



HAL
open science

État des lieux de la prise en charge des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018

Émilie Gerbron

► To cite this version:

Émilie Gerbron. État des lieux de la prise en charge des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02387342

HAL Id: dumas-02387342

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02387342>

Submitted on 29 Nov 2019

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.

Université de Rouen

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

Année 2018-2019

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

Par

GERBRON Emilie

Née le 24 Juillet 1991 à Montivilliers (Seine-Maritime)

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2019

État des lieux de la prise en charge des femmes en
demande d'Interruption Volontaire de Grossesse entre
12 et 14 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et
dans l'Eure en 2018.

Président du jury : Monsieur le Professeur Hervé LEFEBVRE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrick FOURNET

Membres du jury : Monsieur le Professeur Éric VERSPYCK
Monsieur le Docteur Joël LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	HCH-CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie

Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation

Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Hervé Lefebvre,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie de votre accueil dans le service d'Endocrinologie, et de la bienveillance avec laquelle vous veillez sur l'internat de Gynécologie Médicale. J'espère sincèrement avoir l'occasion de travailler de nouveau avec toute votre équipe.

A Monsieur le Professeur Éric Verspyck et Monsieur le Docteur Joël Ladner,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assurés de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Patrick Fournet,

Merci de m'avoir confié ce travail de thèse. C'est un sujet passionnant que j'avais à cœur de défendre. Je vous adresse ma plus sincère reconnaissance.

A toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai croisé pendant mon internat, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, sur le plan intellectuel mais surtout sur le plan humain. Un merci tout particulier à l'équipe de Gynécologie du Havre et l'équipe d'Endocrinologie du CHU. Que de bons moments passés avec vous !

A mes trois supers gynécos qui m'ont fait découvrir le monde libéral, Isabelle, Anne et Nadine. J'ai de la chance d'avoir pu apprendre à vos côtés ! A Marie-Christine, pour ton aide et ta bonne humeur.

Merci du fond du cœur à **mes co-internes**, tous ceux avec qui j'ai eu l'honneur de travailler. Nous formions une équipe de choc à chaque semestre ! Je chéris la relation que j'ai avec vous, vous n'imaginez pas comme vous m'avez apporté. L'internat avec vous, c'était du bonheur, des sacrées rigolades, et un soutien sans faille. MERCI.

A ma team GM, WAOUH ! L'avenir de la gynéco est assuré avec nous !

A ma troupe Saltim' Danse, qui me suit et supporte mon rire discret depuis... 15 ans ? Vous retrouvez m'emplit toujours d'une joie immense. « Qu'est-ce qu'elle dit Milue ???... »

A Lattha et les jumeaux qui me manquent.

A Mo toujours présente dans mes pensées.

A ma dream team du hand,

Coucou Ricou coucou Ricou coucou Ricou coucou. Quel bonheur de t'avoir comme voisine. Je crois que je ne pouvais rêver mieux. Katia, je te mets dans ma dream team du hand, parce que c'est tout comme !!

La Camp', je suis ton Autre à jamais, mais je te prête à Hélène parce que c'est vraiment une chouette fille.

A Coco et Amandine, que j'aime toujours retrouver malgré les mois passés sans se voir.

Chadna, à nos discussions interminables, dans une voiture garée... Merci pour tout.

Caro, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu fais pour moi. Tu es un pilier dans ma vie, je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Merci pour ton aide, ton canap' pendant mes formations, et ton amitié sans faille.

A Marie Jolie, qui me suit depuis tant d'années...

Tu crois tellement en moi, que je n'ai jamais pu douter ! Merci pour ton oreille attentive et tes conseils toujours avisés. Tu es une femme de cœur, j'ai de la chance d'être ton amie. Vraiment.

A mes « 4 hommes et pas de piscine »,

Merci d'être vous. Merci pour les weekends, pour les sushis, pour ces moments simples et vrais. Vous n'imaginez pas tout ce que vous m'apportez au quotidien. Vous êtes tous des personnes absolument formidables. Je serai

toujours là pour vous, comme vous l'êtes pour moi. J'envoie un bisou tout tendre à notre Loulou... la voir grandir, c'est quelque chose d'incroyable.

A Charlotte,

Merci pour tout. Tu es mon soutien le plus précieux. On recommence une coloc quand tu veux ! (Oui... ok... on raccrochera le poster d'Emma Watson parce que tu lui ressembles...)

A « La Queue à Tonton »,

Mes essentiels. On se connaît par cœur... et on s'aime quand même ! A nos projets, nos vacances, nos travaux, nos bébés, notre futur château, nos vies !!! Votre folie m'emporte, m'emplit de bonheur, et me fait faire n'importe quoi hihhi.

A ma belle-famille,

Merci pour votre soutien incroyable depuis le début. Je me suis toujours sentie chez moi avec vous. Votre amour des uns et des autres est un exemple pour moi.

A ma famille,

A ma grande sœur, la seule à parler encore plus fort que moi hihhi. Je suis fière de la maman et de la femme que tu es. A Mia, qui emplit mon petit cœur de tata d'amour et de paillettes...

A mon grand frère, qui ne se doute pas à quel point je tiens à lui. Tu es un homme d'exception. A Audrey, qui fait partie de la famille depuis toujours. Et à Bubulle, que j'ai tellement hâte de rencontrer...

A ma petite sœur, la personne la plus drôle que je connaisse. Quand on est toutes les deux, on est nous. C'est une des choses les plus précieuses que j'ai à ce jour (ça, et mon collier des reliques de la mort, évidemment). Félix, continue de la rendre heureuse !

A mon parrain et ma marraine, que je vois trop peu à mon goût. Merci pour tous ces séjours chez vous, j'ai hâte de revenir manger des figues et papoter dans le spa.

A Maman et Papa. Je suis ce que je suis grâce à vous. Merci pour votre aide, pour les kinders cachés dans ma valise, pour les réparations de ma Mimi mobile, pour les conseils avisés, pour les petits plats en sortant de garde. Vous avez toujours cru en moi. Merci du fond du cœur.

A mon Chouchou, mon Mémé Jacquet, mon Amour...

Je n'ai pas de mot assez fort pour vous remercier. Vous reconnaissez tous mes types de comédies, vous les supportez, vous vous en amusez. Merci d'être vous. De me faire pleurer de rire, de chanter « Danse mon amour » en concert, et de m'aimer comme les tigres. J'ai une confiance absolue en nous.

Table des matières :

LEXIQUE DES ABREVIATIONS	17
PREAMBULE.....	18
I. INTRODUCTION.....	18
II. LOI ET IVG.....	20
III. CADRES REGLEMENTAIRES POUR LA REALISATION DES IVG TARDIVES EN FRANCE.....	23
1. Structures de prise en charge des IVG.....	23
2. Consultations médicales préalables à l'IVG, tardive ou non.....	23
3. La visite de contrôle post IVG tardive, médicamenteuse ou chirurgicale.....	25
IV. REALISATION DE L'IVG ENTRE 12 ET 14 SA.....	25
1. Les molécules.....	26
2. La technique chirurgicale de l'IVG entre 12 et 14 SA.....	27
3. La technique médicamenteuse de l'IVG entre 12 et 14 SA.....	30
4. Complications des IVG tardives par rapport aux IVG inférieures à 12 SA.....	32
5. Ressenti des patientes lors des IVG tardives.....	34
V. TARIFICATION IVG.....	34
1. IVG médicamenteuses en ville.....	35
2. IVG médicamenteuses en établissement de santé.....	36
3. IVG chirurgicales en établissement de santé.....	37
VI. EPIDEMIOLOGIE.....	39
1. État des lieux du système d'information.....	39
2. Évolution des IVG sur les vingt dernières années.....	42
3. Situation en Normandie.....	45
4. IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.....	47
5. Mesures mises en œuvre pour améliorer l'accès à l'IVG.....	50
Rapport HCE publié en 2013 : Recommandations.....	50
Rapport HCE publié le 17 janvier 2016. L'accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté.....	52
VII. ÉTABLISSEMENTS REALISANT LES IVG EN SEINE MARITIME (76) ET EURE (27).....	55
LES ETUDES	58
I. PREMIERE ETUDE : REPARTITION DE LA REALISATION DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMENORRHEE EN SEINE-MARITIME ET DANS L'ËURE EN 2018. ...	58
1. Objectif de l'étude.....	58
2. Matériel et Méthodes.....	58
3. Résultats.....	59
4. Discussion.....	61
II. DEUXIEME ETUDE : CARACTERES SOCIOECONOMIQUES ET TEMOIGNAGES DES FEMMES EN DEMANDE D'IVG SUPERIEURES A 12 SEMAINES D'AMENORRHEE EN SEINE-MARITIME ET DANS L'ËURE.	64
1. Objectif.....	64
2. Matériel et Méthodes.....	64
3. Résultats.....	64
4. Discussion.....	72
III. TROISIEME ETUDE : PRATIQUES ET RESENTI DES MEDECINS GYNECOLOGUES EN SEINE-MARITIME ET DANS L'ËURE SUR LES IVG TARDIVES.....	76

1. <i>Objectif</i>	76
2. <i>Matériel et Méthodes</i>	77
3. <i>Résultats</i>	77
4. <i>Discussion</i>	84
IV. QUATRIEME ETUDE : FORMATION ET IMPLICATION DES INTERNES EN GYNECOLOGIE MEDICALE ET GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES IVG TARDIVES EN SEINE-MARITIME ET DANS L'EURE.....	87
1. <i>Objectif</i>	87
2. <i>Matériel et Méthodes</i>	87
3. <i>Résultats</i>	88
4. <i>Discussion</i>	94
SYNTHESE DES ETUDES : COMMENT AMELIORER L'ACCES A L'IVG AU-DELA DE 12 SEMAINES D'AMENORRHEE EN SEINE-MARITIME ET DANS L'EURE ?	98
CONCLUSION	107
PROPOSITION DE PLAN D'ACTION POUR REDUIRE LES DIFFICULTES D'ACCES A L'IVG TARDIVE EN SEINE-MARITIME ET DANS L'EURE	108
ANNEXES	110
BIBLIOGRAPHIE	121

Lexique des abréviations

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANEA : Association Nationale pour l'Etude de l'Avortement
AEU : aspiration endo-utérine
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AG : âge gestationnel
BIP : diamètre bipariétal
CFEF : Collège français d'échographie fœtale
CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGOF : Collège National des Gynécologue-Obstétriciens Français
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
DCIR : Données de Consommation InterRégime
DIM : Département d'Information Médicale
DREES : Direction de la Recherche et des Études Économiques et Statistiques
HAS : Haute Autorité de Santé
HCE : Haut Conseil à l'Égalité
INED : Institut National des Études Démographiques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LCC : longueur crano-caudale
MLF : Mouvement de Libération de Femmes
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie
RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique
RSI : Régime Sociale des Indépendants
SA : Semaines d'Aménorrhée
SAE : Statistique Annuelle des Établissements
SNIIRAM : Système National d'Information InterRégime de l'Assurance Maladie

Préambule

I. Introduction.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un droit légal des femmes. Aux termes de la loi du 17 janvier 1975, reconduite le 23 novembre 1979, toute femme française ou femme étrangère justifiant de conditions de résidence en France peut, sur sa demande et en suivant une procédure précise, faire interrompre une grossesse (1) (la circulaire DGS/DHOS n°2001-467 du 28 septembre 2001 supprime les conditions de durée et de régularité de séjour en France pour les femmes étrangères (2)). L'interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé.

En 1994, l'OMS déclarait que les 70 000 décès par an par complications de l'IVG clandestine étaient passés à 500 par an avec l'avortement médicalisé.

La loi de Juillet 2001 apporte plusieurs modifications concernant la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, dont l'allongement du délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA) révolues.

Cette modification avait pour but de réduire le nombre de femmes partant à l'étranger pour réaliser une IVG lorsque le terme légal était dépassé (environ 5000 femmes par an selon les estimations) et de s'harmoniser avec la législation des pays voisins.

Ce rallongement de prise en charge aurait dû s'accompagner d'une adaptation de la part des professionnels de santé, en matière de formation, mais aussi du matériel pour réaliser les IVG, sans que cela n'impacte sur la prise en charge des femmes. Or, lors des débats parlementaires dans les premiers mois qui ont suivi la mise en application du délai légal à 14 SA, il a été mis en avant des réticences de la part des médecins, y compris ceux qui réalisaient les IVG. Le rapport d'activité de l'Assemblée Nationale de février 2002 (3) met en évidence des difficultés d'adaptation à la législation : les médecins estiment avoir une formation insuffisante devant un geste chirurgical techniquement plus lourd et la crainte d'avoir recours à des instruments pour morceler le fœtus, sans avoir eu de formation dédiée (3). Très peu de moyens ont été débloqués, et les centres d'orthogénie ont dû faire face à ces nouvelles demandes avec le même personnel et les mêmes moyens techniques qu'auparavant.

Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) de 2001 (4) préconisaient la réalisation des IVG tardives par méthode chirurgicale, mais avaient déjà mis en avant que la méthode médicamenteuse restait possible, en particulier si les conditions locales de l'établissement ne permettaient pas la réalisation de la technique chirurgicale. Les dernières recommandations du Collège National des Gynécologue-Obstétriciens Français (CNGOF) (5) approuvent la possibilité de réaliser les IVG tardives par méthode chirurgicale ou médicamenteuse, avec des protocoles établis, et mettent en avant l'importance du choix de la patiente dans la méthode de son interruption de grossesse (cela implique donc de pouvoir réaliser les deux méthodes dans le centre hospitalier).

Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) a rédigé un rapport en 2013 (6) qui alertait les pouvoirs publics sur l'existence d'obstacles juridiques et matériels dans l'accès à l'IVG. 35 recommandations pour garantir l'effectivité du droit à l'avortement avaient été mises sur papiers, dont 26 ont été mises en œuvre totalement ou partiellement et 9 sont restées sans suite, selon leur dernier communiqué en 2017 (7). Parmi ces recommandations, la prise en charge des IVG au-delà de 12 SA a été mise en avant.

Cependant, nous remarquons qu'il persiste toujours en France des inégalités, en particulier territoriales, de la prise en charge des IVG tardives (c'est-à-dire entre 12 et 14 SA), et que celle-ci est loin d'être possible dans tous les centres hospitaliers.

Qu'en est-il de la situation en Seine-Maritime et dans l'Eure (ex-Haute-Normandie) ? L'accès à l'IVG tardive est-elle facilité dans notre région ou existe-t-il encore des difficultés ? La répartition des prises en charge est-elle égale sur le territoire haut normand ? C'est l'objectif de ce travail de thèse.

Après une présentation de la législation française, du cadre réglementaire de l'IVG tardive ainsi que des différentes méthodes utilisées pour réaliser ces IVG, de l'épidémiologie des IVG en Haute-Normandie et en France, nous vous présenterons l'activité globale des IVG tardives en Haute-Normandie : quels établissements pratiquent les IVG tardives ? Quelles femmes viennent les demander ? Que pensent les médecins gynécologues de la région de la prise en charge des femmes en demande d'IVG tardive ? Qu'en est-il de la formation des jeunes médecins sur le sujet ?

II. Loi et IVG

L'interruption volontaire de grossesse : une histoire qui relate l'évolution d'une réflexion éthique et du droit des femmes, semée d'embûches, qui va de la légalisation de la contraception à celle de l'avortement.

Jusqu'à la fin du XXe siècle, la contraception et l'IVG sont considérées comme un mal. En France, le premier écrit relatif à l'avortement est l'édit d'Henri II de 1556, qui condamne à mort les femmes ayant recours à l'avortement et à l'infanticide, de même que les avorteurs. En 1920, toute forme de contraception est passible d'amende, voire d'une peine de prison. En 1942, la loi devient plus virulente, considérant l'avortement comme un crime contre l'État. Les femmes pratiquantes sont alors condamnées à la peine de mort, comme par exemple Marie-Louise Giraud, guillotinée en 1943 pour le crime d'avortement.

En 1967, la loi Neuwirth (8) vient abroger la loi de 1920 en autorisant la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures. L'avortement, quant à lui, reste absolument interdit. Des mouvements féministes vont alors se faire de plus en plus entendre : en 1968, on assiste à la création de l'ANEA, l'Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement et en 1970, à la création du MLF, Mouvement de Libération des Femmes. La première grande révolution des femmes a éclaté en avril 1971 avec la publication dans le « Nouvel Observateur » du « Manifeste des 343 » : rédigé par Simone de Beauvoir et signé par 343 femmes, elles annoncent chacune avoir eu recours à l'avortement au cours de leur vie, et demandent la dépénalisation de l'IVG.

Le manifeste débute par ces phrases : « Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre. »

Parmi elles, de nombreuses femmes célèbres, notamment Catherine Deneuve, Jeanne Moreau, Nadine Trintignant. Cet article a fait beaucoup de bruit et a permis à de nombreux groupes de parole pour le droit féminin de se former.

En 1974, la loi n° 74-1026 libéralise la contraception et élargit le dispositif de la loi de 1967, notamment le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.

En se battant pour le droit des femmes françaises, une grande femme a marqué l'histoire : il s'agit de Simone Veil, à l'origine de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 qui porte son nom, et qui, enfin, légalise l'IVG. A noter, que cette loi n'est dans un premier temps votée que pour 5 ans, à titre expérimental. La femme, pour avoir recours à l'IVG, devait être en situation de « détresse » (la connotation de ce terme a perduré un long moment). L'intervention devait se dérouler avant la 10^{ème} semaine de grossesse, et l'acte ne pouvait être effectué que par un médecin, dans un établissement de santé. La femme devait réaliser deux consultations médicales à une semaine d'intervalle afin de posséder un vrai temps de réflexion et d'information. De plus, une consultation sociale était obligatoire au minimum deux jours avant l'avortement. Pour une femme mineure, l'autorité parentale était obligatoire pour la réalisation de l'IVG. Tout cela n'était pas pris en charge par la Sécurité sociale.

La loi n°79-1204 du 31 décembre 1979, dite loi Pelletier, reconduit définitivement la loi Veil. En 1982, la loi Roudy (9) autorise le remboursement de l'IVG. Il faudra encore attendre 6 ans, en 1988, pour que la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité Mifégyne 200mg soit légalisée. En 1993, la loi Neiertz punit de 2 mois à 2 ans de prison et de 2000 à 30 000 francs d'amende le délit d'entrave à l'IVG et les agissements des commandos anti IVG : tout acte d'intimidation, de culpabilisation, de menace, de perturbation à l'encontre du personnel médical ou non médical des centres d'IVG et des patientes venues y subir une IVG est réprimandé (10).

En 2001, la loi Aubry (11) recule le délai légal de l'IVG à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée. De plus, l'entretien social n'est plus obligatoire pour les femmes majeures. L'avortement en ville est instauré par voie médicamenteuse, sous couvert d'une convention entre le cabinet du médecin de ville et un établissement de santé. La femme mineure peut se rendre aux entretiens accompagnée d'une personne majeure autre que ses parents.

Les conditions d'accès à l'IVG pour les femmes étrangères sont revues en septembre 2001 (2), supprimant les conditions de durée et de régularité de séjour en France. La circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005 demande la prise en charge des soins urgents des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État et donne ainsi accès à l'IVG à toutes les femmes étrangères séjournant en France (12).

Les centres de planification ont l'autorisation de réaliser des IVG médicamenteuses à partir de 2007.

Ce n'est qu'en 2014, que la première phrase de l'article L.2212-1 du Code de santé publique, « que son état place dans une situation de détresse » est remplacée par « qui ne veut pas poursuivre la grossesse ».

En 2016, une loi de modernisation (13) a supprimé le délai obligatoire de réflexion de 7 jours entre la demande initiale et la confirmation de la demande. Il ne reste que la notion de deux consultations. Les sages-femmes sont dorénavant autorisées à pratiquer les IVG médicamenteuses et les centres de santé des IVG instrumentales. La forfaitisation de l'IVG est revue à la hausse, pour mettre en valeur la prise en charge des femmes en demande d'IVG.

Toutes ces lois ont donc eu lieu progressivement, permettant aux mœurs de s'adapter, mais ce n'est pas pour autant que la prise en charge de l'IVG est limpide en France. Des difficultés d'accès restent présentes. C'est un sujet qui se doit d'être traité avec importance, car il en est certain : l'IVG fait bel et bien partie du parcours des femmes, malgré les progrès de la contraception.

III. Cadres réglementaires pour la réalisation des IVG tardives en France.

La pratique de l'IVG est régie par un cadre réglementaire précis, dicté par la loi. Le cadre réglementaire de l'IVG tardive (de 12 à 14 SA) suit de près celui des IVG inférieures à 12 SA.

1. Structures de prise en charge des IVG.

Une femme en demande d'IVG inférieure à 12 SA peut se rendre dans plusieurs structures : chez son médecin de ville (médecin généraliste, médecin gynécologue) ou sa sage-femme, dans un Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), ou dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé.

Un médecin de ville peut pratiquer des IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA, et doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée. Il doit, en outre, avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé (14).

Les structures pouvant accueillir les femmes en demande d'IVG au-delà de 12 SA sont uniquement hospitalières. Elles sont soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG (15).

Le délai de rendez-vous pour une IVG ne doit pas excéder 5 jours suivant l'appel de la femme, en particulier pour les IVG tardives pour lesquelles le rendez-vous est souvent demandé en urgence. Les établissements de santé doivent posséder une ligne téléphonique directe et dédiée à cette seule activité.

2. Consultations médicales préalables à l'IVG, tardive ou non.

Lors de la première consultation préalable à l'IVG, la patiente est informée sur les deux techniques (médicamenteuse et chirurgicale), les lieux de réalisation de l'IVG, les risques et les effets secondaires possibles, avec la remise de documents d'information écrits. Un Guide IVG a été récemment réédité par l'ARS à destination de toutes les femmes demandeuses d'IVG (16).

A l'occasion de cette demande d'IVG, un entretien psychosocial est proposé à la patiente. Cette consultation est réalisée par une conseillère conjugale, qualifiée pour mener ces entretiens. La patiente bénéficie alors d'une écoute, d'un soutien psychologique, d'informations ou de conseils appropriés à chaque situation. C'est une consultation facultative si la femme est majeure, obligatoire si la patiente est mineure.

L'âge gestationnel est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique et une échographie. L'échographie doit être disponible dans un centre de santé. En ville, le recours à l'échographie doit être rapide.

La datation de la grossesse repose sur la mesure seule du sac gestationnel lorsque l'embryon n'est pas encore visible (le terme sera donc toujours inférieur à 7 SA). La présence d'une vésicule vitelline traduit la caractère endo-utérin de la grossesse. Dès l'apparition de l'embryon à l'image échographique, l'estimation de l'âge gestationnel se fait par la mesure de la longueur crano-caudale (LCC) définie par Robinson (17) ou la mesure du diamètre bipariétal (BIP) définie par la Collège français d'échographie fœtale (CFEF) à partir de 11 SA.

En cas de terme proche de 14 SA, une datation précise doit être réalisée. A 14 SA, la LCC et le BIP sont respectivement de 80 mm et 27 mm. Cependant, le calcul de la datation de la grossesse est toujours fiable à plus ou moins 5 jours. L'IVG peut donc être réalisée lorsque les mesures de LCC sont inférieures à 90 mm et/ou les mesures du BIP inférieures à 30 mm (mesures correspondant à 14 SA + 5 jours) (5). Le médecin pratiquant l'IVG ne doit donc pas se focaliser sur la datation en elle-même pour décider s'il peut réaliser ou non l'IVG quand il s'agit de termes limites, mais bien sur les mesures de la LCC et du BIP.

Les méthodes de mesure sont les mêmes en cas de grossesse gémellaire.

Le taux de β -hCG sérique est un moyen peu fiable de datation de grossesse et ne doit pas être utilisé pour la datation de grossesse en vue d'une IVG (5).

Il n'existe plus de délai de réflexion minimum entre deux consultations depuis 2016, à part si l'entretien psychosocial a eu lieu : dans ce cas, la femme dispose d'un délai de réflexion de 48 heures avant de remettre son consentement.

La deuxième consultation permet de confirmer la demande d'IVG, par écrit. La méthode de la réalisation de l'IVG est choisie, ainsi que son lieu de réalisation. Il s'agit aussi d'un moment privilégié pour choisir un moyen de contraception à mettre en place après l'IVG.

Lorsque le professionnel ne pratique pas lui-même l'IVG, il doit communiquer le nom d'un praticien ou d'une structure réalisant cet acte à la femme. Il donne dans le même temps une attestation prouvant que la patiente s'est bien conformée aux étapes préalables obligatoires (temps d'information et temps de remise du consentement).

Une consultation pré-anesthésique est nécessaire si la méthode chirurgicale est choisie ; de plus, toutes les patientes doivent disposer d'un groupage sanguin ABO-D.

3. La visite de contrôle post IVG tardive, médicamenteuse ou chirurgicale.

La visite de contrôle post IVG est une étape importante du suivi de l'IVG ; elle doit être systématiquement proposée. Elle permet de vérifier l'efficacité de la méthode utilisée, l'utilisation d'une contraception et sa tolérance ainsi que le vécu de l'IVG. Pour les IVG tardives chirurgicales, l'efficacité du geste sera évaluée par une échographie pelvienne post aspiration, vérifiant la vacuité utérine. Pour les IVG tardives par méthode médicamenteuse, une échographie sera réalisée le jour de l'évacuation s'il existe un doute sur l'expulsion totale du sac gestationnel. Sinon, un contrôle des β -hCG à 15 jours sera réalisé, avec une réussite énoncée lorsque les β -hCG ont diminué de plus de 80% par rapport au taux mesuré le jour de l'IVG.

IV. Réalisation de l'IVG entre 12 et 14 SA.

Deux techniques différentes sont utilisées pour réaliser une IVG tardive : la technique médicamenteuse et la technique instrumentale.

Ces deux techniques ont chacune leur lot d'avantages et d'inconvénients, qui doivent être exposés à la patiente pour qu'elle puisse choisir la méthode qui lui convient le mieux. Ces deux techniques sont soumises à des protocoles décrits et répandus pour que l'IVG réalisée soit la plus sûre possible.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a publié des recommandations de bonne pratique concernant les IVG en 2001 (4), qui ont été mises à jour en 2010 par la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la méthode médicamenteuse (15). Dans ces recommandations, la technique chirurgicale était à prioriser pour la réalisation des IVG tardives. Les arguments déployés pour étayer ce choix étaient les suivants (18) :

- La faisabilité des techniques instrumentales a été éprouvée dans de nombreux pays européens et aux USA,
- Les techniques médicamenteuses ont des délais plus longs, variables à ce terme et souvent imprévisibles,
- Les techniques médicamenteuses nécessitent souvent une analgésie plus sophistiquée voire même une péridurale,
- Seules les techniques instrumentales sont compatibles avec l'assurance d'une réalisation ambulatoire.

Plus récemment, de nouvelles Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) ont été publiées par le CNGOF (5), qui mettent en avant, avant tout, le choix de la patiente dans la technique de l'IVG tardive.

Pour pouvoir réaliser ces deux techniques, des molécules spécifiques sont utilisées, qu'il est important de connaître afin d'apprécier leurs effets et leur cinétique. Nous nous focaliserons ensuite sur la réalisation précise d'une IVG tardive.

1. Les molécules.

Le RU 486 ou Mifépristone est un stéroïde synthétique, dérivé de la progestérone puis de la noréthindrone auquel une chaîne est ajoutée sur le carbone 17 et sur le carbone 11. Elle possède une forte activité anti progestérone, avec une affinité pour les récepteurs de la progestérone cinq fois plus forte que la progestérone elle-même (19). Contrairement à cette dernière, elle ne peut pas activer les récepteurs, et ne possède donc pas les effets spécifiques de la progestérone (maintenir le col utérin fermé, inhiber la contraction utérine). La mifépristone altère l'endomètre, provoquant une nécrose déciduale, ce qui a pour conséquence de la séparer du trophoblaste et d'entraîner une chute d'hCG et l'expulsion du produit de conception (20,21). De plus, la mifépristone va stimuler la production de prostaglandines au niveau utérin, déclenchant une activité contractile et induisant une

ouverture du col utérin (22,23). Le mécanisme d'action sur le col utérin n'est pas uniquement dû aux prostaglandines, mais surtout à la stimulation d'agents tels que les cytokines, dont l'action permet la modification des fibres collagènes du col utérin (24). La dilatation maximale du col est obtenue 36 à 48 heures après l'administration du produit.

Il est à noter que la mifépristone a également une activité relative pour les récepteurs des autres hormones stéroïdes : l'affinité aux récepteurs glucocorticoïdes est trois fois supérieure à celle de la dexaméthasone ; elle est moindre pour les récepteurs des androgènes, et négligeable pour les récepteurs aux minéralocorticoïdes et les estrogènes. Cependant, ces affinités sont de courte durée et n'ont pas de traduction clinique (25).

Les analogues de la prostaglandine augmentent la contractilité utérine, déclenchent les contractions, ramollissent et ouvrent le col de l'utérus. L'action préalable de la mifépristone potentialise les effets d'une dose plus basse de prostaglandines sur la contractilité du myomètre. Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine E1, qui stimule la contractilité utérine en se liant à des récepteurs spécifiques dans le myomètre. La cinétique du produit dépend de sa voie d'administration (26,27) ; mais les comprimés de misoprostol n'ont l'AMM en France que pour l'utilisation par voie orale.

Les contre-indications à ces médicaments sont rares : pour la mifépristone, il s'agit de l'insuffisance surrénale chronique, de l'allergie connue à la mifépristone ou à l'un des constituants du comprimé, l'asthme sévère non équilibré par le traitement et la porphyrie héréditaire. Pour le misoprostol, il s'agit d'une hypersensibilité connue au misoprostol ou à l'un des excipients et des antécédents d'allergie aux prostaglandines (28).

2. La technique chirurgicale de l'IVG entre 12 et 14 SA.

Lors d'une IVG chirurgicale, la préparation cervicale permet de diminuer les complications ; il est donc recommandé de l'utiliser systématiquement. Pour réaliser cette préparation cervicale, le misoprostol est le médicament le plus efficace et le mieux toléré.

Pour les IVG avant 12 SA, une dose de 400 µg est recommandée, avec une prise 3 heures avant le geste par voie vaginale, ou 1 à 3 heures avant le geste par voie sublinguale. Pour les grossesses entre 12 et 14 SA, il est conseillé d'ajouter l'administration de 200 mg de

mifépristone 24 à 48 heures avant la chirurgie en plus des 400 µg de misoprostol quelques heures avant le geste, afin de faciliter la dilatation cervicale.

Concernant le type d'anesthésie, il n'y a pas de différence significative entre anesthésie générale et anesthésie locale (anesthésie para cervicale) concernant le risque de complications parmi les IVG instrumentales avant 12 SA (29). Cependant, aucun travail précis n'a étudié la réalisation d'une IVG tardive sous anesthésie para cervicale, notamment vis-à-vis des douleurs per et post opératoires. Il est communément réalisé une anesthésie locorégionale (rachianesthésie) ou une anesthésie générale pour les IVG tardives.

