facilitant ainsi la mobilité des femmes dans un parcours d'IVG. Par ailleurs, Paris centralise plusieurs secteurs économiques amenant des femmes de la proche-couronne et grande couronne à s'y rendre tous les jours pour des raisons professionnelles. Néanmoins, le taux d'IVG hors domiciliation de la proche-couronne n'est pas uniquement le reflet d'une importante mobilité mais aussi des possibilités sur leur département d'origine. En effet, l'offre en soins d'IVG est très hétérogène d'un département à un autre, que ce soit en terme de méthode comme en terme de type de porte d'entrée.

En grande couronne, il semblerait que les portes d'entrée d'IVG en ville se concentrent autour des établissements de santé dans la limite des praticiens pouvant être identifiés. Ceci pourrait être justifié par l'appréhension des praticiens en ville de proposer les IVG médicamenteuses alors que leur lieu de travail est à plus d'une heure d'un établissement ce qui peut inquiéter quant à la prise en charge d'éventuelles complications de l'IVG médicamenteuse. La HAS préconise d'ailleurs une autre méthode que l'IVG médicamenteuse à domicile aux femmes en « isolement géographique »⁴¹. Pourtant, la pratique de l'IVG en ville pourrait être un bon axe pour l'amélioration de l'accès à l'IVG sur tout un territoire, encore faudrait-il disposer davantage de structures de proximité pouvant assurer la gestion d'éventuelles complications (rares mais à prendre en considération). Cette répartition des portes d'entrée d'IVG en ville autour des établissements de santé peut aussi être expliquée plus largement par l'actuelle tension sur l'offre en soins ambulatoires primaires d'autant plus

marquée dans les zones sans centres hospitaliers périphériques. La médecine générale s'avère être très souvent la première porte d'entrée à une demande d'IVG. Mais la pratique de l'IVG pourrait ne pas être une priorité du fait d'un acte peu rémunérateur et insuffisamment valorisé. Cette hypothèse peut être soutenue par le constat fait sur la présence de territoires en grande couronne où l'accessibilité à un médecin généraliste est supérieure à 4 consultations par an et par habitant mais où nous n'identifions pas ou peu de portes d'entrée d'IVG. Dans une étude sur les IVG par des praticiens libéraux dans la région Grand Est⁴², les médecins généralistes évoquent justement la chronophagie de la pratique de l'IVG qui est par ailleurs, insuffisamment rémunérée.

L'absence d'un maillage de portes d'entrée d'IVG en ville dans les territoires isolés de la grande couronne pourrait enfin être liée à une représentation négative de l'IVG par des praticiens de ces zones majoritairement rurales avec une éventuelle clause de conscience mise en jeu. Dans une étude qualitative sur la représentation de l'IVG des médecins généralistes, une grande hétérogénéité a été pointé du doigt au sein des médecins généralistes⁴³ : *« certains médecins avaient une représentation favorable des IVG, considérant que c'était un droit pour les femmes et que le fait pour le médecin de réaliser des IVG était un acte militant. D'autres ne semblaient pas favorables à l'IVG en laissant entendre que garder une grossesse non désirée était mieux que la réalisation d'une IVG. Certains ne comprenaient pas cette demande de la part de leurs patientes. Un médecin admettait que son éducation et ses croyances allaient à l'encontre de l'IVG. D'autres médecins avaient une représentation mitigée de l'IVG, considérant que c'était une décision à un moment précis qui était justifiée mais que c'était aussi un événement évitable, douloureux, voire honteux. »*.

L'hétérogénéité de l'accessibilité géographique peut correspondre à des contraintes locales d'offre pouvant limiter le choix pour la femme dans certains territoires vis-à-vis de la méthode ou encore du lieu d'IVG. Le poids des grosses structures hospitalières parisiennes efface l'offre d'IVG de proximité en établissements de santé dits « périphériques ». Le nombre d'établissements de santé (publics et privés) réalisant au moins 50 IVG par an est en baisse en Île-de-France depuis 2016 : 90 en 2016, 79 en 2017, 62 en 2021⁴⁴. Cette situation pourrait expliquer les inégalités d'accès à toutes les méthodes d'IVG retrouvées par exemple en Seine-et-Marne où l'offre d'IVG en établissements de santé est la plus faible avec de facto, un accès

moindre à la méthode instrumentale pour les femmes de ce département. Cela a pu permettre le développement d'une offre en ville plus soutenue et donc d'une importante offre médicamenteuse dans le département. Par ailleurs, la variabilité de la répartition de l'offre médicamenteuse et instrumentale selon les établissements de santé peut illustrer également des différences en termes d'installations techniques disponibles, de choix organisationnels ou encore de formation des équipes pratiquant les IVG comme à titre d'exemple, l'activité plus marquée des IVG instrumentales dans les établissements de santé du Val-de-Marne.

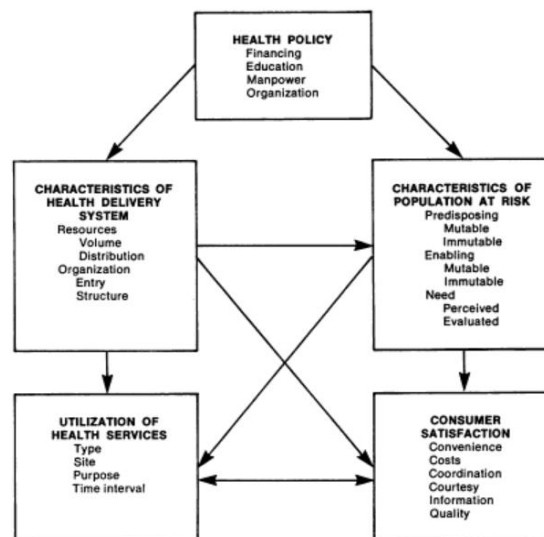
3.2 Choix du modèle

D'autres manières de réfléchir à l'accès aux soins ont été envisagés dans la littérature. Un des modèles connus d'accessibilité des soins est celui d'Andersen et Aday⁴⁵.