Sous aseptie stricte, en position gynécologique et sous vision directe du col de l'utérus grâce à un speculum, une pince de traction (pince de Pozzi) est posée pour corriger l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus. La dilatation cervicale se fait habituellement par des bougies de Hégar qui vont de millimètre en millimètre. Par rapport aux autres dilateurs utilisables (dilateurs de Pratt, par exemple), la bougie de Hégar permettrait une dilatation plus rapide et diminuerait le temps nécessaire à la dilatation (30). Pour les IVG tardives, la dilatation cervicale nécessite un plus grand nombre de bougies de Hégar que pour les IVG avant 12 SA, pour permettre le passage d'une canule d'aspiration d'un diamètre plus élevé. Dans l'étude prospective de Bacle et al réalisée dans deux centres français, il apparaît nettement qu'un nombre plus important de bougies et de canules sont utilisées pour le geste (tableaux 1 et 2) (31).

Colombes AL n = 190	8-10 SA n = 65	10-12 SA n = 61	12-14 SA n = 65	p
Nombre de bougies	1,9	2,3	2,6	0,01 S
Nombre de canules	2,1	2,2	3,3	< 10-4 S
Berkeley (diamètre max)	7,8	8,7	9,8	< 10-4 S

Roubaix AL n = 190	8-10 SA n = 78	10-12 SA n = 49	12-14 SA n = 63	p
Nombre de bougies	3,3	4,7	5,8	< 10-4 S
Nombre de canules	2,0	2,2	2,3	0,006 S
Berkeley (diamètre max)	8,3	9,4	11,1	< 10-4 S

Tableaux 1 et 2 - F Bacle et al. Pregnancy termination between 12 and 14 weeks gestation: practices and early complications in comparison with termination between 8 and 12 weeks. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Juin 2005

L'aspiration évacuatrice est préférable au curetage (32) du fait de la diminution des pertes sanguines, des douleurs peropératoires et d'une durée plus courte de l'intervention. En revanche, le type de canule utilisée (rigide ou souple), ne met pas en évidence de différence significative en termes de lésion cervicale, de morbidité fébrile, de transfusion sanguine, d'utilisation d'antibiotique, d'évacuation incomplète ou de reprise instrumentale (30). Pour les IVG tardives, la canule utilisée a un diamètre de l'ordre de 12 mm. L'utilisation d'une canule supérieure à 12 mm est inutile car le tuyau d'aspiration n'est pas plus large, et cela accroîtrait le risques de déchirure cervicale. Une fois la dilatation cervicale effectuée et du fait du volume foetal, la simple aspiration du contenu utérin n'est pas toujours possible pour les IVG supérieures à 12 SA. Il est parfois nécessaire d'avoir recours à une pince spécifique, appelée la pince en cœur ou la pince à faux germes. Dans l'étude française prospective de Koskas et al, l'utilisation de pince à faux germes a été bénéfique dans 0,7% des IVG inférieures à 12 SA et 32,7% des IVG supérieures à 12 SA. Parmi ces dernières, il apparaît que les pinces sont souvent utilisées pour les IVG supérieures à 13 SA (20,3 % 12-13 SA versus 48,9 % 13-14 SA) (33).

Nous observons un temps d'aspiration plus long dans le cas des IVG tardives, et donc un geste opératoire plus long : l'étude de Koskas et al, retrouve une durée opératoire de $12,9 \pm 6,7$ minutes pour les IVG supérieures à 12 SA versus $11,1 \pm 2,8$ minutes pour les IVG inférieures à 12 SA ($p < 0,05$) (33).

L'utilisation de l'échographie au cours et/ou au décours de l'intervention est possible, mais non recommandée en routine. Lorsqu'elle est réalisée, l'endomètre doit être inférieur à 8 mm (34). L'étude échographique de l'endomètre quelques jours après une IVG chirurgicale n'est pas pertinente.

Concernant l'antibioprophylaxie, les recommandations du CNGOF de 2012 sont toujours en vigueur : une antibioprophylaxie systématique doit être préférée à une antibioprophylaxie ciblée. Chez la femme de moins de 25 ans, la doxycycline est privilégiée du fait de la prévalence élevée de *Chlamydiae trachomatis* (doxycycline 100mg per os une heure avant l'IVG suivi de 200mg juste après la procédure ; ou azithromycine per os 1g avant le geste). Pour les patientes

de plus de 25 ans, l'administration de métronidazole 500mg per os se fait au moment de l'IVG, puis 500mg per os 4 et 8 heures après le geste (30).

L'antalgie est là aussi une composante importante de l'IVG instrumentale. Il est recommandé d'utiliser des anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui diminuent les douleurs per et post opératoires, que la patiente soit sous anesthésie générale ou non (35). Le phloroglucinol n'est pas recommandé dans cette indication. Il n'y a pas de modification dans la prise en charge antalgique lors d'une IVG tardive par méthode chirurgicale par rapport à une IVG inférieure à 12 SA.

La consultation post IVG n'est pas cliniquement indispensable, mais elle a d'autres objectifs (contraception, vécu de l'IVG) : il est donc primordial de la proposer.

3. La technique médicamenteuse de l'IVG entre 12 et 14 SA.

De nombreuses études ont été réalisées pour définir les posologies optimales, ainsi que leur voie d'administration et le délai entre la prise des deux médicaments pour la réalisation des IVG par méthode médicamenteuse.

L'IVG médicamenteuse réalisée à la dose de 200 mg de mifépristone associée au misoprostol est efficace à tout âge gestationnel (36). Il n'existe pas d'alternative aussi efficace que cette association. Pour une efficacité optimale, il ne faut pas raccourcir le délai entre mifépristone et misoprostol en dessous de 8 heures. Il existe plusieurs voies d'administration du misoprostol : la voie vaginale, la voie orale, la voie sublinguale et la voie jugale.

Les protocoles sont différents en fonction du terme de la grossesse. Les protocoles des IVG avant 12 SA sont donnés à but informatif.

Selon les dernières recommandations du CNGOF (5), l'IVG réalisée avant 7 SA comprend une prise de mifépristone à 200mg, devant de 24 à 48h la prise de 400 µg de misoprostol par voie vaginale, linguale, orale ou jugale.

Entre 7 et 9 SA, la prise de mifépristone à 200 mg sera suivie 24 à 48h plus tard de la prise de 800 µg de misoprostol. Après 7 SA, la voie orale sera évitée car elle semble être moins bien tolérée. On préférera donc la voie sublinguale, vaginale ou jugale. Elle peut

éventuellement être complétée d'une dose de 400 µg de misoprostol 3 à 4 heures après, sans que cela ne soit forcément nécessaire. Le taux de succès de cette méthode est à 98%.

Entre 9 SA et 12 SA, il est recommandé de renouveler les doses de misoprostol. 24 à 48 heures après la mifépristone, 800 µg de misoprostol seront administrés à la patiente par voie vaginale, sublinguale ou jugale ; les doses suivantes (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400 µg toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion.

Après 12 SA, la voie vaginale sera utilisée pour l'administration initiale du misoprostol. Le renouvellement des prises se fera par voie vaginale, sublinguale ou jugale, toutes les 3 heures, jusqu'à l'expulsion (jusqu'à 5 doses supplémentaires).

L'antalgie est une composante importante de l'IVG médicamenteuse, en particulier pour les IVG tardives : les douleurs abdomino-pelviennes induites par les contractions utérines sont quasiment systématiques. Les recommandations internationales ne préconisent pas d'utiliser le paracétamol seul lors de la réalisation de l'IVG mais de prescrire de l'ibuprofène (37). Le phloroglucinol n'est pas recommandé pour traiter la douleur dans les IVG médicamenteuses. Il n'existe pas d'étude ayant montré la supériorité du paracétamol codéiné (palier 2) par rapport à l'ibuprofène. Cependant, ces trois antalgiques n'ayant pas le même mode d'action, on peut penser que leur association pourrait être plus efficace que l'un ou l'autre. Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) signale tout de même que l'utilisation d'antalgiques de palier 3 peut s'avérer nécessaire, surtout après 13 SA (38). Aucune étude n'a évalué l'intérêt de l'anesthésie locorégionale ; celle-ci devrait rester accessible pour les patientes qui réalisent les IVG médicamenteuses entre 13 et 14 SA lorsqu'elles ne sont pas soulagées par les antalgiques de palier 1, 2 et 3 (37).

Concernant l'antibioprophylaxie, il n'existe pas de preuve suffisante pour recommander ou non son utilisation pour les IVG médicamenteuses. L'HAS et le CNGOF ne recommandent pas son utilisation systématique.

L'allaitement, l'obésité, la grossesse gémellaire et l'utérus cicatriciel ne sont pas des contre-indications à l'IVG médicamenteuse. De plus, il n'existe pas de niveau de preuve pour modifier le protocole d'IVG médicamenteuse dans ces situations.

Là encore, la consultation post-IVG doit être proposée. L'échographie pelvienne est utilisée en post-abortum immédiat s'il existe un doute sur l'expulsion complète. 15 jours après l'IVG médicamenteuse, un dosage de β -hCG ayant diminué de 80% par rapport au jour de l'IVG signe l'efficacité de l'IVG médicamenteuse, quel que soit le terme.

4. Complications des IVG tardives par rapport aux IVG inférieures à 12 SA.

La légalisation de l'IVG en France a permis de faire quasiment disparaître les décès maternels provoqués par les avortements : le risque de décès est de l'ordre de moins d'une femme pour 100 000 (39), soit un chiffre largement inférieur au risque de décès lors d'un accouchement, qui est aux alentours de 10,3 pour 100 000 naissances vivantes (40).

Globalement, l'incidence des complications de l'IVG est très faible. Dans l'étude californienne de Upadhyay et al publiée en 2015 analysant plus de 50 000 IVG, le taux global de complications a été retrouvé à 2,1 % (IVG instrumentale = 1,3 % et IVG médicamenteuse = 5,2 %) avec 0,23 % de complications majeures (IVG instrumentale = 0,16 % et IVG médicamenteuse = 0,31 %) (41). La revue de la littérature de Faucher publiée en 2016 (39) nous permet une vue d'ensemble des complications liées à la pratique des IVG, qu'elles soient précoces ou tardives.

Concernant les complications des IVG au-delà de 12 SA, les deux articles français présentés plus haut (31,33) ne retrouvent pas d'argument en faveur d'une augmentation des hémorragies, des perforations utérines, des déchirures du col et des décès. Il est cependant à noter que les effectifs étaient petits (104 IVG tardives dans l'étude de Koskas et 147 IVG tardives dans l'étude de Bacle). Les seules complications ou difficultés subjectives survenues lors des IVG tardives pour Koskas ont été retrouvées uniquement au cours de la période d'apprentissage des médecins (33) : l'expérience de l'opérateur serait un facteur influant sur l'apparition de complications.

Dans la littérature, l'étude canadienne de Ferris et al, qui regroupe une cohorte prospective de plus de 80 000 avortements, retrouve un ratio de probabilité de complications (toutes complications confondues) de 1,3 entre 9 et 12 semaines de grossesse en comparaison avec des grossesses de moins de 9 semaines (IC 95 % [1,02-1,63]) (42). Ce ratio augmente à 3,3 (IC 95 % [2,23-5,00]) pour un avortement supérieur à 17 semaines de gestation (42).

L'étude de Chen et al réalisée sur 13 ans (qui retrouve un taux de 0,8 perforations utérines pour 1000 IVG), met en avant un risque de perforation corrélé à l'âge gestationnel, avec un risque relatif de 1,4 à chaque 15 jours supplémentaires (43). Cependant, il semblerait que ce risque soit surtout majoré pour les aspirations plus tardives, au-delà de 16-17 SA. D'autres facteurs de risque ont été retrouvés. Un utérus multipare serait plus propice à la perforation. Il existe une incidence plus élevée des perforations si l'IVG a lieu dans les 6 mois suivant un accouchement, l'utérus étant plus mou (43). L'expérience de l'opérateur jouerait aussi un rôle dans l'incidence de cette complication (31). Enfin, les malformations utérines comme par exemple les utérus bicornes sont logiquement pourvoyeuses d'une plus forte incidence des perforations.

Vis-à-vis du risque hémorragique, les études sont là aussi plutôt rassurantes : le taux rapporté d'hémorragies sévères nécessitant une transfusion sanguine sur l'ensemble des publications est d'environ 1,5 pour 1000 interruptions (18). Comme pour le risque de perforation, le taux d'hémorragie semble augmenter avec l'âge gestationnel, mais surtout pour des âges gestationnels plus élevés que ceux autorisés en France : de 0,06 % avant 12 SA à 0,19 % entre 13 et 20 SA pour Hepburn (44).

L'augmentation des complications pour les IVG tardives réalisées par méthode chirurgicale semblent donc plus le fait des interruptions au-delà du terme légalisé en France. Les risques infectieux ne sont pas majorés par l'âge gestationnel.

La méthode médicamenteuse pour les IVG au-delà de 12 SA a plus de risques d'échecs et de rétention trophoblastique que lorsque l'âge gestationnel est plus bas : le taux d'avortement complet est de 57,9 % (36). Dans ce cas, il convient d'installer la patiente en position gynécologique, de mettre un spéculum et d'extraire le matériel trophoblastique à la pince, tout en demandant à une aide d'exercer une pression sus pubienne afin de finir de le décoller. En cas d'échec, un geste chirurgical est nécessaire au bloc opératoire. Il n'existe pas de sur-risque d'hémorragie, d'infection ni de rupture utérine pour les IVG supérieures à 12 SA par méthode médicamenteuse (18).

5. Ressenti des patientes lors des IVG tardives.

Le plus important dans la réalisation de l'IVG est le choix éclairé de la patiente. La qualité de l'offre est considérée comme optimale quand la patiente peut préférer une méthode par rapport à une autre, autrement dit quand le centre de santé dispose des deux techniques.

L'étude prospective de Ashok et al en 2005 (45) a analysé les préférences des patientes venant pour des IVG entre 10 et 13 semaines de grossesse : avant l'IVG, 72 % des femmes indiquent une préférence pour l'IVG médicamenteuse contre 28 % pour l'IVG chirurgicale ($p < 0,001$).

Une étude un peu plus ancienne, datant de 2002, compare elle aussi l'acceptabilité des deux méthodes pour des termes entre 10 et 13 semaines de grossesse : avant l'IVG, 72 % des femmes avaient une préférence pour l'IVG médicamenteuse, 22 % pour l'IVG chirurgicale. Dans cette cohorte, 70 % des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse et 79 % des femmes ayant eu une IVG chirurgicale opteraient pour la même méthode en cas de nouvelle demande d'IVG (46).

La principale raison du choix de la technique médicamenteuse est d'éviter l'anesthésie et un geste chirurgical.

La douleur est une composante subjective difficile à évaluer. Concernant les IVG par méthode chirurgicale, il semblerait que la douleur ne soit pas liée à l'âge gestationnel. Une piste intéressante émise par Bacle et al (31) met en parallèle les dysménorrhées habituelles de la patiente et la douleur ressentie en post abortum. Concernant les IVG par méthode médicamenteuse, il est plus logique de constater une augmentation de la douleur avec le terme ; la prise en charge de la douleur nécessite une prescription d'AINS en systématique, mais parfois l'ajout d'un palier 2 voire 3. La pose d'une péridurale doit être accessible aux patientes si besoin.

V. Tarification IVG

A l'occasion du 40^e anniversaire de la loi Veil, un programme national d'action a été mené pour améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire. L'élargissement et

l'harmonisation de la prise en charge financière de l'IVG constituent une de ses principales mesures. Son objectif est d'assurer la gratuité complète des actes afférents, quel que soit le lieu de la réalisation de l'IVG, mais aussi de revaloriser le forfait pour les établissements de santé. Les données du forfait de l'IVG médicamenteuse en ville sont présentées à titre informatif, avant de préciser les données intéressant les IVG tardives, c'est-à-dire les IVG réalisées dans les établissements de santé.

1. IVG médicamenteuses en ville.

Avant 2016, le forfait de l'IVG en ville ne couvrait pas les mêmes actes que le forfait de l'IVG en établissement de santé ; par exemple, les examens biologiques pré-IVG ou encore l'échographie pré-IVG n'étaient pas inclus dans le forfait, de même que la consultation post-IVG. Le remboursement n'était donc parfois pas optimal pour les patientes.

Pour les praticiens pratiquant les IVG médicamenteuses, les tarifs des soins à compter du 1^{er} avril 2016 ont été fixés comme suit (47) :

Code prestation	Libellé (au regard de l'arrêté)	Anciens tarifs	Tarifs à partir du 01/04/2016
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25€
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12€
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65€
FHV	Forfait consultations de ville	100€	50€
FMV	Forfait médicaments de ville	91,74€	87,92€
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28€
IC ou ICS ou IVE	Consultation de contrôle : - Sans échographie de contrôle - Avec échographie de contrôle	Inclus forfait	25€ ou 30,24€

En médecine de ville, le médecin qui réalise l'IVG facture chacune de ces étapes sous forme de forfait entre 187,92€ et 193,16€ (selon la présence d'une échographie de contrôle post IVG). (48)

2. IVG médicamenteuses en établissement de santé.

En établissement de santé, les forfaits IVG ont eux aussi été revu à la hausse.

Le forfait de la réalisation d'une IVG médicamenteuse dans un centre hospitalier privé va de 192,75€ à 284,95€, en fonction de la réalisation de l'IVG au domicile ou avec une surveillance médicale (c'est-à-dire en ambulatoire). Les revenus sont répartis comme suit (49):

IVG médicamenteuse <u>en établissement hospitalier PRIVE.</u>	Tarifs à partir du 01/04/2016
Consultation de recueil de consentement et échographie	35,65€
Investigations biologiques préalables à l'intervention	22,95€
Consultation de prise de médicaments :	95,65€
- Consultation de prise de l'anti-progestérone	
- Prise de l'analogue de prostaglandine, SANS surveillance médicale	
Consultation de prise de médicaments :	182,61€
- Consultation de prise de l'anti-progestérone	
- Prise de l'analogue de prostaglandine, AVEC surveillance médicale	
Investigations biologiques ultérieures	13,50€
Consultation de contrôle sans échographie	25,00€
Consultation de contrôle avec échographie	30,24€

Le forfait des IVG tardives par méthode médicamenteuse comprend les items en gras dans le tableau, puisqu'elle est réalisée sous surveillance médicale. Celui-ci est donc de 284,95€ en établissement privé.

Dans les établissements publics, le forfait de prise en charge de l'IVG médicamenteuse s'élève à 282,91€ (49). Il inclut la consultation de recueil de consentement, l'injection

d'anticorps anti-D (le cas échéant), les investigations biologiques et échographiques préalables, la surveillance médicale et la consultation de contrôle associée à une échographie.

Il existe donc une différence de 2,04€ de revenus entre la réalisation d'une IVG tardive par méthode médicamenteuse en établissement privé par rapport à un établissement public.

3. IVG chirurgicales en établissement de santé.

Dans les établissements publics, l'IVG chirurgicale est remboursée par l'Assurance Maladie à 100% sur la base d'un tarif forfaitaire variable de 463,25€ à 664,05€ (49) en fonction du type d'anesthésie et de la durée d'hospitalisation.

Ce prix comprend :

- La consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG, si celle-ci n'a pas été réalisée en ville
- Les analyses préalables à l'IVG (biologie et échographie)
- L'anesthésie locale ou générale et la consultation pré-anesthésique si besoin, l'acte d'IVG et la surveillance, l'accueil et l'hébergement
- La consultation médicale de contrôle (au cours de laquelle le médecin peut choisir de réaliser un contrôle par échographie)

Les forfaits sont répartis comme suit :

IVG instrumentale <u>en établissement hospitalier public</u>	Tarifs à partir du 01/04/2016
IVG, sans anesthésie générale, en ambulatoire	463,25€
IVG, avec anesthésie générale, en ambulatoire	603,59€
IVG, sans anesthésie générale, avec au moins une nuitée en hospitalisation	506,32€
IVG, avec anesthésie générale, avec au moins une nuitée en hospitalisation	664,05€

Dans les établissements privés, le nouveau forfait de prise en charge de l'IVG chirurgicale va de 422,96€ à 595,45€ (49) (en fonction de la présence ou non d'une anesthésie et de la durée d'hospitalisation) et se traduit comme suit :

IVG instrumentale en <u>établissement hospitalier privé</u>	Tarifs à partir du 01/04/2016
Consultation de recueil de consentement et pratique d'une échographie	35,65€
Investigation biologique préalable	22,95€
IVG (et injection d'anticorps anti-D le cas échéant)	92,62€
Anesthésie locorégionale ou générale	77,18€
Investigations biologiques ultérieures	13,50€
Consultation de contrôle	25,00€
Accueil et hébergement en ambulatoire	233,24€
Accueil et hébergement avec une moins une nuitée en hospitalisation	328,55€

Il existe là aussi une différence de rémunération des établissements en fonction de leur caractère privé ou public, qui n'est pas expliquée. Pour les IVG chirurgicales, les établissements publics sont mieux rémunérés que les établissements privés.

De plus, il n'existe pas de différence entre la rémunération d'une IVG tardive par rapport à une IVG inférieure à 12 SA, alors que, comme expliqué plus tôt dans cette introduction, l'IVG tardive nécessite souvent plus de temps et plus de matériel.

La revalorisation du forfait IVG a tout de même permis de relancer la motivation des établissements à réaliser des IVG. Cependant, celles-ci représentent toujours une

rémunération peu importante pour les hôpitaux, en particulier lorsque la patiente doit être gardée en observation une nuit.

Il est à noter que l'IVG tardive par méthode médicamenteuse, devant une surveillance simple sans utilisation d'anesthésie ou de matériel particulier, coûte plus de deux fois moins cher qu'une IVG tardive par méthode chirurgicale.

VI. EPIDEMIOLOGIE

1. État des lieux du système d'information.

Avec la loi de 1975 décriminalisant l'IVG, la France s'est dotée d'un dispositif permettant aux femmes d'interrompre légalement leur grossesse pour des motifs non thérapeutiques mais aussi de mesurer, pour la première fois, le nombre d'IVG en France. Avant cette loi, et en l'absence de système d'information spécifique du fait de la pratique illégale, les données reposaient sur des estimations. Celles-ci s'appuyaient le plus souvent sur le nombre de décès induits par des avortements, ou encore sur des sondages réalisés auprès de femmes ménopausées interrogées rétrospectivement sur leur vie féconde (50).

Les données liées à l'IVG sont suivies par deux principaux organismes : l'Institut National des Études Démographiques (INED) en liaison avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Un système d'information a été mis en place pour recueillir, au niveau régional et national, des données sociodémographiques exhaustives vis-à-vis de la pratique de l'IVG.

Plusieurs sources sont utilisées pour parvenir à ce recueil :

- Bulletin d'IVG

Le bulletin d'IVG a été instauré en même temps que la loi Veil. Les praticiens avaient l'obligation de remplir un bulletin à la réalisation de chaque IVG. Le bulletin d'IVG s'articule autour de trois thèmes : le lieu où l'IVG a été pratiquée (département, lieu de l'acte médical, statut de l'établissement), la femme qui a eu recours à cette intervention (âge, département

ou lieu de naissance, activité professionnelle) et des informations médicales (date de l'acte, date du début des dernières règles, s'agit-il ou non d'une interruption médicale de grossesse, technique employée, nombre de naissances et d'IVG antérieures). Ce bulletin a été simplifié en 2004 puis modifié en 2005 pour être compatible avec une relecture optique ; la dernière modification a été réalisée en 2011 pour tenir compte des IVG réalisables désormais en cabinet de ville, et en centre de planification ou d'éducation familiale.

Depuis 1976, l'INED a publié chaque année les statistiques des bulletins (51), qui possèdent des données sociodémographiques intéressantes.

Cependant, selon l'INED et la DREES, les bulletins sous estiment le nombre réel d'IVG réalisées. Ce sous enregistrement peut s'expliquer par des oublis de la part du personnel médical, de désorganisation de service, de rupture de stock des bulletins vierges, et de la lourdeur du recueil. En 2014, 40% des IVG n'ont pas donné lieu à la transmission d'un bulletin au niveau national (52). Par conséquent, la DREES a cessé en 2016 d'assurer la centralisation de ces bulletins transmis aux Agences Régionales de Santé. En 2019, les bulletins ont cessé d'être distribué par les ARS, leur utilisation est stoppée.

Il est cependant intéressant de noter que les bulletins d'IVG restaient une source précise en termes de caractéristiques sociologiques des patientes, et que malgré la diminution du remplissage de ces bulletins, ils nous donnaient tout de même une tendance sur la population étudiée (53).

- La Statistique Annuelle d'Établissement (SAE)

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête à caractère obligatoire auprès de l'ensemble des établissements de santé. Des informations agrégées sont ainsi recueillies sur le nombre total d'IVG, le nombre d'IVG médicamenteuses et chirurgicales, et le nombre d'IVG réalisées entre 12 et 14 SA. La SAE est remplie une fois par an par la direction, le plus souvent sur la base du fichier des admissions de l'établissement. La SAE a été établie dans les années 1990 et est depuis 2014 directement renseignée à partir des bases du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI) (voir ci-dessous). Les données sont exhaustives, mais leur qualité dépend dorénavant de la qualité du remplissage du PMSI.

- Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux permet, depuis 1997, d'avoir des informations pour chaque séjour hospitalier. Toutes les IVG en établissement de santé y sont recueillies, y compris les IVG médicamenteuses réalisées au cours d'une seule consultation avec prise médicamenteuse au domicile. Il n'est donc pas possible actuellement de différencier les IVG médicamenteuses avec hospitalisation ambulatoire de celles dont la prise médicamenteuse se fait au domicile. Par contre, les informations du PMSI contiennent l'âge exact de la patiente, et des informations sur l'hospitalisation (durée, technique, anesthésie) grâce au système de facturation à l'acte.

Les données sont renseignées par chaque service puis transmises au département d'information médicale (DIM) de l'établissement, puis mis à disposition par l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) pour les IVG réalisées en centre hospitalier. Les données du PMSI sont depuis 2014 la source de référence pour le suivi annuel des IVG en établissement de santé.

Chacune des sources actuelles de données sur les interruptions de grossesse provoquées est imparfaite : les statistiques hospitalières contiennent peu d'informations (un nombre total, la répartition par technique et par âge) mais du moins ces données-là sont-elles exhaustives (aujourd'hui) ; les bulletins contiennent de nombreuses informations, mais sur une partie des interruptions de grossesse seulement, qui semble toutefois représentative de l'ensemble (53).

- Les Données de Consommation InterRégime (DCIR)

Les Données de Consommations InterRégime (DCIR) permettent d'avoir des informations pour les IVG hors établissements de santé. Le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) récolte les données individuelles de remboursement des patientes depuis 2005 (cette base de données est gérée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS). Les données de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du Régime sociale des indépendants (RSI) sont disponibles depuis 2010.

Un médecin réalisant une IVG est remboursé par l'assurance maladie sous forme de forfait, rendant les IVG identifiables dans le DCIR. Les données disponibles par ce biais sont l'âge et la commune de résidence de la femme. Pour les mineures, l'utilisation d'un faux numéro d'inscription au répertoire (NIR)(54) ne permet pas en revanche d'avoir l'âge et la résidence de la jeune femme.

- Enquêtes

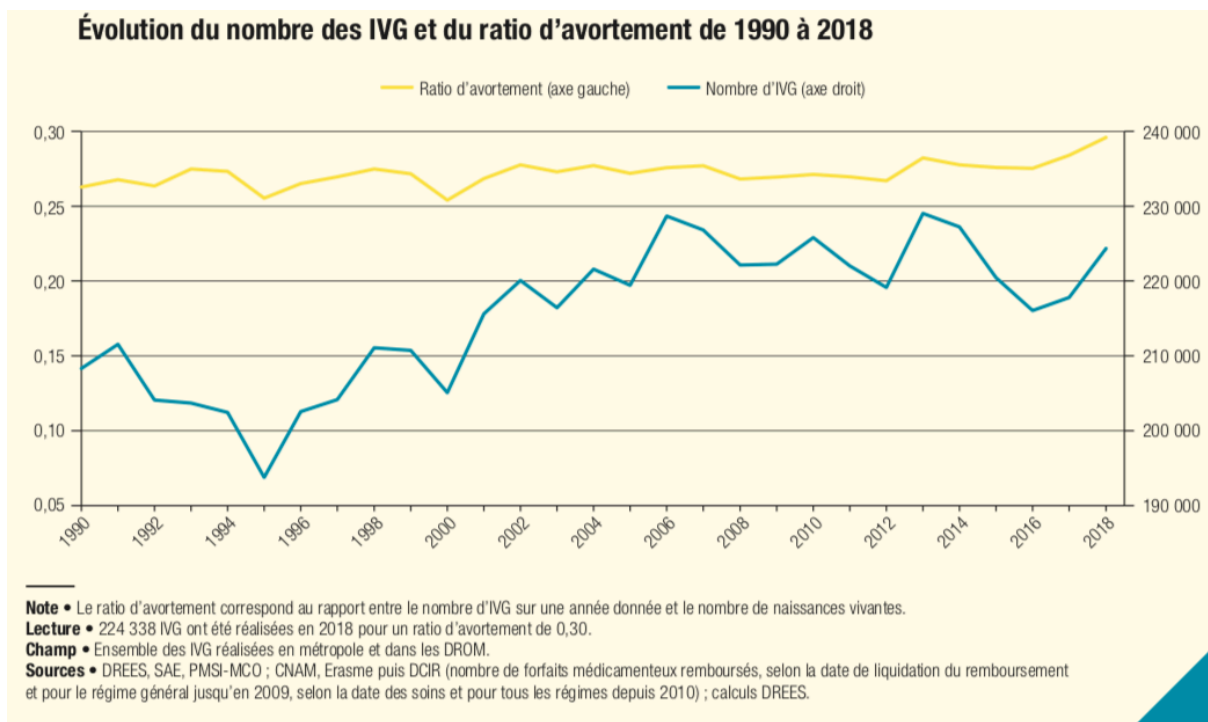
En plus de tous ces indicateurs, des enquêtes ponctuelles permettent d'étoffer ces informations. Par exemple, une enquête sur le recours à l'IVG chez les femmes a été réalisée par la DREES en 2009, permettant une cartographie des établissements et des professionnels réalisant les IVG (55) ; le Baromètre Santé de l'Agence nationale de santé publique publie régulièrement des données sur l'IVG et la contraception ; ou encore l'unité mixte INED-INSERM qui réalise des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes.

2. Évolution des IVG sur les vingt dernières années.

Les publications annuelles de la DREES nous permettent d'avoir une information régulière sur l'épidémiologie de l'IVG.