Conçu en 1974 à partir du modèle comportemental d'Andersen et Newman, il y intègre pour la première fois le fonctionnement du système de santé.

Figure 23 : Modèle de recours au système de soins selon Aday et Andersen

Aday & Andersen



Framework for the study of access.

Source : Aday et Andersen, 1974

Mais ce modèle n'inclut pas la notion d'accessibilité géographique aux soins. C'est pour cela qu'après lecture de la littérature, le choix s'est porté sur un modèle plus large quant aux déterminants à l'accès à un soin.

Introduire une dimension géographique dans ce travail a permis une meilleure compréhension du maillage de l'offre de soins en IVG mais également une approche plus aiguisée des réflexions faites autour de l'avortement par les politiques publiques.

3.3 Choix des indicateurs

Concernant les indicateurs choisis pour évaluer les facteurs de capacité et notamment les ressources financières, ils pourraient être indépendants à une situation de grossesse aboutissant à une IVG en Île-de-France ce qui ne va pas dans le sens de la littérature mettant en avant un lien entre précarité et IVG. Ce constat peut être expliqué par notre système de santé basé sur un accès gratuit et accessible des portes d'entrée par toute la population cible qu'elle soit assurée ou non. Les résultats d'une étude publiée en 2020 dans *The Lancet*⁴⁶ va dans ce sens en suggérant que les habitants des pays à revenu élevé ont un meilleur accès aux soins de santé sexuelle et reproductive que ceux des pays à faible revenu, soulignant l'importance de garantir l'accès à l'ensemble des services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception et les soins d'avortement, et d'investir davantage dans l'équité dans les services de soins de santé. Malgré la complexité et le polymorphisme socio-économique à l'échelle départementale, l'accès à l'IVG peut être garanti. L'IVG est en effet, un événement universel quel que soit le milieu social ou économique de la femme. Le choix de faire une IVG est un choix déterminé pour les femmes qui semblent trouver les ressources nécessaires pour répondre à leur demande au sein d'un système de santé orienté vers une attitude pro-choix.

En Île-de-France, la couleur politique départementale semblerait influencer le budget alloué à la PMI et planification familiale en 2021. Toutefois, cette couleur n'influence pas l'offre effective qui est majoritairement assurée par les praticiens libéraux et les établissements de santé. Par ailleurs, le cadre national législatif est suffisamment solide pour empêcher une quelconque influence de traitement au niveau local comme aux Etats-Unis.

D'un point de vue politique publique, l'accessibilité géographique reste prioritaire pour optimiser l'accès à l'IVG avec le développement de la téléconsultation ou encore la possibilité de réaliser des IVG instrumentales dans les centres de santé. Cette priorité est souhaitée grâce à des résultats plus rapides et visibles aux yeux des électeurs. Mais il serait intéressant de recourir à des politiques publiques prenant en compte d'autres déterminants comme l'accès à l'information concernant les portes d'entrée dans un contexte de grandes disparités en Île-de-France (22,58% de praticiens identifiés en Yvelines à 86,92% en Seine-Saint-Denis). Plus largement, améliorer l'information sur la santé sexuelle est un levier important pour limiter le nombre de grossesses non prévues aboutissant à une IVG. Cette information doit être déstigmatisante et permettre une vraie séparation entre sexualité et procréation à l'origine encore à ce jour de représentations négatives au sein de la société.

3.4 Limites

Limites statistiques

Cette analyse descriptive ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre deux éléments mais une suggestion de corrélation.

Ces résultats concernent la région Ile-de-France. Il est possible qu'une étude portant sur un plus grand nombre de départements émet des relations statistiques inapparentes dans notre travail du fait de la taille de l'échantillon.

Par ailleurs, l'année choisi (2021) pour ce travail de recherche a connu un confinement du 3 avril au 3 mai 2021 non inclus, soit 28 jours. Il est possible que la part des IVG réalisées et domiciliées aient été impactés par ce confinement de 28 jours mais sur une très courte période.

Enfin, la suggestion de corrélation entre la couleur politique départementale et le budget alloué à la PMI et planification familiale en 2021 pourrait être renforcée sur une période temporelle plus longue.

Limites de l'approche géographique

L'étude des indicateurs choisis pour étudier les différents facteurs de notre modèle a été faite à l'échelle départementale et donc collective. Il est évident qu'une analyse fine de chaque trajectoire de vie individuelle avec toute la diversité des parcours et stratégies en termes d'accès à l'IVG peut éventuellement souligner d'autres résultats notamment par la notion de « coercition reproductive » chez les femmes victimes de violences conjugales.

L'aspect bimodal en terme socio-économique de certains départements comme les Hauts-de-Seine (rapport interdécile de distribution des revenus en 2019 de 4,9 d'après l'INSEE) ou Paris (rapport interdécile de distribution des revenus en 2019 de 6,3 d'après l'INSEE) peut influencer certains résultats de notre étude. Un affinement de l'unité géographique choisi permettrait de se soustraire de cette influence pour une analyse plus proche de la réalité géographique au sein de chaque département.

Sur l'offre, les données issues du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) ne permettent pas l'identification individuelle des professionnels pratiquant les IVG lorsqu'ils sont salariés touchant ainsi les centres de santé, centres de santé sexuelle et les établissements qu'ils soient publics ou privés. Ces professionnels n'étant pas dénombrés pour l'analyse, l'offre rapportée peut avoir été sous-estimée.