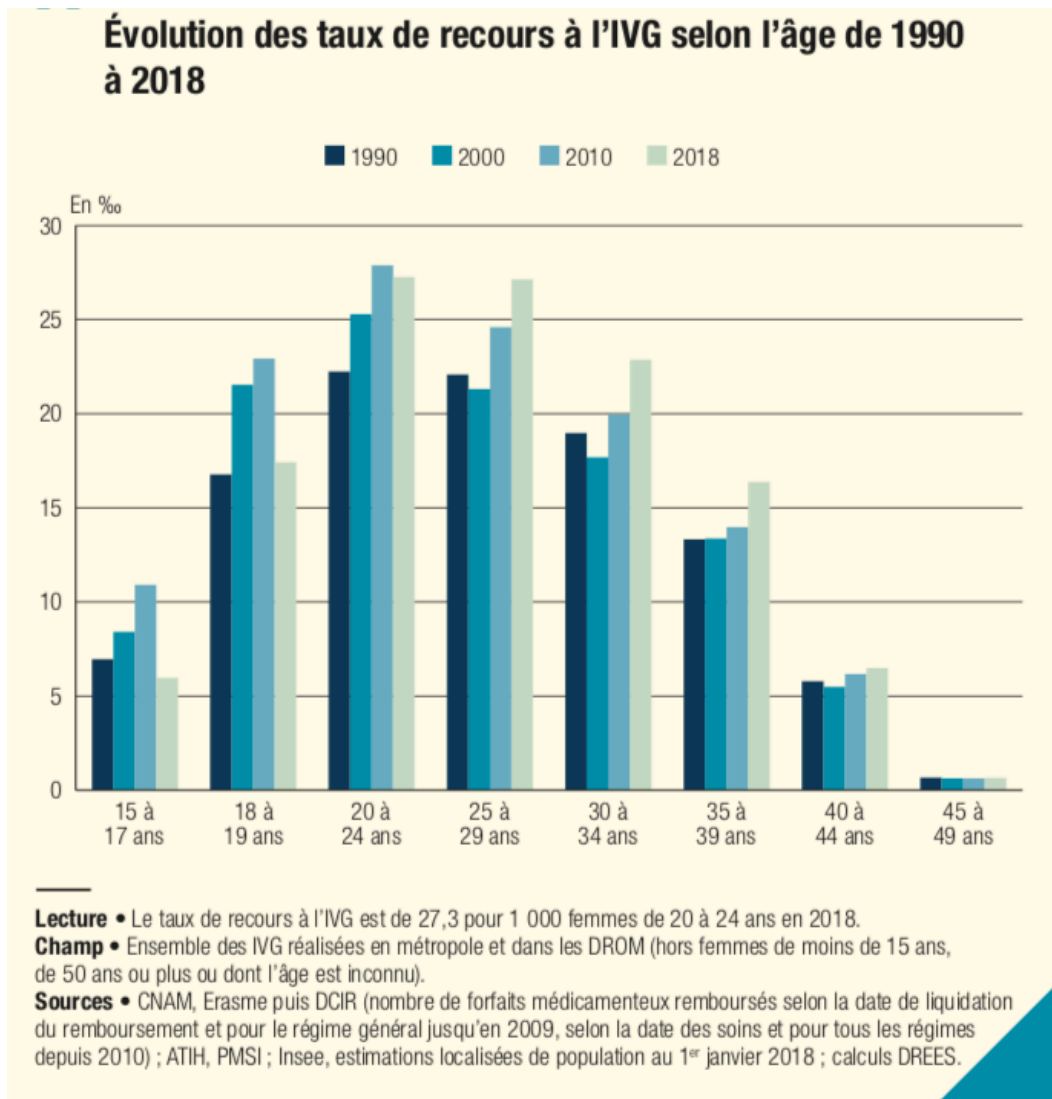
Le nombre d'IVG est globalement stable sur ces vingt dernières années, oscillant entre 215 000 et 230 000 (graphique 1). Le dernier rapport de la DREES publié en septembre 2019 nous donne une estimation à 224 300 IVG en 2018 (56), relativement stable par rapport à 2017 (216 700 IVG) (57) et 2016 (211 900 IVG rapportés (58)).

Les évolutions du nombre des naissances et des IVG suivent une tendance proche depuis 1990, si bien que le ratio d'avortement, qui rapporte une année donnée le nombre d'IVG au nombre total de naissances vivantes, reste plutôt stable, connaissant juste une légère tendance à la hausse entre 2017 et 2018 qui reste à confirmer dans les prochaines années : chaque année, on compte environ une IVG pour un peu moins de quatre naissances (graphique 1) (56).



Graphique 1 : Évolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2018

En 2018, on compte 15,0 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans pour la France métropolitaine. C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (27,3 femmes sur 1000). On remarque une diminution depuis quelques années des taux de recours à l'IVG chez les moins de 20 ans, alors que les taux ont plutôt tendance à croître parmi les 25-39 ans (graphique 2)(56). Ces évolutions sont relativement concordantes avec celles du taux de fécondité par âge, les ratios IVG par nombre de naissances vivantes restant stables pour chaque tranche d'âge.



Graphique 2 : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2018

Certaines femmes seront concernées plusieurs fois par une IVG au cours de leur vie féconde. En 2011, l'Ined a estimé que le nombre de première IVG par femme était de 0,33. Cela signifie qu'une femme sur trois aura recours à au moins une IVG dans sa vie. Ils ont, de même, estimé que la probabilité d'une IVG ultérieure était de 41% pour les femmes ayant déjà eu une IVG. En 2018, 30% des femmes ayant eu une IVG à l'hôpital ont déclaré avoir déjà eu une IVG antérieure (56).

3. Situation en Normandie.

Les taux de recours varient du simple au double d'une région française à l'autre : de 10,9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 22 pour 1000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (tableau 1) (56). Les taux de recours sont élevés dans les DROM, avec un taux maximal de 38,5 IVG pour 1000 femmes en Guadeloupe.

La Normandie se situe entre les deux, avec un taux de 12,1 IVG pour 1000 femmes.

En 2018, 8618 IVG ont été réalisées dans notre région, dont 7020 en établissement hospitalier, 108 en centre de planification et d'éducation familial, et 1490 en cabinet libéral (56).

En comparaison, les chiffres de 2013 décomptent 9159 IVG, dont 7988 dans le milieu hospitalier, 23 en centre de santé, et 1148 IVG en ville (59).

Les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé et CPEF	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ² pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Grand-Est	13 067	91	1 130	14 288	12,2	5,0
Nouvelle-Aquitaine	12 831	705	3 235	16 771	13,9	5,7
Auvergne-Rhône-Alpes	17 833	768	4 573	23 174	13,4	5,0
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	83	1 413	6 949	12,4	5,6
Bretagne	7 025	122	755	7 902	11,8	4,8
Centre-Val de Loire	5 722	134	1 079	6 935	13,4	6,5
Corse	1 060	2	183	1 245	17,6	2,8
Ile-de-France	34 766	2 383	16 554	53 703	18,0	6,2
Occitanie	15 687	260	4 538	20 485	16,7	6,4
Pays de la Loire	8 210	9	452	8 671	10,9	4,1
Hauts-de-France	15 276	196	2 369	17 841	13,5	7,1
Normandie	7 020	108	1 490	8 618	12,6	5,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 541	283	7 116	22 940	22,0	8,1
Total résidentes en France métropolitaine	159 491	5 144	44 887	209 522	15,0	5,9
Guadeloupe ¹	1 512	5	1 785	3 302	38,5	14,6
Martinique	1 682	3	441	2 126	27,7	14,5
Guyane	1 265	103	1 236	2 604	35,3	18,0
La Réunion	2 939	6	1 583	4 528	21,8	12,4
Mayotte	1 346	2	307	1 655	24,8	19,3
Total résidentes dans les DROM	8 744	119	5 352	14 215	27,8	15,1
Femmes dont la résidence est inconnue³		27	291	318		
Total résidentes France entière	168 235	5 290	50 530	224 055	15,4	6,3
Résidentes à l'étranger	283			283		
Total IVG réalisées	168 518	5 290	50 530	224 338	15,5	6,4

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.

1. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

2. Calculé en rapportant les IVG de 15-49 ans aux femmes de 15-49 ans.

3. Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.

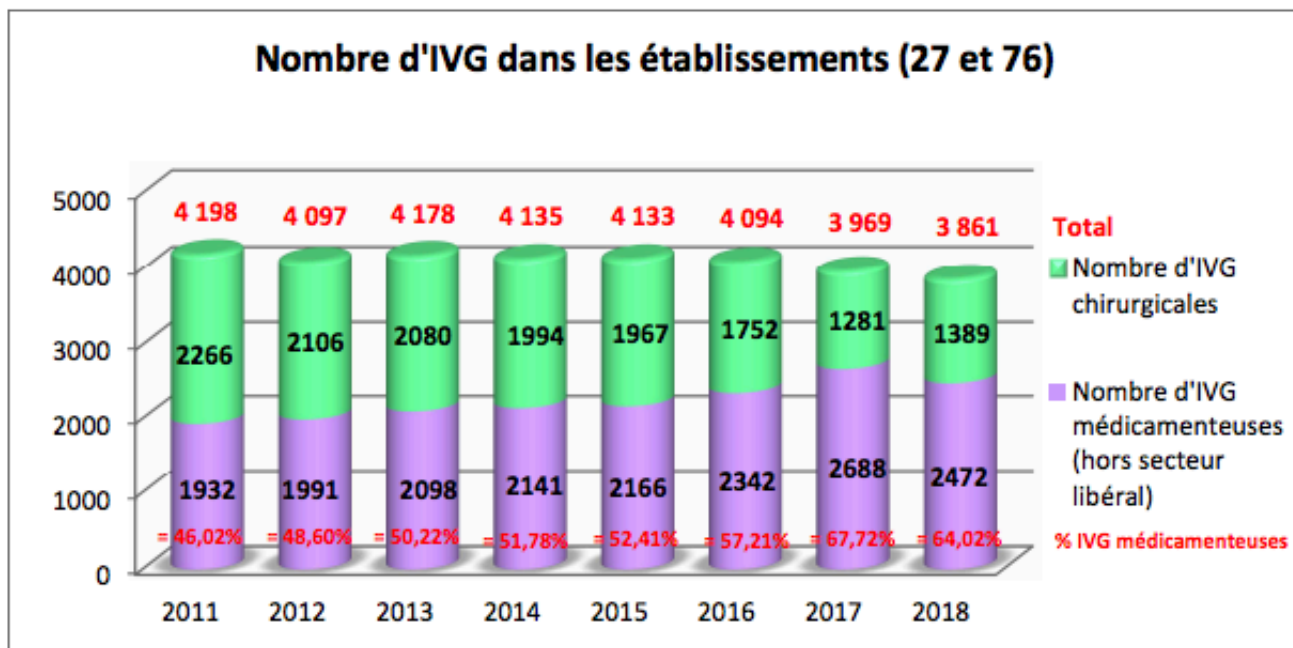
Lecture • En 2018, 14 288 IVG ont concerné des femmes résidant dans la région Grand-Est.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.

Sources • DREES, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2018 ; CNAM, données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date des soins.

Tableau 1 : les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme.

Le dernier rapport d'activité du réseau Périnatalité de la Seine Maritime et de l'Eure, publié le 01 mars 2019 (60), nous propose un tableau récapitulatif du nombre d'IVG totales, par méthode médicamenteuse et par méthode chirurgicale, de ces dernières années (Graphique 3).

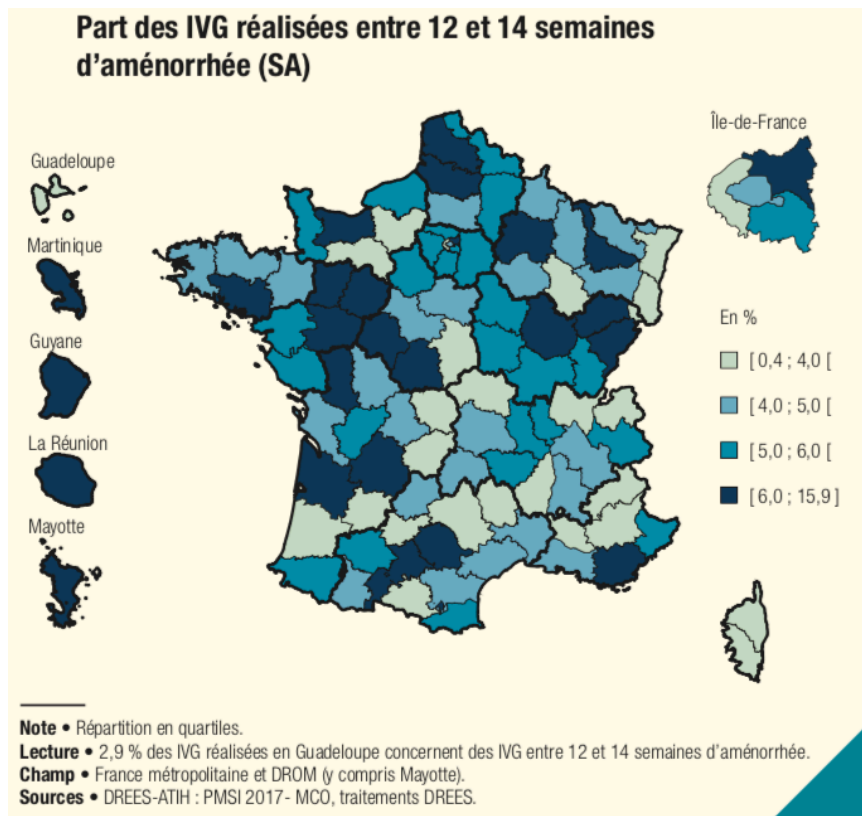


Graphique 3 : Nombre d'IVG dans les établissements (27 et 76)

Nous observons une relative stabilité du nombre d'IVG, avec cependant une tendance à la baisse depuis 2013. La proportion d'IVG médicamenteuses par rapport à la proportion d'IVG chirurgicales, a, par contre, tendance à augmenter : 64,02% en 2018 contre 50,22% en 2013.

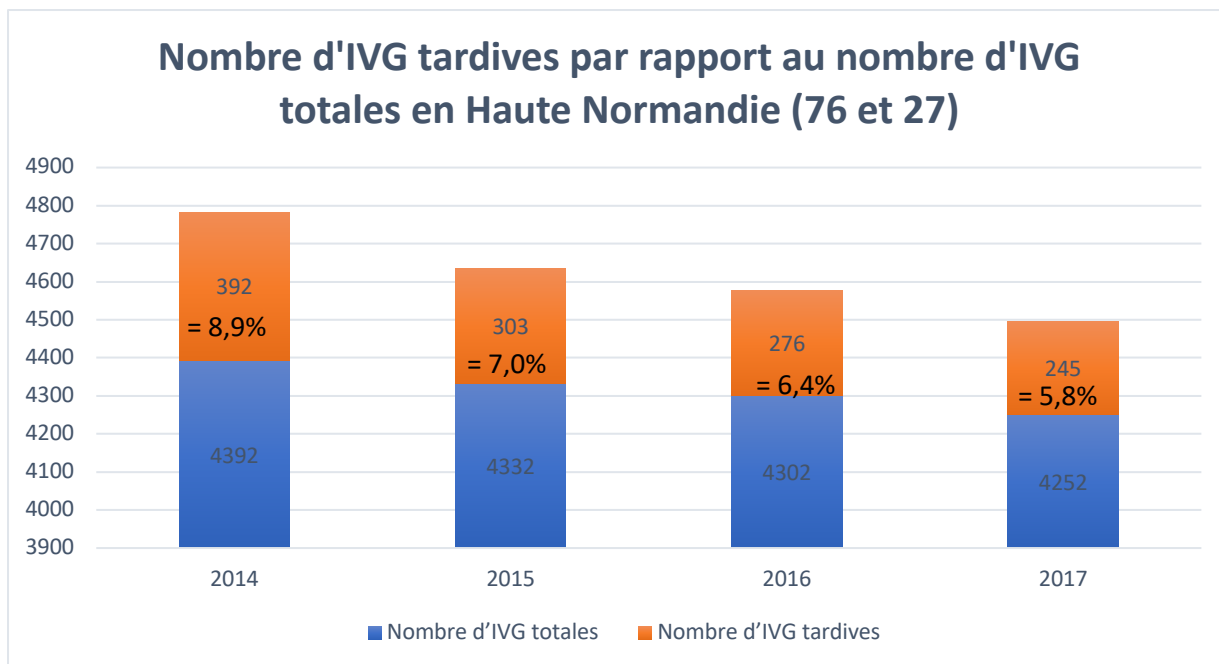
4. IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

Selon la DREES, une IVG sur vingt est réalisée entre 12 et 14 SA, soit environ 5,3%. Là aussi, il y a des variations notables entre les régions : en 2018, leur proportion a été élevée dans les DROM, et plus particulièrement à Mayotte (15,9% de l'ensemble des IVG). En métropole, les différences varient de 2,0% à 11,7% (56). En Haute-Normandie, le taux est entre 5 et 6%, soit un taux assez élevé (carte 1).



Carte 1 : part des IVG réalisées entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée

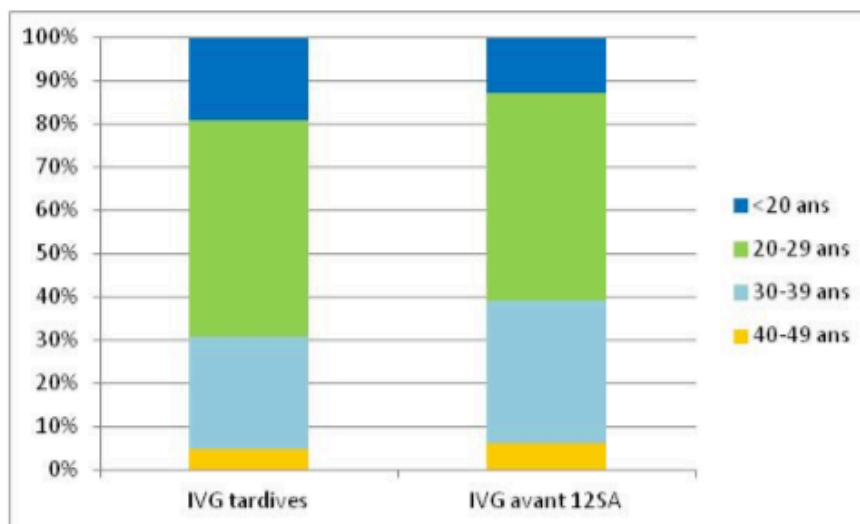
En Seine Maritime et dans l'Eure (ex- Haute Normandie), le nombre d'IVG tardives a tendance à diminuer (graphique 4), passant de 392 en 2014 à 245 en 2017 (source SAE (61)). Nous remarquons ici, une différence du nombre d'IVG totales selon les sources : par exemple, le Réseau Périnatalité retrouve 3969 IVG en 2017 (graphique 3) contre 4252 pour la SAE (graphique 4).



Graphique 4 : Nombre d'IVG tardives par rapport au nombre d'IVG totales en Haute Normandie (76 et 27). Source SAE

Les IVG entre 12 et 14 SA sont, en proportion, plus souvent réalisées chez les femmes de moins de 30 ans (graphique 5).

Il est à noter que la loi de 2001 faisant passer le terme légal de l'IVG de 12 SA à 14 SA n'a pas révélé de franche augmentation du nombre total d'IVG.



Source : PMSI (ATIH, exploitation DREES).
Champ : France entière.

Graphique 5 : répartition des IVG hospitalières selon l'âge des femmes et selon l'âge gestationnel

L'étude de 2009 de la DREES portant sur les professionnels de santé réalisant les IVG tardives retrouve une proportion élevée d'établissements de santé pouvant réaliser ces IVG en France : 90%, soit 9 établissements sur 10 (55).

Un communiqué de l'ARS de Normandie en 2016 affirme que tous les établissements de Normandie ont réalisé des IVG tardives en 2014, et tous les établissements sauf un en 2015. Ce n'est pourtant pas ce qui est retrouvé en pratique courante, et ceci pose le problème de l'accessibilité à l'IVG pour les patientes. Ce fait sera retrouvé plus loin dans ce travail.

5. Mesures mises en œuvre pour améliorer l'accès à l'IVG.

La prise en charge et l'accès à l'IVG sont sans cesse mis à l'épreuve, pour essayer de les optimiser au maximum. Le Haut Conseil à l'Égalité a publié en 2013 un rapport visant à pointer les axes de progression nécessaires des futures années (6).

Rapport HCE publié en 2013 : Recommandations

35 recommandations sont ressorties de ce travail, pour améliorer l'accès à l'IVG. Parmi elles, certaines concernent les IVG tardives.

Ce rapport est articulé selon quatre axes :

- Droit : faire de l'IVG un droit à part entière

C'est dans cet item qu'on retrouve notamment la notion importante de remplacer dans l'Article L2212-1 du Code de la santé publique autorisant l'avortement l'expression « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse » par l'expression « La femme qui ne souhaite pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin de l'interrompre » ; et la suppression du délai de réflexion de 7 jours.

- Information : développer un dispositif global d'information et de communication afin de faciliter l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes

Dans cette section, nous retrouvons la volonté d'organiser la 1ère campagne nationale d'information « sexualités, contraception, avortement », ainsi que le souhait d'affirmer le rôle des ARS dans l'organisation de l'information et la communication de proximité relative à l'IVG et à la contraception, en particulier *via* les établissements d'information, de consultation et

de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) sur les territoires départementaux

- Offre de soins : développer une offre de soins permettant aux femmes un accès rapide et de proximité à l'IVG et leur garantissant le choix de la méthode, la gratuité et la confidentialité

Des recommandations capitales sont émises dans ce chapitre du rapport : mettre en place un moratoire sur la fermeture des centres IVG ; faire respecter l'article R.2212-4 du code de la santé publique qui impose la pratique de l'IVG à tous les établissements disposant d'un service de gynécologie et/ou de chirurgie, en restaurant notamment l'activité d'IVG dans les établissements de santé dans lesquels elle a été arrêtée afin de revenir à une offre de proximité à la hauteur des besoins sur l'ensemble du territoire ; faire respecter l'article R.2212-4 du code de la santé publique qui dispose que tous les établissements doivent pratiquer l'IVG et ce jusqu'à 12 semaines de grossesse ; généraliser le statut de Praticien Hospitalier Temps plein, Temps partiel ou Contractuel pour tous les médecins aptes à pratiquer l'IVG travaillant dans les établissements de santé publics et sans seuil de temps de présence minimal ; assurer tous les choix de méthode dans chaque établissement de santé pratiquant l'IVG

- Gouvernance : clarifier les responsabilités, organiser un véritable suivi de l'activité et permettre la coordination des professionnel-le-s.

Au plan national, une des volontés du HCE est de créer un « Observatoire national sexualités-contraception-IVG », pérenne et indépendant, ayant pour mission l'observation de la pratique de l'IVG en France, l'évaluation de l'application des obligations légales et la généralisation des bonnes pratiques.

De plus, une recommandation propose de réaliser des « testings » ponctuels pour apprécier les capacités de réponses opérationnelles du dispositif de prise en charge de l'IVG. D'autre part, formaliser un schéma d'organisation clarifiant les responsabilités et les modes d'évaluation en définissant les relations contractuelles entre le Ministère de la Santé, l'« Observatoire national sexualités-contraception-IVG », les ARS, les établissements de santé, et les collectivités territoriales.

Pour finir, il était souhaitable de compléter le dispositif d'information pour disposer de l'ensemble des données nécessaires au suivi et à l'évaluation de la prise en charge de l'IVG.

Une recommandation met en avant la nécessité de financer des recherches sur l'IVG, et notamment sur les sujets peu connus aujourd'hui.

Au plan régional, le HCE exige des ARS l'inscription de l'activité IVG dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) les liants aux établissements de santé et la mise en place d'un suivi et d'une évaluation réguliers. De plus, il est nécessaire de développer des « Commissions régionales sexualités-contraception-IVG » dédiées et indépendantes. Ces commissions auront pour rôle l'évaluation de la bonne application du droit sur le territoire régional et infrarégional. Composées de représentants des pouvoirs publics locaux, de professionnels et d'associations, ces commissions seront le lieu d'échange entre les acteurs et actrices, sur la base des diagnostics locaux et de la recherche. Cette structure pourra également faire l'objet d'interpellations directes des femmes et des professionnels localement. Les travaux de ces commissions pourraient être centralisés par l'« Observatoire national sexualités-contraception-IVG ».

Rapport HCE publié le 17 janvier 2016. L'accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté.

Un deuxième rapport a été rédigé le 17 janvier 2017 (7), permettant de faire un point sur les progrès réalisés suite au rapport de 2013. Sur les 35 recommandations émises, 11 ont été totalement mises en place, 15 partiellement mises en place et 9 non mises en place.

Nous développerons surtout les recommandations vis-à-vis de la prise en charge des IVG supérieures à 12 SA et de la nécessité de réagir au niveau régional. C'est donc le troisième axe de réflexion que nous allons préciser.

Le troisième axe de réflexion, basé sur l'offre de soin, nous apporte la confirmation que des efforts sont encore à fournir pour développer le nombre d'établissements pratiquant les IVG sur la France entière. De plus, l'accès à l'IVG jusqu'à 14 SA n'est toujours pas possible dans tous les centres hospitaliers. L'HCE propose de réaliser des testings, sous l'impulsion des ARS, pour vérifier l'application de la circulaire n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 (Tableau 1).

AXE 3 : OFFRE DE SOINS Permettre un accès rapide et de proximité de l'IVG	Réalisation de la recommandation
<p>Mettre en place un moratoire sur la fermeture des centres IVG. Faire respecter l'article R.2212-4 du code de la santé publique qui impose la pratique de l'IVG à tous les établissements disposant d'un service de gynécologie et/ou de chirurgie, en restaurant notamment l'activité d'IVG dans les établissements de santé dans lesquels elle a été arrêtée afin de revenir à une offre de proximité à la hauteur des besoins sur l'ensemble du territoire.</p>	<p>NON</p> <p>Il apparaît encore essentiel de développer le nombre d'établissements pratiquant des IVG, ce qui nécessite l'impulsion des ARS.</p>
<p>Faire respecter l'article R.2212-4 du code de la santé publique qui dispose que tous les établissements publics doivent pratiquer l'IVG et ce jusqu'à 12 semaines de grossesse.</p>	<p>PARTIELLEMENT</p> <p>Circulaire n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 : « (...) il est attendu des réseaux de santé en périnatalité qu'ils définissent un protocole, appelé « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » qui permettent d'améliorer la réponse aux besoins identifiés sur les territoires. »</p> <p>Selon les témoignages des associations de terrain, la prise en charge entre 10 et 12 semaines n'est pas assurée dans tous les établissements de santé. Le HCE recommande de pratiquer des testings dans les établissements publics mentionnés pour vérifier l'application dudit article.</p>

Tableau 1 : Évaluation de la réalisation de la recommandation concernant l'offre de soins : permettre un accès rapide et de proximité de l'IVG.

De plus, cet axe de travail a permis d'évaluer les moyens financiers mis en œuvre pour faciliter l'accès à l'IVG, et notamment des places au bloc opératoire réservées et la présence de personnels dédiés à l'IVG : cette recommandation n'a pas été mise en place. L'ouverture de lits dédiés à cette activité dans les services, et la formation des professionnels (notamment pour la réalisation des IVG tardives – pour la méthode chirurgicale et médicamenteuse) restent encore non clairement établis dans les hôpitaux.

Des améliorations sont aussi attendues concernant l'encouragement de postes de Praticien Hospitalier à temps plein, temps partiel ou contractuel sans seuil de temps minimal pour favoriser les médecins prenant en charge les IVG (Tableau 2). Faciliter l'accès à l'IVG passe aussi par faciliter les postes à temps partiel dans les hôpitaux, pour promouvoir les

professionnels pouvant réaliser des IVG sans pour autant les obliger à avoir une activité uniquement hospitalière.

AXE 3 : OFFRE DE SOINS Assurer une prise en charge de qualité de l'IVG par les structures et les médecins pratiquant l'IVG	Réalisation de la recommandation
Attribuer à l'activité IVG, et contractuellement via les « Contrats de pôle », les moyens financiers nécessaires garantissant des locaux, un budget, une ligne téléphonique, des places en bloc opératoire réservées et la présence de personnels dédiés, qualifiés et formés à l'IVG et à la planification familiale.	NON
Généraliser le statut de Praticien Hospitalier Temps plein, Temps partiel ou Contractuel pour tous les médecins aptes à pratiquer l'IVG travaillant dans les établissements de santé publics et sans seuil de temps de présence minimal.	PARTIELLEMENT L'item n°7 du Programme national d'action pour l'accès à l'IVG prévoyait de « garantir une offre diversifiée sur tout le territoire : Faciliter le recrutement des praticiens contractuels dans les établissements ». Cette mesure devait faire l'objet d'un décret en Conseil d'État. Le HCE réitère cette préconisation et appelle à une parution rapide dudit décret.

Tableau 2 : Évaluation de la réalisation de la recommandation concernant l'offre de soins : assurer une prise en charge de qualité de l'IVG par les structures et les médecins pratiquant l'IVG.

AXE 3 : OFFRE DE SOINS Garantir le choix de la méthode	Réalisation de la recommandation
Assurer tous les choix de méthode dans chaque établissement de santé pratiquant l'IVG.	PARTIELLEMENT Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 : « L'IVG en établissement de santé : Vous [les ARS] ne manquerez pas de maintenir votre attention sur la réalité de l'offre proposée et sur l'organisation de l'activité. En effet, vous devez veiller à ce que les établissements autorisés à l'activité d'obstétrique assurent cette offre. Vous devez vous assurer de la possibilité de recours à l'ensemble des méthodes. » Dans la pratique et d'après les témoignages des associations de terrain, ce choix n'est toujours pas garanti dans tous les établissements pratiquant des IVG. Il semble nécessaire d'assurer un suivi des actions menées par les ARS auprès d'eux et de pratiquer des testings dans les établissements pour vérifier l'application de cette circulaire.

Tableau 3 : Évaluation de la réalisation de la recommandation concernant l'offre de soins : garantir le choix de la méthode.

Le tableau 3 met en avant que le choix de la méthode de l'IVG n'est pas encore possible dans tous les centres en France. Là encore, il est proposé que les ARS réalisent des testings dans les établissements pour vérifier l'application de cette circulaire.

Concernant la région de Normandie, l'ARS et notamment le Dr MF MERLIN-BERNARD a initié le plan régional préconisé par le HCE, paru en juillet 2016, concernant la prise en charge des IVG.

Sur ce rapport, la problématique des termes tardifs était déjà évoquée, notamment dans certains territoires haut-normands. Dans les axes de travail pour améliorer l'accès aux soins en matière d'IVG, deux points concernent les IVG supérieures à 12 SA :

- « Définir les coopérations au sein de territoires pour permettre une prise en charge satisfaisante (y compris des termes tardifs), en particulier lors de la période estivale. »
- « Améliorer la prise en charge locale des IVG de termes tardifs sur les territoires de santé de Dieppe et d'Évreux-Vernon »

L'inscription de l'IVG dans les CPOM des établissements de santé est quant à elle déjà mise en place dans la région.

Qu'en est-il de la réalité de la prise en charge en Seine-Maritime et dans l'Eure ? Depuis ce dernier rapport, y a-t-il eu une amélioration de l'accès à l'IVG tardive ?

Tous ces points seront développés dans ce travail.

VII. Établissements réalisant les IVG en Seine Maritime (76) et Eure (27).

Tout centre de santé possédant une maternité se doit de proposer un centre pouvant prendre en charge les femmes en demande d'IVG.

En Seine Maritime et dans l'Eure, 4 territoires de santé existent pour répondre à la demande de ces femmes.

D'après les déclarations faites à la SAE (61), la répartition des centres en 2018 se fait comme suit.

- **Territoire de santé de ROUEN-ELBEUF (76)**

Dans ce territoire de santé, il existe 4 centres.