Conclusion

En Île-de-France, la configuration de l'offre de soins en IVG est particulière : un pôle majeur concentrant l'offre de soins en IVG toutes méthodes confondues (Paris) et rendu accessible par un réseau dense de transports en commun qui permet notamment à la proche-couronne de pouvoir en bénéficier. Mais cette accessibilité géographique semble moins profiter à la grande couronne dont la configuration se rapproche davantage de celle des autres régions de France. En grande-couronne, la crise de la démographie médicale avec une tension plus importante sur le maillage ambulatoire et sanitaire (praticiens de ville et établissements de santé) impacte davantage l'offre d'IVG en ville. L'offre hospitalière est également touchée du fait de la restructuration du réseau d'établissements dit de « proximité » (maternités notamment) au profit de grands établissements hospitaliers centralisant ainsi les plateaux techniques. En Île-de-France, les femmes rencontrent donc des inégalités dans l'accessibilité géographique de l'offre de soins en IVG selon leur département de domiciliation.

Au niveau local, l'engagement politique autour de la santé sexuelle et reproductive est variable mais il évolue dans un système de santé national garantissant un accès à l'IVG pour toutes les femmes quel que soit leur milieu socio-économique avec l'absence de guerre culturelle sur la question de l'IVG due à un cadre légal entourant le droit à l'avortement.

Concernant la demande d'IVG, elle n'est pas significativement différente entre les huit départements franciliens (à l'exception des Yvelines) malgré le pluralisme de la population cible en Île-de-France. Les déterminants étudiés dans la littérature pouvant influencer le recours à l'IVG sont estompés en France par un système de santé universel. Ce constat est au prix d'une mobilité des usagères qui permet d'atténuer les inégalités départementales. Cette mobilité pourrait être, pour certaines, voulue pour un souci de confidentialité dans un acte encore stigmatisé. Mais elle pourrait être subie pour d'autres femmes qui préféreraient avoir accès à une offre de proximité.

Cependant, d'autres déterminants pouvant influencer le parcours de l'avortement ne sont pas dissipés par la mobilité des femmes et restent source d'inégalités comme par exemple les enjeux organisationnels avec le maintien d'une activité professionnelle pendant le parcours. Cette situation angoissante de par l'absence d'un arrêt de travail spécifique à l'IVG est d'autant plus discriminante chez les femmes précaires qui seraient amenés à choisir une méthode plus « rapide » et non celle qu'elles pensent la plus adaptée pour elles.

En conclusion, quel que soit les difficultés rencontrées sur le parcours de l'IVG, les femmes trouvent les ressources nécessaires pour accéder au droit à l'avortement.

Bibliographie

1. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* ; sep 2020 [cité le 12 février 2023]
2. Vilain A, Fresson J, Rey S. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. *Etudes et Résultats n°1241 : Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021* ; sep 2022 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241.pdf>
3. GAPD - The Global Abortion Policies Database [En ligne]. The Global Abortion Policies Database is designed to strengthen global efforts to eliminate unsafe abortion ; [cité le 8 mars 2023]. Disponible : <https://abortion-policies.srhr.org/?mapq=>
4. Conseil constitutionnel [En ligne]. Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 ; 27 juin 2001 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2001/2001446DC.htm>
5. Castéra I. *Journal SudOuest.fr* [En ligne]. IVG : un droit mais pas toujours des moyens suffisants, l'exemple de Villeneuve-sur-Lot ; 10 avril 2023 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <https://www.sudouest.fr/sante/pendant-un-an-les-femmes-n-ont-pas-eu-acces-a-l-ivg-a-villeneuve-sur-lot-faute-de-moyens-humains-14717150.php>
6. Battistel MN. *vie-publique.fr* [En ligne]. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ; sep 2020 [cité le 17 nov 2022]. Disponible : <https://www.vie-publique.fr/rapport/276225-rapport-sur-l'acces-l-interruption-volontaire-de-grossesse-ivg>
7. Costil M, Gittus S, Béguin F. *Le Monde.fr* [En ligne]. Près de 8 % des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en dix ans ; 27 sep 2019 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/27/avortement-en-france-pres-de-8-des-centres-pratiquant-l-ivg-ont-ferme-en-dix-ans_6013384_3224.html
8. Légifrance [En ligne]. Article R2212-9 - Code de la santé publique - Légifrance ; 18 avril 2021 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043398326
9. Revho : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie [En ligne]. REVHO - (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) ; [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <http://revho.fr/>.
10. PERINAT-ARS-IDF : Accueil [En ligne]. PERINAT-ARS-IDF : le projet FRIDA ; 2018 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <https://www.perinat-ars-idf.org/frida.php>

11. La rédaction d'Allodocteurs.fr. Franceinfo [En ligne]. Le Planning familial s'inquiète de la baisse des subventions ; 31 juil 2019 [cité le 7 mars 2023].
Disponible : https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/le-planning-familial-sinquiete-de-la-baisse-des-subventions_3559079.html
12. Haute Autorité de Santé [En ligne]. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes ; 12 avril 2021 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes
13. Légifrance [En ligne]. Article L2212-1 - Code de la santé publique - Légifrance ; 4 mars 2022 [cité le 7 mars 2023].
Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045292636
14. Coordination Périnatale Grand Est. www.reseaperinatallorain.fr. Plan d'accès à l'IVG Grand-Est ; 20 sep 2021.
15. Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné — De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues, INSERM, 2002, p182-183, 202
16. DREES, les établissements et les professionnels réalisant les IVG, Etudes et résultats n°712, Décembre 2009, p.3
17. Antonio UGIDOS et Danielle MESSAGER, Précarités, prises de risque et accès aux soins, Lettre d'information du CRIPS, janvier 2009
18. Légifrance [En ligne]. Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance ; 8 août 2004 [cité le 7 mars 2023].
Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912913/2004-08-08
19. Légifrance [En ligne]. Article L2212-8 - Code de la santé publique - Légifrance ; 28 jan 2016 [cité le 7 mars 2023].
Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021939947/2013-01-27
20. Légifrance [En ligne]. Article L1110-1 - Code de la santé publique - Légifrance ; 23 fév 2022 [cité le 7 mars 2023].
Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685741/.
21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; [cité le 7 mars 2023].
Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>
22. Keïta M. OpenEdition Journals [En ligne]. Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits modernes dans le district de Bamako (Mali) ; 2018 [cité le 20 déc 2022]. Disponible : <https://journals.openedition.org/eps/7707>
23. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 2011;1:p116-47.

24. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 24 sep 2020 [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui#:~:text=Les%20femmes%20aux%20revenus%20les%20plus%20faibles%20ont,le%20recours%20à%20l'IVG%20selon%20la%20situation%20sociale.>
25. Ameli, le site de l'Assurance Maladie en ligne | ameli.fr | Assuré [En ligne]. Interruption volontaire de grossesse : votre prise en charge ; [cité le 7 mars 2023]. Disponible : <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/ivg>
26. Sharman LS, Douglas H, Price E, Sheeran N, Dingle GA. Associations between unintended pregnancy, domestic violence, and sexual assault in a population of Queensland women. *Psychiatry Psychol Law*. 2019;26(4):541–52
27. Bertens MGBC, Krumeich A, van den Borne B, Schaalma HP. Being and feeling like a woman: respectability, responsibility, desirability and safe sex among women of afro-Surinamese and Dutch Antillean descent in the Netherlands. *Cult Health Sex*. 2008;10(6):547–61
28. Angel Aztlan-James E, McLemore M, Taylor D. Multiple Unintended Pregnancies in U.S. Women : A Systematic Review. *Womens Health Issues*. Juil 2017;27(4):407-13.
29. Van den Brink MJ, Boersma AA, Meyboom-de Jong B, de Bruijn JGM. Attitude toward contraception and abortion among Curaçao women. Ineffective contraception due to limited sexual education? *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):55.
30. Facciola A, Di Pietro A, Visalli G, Panagia P, Raffa R, Triolo O, Denaro A, Riso R. Risk factors for voluntary interruption of pregnancy and possible preventive public health actions. 18 déc 2018 [cité le 1 mars 2023]. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30656234/>.
31. Bajos N, Job-Spira N. DataIned [En ligne]. Enquête de cohorte sur la contraception (2000-2004) - France ; 2004 [cité le 7 fév 2023]. Disponible : <https://data.ined.fr/index.php/catalog/237>
32. REVHO, ARS Île-de-France. Ivg les adresses [En ligne]. Répertoire. Disponible : <https://ivglesadresses.org/>.
33. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*. 2011;1:148-61.
34. Bajos N, Ferrand M. L'avortement ici et ailleurs. *Société contemporaine*. 2006;1(61):5-18.
35. OTMeds.org – Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament [En ligne]. Pénuries de pilules abortives (misoprostol) : le point au 18 avril 2023 – OTMeds.org ; 18 avril 2023 [cité le 7 mai 2023]. Disponible : <https://otmeds.org/communique-de-presse/penuries-de-pilules-abortives-misoprostol-le-point-au-18-avril-2023/>.

36. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [En ligne]. Pénurie de médicaments : un risque d'atteinte aux droits sexuels et reproductifs des femmes - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes ; 27 mai 2020 [cité le 7 mai 2023]. Disponible : <https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/penurie-de-medicaments-un-risque-d-atteinte-aux-droits-sexuels-et-reproductifs>
37. Légifrance [En ligne]. Article L2311-2 du code de la santé publique ; [cité le 7 mars 2023]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155021/.
38. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Etudes et résultats – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Déc 2009;(712). Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er712.pdf>
39. Service-public.fr [En ligne]. Revenu de solidarité active (RSA) ; [cité le 7 fév 2023]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19775>
40. Wikipédia, l'encyclopédie libre [En ligne]. Conseil départemental de l'Essonne — Wikipédia ; [cité le 1 avril 2023]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/wiki/Conseil_d%C3%A9partemental_de_l'Essonne#Liste_des_pr%C3%A9sidents
41. Haute Autorité de la Santé. HAS - Haute Autorité de la Santé. Recommandations pour l'IVG médicamenteuse ; 2021.
42. Leroy H, Creutz-Leroy M, Boivin J-M. Médecine générale de ville et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en région Grand Est, France. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2018;66(2018):355-362
43. Pelizzari M, Lazimi G, Ibanez G. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Île-de-France. Cliniques méditerranéennes. 2013;2(88):69-78.
44. ORS - Observatoire régional de santé Île-de-France [En ligne]. Rapport & enquête - Les interruptions volontaires de grossesse DE-FRANCE ; jan 2019 [cité le 8 mars 2023]. Disponible : https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1778/ORS_IVG_2019_vd_2.pdf
45. Aday LA, Andersen R. PubMed Central (PMC) [En ligne]. A Framework for the Study of Access to Medical Care ; 1974 [cité le 7 déc 2022]. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
46. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion : estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health [En ligne]. 22 juin 2022;8. Disponible : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Table des figures