Deux centres présents à Rouen : le **CHU de Rouen** (maternité de niveau 3) et la **Clinique Mathilde** (maternité privée de niveau 2). A eux deux, nous retrouvons 120 lits de gynécologie et d'obstétrique. 19 gynécologues obstétriciens sont effectifs à temps complet, et 4 à temps partiel. Du côté anesthésie, nous retrouvons 17 personnes à temps complet.

A Mont Saint Aignan, le **CH du Belvédère** est une maternité de niveau 2. 53 lits de gynécologie et d'obstétrique sont disponibles. 9 gynécologues obstétriciens sont à temps complet, 1 à temps partiel. Les anesthésistes sont en nombre de 6, dont 1 à temps partiel.

Le **CH Elbeuf-Louviers** situé à Elbeuf (maternité de niveau 2) regroupe 30 lits, avec 9 gynécologues à temps partiel. Les anesthésistes sont au nombre de 9, uniquement à temps partiel.

- **Territoire de santé du HAVRE (76)**

Ce territoire regroupe lui aussi 4 centres.

A Montivilliers, le **Groupe Hospitalier du Havre** est une maternité de niveau 3 qui possède 58 lits de gynécologie-obstétrique. 7 obstétriciens y travaillent à temps plein, 4 à temps partiel. Les anesthésistes sont au nombre de 12, travaillant à temps partiel.

Le **CH de Fécamp**, maternité de niveau 1, dispose de 19 lits. 3 gynécologues y travaillent à temps complet, 1 à temps partiel. 4 anesthésistes sont présents à temps complet ou partiel.

A **Lillebonne**, cette maternité de niveau 1 possède 18 lits. 3 gynécologues sont présents à temps complet, 6 à temps partiel.

Au Havre, l'**Hôpital Privé de l'Estuaire** (maternité privée de niveau 1) dispose de 21 lits, avec la présence de 4 gynécologues à temps complet et 1 gynécologue à temps partiel.

- **Territoire de santé de DIEPPE (76)**

Deux centres étaient présents jusqu'en 2019 dans ce territoire.

Le **CH de Dieppe**, maternité de niveau 2, dispose de 15 lits. 7 gynécologues obstétriciens y travaillent à temps plein.

La **Clinique des Aubépines** à Saint-Aubin-sur-Scie était une maternité de niveau 1 qui possédait 28 lits. 4 gynécologues y étaient à temps plein. Cette maternité a fermé ses portes en 2019.

- **Territoire de santé EVREUX-VERNON**

Le **CH Eure-Seine** possède deux sites : un site à **Évreux**, qui correspond à une maternité de niveau 2 avec 34 lits, 10 gynécologues à temps complets, 6 à temps partiel et 9 anesthésistes dont 2 à temps partiel ; un site à **Vernon** (maternité de niveau 1), qui possède 14 lits, 12 gynéco-obstétriciens à temps partiel, 1 obstétricien à temps complet, et 6 anesthésistes.

La maternité de niveau 1 de **Bernay** possédait 13 lits, avec 2 gynécologues à temps complet et 1 à temps partiel. Cette maternité a fermé en 2019, mais elle conserve tout de même une activité d'IVG.

Enfin, la maternité de **Gisors** de niveau 1 dispose de 11 lits, avec 1 gynécologue à temps plein et 6 à temps partiel. 4 anesthésistes y travaillent, dont 1 à temps complet.

14 centres hospitaliers sont donc concernés par la prise en charge des femmes en demande d'IVG en 2018, dont 10 en Seine Maritime et 4 dans l'Eure.

Les études

Une Française sur trois avorte au cours de sa vie. Pourtant, 40 ans après la loi Veil dépenalisant l'avortement, les obstacles et les inégalités dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont loin d'avoir disparus.

Alors que le délai légal en France est de 14 semaines d'aménorrhée et qu'un allongement à 16 semaines pourrait être suggéré par la mission d'information sur le droit à l'IVG, créée cet été à l'Assemblée nationale, l'accès à l'IVG tardive, c'est-à-dire au-delà de 12 semaines d'aménorrhée, est remis au-devant de la scène. Nous avons entrepris ce travail partant du principe que le parcours des femmes vis-à-vis des IVG supérieures à 12 semaines d'aménorrhée et du corps médical qui les prenait en charge n'était pas un long fleuve tranquille.

Nous nous sommes donc fixés trois axes de travail pour faire le point en Seine-Maritime et dans l'Eure : du côté des femmes, du côté des centres de prise en charge et du côté des professionnels de santé. A l'issue de ce travail, nos conclusions proposent des pistes d'amélioration du parcours de soin dans notre région pour les femmes en demande d'IVG tardive.

I. PREMIERE ETUDE : Répartition de la réalisation des Interruptions Volontaires de Grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018.

1. Objectif de l'étude.

L'objectif de cette première étude a été de cartographier la répartition de la réalisation des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018. Les centres d'orthogénie, présentés plus haut dans ce travail, réalisent-ils tous des IVG tardives ? Est-ce une répartition homogène sur le territoire haut normand ?

2. Matériel et Méthodes.

Un recueil des données des établissements a été fait à partir des statistiques des centres hospitaliers en 2018 prenant en charge les femmes en demande d'IVG. Nous avons ainsi colligé, par centre, le nombre d'IVG totales réalisées, le nombre d'IVG

médicamenteuses, le nombre d'IVG chirurgicales et le nombre d'IVG tardives par service. Les données ont été recueillies en contactant les centres un à un. Ces données ont été complétées lorsque cela était nécessaire par les informations du Réseau Périnatal de Seine-Maritime et Eure. La fiabilité relative des données de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) nous a fait préférer ce choix.

3. Résultats.

3891 IVG ont été réalisées dans les établissements en 2018, dont 2787 en Seine-Maritime et 1104 dans l'Eure. Parmi ces IVG, 2476 ont été réalisées par la méthode médicamenteuse, soit 63,6%.

242 IVG supérieures à 12 SA sont recensées en Seine Maritime en 2018, et 33 dans l'Eure, soit 275 au total. La part des IVG tardives dans le total des IVG réalisées en Haute-Normandie est donc de 7,1%. Tous les établissements publics de Seine-Maritime et de l'Eure ont réalisé des IVG tardives. Un seul établissement privé seinomarin n'a pas réalisé d'IVG tardive en 2018. Il ne nous a pas été possible de recueillir les données d'un établissement seinomarin privé, qui avait cessé son activité lors du recueil des données.

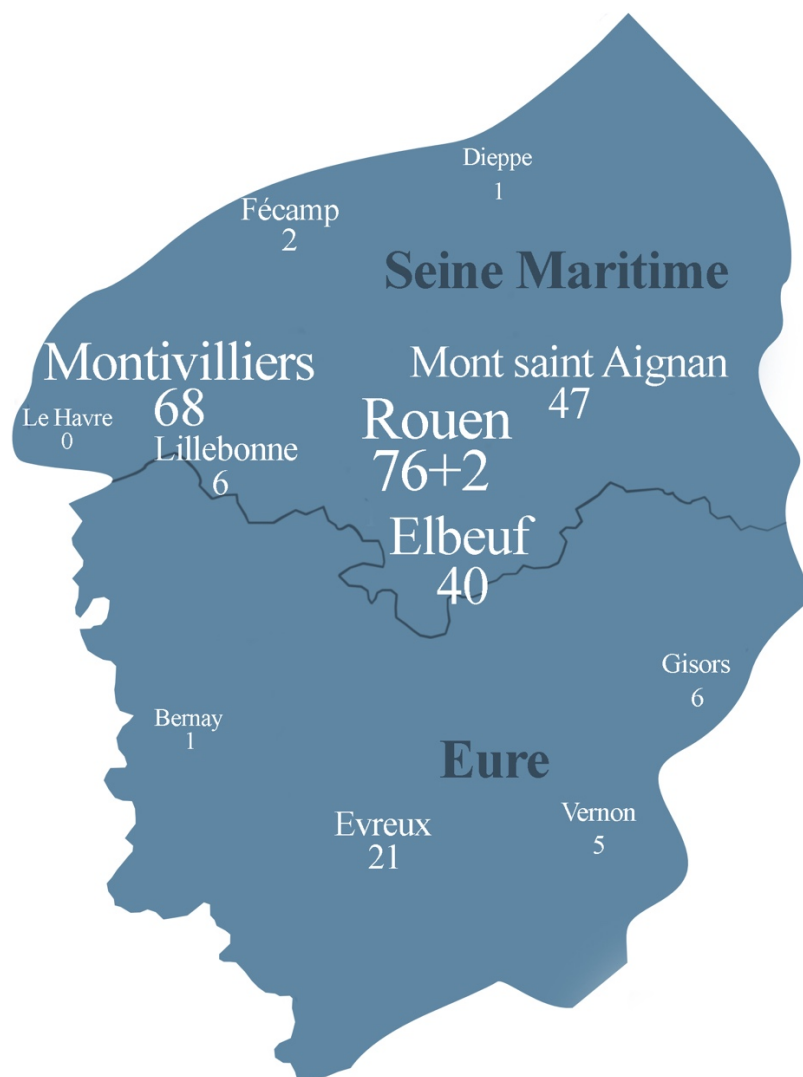
93,1% des IVG tardives (256 IVG) ont été réalisées par technique chirurgicale. 6,9% des IVG tardives (19 IVG) ont été réalisées par voie médicamenteuse, majoritairement dans un établissement public eurois (18 IVG réalisées dans ce centre).

Le nombre total d'IVG par établissement, avec le pourcentage du nombre d'IVG supérieures à 12 SA en fonction du nombre total d'IVG par centre hospitalier, est résumé dans le tableau 1.

La carte 1 nous montre la répartition géographique du nombre d'IVG réalisées en 2018 en fonction des villes en Seine-Maritime et de l'Eure.

Nom de l'établissement	Nombre total IVG	IVG médicamenteuses	IVG tardives	Dont IVG tardives chirurgicales	Pourcentage d'IVG tardives par rapport aux IVG totales
Seine-Maritime					
CHU Rouen	656	304	76	76	11,5 %
CH Belvédère	586	311	47	47	8,0 %
GHH-Le Havre	498	147	68	67	13,7 %
Elbeuf	427	288	40	40	9,3 %
CH Dieppe	220	177	1	1	0,5 %
CH Lillebonne	155	104	6	6	3,9 %
Clinique Mathilde	114	47	2	2	1,8 %
CH Fécamp	99	76	2	2	2,0 %
HPE-Le Havre	32	9	0	0	0,0 %
Clinique des Aubépines	?	?	?	?	?
TOTAL SEINE-MARITIME	2787	1463	242	241	8,7 %
Eure					
CH Évreux	551	548	21	3	3,8 %
CH Vernon	274	251	5	5	1,8 %
CH Gisors	166	122	6	6	3,6 %
CH Bernay	113	92	1	1	0,9 %
TOTAL EURE	1104	1013	33	15	3,0 %
TOTAL HAUTE NORMANDIE	3891	2476	275	256	7,1 %

Tableau 1 : Répartition de la réalisation des IVG en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018 en fonction des établissements



Carte 1 : Répartition géographique du nombre d'IVG réalisées en 2018 en fonction des villes en Seine-Maritime et Eure.

4. Discussion.

Comme le rapporte l'ARS (62), la plupart des centres hospitaliers sont impliqués dans la prise en charge des IVG tardives. En 2014, le rapport de l'ARS exposait la réalisation des IVG tardives par tous les établissements ; en 2015, tous les établissements sauf un.

C'est le cas pour cette année 2018 : tous les établissements de Seine-Maritime et de l'Eure ont pris en charge des femmes en demande d'IVG tardive, sauf un établissement privé seinomarin.

La Seine-Maritime possède une population estimée à 1,252 millions en 2018, contre 605 612 dans l'Eure. Il est normal que nous retrouvions, en proportion, la réalisation d'un plus grand nombre d'IVG en Seine-Maritime. Nous retrouvons cette logique dans nos données puisque 2,5 fois plus d'IVG ont été réalisées dans la Seine-Maritime par rapport à l'Eure en 2018 (2787 versus 1104). Néanmoins, nous ne retrouvons pas le même schéma pour la réalisation des IVG tardives : la Seine-Maritime a réalisé 7,5 fois plus d'IVG tardives que l'Eure en 2018. La Seine-Maritime possède 10 établissements hospitaliers de gynécologie-obstétrique, l'Eure en possède 4.

Le pourcentage d'IVG tardives réalisées en fonction du nombre total d'IVG dans chaque établissement nous permet de mettre en avant, dans le même département, une hétérogénéité de la répartition de la prise en charge des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. Un établissement seinomarin public isolé, accueillant pourtant une population importante, n'a réalisé qu'une seule IVG tardive en 2018, soit 0,5% d'IVG tardives par rapport au nombre d'IVG totales de l'établissement (220 IVG). Les patientes se présentant pour une IVG tardive dans cet établissement ne semblent pas prises en charge. Elles sont alors contraintes de se rendre dans des établissements de plus grande taille, se situant parfois à plus d'une heure de route de chez elles. Se pose donc le problème de l'inaccessibilité aux IVG tardives dans les centres de proximité.

A contrario, les grands centres d'orthogénie compensent ce manque de réalisation dans les établissements périphériques, avec des pourcentages d'IVG tardives importants : un établissement seinomarin public consacre 13,7% de son activité d'orthogénie aux IVG tardives. Rappelons que le pourcentage moyen d'IVG tardives en France est de 5% (57).

Pourtant, les hôpitaux de proximité sont compétents, avec un nombre conséquent de lits, et réalisent des IVG chirurgicales pour les termes moins avancés de façon régulière, comme décrit dans le tableau 1. Pourquoi, alors, le nombre d'IVG tardives est-il si bas dans ces centres ? Les patientes demandant une IVG tardive ne se concentrent pas dans les grandes villes, et leur premier interlocuteur reste leur centre hospitalier de proximité. Le site internet « IVG : les adresses » regroupe les coordonnées des établissements réalisant les IVG au plus proche des patientes. Les patientes sont adressées au même endroit, quel que soit leur terme.

Il semble donc exister un problème d'accessibilité de l'IVG tardive par rapport aux IVG inférieures à 12 SA. Avoir un rendez-vous pour une IVG avec un terme supérieur 12 SA est plus difficile, amenant les femmes à chercher des centres d'accès plus facile. Leur parcours pourrait s'avérer compliqué par l'obligation de se déplacer. Il est fréquent, dans les grands centres d'orthogénie, d'avoir en consultation des patientes qui n'ont pas pu avoir de rendez-vous dans l'établissement le plus proche de chez elle devant le refus net des secrétariats au vu du terme de leur grossesse.

Est-ce un défaut d'organisation dans les services ? Est-ce une conséquence de la pénurie de praticiens ? Ou un refus des praticiens ? Des créneaux doivent normalement être réservés pour cette activité, comme énoncé dans les recommandations du HCE de 2013 (6).

Nous retrouvons cette hétérogénéité de prise en charge au niveau des établissements publics/privés. Pour un même bassin de population, nous pouvons identifier un établissement public réalisant 13,7% d'IVG tardives contre 0% pour l'établissement privé. Cette discordance est identifiée de la même façon dans un autre bassin de population : 11,5% d'IVG tardives pour l'établissement public, contre 1,8% dans l'établissement privé situé à proximité.

Cela est-il dû au souhait des praticiens libéraux, à un défaut d'organisation ou à la faible valorisation de l'acte d'IVG ? La revalorisation du forfait IVG en 2016 avait pourtant pour but de pallier à ce problème. Est-ce plutôt un problème d'organisation ou de programmation dans les centres privés par rapport aux centres publics ?

Le recueil de l'avis des médecins de ces centres d'orthogénie nous a amené des pistes de réflexion à ce sujet, qui sont retrouvées plus loin dans ce travail.

II. DEUXIEME ETUDE : Caractères socioéconomiques et témoignages des femmes en demande d'IVG supérieures à 12 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure.

1. Objectif.

L'objectif de cette deuxième étude est de définir les caractéristiques générales des femmes qui ont recours à une IVG tardive en Seine-Maritime et dans l'Eure, ainsi que de retracer l'anamnèse de leur grossesse et de leur parcours pour obtenir l'IVG.

2. Matériel et Méthodes.

Des questionnaires prospectifs à destination des patientes ont été déposés dans tous les centres d'orthogénie de Seine maritime et de l'Eure de janvier 2018 à fin décembre 2018 afin de recueillir des données sociologiques concernant les femmes en demande d'IVG tardive.

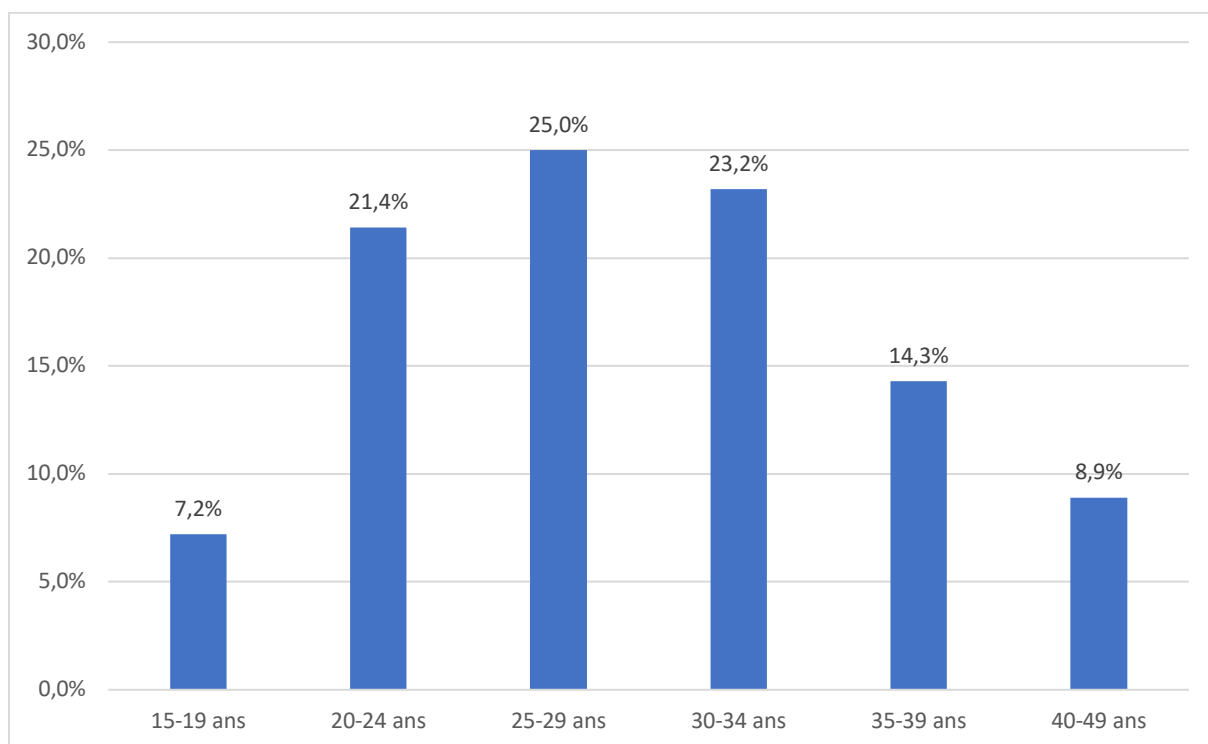
Les questionnaires étaient déposés dans le dossier de la patiente, qui remplissaient avec l'aide du médecin le document au décours de la consultation. Ces informations reprenaient l'âge de la patiente, ses antécédents, son statut marital, son niveau d'étude et sa profession, sa gestité et sa parité (en tenant compte des antécédents d'IVG), son moyen de contraception, ainsi que des détails sur la grossesse en cours : terme lors de la première échographie, les raisons pour lesquelles la patiente se présente tardivement pour l'IVG. Enfin, une question permettait à la patiente de nous rapporter si elle avait rencontré, lors de sa prise en charge, des médecins refusant une prise en charge pour une IVG tardive. Le questionnaire complet est disponible en Annexe 1.

3. Résultats.

56 questionnaires patientes ont été recueillis, soit 20,4% des femmes ayant demandé une IVG tardive en 2018 (56 questionnaires sur les 275 IVG tardives réalisées). Tous les questionnaires ont pu être interprétés.

- Critères sociaux et médicaux :

Les patientes interrogées avaient entre 18 et 43 ans avec une moyenne de 29,1 ans. La répartition des âges des femmes interrogées ayant subi une IVG tardive est présentée dans le Graphique 1.

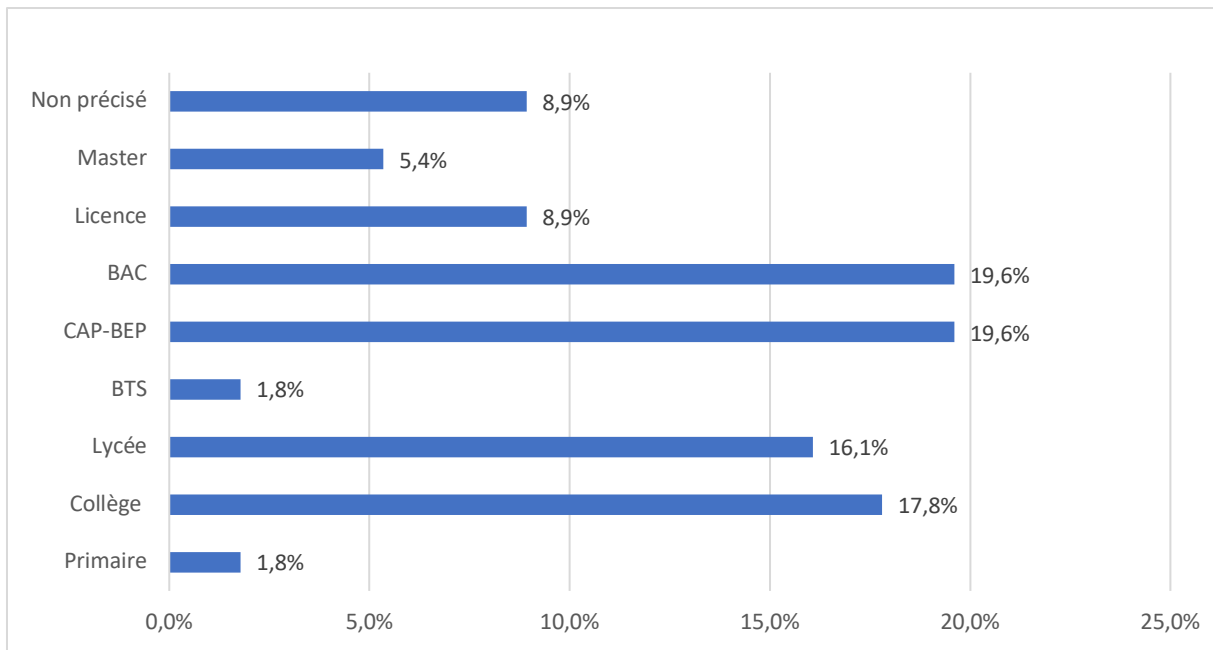


Graphique 1 : Répartition des âges des 56 femmes interrogées ayant subi une IVG tardive en 2018.

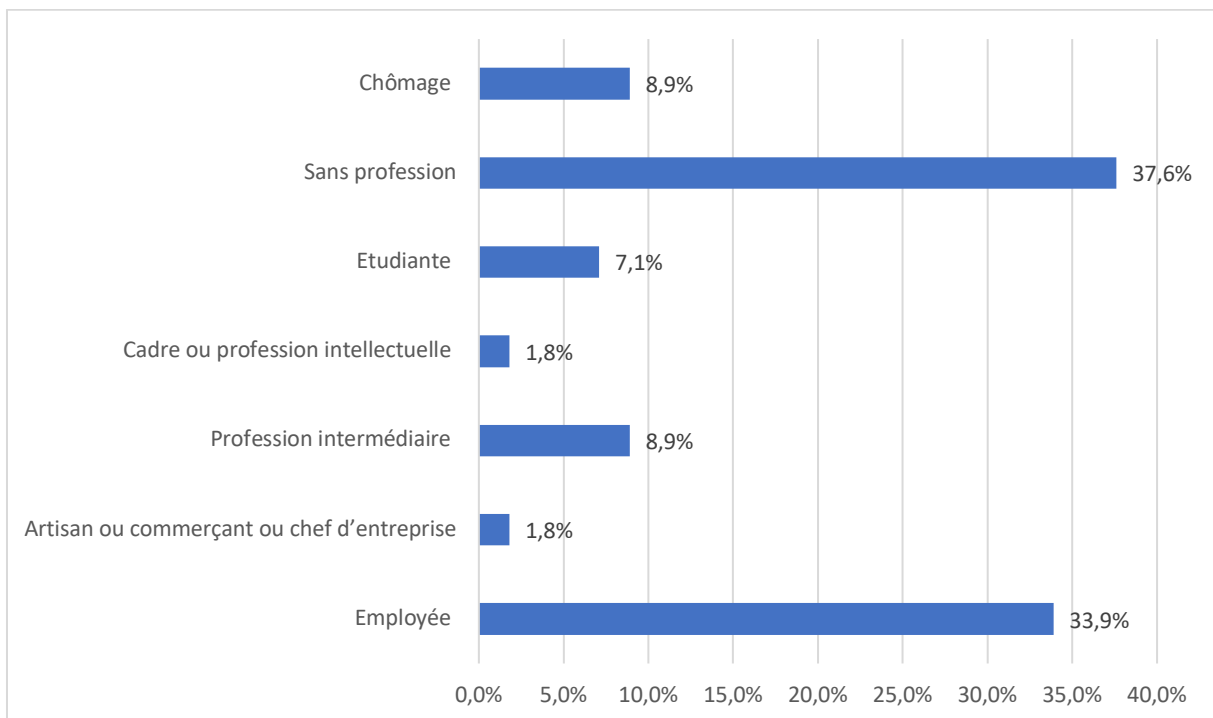
91,0% des patientes (51 femmes) interrogées sont de nationalité française. Deux patientes sont Congolaises, une Marocaine, une Mauricienne, et une Roumaine.

42,9% des patientes (24 femmes) sont célibataires, 32,1% (18 femmes) vivent en concubinage, 21,4% (12 femmes) sont mariées, 3,6% (2 femmes) sont pacsées.

Le niveau d'étude et l'activité professionnelle des patientes sont variables. Les données sont présentées dans les Graphiques 2 et 3.



Graphique 2 : Niveau d'étude des 56 patientes interrogées



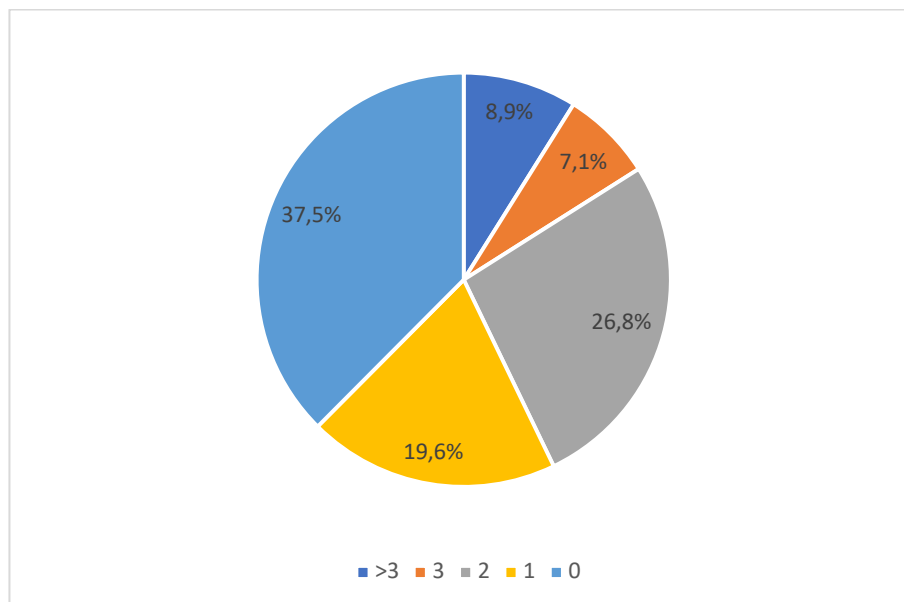
Graphique 3 : Activité professionnelle des 56 patientes interrogées.

83,9% des patientes (47 femmes) n'avaient aucun antécédent médical. Parmi les antécédents médicaux recueillis, deux patientes étaient bipolaires, une patiente était infectée par le VIH (virus d'immunodéficience humaine), une patiente avait eu une ostéomyélite, une autre un abcès pelvien et une autre présentait une addiction à la drogue.

75,0% des patientes (42 femmes) n'avaient aucun antécédent chirurgical. Nous notons dans le reste de la population un antécédent de césarienne pour cinq patientes, une appendicectomie pour une patiente, une conisation pour une autre femme, ainsi qu'une splénectomie pour une autre patiente. Deux d'entre elles avaient eu recours à la chirurgie orthopédique, deux autres à la chirurgie bariatrique, et une dernière à une chirurgie pour incontinence urinaire.

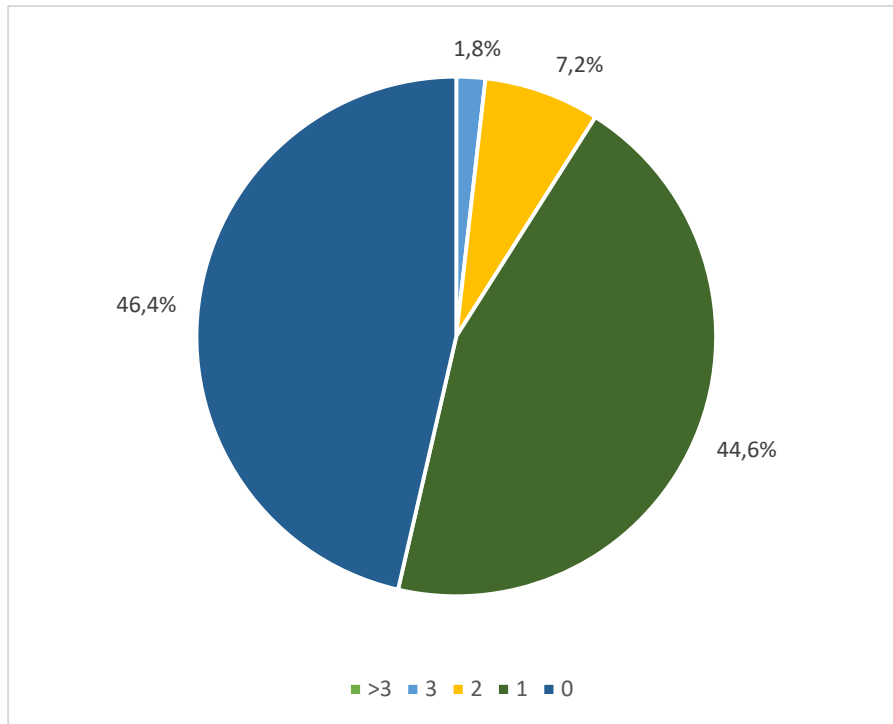
- Antécédents gynéco-obstétricaux et contraception :

62,8% des patientes (35 femmes) avait déjà au moins un enfant à charge lors de la réalisation de l'IVG (Graphique 4).