Figure 1 : Chronologie législative autour de l'IVG en France	15
Figure 2 : Répartition nationale des IVG toutes méthodes confondues en 2021	17
Figure 3 : Répartition en Île-de-France des IVG toutes méthodes confondues en 2021.....	18
Figure 4 : Modèle d'accès aux soins de santé selon M. KEITA	31
Figure 5 : Formule de calcul de l'IDH	37
Figure 6 : Missions du service de la Protection Maternelle Infantile	41
Figure 7 : Offre de soins en IVG en Île-de-France en 2021.....	46
Figure 8 : Offre de soins en IVG à Paris en 2021	48
Figure 9 : Offre de soins en IVG en Seine-et-Marne en 2021.....	49
Figure 10 : Offre de soins en IVG dans les Yvelines en 2021	50
Figure 11 : Offre de soins en IVG en Essonne en 2021	51
Figure 12 : Offre de soins en IVG en Hauts-de-Seine en 2021	52
Figure 13 : Offre de soins en IVG en Seine-Saint-Denis en 2021.....	53
Figure 14 : Offre de soins en IVG en Val-de-Marne en 2021.....	54
Figure 15 : Offre de soins en IVG dans le Val-d'Oise en 2021	55
Figure 16 : L'offre de soins en IVG selon la méthode en Île-de-France et métropole en 2021	56
Figure 17 : L'offre de soins en IVG selon le type de porte d'entrée en Île-de-France et métropole en 2021	57
Figure 18 : Offre de soins en IVG et offre de soins en médecine générale en Île-de-France en 2021	59
Figure 19 : Offre de soins en IVG et offre de soins de médecine générale à Paris et petite couronne en 2021	60
Figure 20 : Offre de soins en IVG et population à l'échelle de l'IRIS en Île-de-France en 2021	63
Figure 21 : Etude de la corrélation entre la demande potentielle et l'offre géographique d'IVG.....	65
Figure 22 : Budget alloué en euros (dépenses de fonctionnement et investissements) pour la PMI et planification familiale par femme en âge de procréer domiciliée dans chaque département francilien en 2021	75
Figure 23 : Modèle de recours au système de soins selon Aday et Andersen	81

Sauf mention contraire, les figures sont de l'auteure.

Table des tableaux

Tableau 1 : Situation contraceptive avant l'IVG.....	38
Tableau 2 : Taux d'IVG hors département de domiciliation en 2021.....	43
Tableau 3 : Offre de soins - Nombre d'IVG réalisées selon le département de réalisation en 2021	44
<i>Tableau 4 : Offre de soins - Nombre de portes d'entrée d'IVG par département en 2021 (m : médecins, sf : sage-femmes).....</i>	<i>45</i>
Tableau 5 : Ratio IVG en 2021	62
Tableau 6 : Demande potentielle en IVG et offre géographique en 2021	64
Tableau 7 : Le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et taux de recours à l'IVG en 2021	66
Tableau 8 : Indicateurs étudiés pour le facteur « les ressources financières ».....	67
Tableau 9 : Indicateurs étudiés pour le facteur « Vulnérabilité psychique et physique ».....	68
Tableau 10 : Indicateurs étudiés pour le facteur « Education » et IDH adapté.....	69
Tableau 11 : Nombre de portes d'entrée d'IVG identifiables en ville par les deux sources Doctolib et portes d'entrée identifiées par la CPAM en 2021	70
Tableau 12 : Taux de recours à un contraceptif remboursé dans la population cible et après une IVG en 2021	72
Tableau 13 : Budget des conseils départementaux franciliens en 2021	74
Tableau 14 : Données concernant le budget par couleur politique	76
Tableau 15 : Taux d'offre effective par couleur politique.....	77
Annexe 3 - Tableau 16 : Description de l'offre d'IVG selon la méthode et le type de portes d'entrée en 2021	98
Annexe 4 - Tableau 17 : Description de la demande d'IVG selon la méthode et le type de portes d'entrée en 2021.....	99

Sauf mention contraire, les tableaux sont de l'auteure.

Annexes

Annexe 1 - Liste des moyens contraceptifs remboursés par l'Assurance Maladie

NOM_COURT	type
ELFASETTE VIA 75MCG CPR 28	médicament
ELFASETTE VIA 75MCG CPR 84	médicament
LOVAPHARM 30/150MCG CPR 21	médicament
LOVAPHARM 30/150MCG CPR 63	médicament
OPTILOVA 20/100 MCG CPR 28	médicament
OPTILOVA 20/100 MCG CPR 84	médicament
ANTIGONE 75MCG CPR 28	médicament
ANTIGONE 75MCG CPR 84	médicament
DESOGESTREL BGA 75MCG CPR 28	médicament
DESOGESTREL BGA 75MCG CPR 84	médicament
OPTIDRIL 30/150 MCG CPR 28	médicament
OPTIDRIL 30/150 MCG CPR 84	médicament
ERAPYL 50MG CPR 20	médicament
DESOPOP 75MCG CPR 28	médicament
DESOPOP 75MCG CPR 84	médicament
EFFILEVO 100MCG/20MCG CPR 21	médicament
EFFILEVO 100MCG/20MCG CPR 63	médicament
EFFILEVO CONTINU 100/20 MCG CPR 28	médicament
EFFILEVO CONTINU 100/20 MCG CPR 84	médicament
DESOGESTREL EG 75MCG CPR 28	médicament
DESOGESTREL EG 75MCG CPR 84	médicament
OPTIMIZETTE 75 MCG CPR 28	médicament
OPTIMIZETTE 75 MCG CPR 84	médicament
LACTINETTE 75 MCG CPR 28	médicament
LACTINETTE 75 MCG CPR 84	médicament
LEVONORGESTREL VIATRIS 1,5MG CPR 1	médicament
LEVONOR/ETHINYL SDZ 100/20MICROG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL SDZ 100/20MICROG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL ZEN 100/20MICROG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL ZEN 100/20MICROG CPR 63	médicament
LEVONORGESTREL EG 1,5MG CPR 1	médicament
LOLISTREL GE 100MCG/20MCG CPR 21	médicament
LOLISTREL GE 100MCG/20MCG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL EG 100/20MICROG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL EG 100/20MICROG CPR 63	médicament
MILEVONI 100/20 MICROG CPR 21	médicament

MILEVONI 100/20 MICROG CPR 63	médicament
MILEVONI 0.15/0,03MG CPR 21	médicament
MILEVONI 0.15/0,03MG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL EG 0.15/0,03MG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL EG 0.15/0,03MG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL MYP 0.15/0,03MG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL MYP 0.15/0,03MG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL ZEN 0.15/0,03MG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL ZEN 0.15/0,03MG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL SDZ 0.15/0,03MG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL SDZ 0.15/0,03MG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL BGA 0.15/0,03MG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL BGA 0.15/0,03MG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL BGA 100/20MICROG CPR 21	médicament
LEVONOR/ETHINYL BGA 100/20MICROG CPR 63	médicament
LEVONOR/ETHINYL CRT 100/20MICROG CPR 63	médicament
DESOGESTREL SDZ 75 MCG CPR 28	médicament
DESOGESTREL SDZ 75 MCG CPR 84	médicament
LEELOO CONTINU 100/20 MCG CPR 28	médicament
LEELOO CONTINU 100/20 MCG CPR 84	médicament
LEVONOR/ETHINYL BGACONT 100/20MCG CP 84	médicament
TRINORDIOL CPR 21	médicament
TRINORDIOL CPR 63	médicament
LEVUNIQUE 1,5MG CPR 1	médicament
LEVONORGESTREL ZEN 1,5MG CPR 1	médicament
LEVONORGESTREL CRT 1,5MG CPR 1	médicament
DESOGESTREL CRT 75 MCG CPR 84	médicament
LOLISTREL CONTINU 100/20 MCG CPR 28	médicament
LOLISTREL CONTINU 100/20 MCG CPR 84	médicament
DESOGESTREL MYLAN PHARMA 75MCG CPR 0	médicament
DESOGESTREL MYLAN PHARMA 75MCG CPR 84	médicament
ASTERLUNA CONTINU 100MCG/20MCG CPR 0	médicament
ASTERLUNA CONTINU 100MCG/20MCG CPR 84	médicament
ASTERLUNA 100MCG/20MCG CPR 21	médicament
ASTERLUNA 100MCG/20MCG CPR 63	médicament
MINIDRIL 0,15/0,03MG CPR 21	médicament
MINIDRIL 0,15/0,03MG CPR 63	médicament
ADEPAL CPR 21	médicament
ADEPAL CPR 63	médicament
MICROVAL 0,03MG CPR 28	médicament
MICROVAL 0,03MG CPR 84	médicament
ANDROCUR 50MG CPR 20	médicament
TRINORDIOL CPR SUREMBALLE 21	médicament
TRINORDIOL CPR SUREMBALLE 63	médicament

ANDROCUR 100MG CPR 60	médicament
CYPROTERONE MYL 50MG CPR 20	médicament
CYPROTERONE BGA 100MG CPR 60	médicament
CYPROTERONE BGA 50MG CPR 20	médicament
LUDEAL CPR 21	médicament
LUDEAL CPR 63	médicament
DAILY CPR 21	médicament
DAILY CPR 63	médicament
CYPROTERONE EG 50MG CPR 20	médicament
NORLEVO 1,5MG CPR 1	médicament
CYPROTERONE MYL 100MG CPR 60	médicament
CYPROTERONE EG 100MG CPR 60	médicament
LEVONORGESTREL BGA 1,5MG CPR 1	médicament
CYPROTERONE ZEN 50MG CPR 20	médicament
CYPROTERONE SDZ 100MG CPR 60	médicament
CYPROTERONE SDZ 50MG CPR 20	médicament
CYPROTERONE TVC 50MG CPR 20	médicament
CYPROTERONE TVC 100MG CPR 60	médicament
MINIPHASE (ACETATE DE NORETHISTERONE, ETHINYLESTRA	médicament
MINIPHASE (ACETATE DE NORETHISTERONE, ETHINYLESTRA	médicament
LEELOO 0,1 MG/0,02 MG CPR 21	médicament
LEELOO 0,1 MG/0,02 MG CPR 63	médicament
CYPROTERONE ARW 50MG CPR 20	médicament
CYPROTERONE ARW 100MG CPR 60	médicament
DEPO PROVERA 150 MG SUSP INJ 1	médicament
EVANECIA CPR 21	médicament
EVANECIA CPR 63	médicament
LOVAVULO 20MICROG/100MICROG CPR PELL 21	médicament
LOVAVULO 20MICROG/100MICROG CPR PELL 63	médicament
PACILIA CPR 21	médicament
PACILIA CPR 63	médicament
CYPROTERONE ZEN 100MG CPR 60	médicament
DESOGESTREL ZEN 75 MCG CPR 28	médicament
DESOGESTREL ZEN 75 MCG CPR 84	médicament
DESOGESTREL MEDIPHA 75MCG CPR 28	médicament
DESOGESTREL MEDIPHA 75MCG CPR 84	médicament
CLAREAL 75MCG CPR 28	médicament
CLAREAL 75MCG CPR 84	médicament
QIADE GE 150/30 MCG CPR 21	médicament
QIADE GE 150/30 MCG CPR 63	médicament
NEXPLANON 68MG IMPLANT 1	médicament
JAYDESS 13,5 MG DISP INTRA UTERIN 1	médicament
KYLEENA 19,5 MG DISP INTRA UTERIN 1	médicament
DONASERT 52MG DISP UTERIN 1	médicament