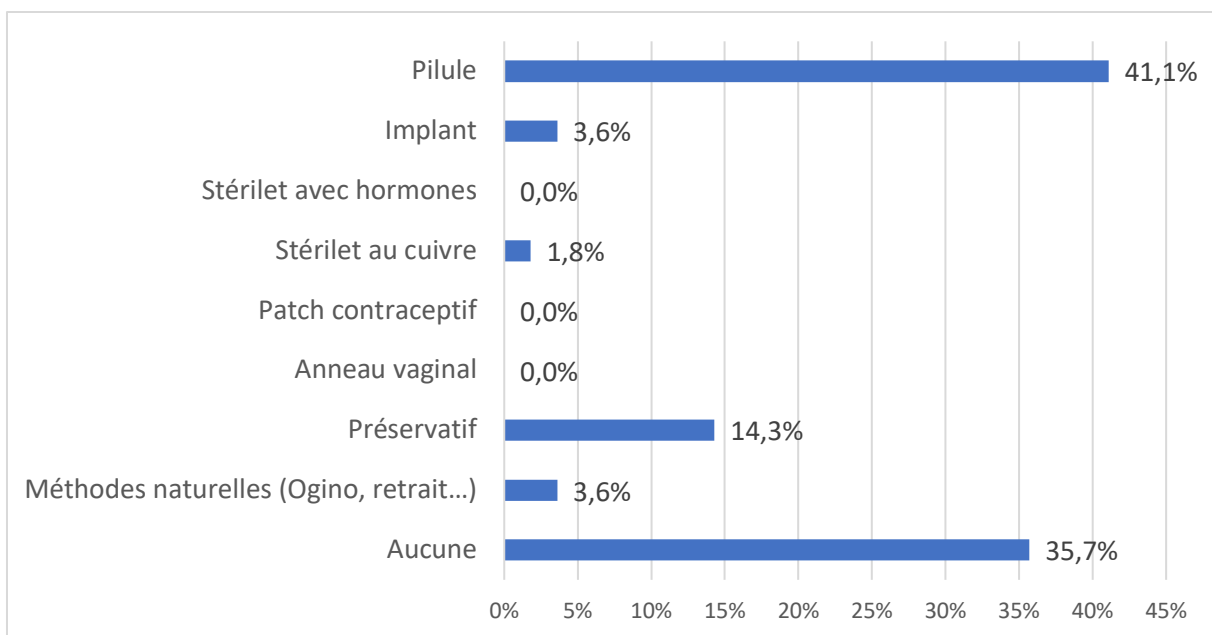
Graphique 4 : Nombre d'enfant à charge lors de la réalisation de l'IVG

46,4% des patientes (26 femmes) consultaient pour leur première IVG. Dans notre échantillon, il n'y avait pas de patiente ayant subi plus de 3 IVG au cours de leur vie (Graphique 5).



Graphique 5 : Nombre d'IVG antérieures déjà réalisées par la patiente

35,7% des patientes (20 femmes) ne prenaient aucune contraception lors de la survenue de la grossesse. Les raisons de l'absence de contraception étaient variables (Tableau 2). 41,1% des femmes (23 patientes) utilisaient une contraception orale et 14,3% des femmes (8 patientes) utilisaient le préservatif. Les données sont présentées dans le graphique 6.



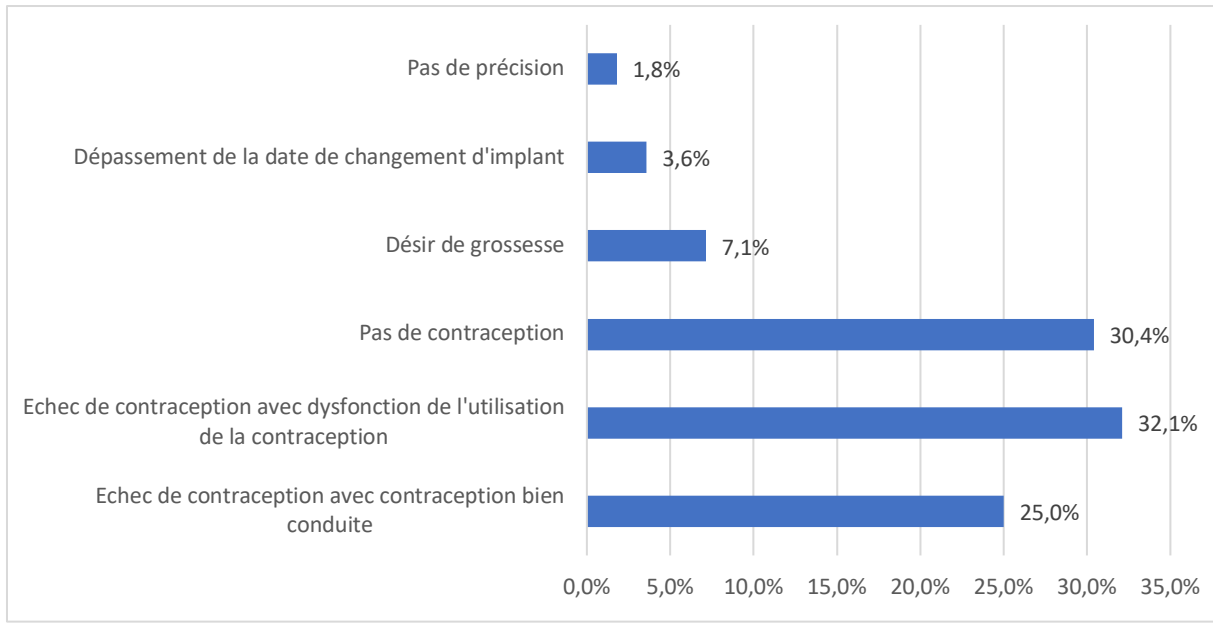
Graphique 6 : contraception utilisée lors du début de la grossesse

Motif d'absence de contraception	Nombre de patientes (sur 20 patientes)
Contraception mal tolérée	3
Non renouvellement d'ordonnance	3
Désir de grossesse	4
Premier rapport sexuel	1
En attente pose stérilet	1
En attente début contraception orale	1
N'en souhaite pas	1
Se pense stérile	1
Célibataire	1
Pas de précision	4

Tableau 2 : Motif d'absence de contraception pour les 20 patientes ne prenant pas de contraception au début de la grossesse

- Grossesse en cours :

32,1% des patientes (18 femmes) nous rapportent un échec de contraception avec dysfonctionnement de l'utilisation de la contraception responsable de la grossesse (oubli de contraception orale, décalage dans la prise de la pilule, préservatif rompu), tandis que 25,0% (14 patientes) nous rapportent un échec de contraception avec contraception bien conduite. Pour 7,1% des patientes (4 femmes), il y avait un réel désir de grossesse initialement (Graphique 7).

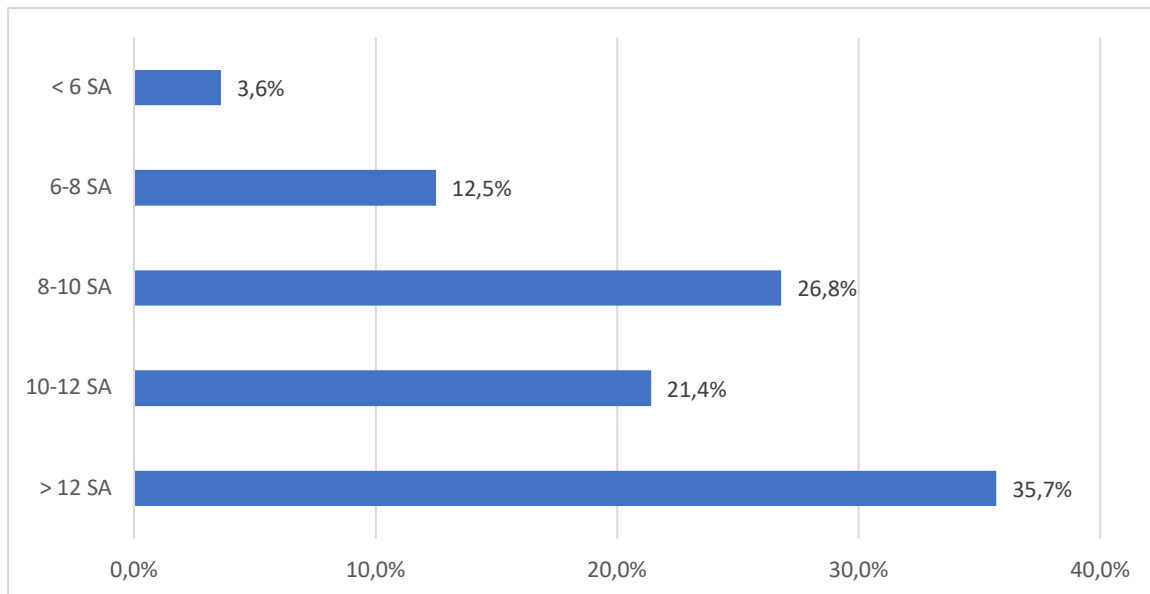


Graphique 7 : Nature de la grossesse

5,4% des patientes (3 femmes) de l'échantillon avaient pris un contraceptif d'urgence.

41,1% des patientes (23 femmes) avaient un suivi gynécologique régulier. 33,9% d'entre elles (19 femmes) avaient un suivi irrégulier, et 25% (14 femmes) n'avaient jamais consulté un gynécologue.

Le Graphique 8 met en avant la répartition du terme lors de la première échographie réalisée par les patientes. 42,9% des femmes (24 patientes) avaient réalisés leur première échographie avant 10 SA.



Graphique 8 : Répartition du terme lors de la première échographie

Pour les termes supérieurs à 12 SA, les longueurs cranio caudales (LCC) lors de l'échographie étaient comprises entre 53,2mm et 86mm. Le diamètre bipariétal (BIP) était compris entre 18,4mm et 29,2mm.

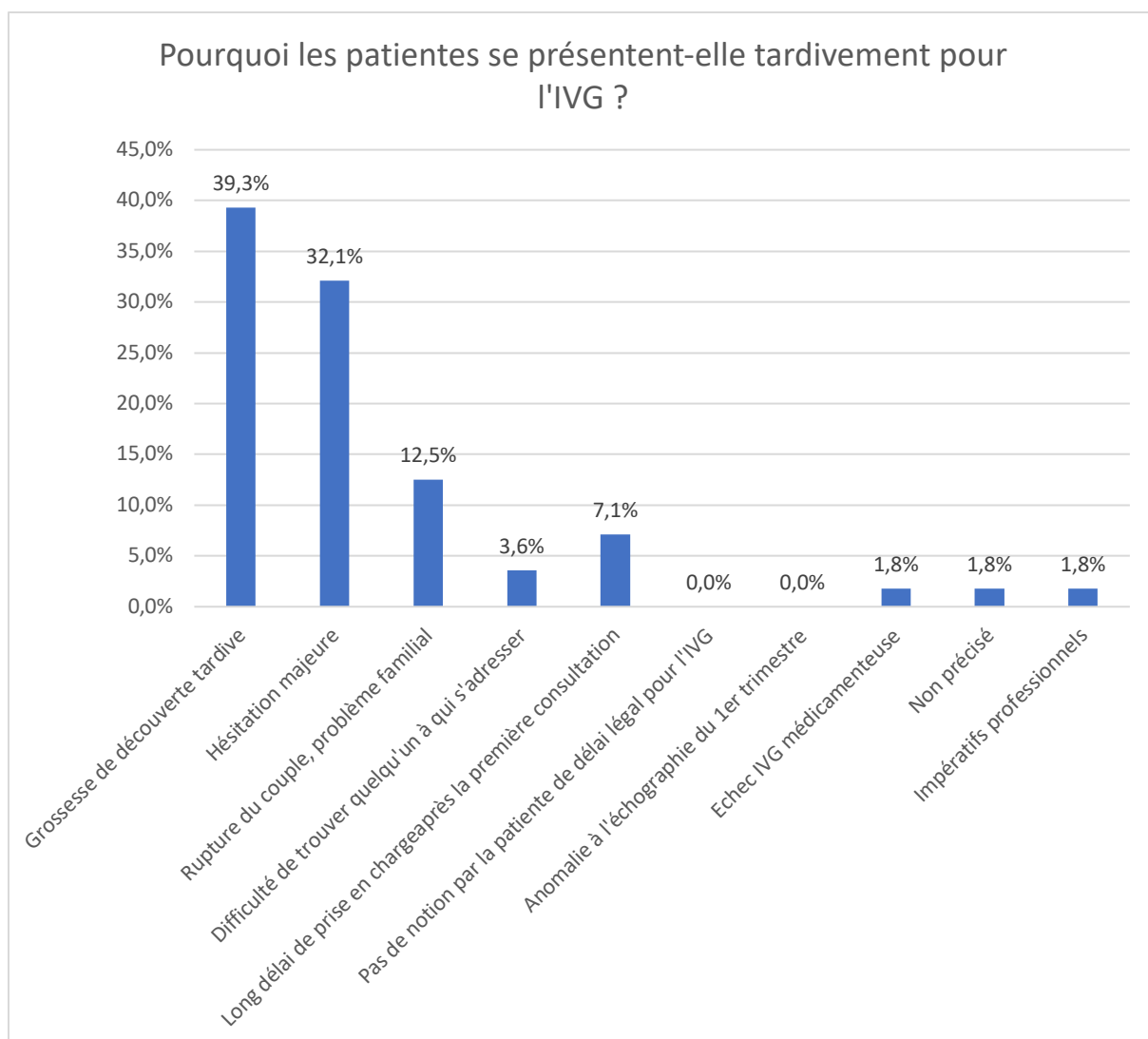
Les patientes se présentant tardivement pour l'IVG avaient des raisons diverses à cela.

39,3% des patientes (22 femmes) mettent en avant la découverte tardive de la grossesse. Le terme n'étant pas spécifiquement défini dans le questionnaire pour cette question, le terme de découverte, pour ces femmes, oscille entre 9 et 14 SA : 5 patientes ont découvert leur grossesse entre 9 et 10 SA + 6 jours, 9 patientes entre 11 et 12 SA + 6 jours, et 6 patientes ont découvert leur grossesse à plus de 13 SA.

32,1% des patientes (18 femmes) évoquent une hésitation majeure sur la poursuite ou non de la grossesse, expliquant leur demande tardive.

7,1% des patientes (4 femmes) ont eu un long délai de prise en charge après la première consultation, et 3,6% des patientes (2 femmes) ont éprouvé une difficulté à trouver quelqu'un à qui s'adresser, soit 6 patientes en tout qui ont eu un parcours compliqué.

Le reste des résultats est résumé sur le graphique 9.



Graphique 9 : Raisons de la consultation tardive pour l'IVG.

5,4% de l'échantillon (3 femmes) ont rencontré un refus de la part d'un professionnel de santé durant leur parcours pour obtenir une IVG.

En tout, le délai de prise en charge entre le jour de la consultation et le jour de l'IVG a été très variable : cette fourchette va de 0 jour à 46 jours. La moyenne de prise en charge était de 13,6 jours.

4. Discussion.

Le taux de retour de 20,4% (56 questionnaires sur 275 IVG tardives), nous permet de comparer les femmes en demande d'IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure à celles

des femmes ayant recours à l'IVG de façon générale, en reprenant les données retrouvées dans la littérature.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre recueil est la tranche des 25-29 ans, avec une moyenne d'âge de 29,1 ans. Dans la littérature, les femmes ont recours à l'IVG à 27,5 ans en moyenne (63), avec une population majoritairement dans la tranche 20-24 ans, soit un peu plus jeune que dans notre échantillon. S'agissant des IVG tardives, les chiffres de la littérature retrouvent un taux plus important chez les jeunes femmes, voire mineures (64). Notre échantillon n'est donc pas en accord avec cela.

Nous retrouvons une proportion forte de femmes françaises par rapport aux femmes étrangères, avec une situation familiale variable. Toutes les catégories sociales sont concernées, que la femme soit au chômage, sans profession, employée, cadre, étudiante. Tous les niveaux d'études sont représentés : l'IVG ne concerne pas davantage les femmes les moins diplômées. Cela concorde avec les données de la littérature (64,65).

Pour 37,5% des patientes, cette IVG mettait un terme à leur première grossesse, sans enfant à charge. Ceci est comparable aux données de la DREES qui retrouve une IVG pour la première grossesse dans 37% des cas, tous termes confondus. La proportion des femmes réalisant cette IVG alors qu'elles avaient déjà un ou plusieurs enfants à charge est elle aussi concordante (64).

Plus de la moitié des femmes de notre étude avaient déjà eu une IVG par le passé, ce qui est supérieur aux chiffres retrouvés pour tous les termes confondus. Opatowski et al, en 2017, retrouve plutôt une proportion de 30% des femmes en demande d'IVG y ayant déjà eu recours (66).

Dans notre échantillon, 35,7% des femmes ne prenaient pas de contraception au moment du début de la grossesse, soit deux tiers des patientes ayant une contraception. Ceci correspond aux données des femmes demandant une IVG tous termes confondus retrouvées dans la littérature (67).

Dans notre étude, 8 grossesses sont survenues pendant un changement de contraception, ou en attente d'une nouvelle contraception devant une ancienne contraception mal tolérée ou une efficacité arrivant à échéance (tableau 2). L'étude de Bajos et al en 2006 montre que 50% des patientes en demande d'IVG ont changé leur contraception dans les 6 mois précédents l'intervention (68). Nos résultats et ceux de la littérature invitent donc à porter une attention particulière aux phases de transition de la contraception. Par

ailleurs, l'utilisation de la contraception d'urgence est faible chez les femmes en demande d'IVG, de l'ordre de 11% dans la revue de Vigoureux et al (69). Dans notre échantillon, le taux est encore plus bas : 5,4%. L'utilisation des contraceptifs d'urgence est néanmoins en progression dans la population générale, avec, depuis 2005 en France, plus d'un million de contraceptifs hormonaux d'urgence vendus chaque année (69). Cela nécessite de poursuivre une campagne d'information suffisante pour augmenter ce taux d'utilisation chez les femmes en demande d'IVG.

Dans notre étude, la datation de la grossesse a été faite par échographie. Les datations échographiques pour 2 patientes avaient conclu à des grossesses évaluées à 14 SA + 4 jours (LCC à 86 mm et BIP à 29,2 mm) et 14 SA + 3 jours (LCC à 85,5 mm et BIP à 29 mm) grâce aux courbes de Robinson et Flemming (17). Avant la publication des dernières recommandations du CNGOF en 2016, la majorité des équipes aurait pu refuser la prise en charge de ces deux patientes. En effet, le radiologue, après avoir mesuré la LCC et le BIP, conclut à une datation de grossesse qui s'appuie sur le 50^{ème} percentile des courbes utilisées pour calculer le terme. Or, à 14 SA, le 50^{ème} percentile de la LCC est à 80 mm et celui du BIP à 27 mm. Ici, les recommandations ont été respectées : si nous tenons compte de la variabilité percentile des mensurations avec des mesures qui sont fiables à plus ou moins 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque la LCC est inférieure à 90 mm et/ou le BIP est inférieur à 30 mm. Il est donc primordial de regarder les mesures de l'échographie et non la datation finale.

35% des femmes énoncent une découverte tardive de la grossesse comme argument pour justifier de se présenter à ce terme pour une IVG. Mais ce n'est pas la seule raison qui pousse les femmes à demander une IVG tardivement. 32,1% des patientes nous rapportent une prise de décision difficile vis-à-vis de leur grossesse. Le délai de 14 SA permet donc aux femmes d'avoir du temps pour prendre une décision réfléchie, ce qui n'est pas toujours aisé en fonction des contextes de vie. D'ailleurs, la survenue d'une grossesse dans un couple étant parfois l'élément déclencheur de conflits, la rupture ou les problèmes familiaux sont énoncés dans 12,5% des cas comme la raison pour laquelle la patiente se présente tardivement pour une IVG.

Certaines patientes mettent en avant un accès compliqué à l'IVG. Dans 7,1% des cas (4 patientes), l'IVG est tardive car il y a eu un long délai de prise en charge entre la première consultation et l'IVG, avec des délais de rendez-vous de plusieurs semaines. Deux patientes rapportent une difficulté initiale à trouver quelqu'un à qui s'adresser. Enfin, 3 patientes sur l'ensemble de l'échantillon ont rencontré un professionnel de santé leur refusant la prise en charge (l'une d'entre elle correspond à l'une des deux patientes ayant rapporté une difficulté à trouver quelqu'un à qui s'adresser). Au total, 8 patientes de l'échantillon, soit 14,3%, ont eu un parcours compliqué.

Le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (le REVHO) a mis en place il y a déjà plusieurs années un site Internet « IVG : les adresses » avec la référence de tous les établissements et médecins de ville réalisant les IVG au plus proche des patientes pour pallier à cette difficulté à trouver quelqu'un à qui s'adresser initialement pour une IVG. Le Réseau Périnatalité Eure et Seine-Maritime s'est inscrit dans cette démarche en y apportant les données haut-normandes. Malheureusement, ce site n'apparaît pas dans la première page de recherche sur Google lors de mots clefs comme « IVG », « où faire une IVG », « IVG Seine-Maritime », « qui aller voir pour une IVG ». Il est encore nécessaire d'étendre la connaissance de ce site et de le faire remonter lors des recherches par mots clefs pour que la difficulté de trouver quelqu'un à qui s'adresser avoisine les 0%. Tous les centres étant censés réaliser des IVG à tous les termes, les patientes n'ont pas accès aux données qui concernent l'accès aux centres réalisant les IVG au-delà de 12 SA.

Concernant le délai de prise en charge entre la première consultation et le jour de l'IVG, notre échantillon retient une moyenne de 13,6 jours, ce qui est long pour des IVG réalisées parfois dans l'urgence. Ceci est parfois expliqué par les patientes ayant hésité plusieurs semaines, amenant certains délais aux alentours de 30 à 46 jours, mais aussi par des délais de consultation qui ne peuvent être plus courts. Parmi les grossesses de découverte tardive, 6 patientes se sont rendues compte de leur grossesse à plus de 13 SA, dont 2 grossesses estimée à 14 + 4 et 14 + 3 SA. A ce terme, l'IVG doit être organisée en quelques jours, parfois moins, pour rester dans le délai légal. Le communiqué de Presse du Ministère des Solidarités et de la Santé publié en septembre 2019 rapporte un délai moyen d'accès de 7 jours (70).

Devant les délais de rendez-vous parfois longs pour obtenir une IVG alors que le terme est déjà avancé et les IVG à faire en urgence devant un terme limite, nous pouvons nous pencher sur la proposition de Madame Rossignol au Sénat en juin 2019 : ne serait-ce pas vraiment bénéfique pour les femmes d'allonger le délai légal à 16 SA ? Ce point sera discuté dans la synthèse de ce travail.

Pour conclure, la population étudiée est un peu plus âgée que celle rapportée dans la littérature pour les IVG tous termes confondus, mais est semblable concernant le mode de vie, la nationalité, la catégorie sociale et la contraception. En revanche, beaucoup de femmes avaient déjà eu recours à l'IVG dans notre échantillon par rapport aux pourcentages rapportés dans la littérature. La découverte tardive de la grossesse et la difficulté de prendre une décision restent les principaux facteurs d'IVG tardive.

Certaines patientes ont un long délai de prise en charge malgré une décision prise rapidement ou éprouvent des difficultés pour trouver un personnel de santé pouvant la prendre en charge.

III. TROISIEME ETUDE : pratiques et ressenti des Médecins Gynécologues en Seine-Maritime et dans l'Eure sur les IVG tardives.

1. Objectif.

La majorité des IVG tardives sont réalisées de manière chirurgicale en Seine-Maritime et dans l'Eure. Leur accomplissement dépend donc en grande partie des pratiques des médecins, mais aussi des anesthésistes, de l'organisation du bloc opératoire et du personnel d'ambulatoire. Par conséquent, le ressenti et l'expérience des médecins sur le sujet paraissent primordiaux.

Récemment, deux centres ont mis en place les IVG tardives par voie médicamenteuse, permettant une nouvelle approche de l'IVG tardive.

L'objectif de cette deuxième étude était de recueillir l'avis des praticiens, leurs retours et les améliorations éventuelles à apporter sur la prise en charge des femmes en demande d'IVG au-delà de 12 SA.

2. Matériel et Méthodes.

Nous avons envoyé, via Google Forms, un questionnaire destiné aux Gynécologues Médicaux et Gynécologues-Obstétriciens de tous les centres hospitaliers réalisant des IVG en Seine-Maritime et dans l'Eure, en 2019. Les adresses mails ont été récupérées grâce aux secrétariats des services hospitaliers. 86 médecins Gynécologues Médicaux et Gynécologues-Obstétriciens ont été sollicités.

Ce questionnaire, disponible en Annexe 2, se proposait de faire le point sur l'expérience des médecins vis-à-vis des IVG, leurs pratiques de l'IVG tardive, leur ressenti par rapport à l'organisation de la prise en charge actuelle. Les réponses ont été récupérées directement par e-mail, de manière anonyme.

3. Résultats.

Sur les 86 médecins interrogés, 28 ont apporté une réponse au questionnaire, soit un taux de réponse de 32,6%. Tous les questionnaires ont pu être interprétés.

Les lieux d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire étaient divers, mais avec une majorité de services seinomarins (22 sur 28 médecins de Seine-Maritime versus 6 sur 28 réponses de médecins eurois). 5 maternités ne sont pas représentées dans cette répartition (Tableau 1).

Lieu d'exercice sur l'année 2018	Nombre de participants au questionnaire
Groupe Hospitalier du Havre - Montivilliers	9
CHi Eure-Seine - Evreux	5
CH Belvédère – Mont Saint Aignan	4
CH Lillebonne	2
Clinique Mathilde - Rouen	2
Hôpital Privé de l'Estuaire - Le Havre	2
CH Elbeuf	2
CH Dieppe	1
CH Bernay	1
CHU Rouen	0
CH Fécamp	0
CH Gisors	0
CHi Eure-Seine - Vernon	0
Clinique des Aubépines - Dieppe	0

Tableau 1 : Lieu d'exercice des 28 médecins ayant répondu au questionnaire.

Les caractéristiques de genre, d'âge, d'années de pratique après l'obtention du doctorat et le DES de spécialité sont présentés dans le tableau 2. Les médecins avaient entre 30 et 60 ans avec une moyenne d'âge de 41,6 ans. Ils exerçaient en moyenne depuis 12,1 ans avec une amplitude allant de 1 à 28 ans d'exercice.

Répartition des praticiens interrogés Nombre (%)						
Sexe	Féminin : 22 (78,6%)			Masculin : 6 (21,4%)		
Age	< 30 ans 0	30-40 ans 15 (53,6%)	41-50 ans 5 (17,9%)	51-60 ans 8 (28,6%)	>60 ans 0	
Poste au sein de l'établissement	Praticien Hospitalier 21 (75,0%)		Assistant/Chef de Clinique 4 (14,3%)		Praticien Libéral 3 (10,7%)	
Nombre d'année d'exercice depuis l'obtention du doctorat	0-5 ans 12 (42,9%)	6-10 ans 3 (10,7%)	11-15 ans 2 (7,1%)	16-20 ans 2 (7,1%)	21-25 ans 7 (25,0%)	26-30 ans 2 (7,1%)
DES de formation	Gynécologue-Obstétricien : 26 (92,9%)			Gynécologue Médical : 2 (7,1%)		

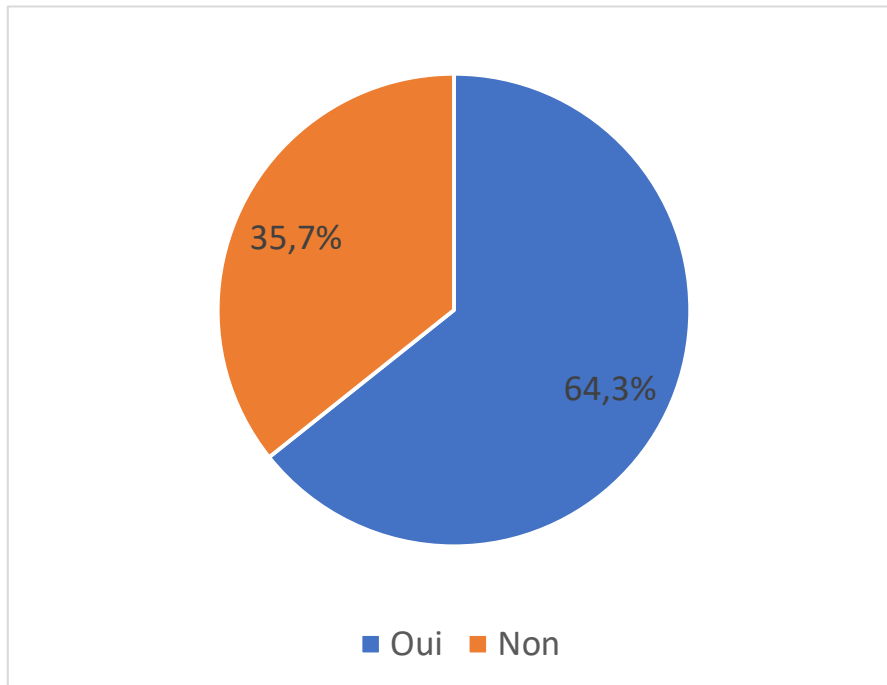
Tableau 2 : Répartition des Médecins interrogés.

89,3% d'entre eux (25 médecins), rapportent avoir été formés à l'IVG pendant leur internat, dont 72,0% (18 personnes) aux deux méthodes (chirurgicale et médicamenteuse). 28,0% (8 praticiens) déclarent n'avoir été formés qu'à l'IVG chirurgicale.

Dans 78,6% des cas (22 personnes), l'activité d'IVG fait partie de la fiche de poste du médecin. 3,6% de l'effectif (un médecin), ne sait pas si cette activité fait partie de sa fiche de poste, et 17,9% des médecins (5 personnes) ne rapportent pas d'activité IVG inscrite dans leur contrat.

Concernant les IVG inférieures à 12 SA, 89,3% des médecins (25 personnes), rapportent une prise en charge de ces femmes. Le refus des 10,7% restants (3 médecins) est justifié par la clause de conscience pour un médecin, et une activité absente de leur planning pour deux médecins.