MIRENA 52MG DISP INTRA UTERIN 1	médicament
DISPOSITIF CONTRACEPTIF, DIAPHRAGME EN SILICONE	LPP
DISPOSITIF CONTRACEPTIF, DIAPHRAGME EN SILICONE,BIVEA	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STÉRILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.,LABO 7 MED	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.,LABO GYNEAS	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.,HRA PHARMA	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.,LABORATOIRE CCD	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.,EUROMEDIAL	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, AU CUIVRE.,CEMAG CARE	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, CONTREL, GYNEFIX	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, JANSSEN CILAG, GYNE T 200	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, JANSSEN CILAG, GYNE T 380	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MONA LISA NV, MONA LISA CUT 380A	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MONA LISA NV, MONA LISA CU375 RO	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MONA LISA NV, MONA LISA CU375 SL RO	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MONA LISA NV, MONA LISA NT CU380	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MULTILAN, CU 250 STANDARD	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MULTILAN, CU 250 SHORT	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MULTILAN, CU 375 STANDARD	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, MULTILAN, CU 375 SL	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, PRODIMED, GYNELLE 375	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, 7 MED, UT N 380 STANDARD	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, 7 MED, UT S 380 SHORT	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, 7 MED, TT 380	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, 7 MED, NT 380, SHORT OU STANDARD	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, SHERING SA, NOVA T	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, SHERING SA, NOVA T 380	LPP
OBJET CONTRACEPTIF, STERILET AVEC INSERTEUR, THERAMEX, SERTALIA	LPP
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	CCAM
Ablation ou changement d'implant pharmacologique souscutané	CCAM

Annexe 2 – Table de Mann-Whitney

TABLE DE MANN-WHITNEY

Valeurs critiques (U_{crit}) à comparer avec la valeur observée (U_{obs}) à partir de vos 2 échantillons pour un test **unilatéral** au seuil $\alpha = 0.05$ ou **0.01**.

NB : n_1 et n_2 représentent le nombre d'observations dans chaque échantillon.

n_2	α	n_1																		
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
3	.05	0	0	1	2	2	3	4	4	5	5	6	7	7	8	9	9	10	11	
	.01	--	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3	3	4	4	4	5		
4	.05	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	14	15	16	17	18	
	.01	--	--	0	1	1	2	3	3	4	5	5	6	7	7	8	9	9	10	
5	.05	1	2	4	5	6	8	9	11	12	13	15	16	18	19	20	22	23	25	
	.01	--	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
6	.05	2	3	5	7	8	10	12	14	16	17	19	21	23	25	26	28	30	32	
	.01	--	1	2	3	4	6	7	8	9	11	12	13	15	16	18	19	20	22	
7	.05	2	4	6	8	11	13	15	17	19	21	24	26	28	30	33	35	37	39	
	.01	0	1	3	4	6	7	9	11	12	14	16	17	19	21	23	24	26	28	
8	.05	3	5	8	10	13	15	18	20	23	26	28	31	33	36	39	41	44	47	
	.01	0	2	4	6	7	9	11	13	15	17	20	22	24	26	28	30	32	34	
9	.05	4	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	
	.01	1	3	5	7	9	11	14	16	18	21	23	26	28	31	33	36	38	40	
10	.05	4	7	11	14	17	20	24	27	31	34	37	41	44	48	51	55	58	62	
	.01	1	3	6	8	11	13	16	19	22	24	27	30	33	36	38	41	44	47	
11	.05	5	8	12	16	19	23	27	31	34	38	42	46	50	54	57	61	65	69	
	.01	1	4	7	9	12	15	18	22	25	28	31	34	37	41	44	47	50	53	
12	.05	5	9	13	17	21	26	30	34	38	42	47	51	55	60	64	68	72	77	
	.01	2	5	8	11	14	17	21	24	28	31	35	38	42	46	49	53	56	60	
13	.05	6	10	15	19	24	28	33	37	42	47	51	56	61	65	70	75	80	84	
	.01	2	5	9	12	16	20	23	27	31	35	39	43	47	51	55	59	63	67	
14	.05	7	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	77	82	87	92	
	.01	2	6	10	13	17	22	26	30	34	38	43	47	51	56	60	65	69	73	
15	.05	7	12	18	23	28	33	39	44	50	55	61	66	72	77	83	88	94	100	
	.01	3	7	11	15	19	24	28	33	37	42	47	51	56	61	66	70	75	80	
16	.05	8	14	19	25	30	36	42	48	54	60	65	71	77	83	89	95	101	107	
	.01	3	7	12	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	82	87	
17	.05	9	15	20	26	33	39	45	51	57	64	70	77	83	89	96	102	109	115	
	.01	4	8	13	18	23	28	33	38	44	49	55	60	66	71	77	82	88	93	
18	.05	9	16	22	28	35	41	48	55	61	68	75	82	88	95	102	109	116	123	
	.01	4	9	14	19	24	30	36	41	47	53	59	65	70	76	82	88	94	100	
19	.05	10	17	23	30	37	44	51	58	65	72	80	87	94	101	109	116	123	130	
	.01	4	9	15	20	26	32	38	44	50	56	63	69	75	82	88	94	101	107	
20	.05	11	18	25	32	39	47	54	62	69	77	84	92	100	107	115	123	130	138	
	.01	5	10	16	22	28	34	40	47	53	60	67	73	80	87	93	100	107	114	

Annexe 3 - Tableau 16 : Description de l'offre d'IVG selon la méthode et le type de portes d'entrée en 2021