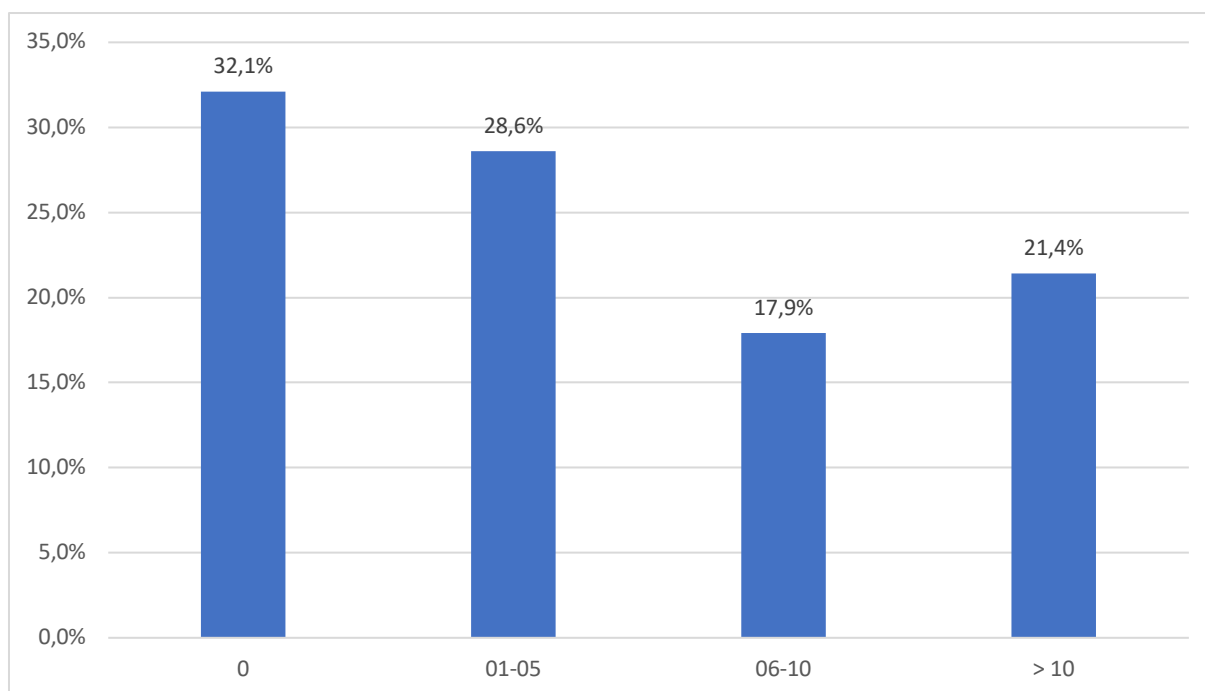
Concernant les IVG au-delà de 12 SA, 64,3% de l'échantillon, soit 18 personnes (graphique 3), rapportent une prise en charge de ces femmes. Ceci révèle donc une réticence à la réalisation des IVG tardives pour 7 médecins.



Graphique 3 : Prise en charge des IVG > 12 SA dans l'effectif des médecins interrogés.

Parmi les 7 médecins ne prenant pas en charge les IVG au-delà de 12 SA alors qu'ils prennent en charge les IVG inférieures à 12 SA, 3 médecins mettent en avant une clause de conscience. Pour 3 autres médecins, il est difficile de programmer cette intervention dans leur établissement. Un médecin ajoute qu'il existe un refus de certains anesthésistes pour réaliser les IVG au-delà de 12 SA au bloc opératoire dans son service. La crainte des complications opératoires prend le dessus sur le souhait de la pratique pour un médecin. Enfin, un autre souhaiterait une formation complémentaire pour pouvoir les concrétiser dans son établissement.

Le graphique 4 met en avant le nombre d'IVG tardives réalisés par praticiens. Ainsi, 9 médecins de l'effectif n'en ont pas pratiquées, 8 en ont réalisées entre 1 et 5, 5 médecins entre 6 et 10 et 6 médecins en ont pratiquées plus de 10 en un an.



Graphique 4 : Nombre d'IVG tardives réalisées en 2018 en fonction des médecins.

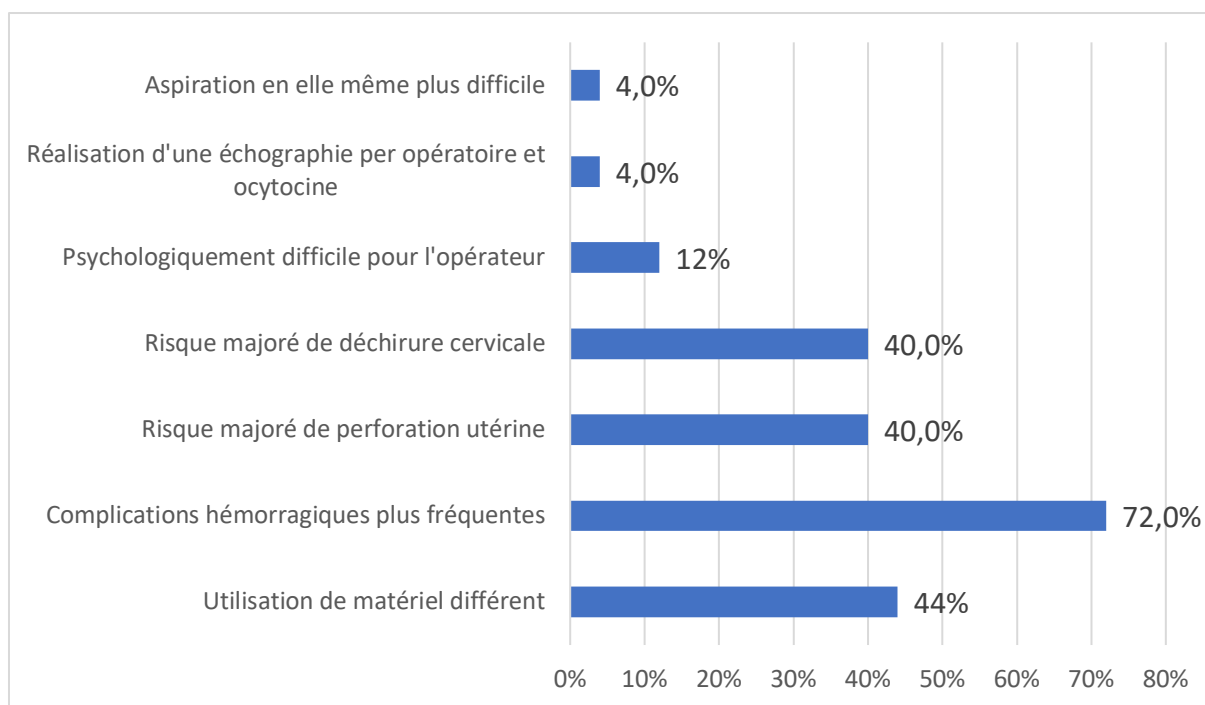
71,4% de l'effectif (20 praticiens) ont connaissance d'un protocole spécifique pour la réalisation d'une IVG chirurgicale supérieure à 12 SA.

Les protocoles énoncés par les médecins, avec la fréquence des réponses pour chaque proposition, sont résumés dans le tableau 3.

Protocole pour les IVG chirurgicales > 12 SA énoncé par le médecin	Nombre de réponses (sur 17 médecins ayant répondu)
Misoprostol 400µg en intra vaginal ou per os 1 à 3 heures avant la chirurgie	4
Mifépristone 200mg seule, 24 à 48 heures avant l'intervention	3
Mifépristone 200mg 24 à 48 heures avant la chirurgie + Misoprostol 400µg 1 à 3 heures avant la chirurgie	10

Tableau 3 : protocoles énoncés par les médecins pour les IVG chirurgicales > 12 SA.

92,9% des médecins (26 individus), mettent en avant une réelle différence sur les risques et les complications potentielles lors de la réalisation des IVG tardives par rapport aux IVG inférieures à 12 SA. Les différences rapportées sont résumées dans le graphique 5.



Graphique 5 : Différences rapportées en fonction des médecins sur la réalisation d'une aspiration endo-utérine > 12 SA par rapport à une aspiration endo-utérine < 12 SA.

64,3% de l'effectif (18 médecins), seraient favorables à une formation complémentaire sur la réalisation des IVG tardives. 53,6% d'entre eux (15 médecins) participeraient à cette formation s'ils en avaient l'occasion.

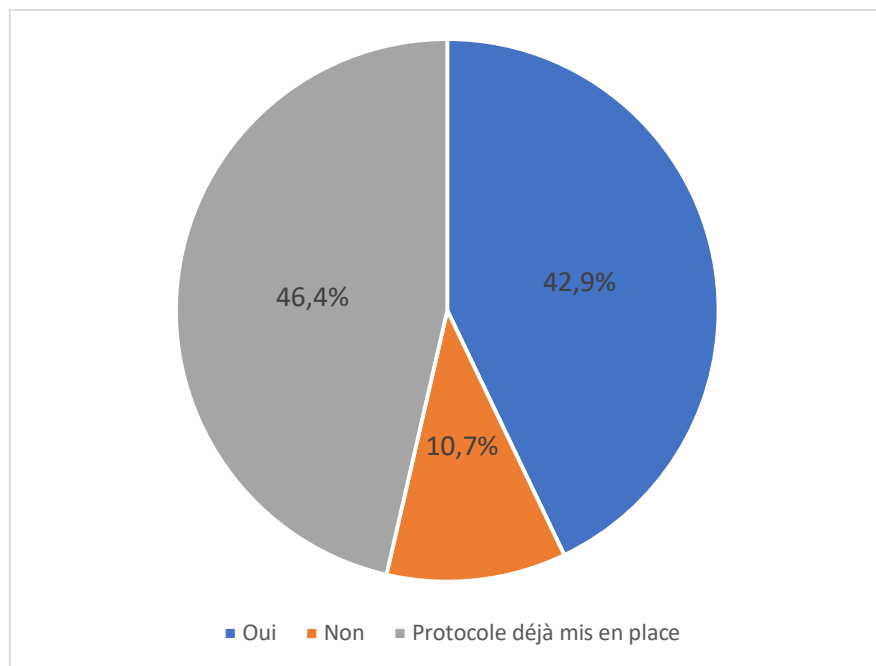
Suite à cette formation, 64,3% de l'effectif (18 médecins) ont rapporté qu'ils se rendraient disponible dans le service pour la prise en charge des femmes en demande d'IVG au-delà de 12 SA. 25,9% (7 médecins) ne changeraient pas de pratique. Pour 7,1% de la population (2 médecins), la formation a déjà été faite et a changé leur disponibilité.

75,0% de l'effectif (21 médecins) connaissent les dernières RPC du CNGOF de 2016 concernant la prise en charge des femmes en demande d'IVG jusqu'à 14 SA.

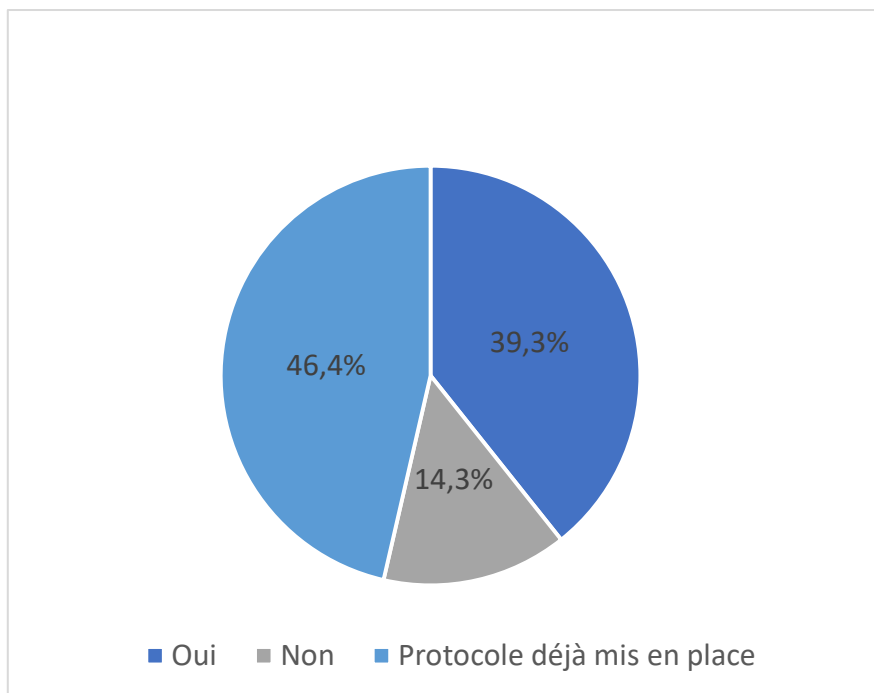
Concernant les femmes qui approchent du terme de 14 SA, les praticiens ne se basent pas uniquement sur les conclusions du radiologue : la mesure de la longueur cranio caudale (LCC) est le critère principal dans 75%, et/ou le diamètre bipariétal dans 53,6%.

Pour la datation des grossesses multiples, 96,4% des médecins (27 personnes) utilisent la même méthode de datation que pour une grossesse singleton.

42,9% des médecins (12 praticiens) pensent que la mise en place d'une prise en charge médicamenteuse de l'IVG au-delà de 12 SA dans tous les centres serait bénéfique pour les patientes (graphique 6). 14,3% de l'effectif (4 praticiens), ne sont pas favorables à ce projet dans leur établissement (graphique 7). Ces 4 praticiens ne viennent pas du même centre.



Graphique 6 : Avis des médecins sur le protocole d'IVG tardives par méthode médicamenteuse : bénéfique pour les patientes ?



Graphique 7 : ressenti des médecins sur la mise en place des IVG tardives médicamenteuses dans leur service

Les médecins favorables à cette pratique relèvent le caractère moins invasif qu'une aspiration endo-utérine, l'importance du choix de la patiente et la diminution des complications spécifiques à l'acte chirurgical. Il a été évoqué par l'un d'entre eux, la libération de plages opératoires permettant une réorganisation du programme.

Parmi les médecins réticents à cette pratique, l'un d'entre eux évoque son désaccord avec la loi concernant l'allongement du délai au-delà de 12 SA. Les réserves exprimées par les autres médecins concernent des craintes de difficultés psychologiques liées à l'expulsion par les voies naturelles d'un fœtus de plus de 12 SA, tant pour les patientes que pour le personnel hospitalier. D'autres médecins évoquent un taux d'échec et d'hémorragies plus important nécessitant des reprises chirurgicales en urgence, qui seraient plus traumatisantes pour la patiente. Il est également soulevé le manque de personnel pour organiser cette prise en charge et les difficultés pour recourir au bloc en urgence si le besoin s'en faisait sentir.

Les praticiens interrogés nous ont fait part de propositions d'amélioration sur la prise en charge des IVG supérieures à 12 SA en Seine-Maritime et dans l'Eure. La mise en place de la méthode médicamenteuse jusqu'à 14 SA dans tous les centres, avec un encadrement suffisant, est proposée à plusieurs reprises, afin de prôner le choix de la patiente. Deux

médecins souhaiteraient améliorer la communication entre les centres, et notamment partager les protocoles, les expériences, et les statistiques en ce qui concerne les douleurs, les métrorragies, les aspirations endo-utérines en urgence, afin d'optimiser les prises en charge et les homogénéiser. Un autre praticien aimerait une campagne de prévention renforcée pour diminuer le nombre d'IVG tardives, qui sont plus à risque de complications. Enfin, un médecin aimerait un protocole précis des IVG tardives avec une formation des praticiens.

Les commentaires libres rapportent plusieurs propos. Deux médecins nous mentionnent la difficulté psychologique pour l'équipe soignante de réaliser les IVG tardives. L'allongement des délais d'IVG n'est pas, de leur point de vue, favorable aux patientes. L'un d'eux a ajouté que « donner du temps incite à traîner dans une réflexion qui n'apporte rien ». Aussi, ils souhaiteraient que l'activité des IVG inférieures à 12 SA soit mieux partagée entre les soignants, ce qui faciliterait les prises en charge.

4. Discussion.

Les réponses des médecins de Seine-Maritime et de l'Eure nous permettent d'avoir un ressenti global des pratiques et des avis des médecins. Cependant, le taux de réponse est resté bas, à 32,6%. Un biais de sélection est à évoquer : est-ce que les praticiens qui ont répondu ne sont pas ceux qui sont déjà sensibilisés et impliqués de manière générale par les IVG ? En effet, les médecins travaillant dans les gros centres d'orthogénie représentent plus de 60% des réponses. Ce biais de sélection ne va pas nous empêcher de pouvoir faire des propositions de pistes d'amélioration. La population est plutôt jeune, avec 53,6% des participants n'ayant pas plus de 40 ans. Les gynécologues de l'échantillon ne paraissent donc pas être représentatifs des gynécologues de la région.

Dans notre échantillon, seulement 10,7% des médecins (3 personnes) ne prennent pas en charge d'IVG. Par contre, et cela devient intéressant pour notre étude, 35,7% des médecins (10 personnes) ne réalisent pas d'IVG tardives. Parmi ces derniers, 14,3% des praticiens (4 médecins) mettent en avant un problème de programmation et d'organisation qui les empêchent de réaliser des IVG tardives. Un gynécologue nous fait part d'un refus de la part

de certains anesthésistes de prendre en charge les IVG tardives. Cela amène les patientes à changer de centre pour être prises en charge.

Un des médecins ne pratique pas les IVG au-delà de 12 SA car il ne se sent pas à l'aise dans leur réalisation. Il parle donc de lui-même de la nécessité d'une formation complémentaire pour les termes avancés.

Quatre médecins mettent en avant une clause de conscience. Parmi eux, un médecin ne réalise pas du tout d'IVG, soit, finalement, 3 médecins ayant une clause de conscience que nous appellerons sélective (10,7%).

La moitié des médecins ne prenant pas en charge d'IVG tardives présentent des justifications qui, si elles sont modifiées, pourraient peut-être lever certaines réticences.

96,9% des praticiens (26 médecins sur 28) ont répondu qu'il existait des différences entre la réalisation d'une aspiration endo-utérine avant 12 SA et après 12 SA. Le risque hémorragique majoré pour les IVG au-delà de 12 SA revient dans 72,0% des cas, suivi de l'utilisation de matériel différent à 44,0%, et du risque majoré de perforation utérine ou de déchirure cervicale à 40,0% chacun. Il est à noter que plusieurs médecins ont ajouté que cela était psychologiquement plus compliqué pour l'opérateur.

Dans le même temps, nous les avons questionnés sur les protocoles pré opératoire mis en place dans leurs services respectifs. Comme vu dans l'introduction de ce travail, les nouvelles RPC établies par le CNGOF visant à homogénéiser et sécuriser les pratiques, ont été publiées en 2016 (5). 10 médecins rapportent le bon protocole, tandis que 4 proposent la préparation cervicale simple, sans association de la mifépristone, prévue pour les termes inférieurs à 12 SA. 3 médecins citent un protocole non recommandé par le CNGOF (mifépristone seule).

Concernant la méthode de datation pour les singletons versus les grossesses multiples, ainsi que la datation pour les termes limites, les médecins sont au fait des recommandations : 96,4% des professionnels utilisent la même méthode de datation pour les singletons versus les grossesses multiples, et aucun d'entre eux ne se base sur la datation seule, mais sur la mesure de la LCC et/ou la mesure du BIP. Il est à noter cependant que seulement 53,4% des médecins se fient au BIP en plus de la LCC, ce qui, au vu des nouvelles recommandations, devrait être retrouvé plus fréquemment dans les réponses.

Nous avons proposé dans notre questionnaire l'opportunité de mettre sur pied une formation dédiée aux IVG tardives. La majorité des praticiens est favorable : plus de 60% de l'effectif estime que cela serait bénéfique. 53,6% (15 médecins) y participeraient, ce qui leur permettrait d'être plus disponible dans leur service respectif par la suite pour prendre en charge les femmes en demande d'IVG supérieures à 12 SA.

C'est une information intéressante, puisque la réalisation d'une formation théorique, pratique et administrative, permettrait probablement à certains médecins de prendre en charge les femmes en demande d'IVG au-delà de 12 SA, et ainsi améliorer l'homogénéisation sur le territoire Haut Normand. En ajoutant, lors de cette formation, des échanges d'expériences et d'organisation entre professionnels, cela influencerait peut-être aussi sur les problèmes de programmation et d'anesthésie, permettant là aussi d'inclure les aspirations endo-utérines tardives dans le planning du bloc opératoire plus facilement.

Concernant la mise en place des IVG tardives par méthode médicamenteuse dans tous les centres, une partie majoritaire de l'effectif est favorable au protocole, puisque 42,9% des médecins ont répondu que cet engagement serait bénéfique pour les patientes, sans compter les 46,4% de l'échantillon qui possèdent déjà cette possibilité dans leur établissement. Cependant, 14,3% de l'effectif ne sont pas du tout favorable à la mise en place de cette méthode. Parmi eux, un médecin revient même sur le délai légal de 14 SA, qu'il trouvait plus pertinent à 12 SA. Un autre met en avant le caractère potentiellement traumatisant pour les patientes et les soignants d'avorter par les voies naturelles d'un embryon de plus de 10 SA. Cependant, il apparaît qu'avec un accompagnement adapté, les femmes sont plutôt en accord avec cette méthode (cela sera revu dans la synthèse de ce travail). Enfin, un médecin pense que l'IVG tardive médicamenteuse présenterait trop d'échecs, d'hémorragie et d'aspirations endo-utérines en urgence.

Les médecins favorables rapportent un acte moins invasif, une diminution des actes chirurgicaux, et une notion de choix importante pour la patiente. Avec cette méthode, l'accès à l'IVG tardive est simplifié, la patiente pouvant être prise en charge dans le centre le plus proche de chez elle. C'est ce qu'a décidé de faire dans son établissement un chef de service eurois. Dans son service, les IVG tardives n'étaient plus réalisées devant une réticence importante des praticiens. Il a suivi les recommandations du CNGOF en mettant en place le protocole médicamenteux jusqu'à 14 SA. Depuis la mise en place du protocole

médicamenteux, les patientes peuvent de nouveau être prises en charge dans le service, avec un encadrement réalisé par les infirmières d'ambulatoire. La demande en IVG tardive chirurgicale a fortement décru, rendant les demandes restantes dans le service à nouveau réalisables. Les médecins sont moins impliqués dans les IVG tardives.

Il serait pertinent d'avoir l'avis des médecins n'ayant pas répondu au questionnaire, afin d'étayer la proportion de médecin n'ayant pas un avis favorable sur la méthode médicamenteuse au-delà de 12 SA.

Il est à noter que les deux médecins n'approuvant pas le délai légal de 14 SA sont tous deux âgés de plus de 50 ans, et ont donc connu le changement du délai légal de 12 à 14 SA. Qu'en est-il des jeunes médecins, formés en ce moment, dans un contexte de délai à 14 SA ancré depuis de nombreuses années dans la loi ?

IV. QUATRIEME ETUDE : Formation et implication des Internes en Gynécologie Médicale et Gynécologie-Obstétrique dans la prise en charge des IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure.

1. Objectif.

Nous nous sommes, dans un dernier temps, penché sur l'avis et le ressenti de nos jeunes collègues, en pleine formation pour devenir Gynécologues Médicaux ou Obstétriciens. Qu'en est-il des étudiants formés actuellement, sachant que le délai légal reculé à 14 SA fut mis en place depuis de nombreuses années déjà ? L'IVG fait-elle partie de leur formation ? Sont-ils impliqués dans la prise en charge des femmes en demande d'IVG ?

Les internes ont accès, pendant tous leurs semestres d'internat, à plusieurs terrains de stage en Gynécologie obstétrique, dans des établissements publics qui prennent tous en charge les femmes en demande d'IVG.

Il est important de voir en eux les médecins prenant en charge les patientes de demain.

2. Matériel et Méthodes.

Pour conserver un point de vue Haut normand sur la prise en charge des femmes en demande d'IVG, nous avons envoyé aux internes dépendants de la faculté de Rouen durant

l'année 2019, un questionnaire reprenant leur formation, leurs acquis, leur implication, leur ressenti, et leurs pratiques futures concernant l'IVG dans la région.

Ainsi, ce questionnaire (Annexe 3) a été envoyé via Google Forms à 34 internes en Gynécologie Médicale ou Obstétrique. Les réponses, anonymes, ont été recueillies directement sur notre boîte mail.

3. Résultats.

Parmi les 34 internes interrogés (8 en Gynécologie Médicale et 25 en Gynécologie Obstétrique), nous avons récolté 26 réponses, soit un taux de réponse de 76,4%. Tous les questionnaires ont pu être interprétés.

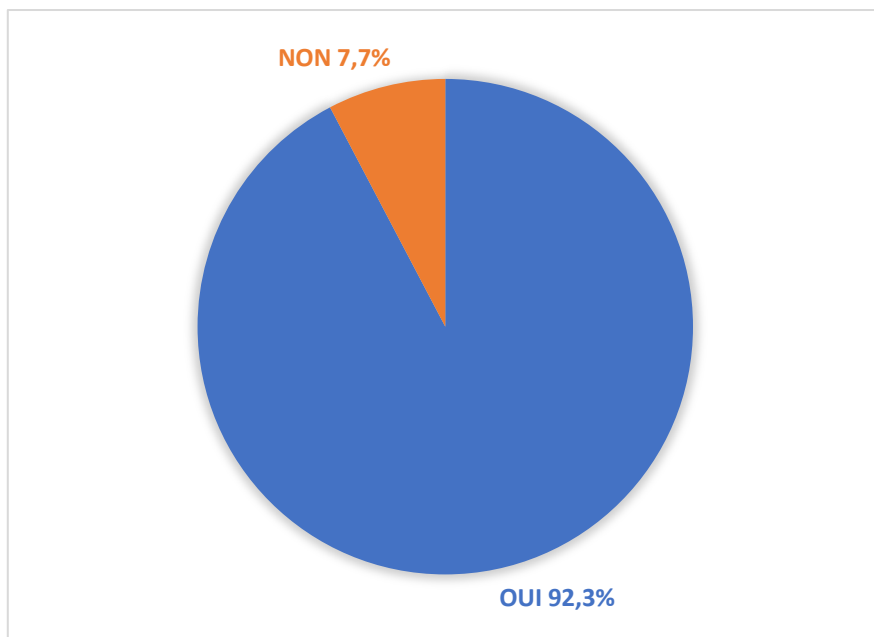
Les caractéristiques de genre, d'âge, et leur avancée dans l'internat (numéro de semestre en cours) sont résumés dans le tableau 1.

Répartition des internes étudiés % (Nombre)			
Sexe	Féminin = 84,6% (22)		Masculin = 15,4% (4)
Age	25-27 = 53,8% (14)		28-30 = 46,2% (12)
Spécialité exercée	Gynécologie Obstétrique = 69,2% (18)		Gynécologie Médicale = 30,8% (8)
Semestre	1-3 = 19,2% (5)	4-7 = 38,5% (10)	8-10 = 42,3% (11)

Tableau 1 : Répartition des internes étudiés

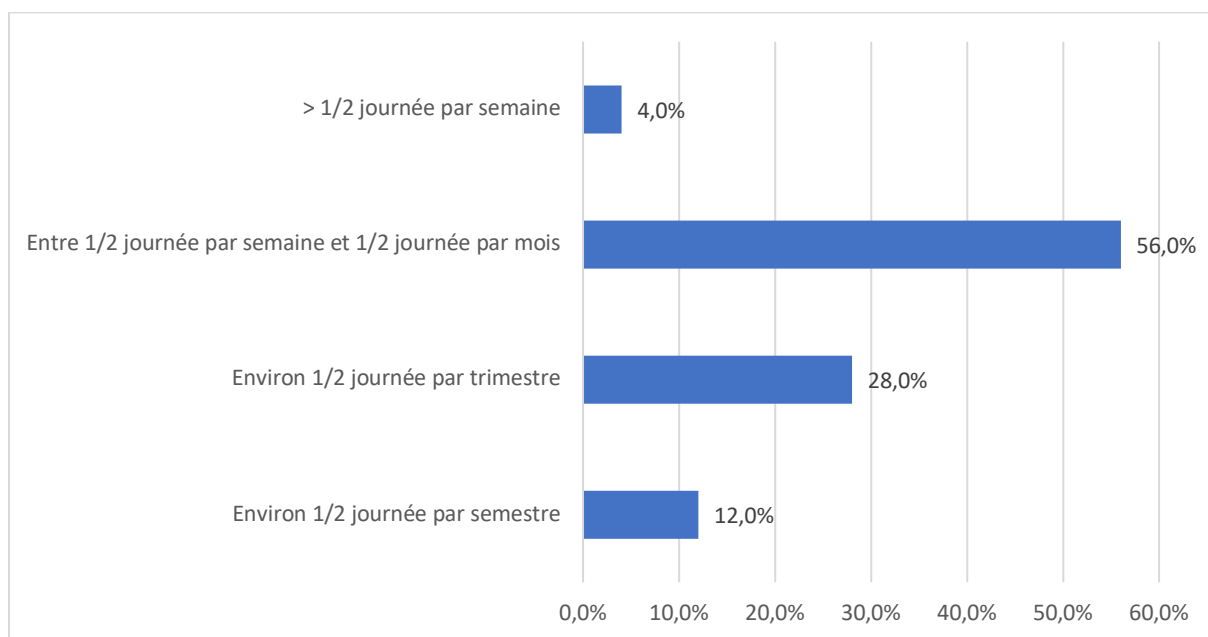
Leur faculté de provenance sont diverses : 13 étudiants étaient déjà présents à Rouen pendant leur externat, mais 4 étaient à Paris, 3 à Lille, 2 à Caen, un interne vient de Tours, un de Dijon, un de Marseille et un de Rennes.

92,3% de l'effectif (24 internes) se sentent impliqués dans la prise en charge de l'IVG (Graphique 1).



Graphique 1 : Implication des internes dans l'IVG.

96,2% de l'effectif (25 internes) ont déjà réalisé des consultations d'IVG pendant leur internat. 56,0% d'entre eux (14 internes) rapportent une activité de consultation d'IVG entre une demi-journée par semaine et une demi-journée par mois, contre 28,0% (7 internes) rapportant plutôt une activité d'une demi-journée par trimestre et 12,0% (3 internes) une demi-journée par semestre (Graphique 2).



Graphique 2 : Fréquence de réalisation des consultations d'IVG par semestre.

96,2% de l'effectif (25 internes) rapportent avoir été formé pour l'IVG médicamenteuse, 88,5% (23 internes) pour les IVG chirurgicales et 69,2% (18 internes) pour les IVG chirurgicales supérieures à 12 SA.

46,2% des internes (12 individus) nous expriment une implication positive de l'activité d'orthogénie au sein des services hospitaliers, avec une formation dédiée. 50,0% d'entre eux, (13 internes) nous rapportent plutôt une implication imposée, fortement recommandée. Aucun interne n'expose d'implication contrainte.

Nous leur avons ensuite demandé si la prise en charge des femmes en demande d'IVG était différente en fonction des services. 50,0% des internes (13 étudiants) ne rapportent pas de différences en fonction des services. 15,4% des internes (4 personnes) pensent que des différences sont présentes, sans justifier. Les réponses manuscrites des autres internes sont colligées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Ressenti des différences de fonctionnement selon les différents services : réponses manuscrites des internes

Différence entre anesthésie générale et anesthésie locale pour les IVG chirurgicales en fonction des services.

Certains services nous laissent réaliser les IVG chirurgicales seuls ; seniors présents systématiquement dans d'autres services.

Certains services délèguent toute la prise en charge aux internes, d'autres services ne nous impliquent pas du tout dans la prise en charge.

Protocoles divers, notamment pour les IVG médicamenteuses, en fonction du terme de la grossesse (certains centres jusqu'à 14 SA).

L'encadrement des internes est très variable pour la réalisation des IVG, mais globalement insuffisant.

Comme vu précédemment, 69,2% des internes (18 individus) déclarent avoir été formés sur les IVG tardives.

88,5% d'entre eux (23 internes) pensent qu'il existe une différence dans la réalisation et les complications des aspirations endo-utérines avant et après 12 SA. Le tableau 3 résume les différences ressenties.

Réalisation des IVG > 12 SA par rapport aux IVG < 12 SA	% (Nombre)
Utilisation de matériel différent	26,1 (6)
Complications hémorragiques plus fréquentes	95,7 (22)
Risque majoré de perforation utérine	34,8 (8)
Risque majoré de déchirure cervicale	30,4 (7)
Hospitalisation plus longue	17,4 (4)

Tableau 3 : différences ressenties par les internes entre les IVG chirurgicales avant et après 12 SA.

Leurs connaissances sur les compétences nécessaires pour réaliser les IVG chirurgicales ont été évaluées, colligées dans le tableau 4.

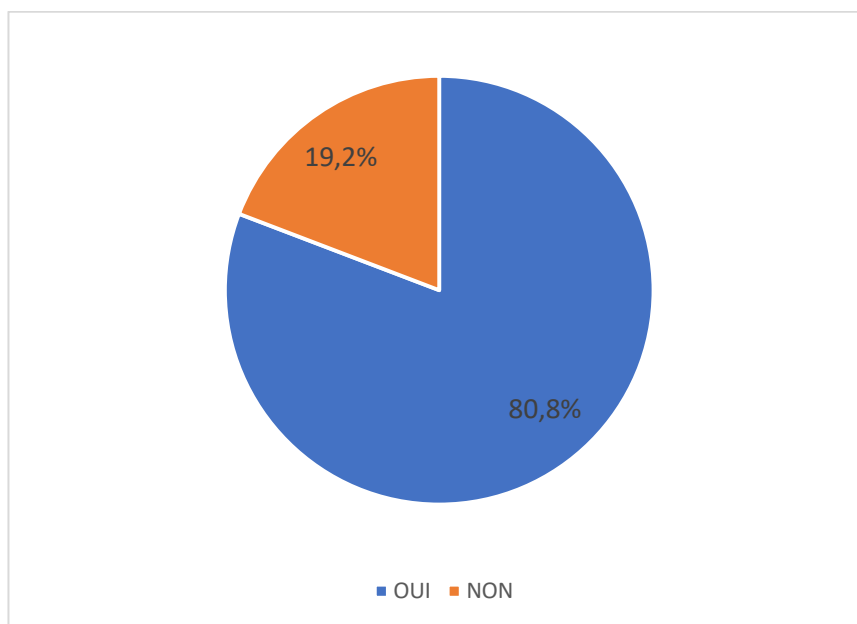
Formation	% (nombre) d'internes qui pensent qu'ils peuvent réaliser des IVG chirurgicales < 12SA	% (nombre) d'internes qui pensent qu'ils peuvent réaliser des IVG chirurgicales > 12 SA
Médecin en GO avec formation spécifique	76,9 (20)	76,9 (20)
Médecin en GO sans formation spécifique	15,4 (4)	11,5 (3)
Médecin en GM avec formation spécifique	57,7 (15)	53,8 (14)
Médecin en GM sans formation spécifique	3,8 (1)	3,8 (1)
Médecin (quel que soit son pôle de compétence) avec formation spécifique	46,2 (12)	30,8 (8)
Médecin (quel que soit son pôle de compétence) sans formation spécifique	3,8 (1)	3,8 (1)

Tableau 4 : compétences pour pouvoir réaliser les IVG chirurgicales en fonction du terme de la grossesse selon les internes.

Concernant leurs pratiques futures, 96,2% des internes (25 personnes) prendront en charge des femmes en demande d'IVG. Parmi eux, 100% expriment un devoir en tant que professionnels envers le droit légal des femmes. 30,7% des internes (8 étudiants) ajoutent à cela une sensibilité particulière à la prise en charge de ces demandes.

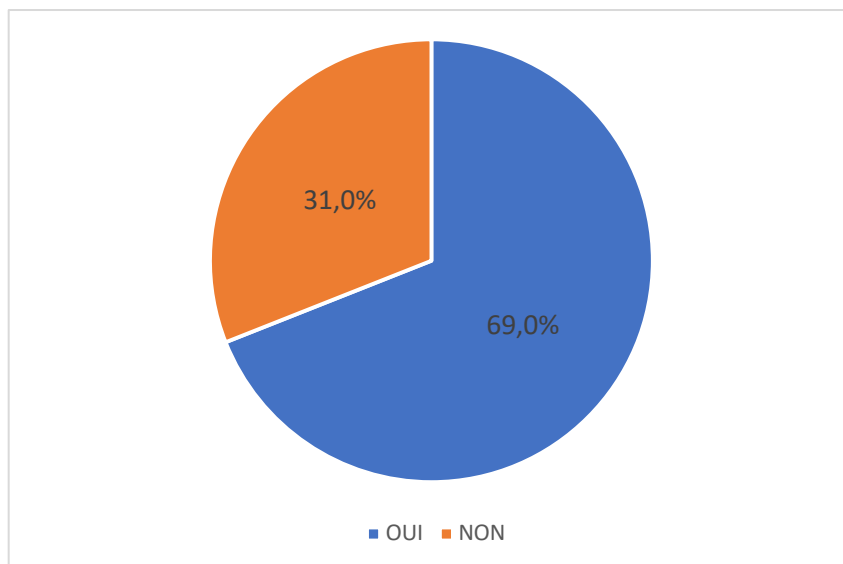
Un collègue a fait part de son manque d'intérêt pour cette activité.

Concernant les IVG par méthode chirurgicale pour les termes inférieurs à 12 SA, 84,0% des internes (21 étudiants) en réaliseront dans leur pratique future (Graphique 3). Les 5 internes qui ne réaliseront pas d'aspiration endo-utérines mettent en avant une technique opératoire non maîtrisée ou un manque d'intérêt pour la réalisation d'IVG chirurgicales.



Graphique 3 : Pratique future des IVG chirurgicales < 12 SA (%).

Concernant les aspirations endo-utérines pour les termes supérieurs à 12 SA, 69,2% des internes (18 étudiants) répondent qu'ils les accompliront (Graphique 4). Parmi les raisons expliquant le refus de certains internes, la technique opératoire non maîtrisée revient dans 50,0% des cas (4 internes). La nécessité d'une formation supplémentaire est là aussi mise en avant pour 3 internes afin de réaliser ces IVG chirurgicales supérieures à 12 SA. La clause de conscience sélective est rapportée pour un interne. Enfin, 2 internes rapportent peu d'intérêt pour cet acte chirurgical.



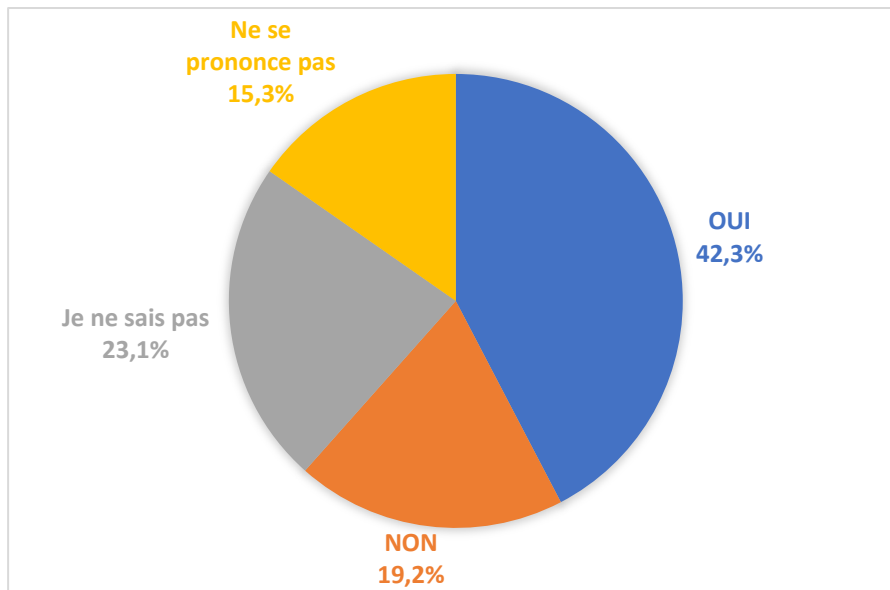
Graphique 4 : Pratique future des IVG chirurgicales > 12 SA.

92,3% des internes (24 internes) sont favorables à la mise en place d'une prise en charge par méthode médicamenteuse au-delà de 12 SA dans les centres d'orthogénie.

Parmi ceux qui sont favorables à ce protocole, plusieurs internes mettent en avant le fait d'éviter une chirurgie et ainsi diminuer les risques opératoires et anesthésiques (13 internes). Pour d'autres, il s'agit là de mettre en avant le choix de la patiente, et de faciliter l'accès à l'IVG (5 internes). Quatre internes émettent tout de même des réserves : le protocole mis en place doit permettre un bon encadrement des patientes, notamment sur l'antalgie, avec une hospitalisation jusqu'à l'expulsion de la grossesse pour éviter les complications. Un interne pense que les IVG tardives par méthode médicamenteuse permettraient aux patientes de s'impliquer d'autant plus dans cette action, et ainsi d'accélérer le deuil de leur grossesse.

Deux internes ne sont pas favorables à la mise en place des IVG par voie médicamenteuse au-delà de 12 SA. Ils semblent craindre des risques plus importants de complications et d'échec.

Concernant leur sentiment personnel sur la facilité d'accès des femmes en demande d'IVG en Seine-Maritime et dans l'Eure, les internes ont des avis multiples, exprimés dans le Graphique 5.



Graphique 5 : Ressenti des internes sur la simplicité d'accès à l'IVG tardive pour les femmes en Haute Normandie.

Parmi les difficultés qu'ont relevé les internes durant leurs différents semestres en matière d'accès aux soins pour une IVG tardive, nous retrouvons le fait que de moins en moins de centres les pratiquent et que le matériel pour les IVG au-delà de 12 SA n'est pas disponible partout. Certains internes rapportent qu'ils ont pu mettre en évidence une clause de conscience sélective parmi quelques praticiens : certains réalisent des IVG chirurgicales, mais pas pour les IVG au-delà de 12 SA.

Les internes évoquant une prise en charge aisée des femmes en demande d'IVG tardive relèvent une facilité d'orientation pour les patientes, avec des réalisations d'IVG toujours rapides.

De nombreux internes ne se sentent pas capable de donner leur avis sur l'accès aux soins pour l'IVG tardive, devant un manque de recul et d'expérience.

4. Discussion.

92,3% des internes (24 étudiants) se sentent impliqués dans l'accès aux soins d'IVG, ce qui est rassurant pour la future prise en charge des femmes en demande d'IVG. Tous les terrains de stage hospitaliers proposent une formation théorique puisque plus de 80% des internes ont été formés sur la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. Ceux qui n'ont pas encore été formés sont les jeunes internes, dans leur première année d'internat.

96,2% des internes ont déjà réalisé des consultations d'IVG, permettant de connaître les protocoles des différents services, et de mettre en pratique la formation théorique sur le sujet. La fréquence des consultations varie cependant beaucoup en fonction des internes, allant d'une demi-journée par semestre à une demi-journée par semaine.

Les avis des internes divergent quand nous leur demandons s'il existe des différences dans les fonctionnements des services. 50,0% des internes ne rapportent pas de particularités spécifiques aux services, alors que l'autre moitié met en avant des organisations et des prises en charge hétérogènes. L'utilisation de l'anesthésie locale pour les IVG chirurgicales dans certains centres alors que d'autres n'utilisent que l'anesthésie générale, ou bien la mise en place des IVG médicamenteuses jusqu'à 14 SA dans certains services ont été des différences mises en avant entre les centres. Certains internes pointent des différences d'encadrements : certains centres délèguent toute l'activité d'IVG aux internes, y compris les IVG chirurgicales qui sont parfois réalisées sans la présence d'un sénior, tandis que d'autres centres n'impliquent pas du tout les internes dans la prise en charge des femmes en demande d'IVG.

La délégation de toute l'activité d'IVG aux internes paraît intéressante en fin d'internat pour mettre en pratique les connaissances théoriques acquises, mais ceci est à adapter aux internes : être autonome sans encadrement ne semble pas judicieux durant les premiers semestres de l'internat de gynécologie.

Nous remarquons un défaut de formation plus marqué pour les IVG tardives par rapport aux IVG en général : 96,2% des internes sont formés aux IVG inférieures à 12 SA tandis que 69,2% sont formés aux IVG supérieures à 12 SA (25 versus 18 internes). Les internes rapportent un sentiment de réelle différence entre les IVG chirurgicales au-delà de 12 SA par rapport aux IVG chirurgicales inférieures à 12 SA. 95,7% d'entre eux soulignent un risque hémorragique majoré, 34,8% argumentent une augmentation du risque de perforation utérine, 30,4% une majoration des déchirures cervicales et 17,4% pensent que l'hospitalisation des femmes peut se prolonger devant ces complications. Les internes ont le sentiment que le geste chirurgical au-delà de 12 SA est plus compliqué, plus risqué, probablement lié au fait qu'ils ne se sentent pas aussi bien formés que pour les IVG inférieures à 12 SA.

Il est intéressant d'avoir interrogé les internes sur les compétences qu'ils pensent nécessaires pour pouvoir réaliser des IVG chirurgicales.

En effet, tout médecin peut réaliser des IVG chirurgicales, de quelque spécialité qu'il soit, tant qu'il les réalise dans un service ayant l'agrément pour cette pratique. Il n'a pas besoin de valider de formation particulière. Or, parmi tous les internes interrogés, seulement un interne pense que les Gynécologues médicaux peuvent réaliser des IVG tardives sans formation particulière. Seulement 14 internes pensent que les Gynécologues médicaux avec une formation spécifique peuvent réaliser des aspirations endo-utérines pour les termes tardifs. Concernant les médecins d'autres spécialités, 12 internes uniquement pensent que ceux-ci peuvent réaliser des aspirations endo-utérine pour les termes inférieurs à 12 SA avec une formation spécifique ; 8 pensent qu'ils peuvent réaliser des aspirations endo-utérines au-delà de 12 SA avec une formation spécifique. Un seul interne affirme que les médecins, quelle que soit leur spécialité, avec ou sans formation, peuvent pratiquer les IVG chirurgicales, avant ou après 12 SA.

Il paraît important de donner plus d'informations sur les compétences nécessaires à la réalisation des IVG chirurgicales aux internes en formation. Les Gynécologues médicaux seraient probablement plus enclins à se former à la technique d'IVG chirurgicale supérieure à 12 SA pendant leur internat s'ils avaient connaissance de ce droit, afin de prétendre à une prise en charge de toutes les femmes en demande d'IVG jusqu'à 14 SA. De même, les internes en Médecine générale, qui passent souvent un semestre en Gynécologie-Obstétrique pendant leur internat, n'ont pas notion qu'ils peuvent réaliser des IVG chirurgicales dans leur pratique quotidienne dans les centres agréés. Cela pourrait en intéresser plus d'un, en particulier ceux qui réalisent un Diplôme universitaire de Gynécologie en plus de leur spécialité. Le nombre de médecins pratiquant les IVG tardives pourrait être ainsi augmenté.

Concernant la réalisation des IVG au-delà de 12 SA, 19 internes pensent en réaliser dans l'avenir. Quatre internes allèguent une technique opératoire non maîtrisée, préférant ainsi ne pas en réaliser. Trois internes souhaiteraient une formation supplémentaire. Au total, 7 internes, soit presque 27% de l'échantillon, ne sont pas à l'aise dans la réalisation de cette intervention : ces réponses rapportent le manque de formation sur ces aspirations endo-utérines supérieures à 12 SA. Il semblerait pertinent de proposer une formation en milieu ou fin d'internat afin de les conforter au fait que ce geste n'est pas beaucoup plus complexe, et

qu'ils peuvent le réaliser sans augmenter fortement les risques pour la patiente. Cela pourrait permettre d'accroître le nombre de praticiens réalisant ces IVG tardives et donc améliorer à l'avenir l'homogénéité de la prise en charge des patientes sur le territoire Haut Normand.

Concernant la mise en place dans tous les services d'orthogénie des IVG tardives par méthode médicamenteuse, 92,3% des internes sont favorables, en particulier pour améliorer l'accès des femmes en demande d'IVG tardives en leur donnant le choix de la méthode et pour éviter une anesthésie. Cependant, quelques-uns mettent en avant des réserves vis-à-vis de cette méthode : ils s'inquiètent sur l'antalgie et le ressenti des patientes, ainsi que sur les complications possibles. Deux internes ont répondu ne pas être favorables à ce projet devant les risques majorés d'échec et de complications amenant une prise en charge au bloc opératoire en urgence.

Leur ressenti envers la prise en charge globale des IVG tardives en Haute Normandie est très variable. Certains affirment que les centres prennent en charge rapidement les patientes, avec une efficacité rendant le parcours facile pour les patientes. D'autres au contraire, mettent en avant une clause de conscience sélective des praticiens, un matériel non disponible partout. Il est important de notifier que plus de 35,0% des internes n'ont pas répondu à cette question sur la prise en charge globale des IVG tardives, ou ne savait pas répondre. Ce résultat est sûrement dû au fait qu'ils ne passent pas dans tous les établissements et donc ne pensent pas être à même de trancher sur ce sujet. Ils ont probablement raison sur tous les tableaux : certains centres possèdent un centre d'orthogénie très développé, permettant une prise en charge rapide et facile des patientes. Par contre, d'autres centres, ne réalisant pas ou peu d'IVG tardives, réadressent les patientes vers les autres services, rendant le parcours de femmes plus compliqué, avec parfois des consultations et des gestes chirurgicaux loin de chez elles.

Synthèse des études : comment améliorer l'accès à l'IVG au-delà de 12 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure ?

Nous avons donc, grâce à ces quatre études différentes, une vision globale de la prise en charge des IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure : quelles patientes viennent demander une IVG tardive, quels établissements les prennent en charge, ce qu'en pensent les praticiens seinomarins et eurois et enfin l'opinion et le vécu des futurs professionnels de la région.

Notre étude montre que toutes les femmes en âge de procréer peuvent être confrontées à une demande d'IVG tardive en Seine-Maritime et dans l'Eure, quel que soit leur niveau socioéconomique. Deux tiers étaient sous contraception au moment de la survenue de la grossesse, avec une utilisation de la contraception d'urgence qui restait rare. Les campagnes d'information sur les différents moyens de contraception et la prescription et la délivrance de la contraception d'urgence doivent perdurer.

La grossesse de découverte tardive est la première raison pour laquelle les femmes se présentent avec un terme avancé, suivi de la difficulté de prendre une décision et la survenue au décours du premier trimestre de problèmes familiaux ou de couple. Toutefois, nous retrouvons 14,3% des femmes de l'échantillon qui ont eu un parcours compliqué, avec un long délai de prise en charge, un refus de la part d'un praticien ou une difficulté à trouver quelqu'un à qui s'adresser.

275 IVG tardives ont été réalisées en 2018 en Seine-Maritime et dans l'Eure sur 3891 IVG au total, soit un taux d'IVG au-delà de 12 SA de 7,1%.

Tous les établissements hospitaliers publics et tous les établissements privés sauf un ont participé à la réalisation des IVG tardives en 2018, respectant ainsi l'obligation légale émise par les autorités de santé. Cependant, nous avons pu remarquer que les taux de réalisation d'IVG tardives en fonction du nombre d'IVG totales par centre ne sont pas les mêmes. Ces taux varient entre 0% et 13,7%. Cela traduit une prise en charge inhomogène sur le territoire, toujours pourvoyeuse de difficulté d'accès pour certaines patientes.

La plupart des réponses reçues par les médecins de Seine-Maritime et de l'Eure étaient en faveur de la persévérance de l'amélioration de l'accès à l'IVG tardive. Quelques praticiens mettent en avant leur clause de conscience sélective, c'est-à-dire qu'ils ne réalisent que des IVG inférieures à 12 SA et ne sont pas en accord avec la pratique des IVG au-delà de 12 SA. D'autres encore ne réalisent pas d'IVG tardives devant des problèmes de programmation, ou de formation insuffisante.

Les étudiants en gynécologie sont volontaires, motivés et impliqués dans la prise en charge des femmes en demande d'IVG. Nombre d'entre eux émettent des craintes sur la réalisation de l'IVG tardive par méthode chirurgicale et ne se sentent pas assez à l'aise dans leur formation pour les réaliser tout seul.

La prise en charge des IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure pourrait être améliorée par plusieurs points, proposés ci-dessous.

Technique médicamenteuse jusqu'à 14 SA.

L'instauration de l'IVG par méthode médicamenteuse jusqu'à 14 SA dans tous les établissements hospitaliers ayant une activité d'orthogénie est un premier point qui permettrait d'améliorer l'accès à l'IVG tardive pour les femmes en demande d'IVG en Seine-Maritime et dans l'Eure.

Cette méthode apporterait deux choses : dans les services où le nombre de praticiens pratiquant les IVG au-delà de 12 SA n'est pas suffisant, l'ajout de ce protocole à la proposition de soins d'IVG permettrait aux femmes d'être prises en charge dans leur centre de proximité. Dans les centres où le nombre de praticiens est suffisant, l'ajout de ce protocole assurerait à la patiente un choix entre les deux méthodes, l'impliquant d'autant plus dans sa propre prise en charge.

Le partage de connaissances et d'expériences sur cette méthode entre les centres, comme proposé par plusieurs médecins de la région, est pertinent. Communiquer sur les différentes statistiques des IVG tardives par méthode médicamenteuse, en termes de complications, d'échec, de réussite et de satisfaction des patientes, pourrait permettre de lever une crainte de la part des services qui n'ont pas encore mis en place ce protocole.

Deux établissements ont instauré cette méthode d'IVG en Seine-Maritime et dans l'Eure depuis la publication des recommandations du CNGOF. Pour un établissement eurois, ceci intervenait dans un contexte de pénurie de médecins pratiquant les IVG tardives chirurgicales. Depuis février 2017, un protocole validé est en place dans le service. 18 IVG tardives ont été réalisées par la méthode médicamenteuse en 2018 sur 21 IVG tardives au total, soit 3 IVG tardives chirurgicales.

Pour un établissement seinomarin, ce n'est pas un souci de nombre de praticiens qui a poussé le service à mettre en place ce protocole, mais plutôt un certain nombre de patientes qui voulaient éviter le geste chirurgical. Le service a donc mis en place les recommandations du CNGOF, et a réalisé en 2018 une IVG tardive par méthode médicamenteuse.

Une étude est actuellement en cours en Seine-Maritime et dans l'Eure, dont les premiers résultats ont été présentés par un travail de thèse en 2019 (71). L'étude NISS, « Normand'IVG Satisfaction Study » a évalué la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur IVG selon le terme et la méthode utilisée. Quatre groupes ont été comparés : le groupe IVG médicamenteuse à moins de 8 SA + 6 jours (486 patientes incluses), le groupe IVG médicamenteuse entre 9 SA et 14 SA (182 patientes incluses), le groupe IVG chirurgical à moins de 8 SA + 6 jours (47 patientes incluses) et le groupe IVG chirurgicale entre 9 SA et 14 SA (185 patientes incluses). Le critère de jugement principal répondait à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? ». Le tableau 18, extrait de la thèse, montre que 69,2% des patientes du groupe IVG médicamenteuse supérieure à 9 SA opteraient pour la même technique. Dans le groupe IVG chirurgicale supérieure à 9 SA, 75,7% des patientes opteraient pour la même technique. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes.

	IVG médicamenteuses < 9 SA (n=486)	IVG médicamenteuses ≥ 9SA (n=182)	IVG chirurgicales < 9 SA (n=47)	IVG chirurgicales ≥ 9 SA (n=185)
Oui	72.2% (351)	69.2% (126)	89.4% (42)	75.7% (140)
Non	18.9% (92)	25.3% (46)	6.4% (3)	16.2% (30)
Ne sait pas	2.5% (12)	2.7% (5)	2.1% (1)	0% (0)
N'a pas répondu	6.4% (31)	2.7% (5)	2.1% (1)	8.1% (15)

Tableau 1 : Réponse à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? » dans les différents groupes (n=900)

Un critère de jugement secondaire notait la satisfaction globale des patientes, sur une échelle numérique entre 1 et 5. Les patientes avaient, quel que soit le groupe, une satisfaction moyenne supérieure ou égale à 4. Pour le groupe IVG médicamenteuse supérieure à 9 SA, la moyenne était de 4,03 et pour le groupe IVG chirurgicale supérieure à 9 SA la moyenne était de 4,27.

Il est intéressant de noter que le caractère imposé de la méthode à la patiente était significativement associé à une mauvaise satisfaction des patientes. Dans le groupe IVG médicamenteuse supérieure à 9 SA, 58,7% des patientes (27 femmes) non satisfaites n'avaient pas eu le choix de la méthode. Au contraire, chez les patientes satisfaites qui opteraient à nouveau pour une IVG médicamenteuse supérieure à 9 SA, 82,4% (103 femmes) ont eu le choix de la méthode.

La douleur était un critère majeur d'insatisfaction pour le groupe IVG médicamenteuse supérieure à 9 SA. La gestion de la douleur est certainement l'élément essentiel de la prise en charge de ces femmes. Une patiente de l'étude a bénéficié d'une analgésie péridurale en salle de naissance pour la réalisation de l'IVG tardive. Cette méthode d'analgésie pour les IVG tardives est couramment proposée dans le CHU de Strasbourg, service précurseur en termes d'IVG tardive médicamenteuse. Mais cette analgésie est peu discutée dans les RPC du CNGOF. L'étude canadienne de Smith a étudié la PCEA (Patient-Controlled Epidural Analgesia) chez les patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse entre 12 et 23 SA + 6 jours. Les 17 patientes incluses rapportent une bonne analgésie (évaluation maximale de la douleur à $4.2/10 \pm 2.3$) et une excellente satisfaction ($8.4/10 \pm 4$) (72). Cela est une piste intéressante à étudier pour optimiser l'accompagnement de l'IVG tardive médicamenteuse.

Les réticences à l'égard de la méthode médicamenteuse peuvent aussi survenir de la part du personnel paramédical accompagnant les femmes lors de l'IVG. Dans la littérature, nous retrouvons des études sur le ressenti des infirmières et des sages-femmes accompagnant les patientes lors d'IVG médicamenteuses tardives. L'étude suédoise d'Andersson et al (73) a interrogé 17 infirmières et 4 sages-femmes sur leurs expériences. La manipulation du fœtus était l'un des aspects les plus difficiles retrouvés dans leurs témoignages. Les infirmières/sages-femmes souhaitaient les traiter avec dignité. Elles mettent en avant le besoin de formation, d'encadrement et de soutien pour être les plus empathiques, confiantes et compétentes possible afin d'aider au mieux les patientes. Les infirmières/sages-femmes de cette étude pensaient que la douleur des femmes était soulagée par une utilisation

thérapeutique de la présence professionnelle, de l'écoute et de la communication, en plus des antalgiques usuels.

Il est donc important d'étudier le vécu de notre personnel soignant avec la mise en place de ces protocoles médicamenteux jusqu'à 14 SA pour que cela se passe au mieux.

Formation complémentaire pour les médecins et les internes.

Notre enquête a permis de révéler le besoin de formation des médecins réalisant déjà des IVG chirurgicales. Plusieurs d'entre eux ne réalisent pas d'IVG tardives par crainte des complications, ou parce que la programmation des dites IVG tardives est trop compliquée. Quinze médecins ont rapporté qu'ils participeraient à cette formation sur les IVG tardives si nous leur proposons.

Cette formation devrait comporter plusieurs temps. Dans un premier temps, un rappel des nouvelles recommandations avec notamment le protocole de préparation cervical pour diminuer les risques de déchirure cervicale et de perforation utérine, un rappel de la méthode de datation échographique précise des grossesses au terme limite et la présentation du protocole médicamenteux jusqu'à 14 SA. Dans un deuxième temps, une présentation des complications potentielles des IVG chirurgicales au-delà de 12 SA en comparaison avec les IVG chirurgicales inférieures à 12 SA, avec une présentation théorique du déroulement d'une IVG tardive. Dans un troisième temps, un temps de pratique en binôme avec un formateur pour la réalisation de plusieurs IVG chirurgicales supérieures à 12 SA, permettant d'adapter la technique du médecin. Enfin, nous pouvons même imaginer qu'un formateur puisse venir sur place pour comprendre les difficultés d'organisation et de programmation, afin de travailler en équipe avec les médecins et les cadres de santé de l'hôpital pour proposer une prise en charge optimale aux patientes.

Cette formation devrait être accessible, voire systématiquement proposée, aux internes en fin de cursus qui ne se sentent pas aptes à réaliser des IVG chirurgicales supérieures à 12 SA. Ceci permettrait d'augmenter encore le nombre de praticiens afin de faciliter l'accès à l'IVG tardive pour les femmes de Seine-Maritime et de l'Eure.

Création de postes de Praticiens Hospitaliers à temps partiel ou de Praticiens Hospitaliers Contractuels pour une activité d'orthogénie.

C'est une proposition qui avait été mise en avant par le Haut Conseil à l'Égalité en 2013 (6) : garantir une offre diversifiée sur tout le territoire en facilitant le recrutement des praticiens contractuels dans les établissements. Cette mesure était initiée pour les IVG tous termes confondus, et serait bénéfique pour la réalisation des IVG tardives de façon concomitante à la formation des médecins sur l'IVG supérieure à 12 SA. Ce projet n'a pas fait l'objet d'un décret en Conseil d'État pour le moment et n'est que très peu réalisé en pratique. En Seine-Maritime et dans l'Eure, un seul établissement a engagé un Médecin généraliste qui effectue des vacations d'IVG chirurgicales. Cela permettrait pourtant de renforcer les équipes et d'intégrer de nouveaux spécialistes souhaitant prendre en charge les femmes en demande d'IVG. Pour cela, le soutien des responsables des équipes dans lesquels exerceront ces Praticiens Hospitaliers sera bien évidemment indispensable.

Allongement du délai permettant l'accès de l'IVG jusqu'à 14 semaines de grossesse (soit 16 SA).

Le vendredi 7 juin 2019, le Sénat a adopté l'allongement du délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, soit 16 semaines d'aménorrhée. La commission des Affaires sociales, présidée par Alain Milon, a demandé une seconde délibération, acceptée par la Ministre de la Santé Agnès Buzin, car elle estimait que les conditions dans lesquelles le Sénat s'était prononcé n'étaient pas satisfaisantes. Quatre jours après l'amendement, celui-ci a été supprimé.

Cet allongement du délai légal à 16 SA serait-il propice à l'amélioration de l'accès à l'IVG pour les femmes en France ?

Chaque année, de 3000 à 5000 femmes françaises se rendent à l'étranger pour réaliser un avortement. Le planning familial de Rouen nous rapporte environ 30 femmes qui se sont présentées en 2017 pour avoir des conseils sur la démarche à suivre pour aller à l'étranger.

L'IVG entre 12 et 14 SA ne concerne « que » 5% des patientes se présentant pour les IVG en moyenne en France (57). L'IVG entre 14 et 16 SA ne concernerait pas beaucoup plus de femmes, mais cela serait un bénéfice face à la désertification médicale et aux difficultés

d'accès à l'IVG. Il apporterait une souplesse aux démarches, permettant de réaliser les IVG tardives dans de bonnes conditions.