Département	Nombre d'IVG instrumentales en établissements de santé selon le lieu de réalisation de l'IVG	Nombre d'IVG médicamenteuses toutes portes d'entrée confondues selon le lieu de réalisation de l'IVG	Nombre d'IVG toutes méthodes confondues en établissements selon le lieu de réalisation de l'IVG	Nombre d'IVG en ville selon le lieu de réalisation de l'IVG	Total d'IVG selon le lieu de réalisation de l'IVG en 2021
Paris - 75	3768	10504	6 865	7407	14 272
Seine-et-Marne - 77	701	4431	2264	2868	5132
Yvelines - 78	687	2696	2274	1109	3383
Essonne - 91	1303	3538	3349	1492	4841
Hauts-de-Seine - 92	1977	3885	4077	1785	5862
Seine-Saint-Denis - 93	2482	5168	5 919	1731	7 650
Val-de-Marne - 94	1525	3330	2603	2252	4855
Val d'Oise	976	3688	3699	965	4664

Annexe 4 - Tableau 17 : Description de la demande d'IVG selon la méthode et le type de portes d'entrée en 2021

Département	Nombre d'IVG instrumentales en établissements de santé selon le lieu de résidence de la femme	Nombre d'IVG médicamenteuses toutes portes d'entrée confondues selon le lieu de résidence de la femme	Nombre d'IVG avec méthode non précisée en établissements de santé	Nombre d'IVG toutes méthodes confondues en établissements selon le lieu de résidence de la femme	Nombre d'IVG en ville selon le lieu de résidence de la femme	Total d'IVG selon le lieu de résidence de la femme en 2021
Paris - 75	2022	6737	127	4193	4693	8886
Seine-et-Marne - 77	1015	5438	38	3062	3429	6491
Yvelines - 78	774	3694	81	2720	1829	4549
Essonne - 91	1363	4347	81	3584	2207	5791
Hauts-de-Seine - 92	1628	4021	84	3400	2333	5733
Seine-Saint-Denis - 93	2299	6398	87	5789	2995	8784
Val-de-Marne - 94	1709	4616	60	3318	3067	6385
Val-d'Oise - 95	1171	4463	72	3913	1793	5706

Bonjour Monsieur Keita,

Permettez-moi de vous écrire, je m'appelle Alexandra DE SOUSA DANTAS, je suis interne en médecine à Paris. Je fais également un master à Sciences Po Paris en droit et politiques de santé.

Je suis en cours de travail pour mon sujet de thèse en médecine et je souhaiterais travailler sur la question suivante : Accès à l'IVG en Île-de-France à l'échelle départementale, les principaux déterminants - Existe-t-il une variabilité géographique à l'accès à l'IVG en IDF ? Si oui, quels sont les déterminants ?

Après des recherches, je suis tombée sur votre thèse que j'ai trouvé très intéressante. Je me suis inspirée de votre perception de l'accès aux soins pour obtenir un cadre conceptuel dans mon travail de recherche.

Si vous avez quelques minutes par zoom à m'accorder pour décrire votre modèle et me donner votre avis sur son application dans mon travail, je serai ravie.

Avec tout mon respect,

Alexandra DE SOUSA DANTAS

Accès à l'IVG en Île-de-France en 2021 : une étude rétrospective, descriptive et analytique des déterminants

Alors que le droit à l'avortement est remis en question dans plusieurs pays, ce droit en France est garanti par un cadre légal étoffé et renforcé depuis les années 80. Le système de santé permet à toutes les femmes de pouvoir bénéficier d'un accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) dès la demande exprimée et ce, sur tout le territoire.

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive et analytique des déterminants à l'accès à l'IVG en Île-de-France sur l'année 2021 en suivant un modèle d'accès aux soins choisi après étude de la littérature. L'objectif était d'une part, de décrire l'accessibilité géographique à l'échelle départementale à travers un travail de cartographie afin de comprendre la répartition des portes d'entrée d'IVG, et d'autre part, d'identifier une éventuelle corrélation entre le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné et les déterminants reconnus dans la littérature comme influant sur le recours à l'IVG.

Nos résultats suggèrent une offre de soins en IVG hétérogène selon le département de résidence des femmes en Île -de-France en 2021. L'offre de soins en IVG évaluée par le nombre de portes d'entrée et le nombre d'IVG réalisées, se concentre davantage à Paris (14272 IVG, 284 portes d'entrée) et en petite-couronne (18367 IVG, 345 portes d'entrée). Le pourcentage de portes d'entrée identifiables par les usagères sur les différents annuaires de professionnels oscille entre 22,58 % dans les Yvelines et 86,92 % en Seine-Saint-Denis. Le budget alloué à la planification familiale et PMI en 2021 par les conseils départementaux varie de 4,80 euros par femme en âge de procréer dans le Val d'Oise à 146,70 euros par femme en âge de procréer en Seine-Saint-Denis.

Malgré ces disparités départementales, le taux de grossesse aboutissant à une IVG dans un département donné en Île-de-France ne semble pas être déterminé par la distribution géographique des déterminants habituellement reconnus comme associés au recours à l'IVG grâce à un système de santé en France accessible par toute la population cible. Une femme en France quel que soit son milieu social ou économique peut accéder aux soins de santé sexuelle et reproductive. Le taux de grossesse aboutissant à une IVG est remarquablement stable entre les départements. Cela suggère que malgré un certain degré d'inadéquation entre l'offre et la demande, les femmes trouvent toujours les ressources pour pouvoir accéder à l'IVG. Ces ressources peuvent être au prix d'un déplacement des femmes vers un département hors-domiciliation.

L'ensemble de ces éléments souligne l'importance d'un système de santé universel offrant un accès au droit à l'IVG et plus largement aux soins de santé sexuelle et reproductive à toutes les femmes, mais que cet accès n'est pas optimisé en Île-de-France.

Spécialité : Médecine générale

Mots clés français :

[fMeSH : Avortement provoqué, accessibilité des services de santé, facteurs de risque](#)

[Mots-clés libres : Accessibilité géographique](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Université Paris Cité

UFR de médecine

15 Rue de l'École de Médecine

75006 Paris