Dr Silvia de Zordo, une anthropologue travaillant actuellement en Espagne, a présenté, lors du dernier congrès du REVHO en mai 2019, les premiers résultats du projet de recherche européen ERC BAR2LEGAB financé par la European Research Council, qu'elle mène avec son équipe sur les femmes qui voyagent en quête de soins d'interruption de grossesse dans une partie de l'Europe (74). Dans leur étude, les pays d'origine des femmes en quête de soins d'IVG en Europe sont l'Allemagne, la France, la Belgique, l'Italie, l'Irlande et la Pologne. Les pays de destination sont le Royaume-Uni, le Pays-Bas et l'Espagne. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, le délai légal de l'IVG est 24 SA. En Espagne, il est à 16 SA.

Parmi les femmes voyageant au Royaume-Uni pour avorter, moins de 10% des femmes sont françaises (la majorité étant des femmes irlandaises, l'étude ayant commencé avant la légalisation de l'IVG en Irlande). Aux Pays-Bas, 20% des femmes voyageant pour avorter sont françaises. La moyenne d'âge gestationnel des femmes françaises venant faire leur IVG est 18,4 SA, sachant que le délai moyen entre le moment où les participantes ont commencé à chercher des services dans leur pays et ont reçu des soins après leur voyage est de 3,8 semaines (74). Ce sont des données intéressantes, puisque, si nous enlevons les 3 à 4 semaines d'attente pour trouver un centre d'orthogénie acceptant l'IVG à l'étranger, le fait d'allonger le délai légal à 16 SA en France leur accordera le temps et le droit de la réaliser près de chez elles, pour des termes qui ont dépassé de peu les 14 SA.

Les raisons principales amenant les femmes françaises à voyager sont la découverte tardive de la grossesse, ou bien une hésitation majeure (74), ce qui va dans le sens de l'allongement du délai légal et dans le sens des données retrouvées dans notre étude.

Enfin, Dr De Zordo met en avant le coût d'une IVG : au Royaume-Uni, il est en moyenne de 1141€ ; aux Pays-Bas, l'IVG coûte 863€. 30% des femmes ont besoin de plus d'une semaine pour collecter les fonds nécessaires (74).

Ce phénomène est important en Europe malgré les lois libérales ou relativement libérales concernant l'IVG. Cette étude soulève des questions sur l'impact des politiques sur l'IVG fragmentée en Europe pour les femmes, qui accroisse les inégalités sociales existantes, et sur la signification de l'IVG sans risque lorsque le voyage devient nécessaire.

Le REVHO soutient la demande d'allongement du délai légal à 16 SA (75).

Les professionnels de santé devront alors s'adapter à ce nouvel allongement du délai légal. Rappelons qu'en 2002, le rapport d'activité de l'Assemblée Nationale avait mis en évidence des difficultés d'accommodation de la part des médecins lors de l'allongement du délai à 14 SA, avec une réticence à la pratique des IVG chirurgicales supérieures à 12 SA devant une formation insuffisante (3). Pour ne pas méconnaître cette situation, il serait préférable de questionner les médecins sur leurs besoins et leurs ressentis ou de proposer directement des formations complémentaires si le délai venait à s'allonger.

Concernant les risques et les complications de l'IVG jusqu'à 16 SA, ils ne sont pas beaucoup plus fréquents : rappelons l'étude de Chen et al, qui rapporte que l'élévation du risque de perforation utérine pour les aspirations endo-utérines a surtout lieu après 16-17 SA (43). Hepburn et al retrouvait un taux d'hémorragies qui s'élevait aussi pour des gestes plus tardifs (44).

Projet régional pour améliorer l'accès à l'IVG et réseau organisationnel entre les différents centres.

A l'image du projet pour Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement (FRIDA) en Ile-De-France (76), il serait bénéfique en Normandie d'organiser, via l'ARS, un projet régional permettant de renforcer un réseau organisationnel pour améliorer la prise en charge des femmes en demande d'IVG, et notamment d'IVG tardives.

Le projet régional FRIDA s'articule autour de la notion de parcours de santé dans le recours à l'IVG, intégrant aussi bien la dimension d'éducation/promotion de la santé que la question centrale de l'accès aux soins ou bien encore l'approche qualitative de la prise en charge médicale. Ce projet a été élaboré en 2013, de manière concomitante à la publication des recommandations du HCE dont nous avons parlé dans l'introduction de ce travail (6). Parmi les axes d'intervention du projet FRIDA, nous retrouvons la volonté de maintenir et promouvoir une offre diversifiée au sein de chaque territoire de santé, la construction d'un véritable système d'information sur l'IVG et l'approfondissement de l'approche qualitative par le biais d'enquêtes spécifiques.

Ce sont des points primordiaux à mettre en avant en Normandie afin de faciliter l'accès à l'IVG tardive.

Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale et le Mouvement Français pour le Planning Familial sont au cœur d'un réseau organisationnel visant à simplifier les démarches de femmes et des professionnels de santé. La promotion du site internet « IVG : les adresses », avec des adresses et des numéros de téléphone sans cesse remis à jour, devrait permettre une meilleure prise en charge des femmes. Leurs sites internet doivent leur permettre d'être au centre de la coordination des soins pour les femmes en demande d'IVG mais aussi pour les secrétariats des services d'orthogénie qui ne peuvent prendre en charge rapidement une patiente, notamment durant les périodes estivales lorsque les services ne fonctionnent pas au même rythme.

La mise en place d'un projet régional par l'ARS pourrait permettre la réalisation d'enquêtes spécifiques, afin d'aller au plus près des services hospitaliers et définir des difficultés d'organisation, d'information, de communication entre les centres si elles existent, mais aussi de vérifier la proposition de choix de méthode d'IVG, et de possibilité de prise en charge des IVG jusqu'à 14 SA.

Le 27 septembre 2019, le Ministère des Solidarités et de la Santé a publié un communiqué de Presse (70), rapportant qu'Agnès Buzyn est déterminée à réduire l'hétérogénéité des situations territoriales et qu'elle annonce des mesures pour conforter un accès rapide à l'IVG partout en France. Pour cela, un rapport global relatif à l'accès à l'IVG sera remis au Parlement fin janvier 2020, ce qui permettra de faire le point des conditions d'accès et de formuler de nouvelles propositions. Nul doute que l'accès à l'IVG tardive fera partie des nouvelles propositions. Nos autorités régionales pourront donc s'appuyer sur ce travail, qui nous l'espérons aura déjà fait des propositions constructives que pourrait comprendre ce rapport pour optimiser la prise en charge des IVG jusqu'à 14 SA, et ainsi de diminuer le nombre de patientes allant à l'étranger devant des délais trop longs de prise en charge.

Conclusion

La prise en charge des IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure concerne tous les établissements hospitaliers ayant une activité gynécologique sauf un en 2018, mais répartie de façon inhomogène sur le territoire. De plus, certaines patientes conservent des parcours difficiles, parfois loin de chez elles, avec un long délai de prise en charge ou une difficulté à trouver quelqu'un à qui s'adresser. Nous n'avons malheureusement pas de chiffres précis pour savoir combien de femmes ne sont pas prises en charge à temps en Seine-Maritime et dans l'Eure et sont obligées de se rendre à l'étranger pour demander une IVG.

L'amélioration de l'accès à l'IVG tardive est toujours d'actualité afin d'homogénéiser les prises en charge. Dans le but d'augmenter le nombre de praticiens, des formations pourraient être instaurées. L'introduction du protocole médicamenteux pour les IVG tardives dans tous les services d'orthogénie serait bénéfique pour la prise en charge des patientes dans leur centre de santé de proximité. L'allongement du délai légal à 16 SA pourrait amener une souplesse dans les démarches et diminuer le nombre de patientes allant à l'étranger.

La création d'un plan régional afin d'améliorer le réseau organisationnel entre les différents centres pourrait améliorer l'accès à l'IVG tardive.

L'IVG fait bel et bien parti du parcours des femmes. La prise en charge des femmes en demande d'IVG doit rester un objectif d'amélioration constant auprès des professionnels de santé et des autorités de santé de notre région.

Proposition de plan d'action pour réduire les difficultés d'accès à l'IVG tardive en Seine-Maritime et dans l'Eure.

1. Mettre en application les recommandations du Haut Conseil à l'Égalité et de la loi en proposant aux patientes en demande d'IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée la méthode médicamenteuse et chirurgicale dans tous les établissements hospitaliers possédant un service de gynécologie-obstétrique. Partage par les établissements qui réalisent les IVG médicamenteuses à tous termes aux autres établissements de leurs expériences.
2. Proposer une formation aux gynécologues sur la réalisation des IVG tardives, comportant un temps théorique et un temps pratique. Diffuser auprès de tous les échographistes les recommandations du CNGOF en matière de rédaction de la conclusion de l'échographie pour les termes proches de 14 SA chez la femme en demande d'IVG.
3. Impliquer, motiver et encadrer les internes dans la prise en charge des femmes en demande d'IVG tardives, y compris les internes de Gynécologie Médicale et de Médecine Générale.
4. Encourager l'ouverture de postes de Praticien Hospitalier à temps partiel ou de Praticien Hospitalier Contractuel pour la pratique des IVG chirurgicales.
5. Poursuivre les campagnes d'information à destination des femmes pour limiter le délai du premier rendez-vous, avec notamment les mises à jour régulières du site « IVG : les adresses ». Création d'un annuaire régional sur le site du Réseau Périnatalité Eure Seine-Maritime.
6. S'appuyer sur les autorités de santé pour réaliser des enquêtes spécifiques afin d'approfondir l'approche qualitative de la prise en charge des femmes en demande d'IVG au-delà de 12 SA, et assurer une publication annuelle des données disponibles pour décrire la situation en Seine-Maritime et dans l'Eure en matière de recours à l'IVG tardive.

7. Améliorer la communication en réseau en Seine-Maritime et dans l'Eure impliquant les CPEF, le Planning familial et les répondants au numéro vert IVG, afin d'assurer une continuité des soins et un parcours plus aisé pour les femmes.
8. Améliorer la communication entre les établissements pratiquant des IVG pour la bonne orientation de la femme dès le début de sa prise en charge.
9. Récupérer les données concernant le nombre de femmes ayant dépassé le délai légal et leur parcours pour réaliser une IVG à l'étranger afin de soutenir l'allongement du délai légal à 16 SA.

Annexes

Annexe 1

Questionnaire à destination des femmes en demande d'une IVG entre 12 et 14 Semaines d'aménorrhée.

Interruption volontaire de grossesse entre 12 SA et 14 SA

Age :

Nationalité :

Situation familiale :

- Célibataire
- Mariée
- Pacsée
- Divorcée
- Veuve
- Concubinage

Niveau d'étude

- Primaire
- Collège
- Lycée
- Bac
- CAP-BEP
- Licence
- Master
- Doctorat
- Autre : _____

Activité professionnelle ou étude en cours

- Étudiante
- Sans profession
- Chômage (ayant déjà travaillé)
- Chômage (n'ayant jamais travaillé)
- Agriculteur exploitant
- Artisan commerçant ou chef d'entreprise
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Autre : _____

Activité professionnelle ou étude en cours – Précisez

Antécédent médical notable

Aucun

Autre :

Antécédent chirurgical

Aucun

Autre :

Nombre d'enfant à charge

0

1

2

3

>3

IVG antérieures

0

1

2

3

>3

Contraception utilisée lors du début de cette grossesse

Aucune

Méthodes naturelles (méthode Ogino, retrait, courbe de température...)

Préservatif

Pilule

DIU cuivre

DIU avec hormones

Implant

Patch contraceptif

Anneau vaginal

Autre : _____

Si absence de contraception : motif

Contraception mal tolérée

Non renouvellement d'ordonnance

Désir de grossesse

Premier rapport sexuel

Pas de précision

Autre : _____

Suivi gynécologique (par un gynécologue de ville ou un médecin généraliste pratiquant la gynécologie)

Régulier (tous les ans)

Irrégulier

Jamais

Nature de la grossesse

Échec de contraception avec contraception bien conduite

Échec de contraception avec dysfonction de l'utilisation de la contraception

Pas de contraception

Désir de grossesse

Autre : _____

Prise d'un contraceptif d'urgence

Oui

Non

Terme lors de la première échographie

< 6 SA

6-8 SA

8-10 SA

10-12 SA

>12 SA

LCC lors de l'échographie de datation (en mm)

BIP lors de l'échographie de datation (en mm)

Pourquoi la patiente se présente-t-elle tardivement pour l'IVG ?

Hésitation majeure

Grossesse de découverte tardive

Rupture du couple, problème familial

Difficulté de trouver quelqu'un à qui s'adresser

Long délai de prise en charge après la première consultation

Pas de notion par la patiente de délai légal pour l'IVG

Anomalie à l'échographie du 1^{er} trimestre

Autre :

Terme lors de la 2eme consultation médicale (en SA + jours)

La patiente a-t-elle rencontré des médecins lui refusant une prise en charge pour une IVG >12 SA ? Si oui, combien ?

Délai de prise en charge entre la consultation de 1ère demande et le jour de l'IVG (en jours)

Annexe 2

Questionnaires à l'attention des Médecins Gynécologues de Seine Maritime et de l'Eure.

Réalisation des IVG entre 12 SA et 14 SA - État des lieux en Haute Normandie

Lieu(x) d'exercice sur l'année 2018 :

Poste au sein de l'hôpital :

- PH
- CCA
- Assistant
- Autre

Êtes-vous :

- Une femme
- Un homme

Age :

Nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du Doctorat en Médecine

DES de formation :

- Gynécologie Obstétrique
- Gynécologie Médicale
- Autre

Avez-vous été formé à la prise en charge des femmes en demande d'IVG durant votre internat ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Aux IVG médicamenteuses
- Aux IVG chirurgicales
- Les deux

L'activité d'IVG fait-elle partie de votre fiche de poste actuel ?

- Oui
- Non
- Autre

Prenez vous en charge des femmes en demande d'IVG < 12 SA ?

- Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Clause de conscience

Cette activité ne fait pas partie de mon planning

Autre

Prenez-vous en charge des femmes en demande d'IVG chirurgicale > 12 SA ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Clause de conscience

Cette activité ne fait pas partie de mon planning

Craintes des complications opératoires des IVG > 12 SA

Difficulté de programmation au sein de l'établissement

Nécessité d'une formation complémentaire pour les termes avancés

Autre

Combien d'IVG > 12 SA avez-vous réalisé au cours de l'année 2018 ?

0

1-5

6-10

>10

Avez-vous connaissance d'un protocole opératoire spécifique aux IVG > 12 SA au sein de votre établissement ? (Préparation cervicale)

Oui

Non

Si oui, quel est-il ?

Pensez-vous qu'il y ait une différence entre la réalisation d'une aspiration endo-utérine > 12 SA par rapport aux aspirations endo-utérines < 12 SA ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

Utilisation de matériel différent

Complications hémorragiques plus fréquentes

Risque majoré de perforation utérine

Risque majoré de déchirure cervicale

Autre

Si une mise à jour à la pratique des IVG au-delà de 12 SA vous était proposée, trouveriez-vous cela pertinent ?

Oui
Non
Autre

Participeriez-vous à cette formation ?

Oui
Non
Autre

Si oui, vous rendriez-vous ensuite disponible dans votre service à la prise en charge des femmes en demande d'IVG > 12 SA ?

Oui
Non
Autre

Avez-vous eu connaissance des dernières RPC du CNGOF de 2016 concernant la prise en charge des femmes en demande d'IVG jusqu'à 14 SA ?

Oui
Non
Autre

Concernant les femmes au terme limite, sur quoi vous basez-vous pour réaliser ou non l'IVG ?

Uniquement sur la datation déterminée par le compte rendu d'échographie
Sur la mesure de la longueur crano-caudale en mm de l'échographie
Sur la mesure du diamètre bipariétal en mm de l'échographie
Autre

Selon vous, les méthodes de datation pour la réalisation de l'IVG sont-elles les mêmes pour les grossesses gémellaires que pour les singletons ?

Oui
Non
Autre

Si un protocole était mis en place pour la prise en charge des IVG > 12 SA par méthode médicamenteuse dans votre établissement, pensez-vous que cela serait bénéfique pour la prise en charge des patientes ?

Oui
Non
Le protocole est déjà mis en place

Seriez-vous favorable à ce projet ?

Oui
Non
Le protocole est déjà mis en place

Pourquoi ?

Pensez-vous que la prise en charge des IVG > 12 SA pourrait être améliorée en Haute Normandie ? Avez-vous des suggestions ?

Commentaires libres

Annexe 3

Questionnaire à l'attention des internes en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale.

Spécialité de l'internat :

Gynécologie-Obstétrique

Gynécologie Médicale

Semestre d'internat :

Faculté de Provenance (externat) :

Age :

Êtes-vous :

Une femme

Un homme

Vous sentez-vous impliqué dans l'accès aux soins pour l'IVG ?

Oui

Non

Avez-vous déjà réalisé des consultations d'IVG ?

Oui

Non

Si oui, à quelle fréquence ?

½ journée par semaine pendant le semestre

Entre ½ journée par semaine et ½ journée par mois

Environ ½ journée par trimestre

Environ ½ journée par semestre

Avez-vous été formé à la pratique de l'IVG :

Technique médicamenteuse

Technique chirurgicale

Technique chirurgicale > 12 SA

Comment vivez-vous votre implication dans l'activité de l'IVG au sein dans lesquels vous avez travaillé ?

Implication positive et formatrice

Implication imposée, fortement recommandée

Implication contrainte

Autre :

Avez-vous senti une différence en fonction des services qui vous ont accueilli ? N'hésitez pas à commenter.

Participerez-vous à la prise en charge des femmes en demande d'IVG dans votre pratique future ?

Oui
Non

Si oui, pourquoi ?

Devoir en tant que professionnel de faciliter l'accès au droit légal de l'IVG
Sensibilité particulière à la prise en charge de ces demandes
Autre :

Si non, pourquoi ?

Pas assez de formation
Clause de conscience
Peu intéressant
Pas assez d'implication pendant l'internat de la prise en charge des IVG
Autre :

Pensez-vous réaliser des IVG chirurgicales < 12 SA lors de votre pratique future ?

Oui
Non

Si non, pourquoi ?

Clause de conscience
Technique opératoire non maîtrisée
Peu d'intérêt personnel pour la prise en charge des femmes en demande d'IVG
Autre :

Pensez-vous qu'il y ait une différence entre la réalisation d'une aspiration endo-utérine >12SA par rapport aux AEU <12 SA ?

Oui
Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

Utilisation de matériel différent
Complications hémorragiques plus fréquentes
Risque majoré de perforation utérine
Risque majoré de déchirure cervicale
Hospitalisation plus longue
Autre :

Pensez-vous réaliser des IVG chirurgicales > 12 SA lors de votre pratique future ?

- Oui
- Non

Si non, pourquoi ?

- Technique chirurgicale non maîtrisée
- Nécessité d'une formation supplémentaire
- Clause de conscience sélective
- Aspect financier peu attractif
- Peu d'intérêt personnel pour les prises en charge de l'IVG
- Autre :

D'après vous, quelles sont les compétences nécessaires pour réaliser une IVG chirurgicale < 12 SA ?

- Médecin en GO avec formation spécifique
- Médecin en GO sans formation spécifique
- Médecin en GM avec formation spécifique
- Médecin en GM sans formation spécifique
- Médecin (quel que soit son pôle de compétence) avec formation spécifique
- Médecin (quel que soit son pôle de compétence) sans formation spécifique

Et pour les IVG chirurgicales > 12 SA ?

- Médecin en GO avec formation spécifique
- Médecin en GO sans formation spécifique
- Médecin en GM avec formation spécifique
- Médecin en GM sans formation spécifique
- Médecin (quel que soit son pôle de compétence) avec formation spécifique
- Médecin (quel que soit son pôle de compétence) sans formation spécifique

Seriez-vous en faveur de la mise en place d'un protocole d'IVG entre 12 et 14 SA par méthode médicamenteuse en hospitalisation pour faciliter l'accès à l'IVG ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Avez-vous le sentiment que l'accès aux femmes en demande d'IVG tardive est simple en Haute Normandie ? Commentez.

Bibliographie

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
2. Bulletin Officiel n°2001-43 [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432832.htm>
3. Lignieres-Cassou M. N° 3663 - Rapport d'activité de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les femmes et les hommes - année 2001 [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/11/rap-info/i3663.asp#P1064_246140
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) - Prise en charge de l'Interruption volontaire de Grossesse jusqu'à 14 semaines. Acta Endoscopica. mars 2001;28(2):151-5.
5. Collège Nationale des Gynécologue-Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique - L'interruption volontaire de grossesse. CNGOF; 2016.
6. Haut Conseil à l'égalité. Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet, Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. 2013. Report No.: 2013-0912-HCE-008.
7. Haut Conseil à l'égalité. Accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté [Internet]. 2017 janv. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_bilan_mise_en_oeuvre_recos_ivg_2017_01_17_vf-2.pdf
8. Loi Neuwirth. loi n°67-1176 déc 28, 1967.
9. Loi Roudy. loi n° 82-1172 déc 31, 1982.
10. Loi Neiertz. loi n° 93-121 janv 27, 1993.
11. Loi Aubry. loi n° 2001-588 juill 4, 2001.
12. Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Ministère délégué à l'intégration, à l'égalité des chances et à la lutte contre l'exclusion. Circulaire DHOS/DSS/DGAS relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale de l'Etat. mars 16, 2005.
13. Loi de modernisation. loi n° 2016-41 janv 26, 2016.
14. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.
15. HAS. Recommandations de bonne pratique: Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. HAS; 2010. Disponible sur: http://has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-ou-travaux-relatifs-a-la-bonne-pratique
16. ARS. Interruption volontaire de Grossesse (IVG) - Dossier-guide [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-10/Guide%20IVG_2017en%20%20%20%20tablissements%20_HD_%20derniere%20version.pdf
17. Robinson HP, Fleming JEE. A critical evaluation of sonar « crown-rump length » measurements. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. sept

1975;82(9):702-10.

18. A Vautravers, Nisan I. IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. Quelles techniques? 2006.
19. Gravanis A, Schaison G, George M, Brux JD, Satyaswaroop PG, Baulieu EE, et al. Endometrial and Pituitary Responses to the Steroidal Antiprogestin RU 486 in Postmenopausal Women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1985;60:156-63.
20. Cameron IT, Healy DL. 5 Anti-progesterones: background and clinical physiology. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. sept 1988;2(3):597-607.
21. Gemzell-Danielsson K, Swahn M-L, Svalander P, Bygdeman M. Early luteal phase treatment with mifepristone (RU 486) for fertility regulation. *Human Reproduction*. juin 1993;8(6):870-3.
22. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogestin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. févr 1988;95(2):126-34.
23. Avci S, Simsek M, Soylu H, Ustunel I. Misoprostol-Induced Modification of the Notch Signaling Pathway in the Human Cervix. *Reproductive Sciences*. 3 oct 2018;26(7):909-17.
24. Spitz IM, Bardin CW. Clinical pharmacology of RU 486—an antiprogestin and antigluocorticoid. *Contraception*. nov 1993;48(5):403-44.
25. Baulieu E-E. Contraception and other Clinical Applications of RU 486, an Antiprogestin at the Receptor. *Science, New Series*. 1989;245(4924):1351-7.
26. Tang OS. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Human Reproduction*. 1 févr 2002;17(2):332-6.
27. Frye LJ, Byrne ME, Winikoff B. A crossover pharmacokinetic study of misoprostol by the oral, sublingual and buccal routes. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 3 juill 2016;21(4):265-8.
28. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. *EMC - Gynécologie*. janv 2006;1(4):1-7.
29. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol*. juill 1990;76(1):129-35.
30. Linet T. [Surgical methods of abortion]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. déc 2016;45(10):1515-35.
31. Bacle F, Boufassa F, Lambert J, Lefebvre P, Soulat C, Meyer L. [Pregnancy termination between 12 and 14 weeks gestation: practices and early complications in comparison with termination between 8 and 12 weeks]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. juin 2005;34(4):339-45.
32. Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Fertility Regulation Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 23 oct 2001 [cité 24 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002900>
33. Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, et al. [Operative termination of pregnancy between 12 and 14 weeks' gestation: influence of the operator's experience]. *J*

Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). juin 2005;34(4):334-8.

34. Wylomanski S, Winer N. [Role of ultrasound in elective abortions]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2016;45(10):1477-89.

35. Suprpto K. Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. :2.

36. Garbin O, Vayssiere C, Bettahar-Lebugle K, Nisand I. Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. nov 2006;129(1):36-40.

37. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. [Medical induced abortion]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2016;45(10):1490-514.

38. 3270 RCOG Abortion guideline.qxd. :145.

39. Faucher P. [Complications of termination of pregnancy]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2016;45(10):1536-51.

40. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. nov 2013;42(7):613-27.

41. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, et al. Incidence of Emergency Department Visits and Complications After Abortion: Obstetrics & Gynecology. janv 2015;125(1):175-83.

42. Ferris LE, McMMain-Klein M, Colodny N, Fellows GF, Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. CMAJ. 1 juin 1996;154(11):1677-85.

43. Chen LH, Lai SF, Lee WH, Leong NKY. Uterine perforation during elective first trimester abortions : a 13 -year review. :5.

44. Hepburn S. Complications of induced abortion. Fam Plann Inf Serv. avr 1981;1(6):21-8.

45. Ashok PW, Hamoda H, Flett GMM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. Contraception. févr 2005;71(2):143-8.

46. Ashok PW, Kidd A, Flett GMM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. Hum Reprod. janv 2002;17(1):92-8.

47. IVG médicamenteuse en ville [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/exercice-professionnel/prescription-prise-charge/situation-patient-ivg-medicamenteuse-ville/situation-patient-ivg-medicamenteuse-ville>

48. Avortement prix | IVG.GOUV.FR [Internet]. [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/avortement-prix.html>

49. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. JORF n°0057 du 8 mars 2016-texte N°30. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032164949&categorieLien=id>

50. Lamy M. [Abortion and contraception seen through the pages of « Population » (1970-1981)]. Rev Fr Sociol. sept 1982;23(3):519-26.

51. INED. Statistiques de l'avortement en France [Internet]. Disponible sur: https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/
52. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [Internet]. Report No.: 0968. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2015>
53. Rossier C, Alain Confesson, Bringé A. La qualité des données des bulletins de 2002. [Internet]. 2006 sept. Disponible sur: https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2002/qualite_donnees_2002.pdf
54. Décret n° 2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental et Circulaire d'application CNAMTS 49-2003.
55. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Etudes et Résultats-DREES. déc 2009;(712).
56. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Études et Résultats - DREES [Internet]. sept 2019 [cité 28 sept 2019];(n°1125). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
57. Vilain A. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Etudes & Résultats - DREES. sept 2018;(1081).
58. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes et Résultats-DREES. juin 2017;(1013).
59. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Etudes et Résultats-DREES. juill 2015;(0924).
60. Association « Réseau Périnatalité Eure et Seine-Maritime ». Rapport d'activité 2018 [Internet]. 2019 mars. Disponible sur: https://www.reseaux-perinat-hn.com/wp-content/uploads/2019/05/Rapport_d_activit%C3%A9_2018_R%C3%A9seau_P%C3%A9rinatalit%C3%A9_27_et_76_V1.pdf
61. Recherche - SAE Diffusion [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
62. Merlin-Bernard M-F. Interruptions Volontaires de Grossesse en Normandie. ARS; 2016.
63. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population et Sociétés. 2015;(518):4.
64. 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. 22 juin 2011;(1):116-47.
65. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et Sociétés. 2004;(407):4.
66. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. janv 2017;45(1):22-7.

67. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Etudes et Résultats-DREES. 2014;N°884.
68. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human Reproduction. nov 2006;21(11):2862-7.
69. Vigoureux S. [Epidemiology of induced abortion in France]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2016;45(10):1462-76.
70. Ministère des solidarités et de la santé. Communiqué de Presse [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190927_-_cp_-_ivg.pdf
71. Bréard H. Etude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la période. [Thèse de Médecine]. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2019.
72. Smith R-L, Siddiqui N, Henderson T, Teresi J, Downey K, Carvalho JCA. Analgesia for Medically Induced Second Trimester Termination of Pregnancy: A Randomized Trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 févr 2016;38(2):147-53.
73. Andersson I-M, Gemzell-Danielsson K, Christensson K. Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. Contraception. mai 2014;89(5):460-5.
74. Vidéos du colloque REVHO 2019 « IVG : progrès et perspectives » [Internet]. Revho. [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <http://revho.fr/videos-colloque-revho-2019-ivg-progres-perspectives/>
75. Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. Communiqué de Presse [Internet]. 2019 [cité 14 sept 2019]. Disponible sur: <http://revho.fr/wp-content/uploads/2019/06/communique%CC%81-de-presse-juin-2019.pdf>
76. Agence Régionale de Santé Ile-De-France. Projet régional pour Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement (FRIDA) en Ile-de-France (2014-2017) [Internet]. 2013 [cité 26 sept 2019]. Disponible sur: http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/frida/projet_FRIDA_COM_VF.pdf

Résumé

Le parcours des femmes vis-à-vis des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) supérieures à 12 semaines d'aménorrhée (SA) et du corps médical les prenant en charge n'est toujours pas un long fleuve tranquille, depuis que le délai légal a été porté à 14 SA en 2001. C'est dans ce contexte que nous avons réalisé un état des lieux de la prise en charge des IVG dites tardives (entre 12 et 14 SA) en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018 à travers 4 études.

La première étude nous a permis de cartographier la répartition de la réalisation des IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure. En 2018, 275 IVG tardives ont été réalisées, soit 7,1% des IVG totales. Tous les établissements ont réalisé des IVG supérieures à 12 SA, sauf un. Cependant, la répartition des prises en charge est inhomogène, avec des taux de réalisation d'IVG tardive par rapport au nombre total d'IVG par établissement allant de 0% à 13,7%.

La deuxième étude s'intéressait aux femmes en demande d'IVG tardives, par le biais d'un questionnaire déposé dans les centres d'orthogénie. Le taux de retour a été de 20,4% (56 questionnaires sur 275 IVG tardives). Toutes les femmes sont concernées par l'IVG tardive, quel que soit leur âge et leur niveau socioéconomique. Certaines patientes de l'échantillon ont eu un parcours compliqué pour pouvoir interrompre légalement leur grossesse.

La troisième étude rapporte le ressenti et les pratiques des médecins gynécologues de la région, par le biais d'un questionnaire. 28 médecins ont donné leur avis. La plupart des praticiens se sentent impliqués dans l'amélioration de la prise en charge des IVG tardives. Ils sont favorables à l'initiative d'une formation dédiée, puisque certains éprouvent des difficultés à la réalisation ou à l'organisation des dites IVG dans leur service.

La quatrième étude interroge 26 internes en gynécologie. Ils sont impliqués et motivés dans la prise en charge des IVG, mais nous mettons en avant un défaut de formation plus marqué pour les IVG tardives par rapport aux IVG en général.

Au total, des axes d'amélioration sont proposés pour améliorer la prise en charge des IVG tardives en Seine-Maritime et dans l'Eure : instaurer la technique médicamenteuse jusqu'à 14 SA dans tous les centres, proposer une formation complémentaire pour les médecins et les internes, créer des postes de praticiens hospitaliers à temps partiel dédiés à la réalisation d'IVG chirurgicales, discuter de la suggestion d'allonger le délai légal à 16 SA, et enfin s'appuyer sur les autorités de santé pour approfondir l'approche qualitative de la prise en charge des femmes en demande d'IVG tardive par le biais d'enquêtes spécifiques.