HAL open science

Premier état des lieux des pratiques de l'interruption volontaire de grossesse dans les établissements d'orthogénie en Occitanie-est

Raphaël Poncet

▶ To cite this version:

Raphaël Poncet. Premier état des lieux des pratiques de l'interruption volontaire de grossesse dans les établissements d'orthogénie en Occitanie-est. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03211334

HAL Id: dumas-03211334

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211334v1

Submitted on 17 Jun 2021

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

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

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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
PONCET RAPHAËL

le 13 décembre 2018

PREMIER ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE DANS LES ETABLISSEMENTS D'ORTHOGENIE EN OCCITANIE-EST

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nadia RACHEDI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Madame le Docteur Nathalie BOULLE

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Madame le Docteur Nadia RACHEDI

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
PONCET RAPHAËL

le 13 décembre 2018

PREMIER ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE DANS LES ETABLISSEMENTS D'ORTHOGENIE EN OCCITANIE-EST

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nadia RACHEDI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :

Madame le Docteur Nathalie BOULLE

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS

Madame le Docteur Nadia RACHEDI

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian
PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

Madame le Docteur Nathalie BOULLE,
Vous avez acceptez de faire partie du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Madame le Docteur Béatrice LOGNOS,
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet en acceptant de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération et de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur Nadia RACHEDI,
Je te suis extrêmement reconnaissant de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir dirigé ce travail avec enthousiasme, disponibilité et bienveillance. J'ai appris à tes côtés grâce à ton expérience et tes réflexions ; j'ai trouvé nos débats sur l'IVG véritablement passionnants. J'espère que tu trouveras dans ce travail toute ma reconnaissance ainsi que ma grande estime.

A ma famille

A *Marianne*, mon amour, j'ai de la chance de partager ma vie avec une femme comme toi. Tu es pleine de qualités, tu es une formidable mère et je t'admire pour tout cela. Vivre avec toi est un bonheur chaque jour renouvelé. Merci pour ta présence à mes côtés et ton soutien. Je t'aime !

A *Chloé*, ma fille, tu es entrée dans ma vie il y a quelques mois et tu as tout chamboulé. Je m'émerveille de la façon que tu as de découvrir le monde. Chaque jour, tu égaies mes journées par tes sourires, tes rires et tes gazouillis. Tu es pour moi une source de bonheur infini et absolu, tu es mon rayon de soleil !

A *mes parents*, pour tout leur amour et leur bienveillance, mission accomplie ! Merci d'avoir fait de mon enfance une période pleine de découvertes et d'expériences épanouissantes. Merci de m'avoir donné une éducation irréprochable et merci pour votre soutien pendant mes études de médecine. Merci pour les 30 dernières années.

A mon frère, *Clément*, à notre enfance et aux nombreux bons moments partagés ensemble autour du sport et des jeux. Tu comptes beaucoup pour moi.

A mes grands-parents, pour tous les bons moments quand nous étions enfants. *Maxime et Renée,* pour les balades en Bretagne, tous les jouets en bois que tu nous avais fabriqué et les sessions de pêche à l'éperlan, au bar et au couteau. *Henri et Simone,* pour les repas de noël gargantuesques et les sorties en tracteur.

A mes beaux-parents, *Pascale et Simon*, pour m'avoir si bien accepté dans la famille, je m'y sens si bien ! Merci pour tous les bons moments passés ensemble et pour votre sincère affection.

A mon beau-frère, *Sylvain*, pour ta pédagogie en urologie, ta capacité à mettre l'ambiance lors des repas de famille et le fait d'être un merveilleux tonton.

A mes amis

Aux Michels, une amitié exceptionnelle qui dure depuis près d'une dizaine d'années avec tant de souvenirs qui nous lient. Vous êtes pour moi une seconde famille, pleine d'amour et d'humour. Je vous aime pour ce que vous êtes. *Bastien* et tes cocktails surprenants. *Delphine* et tes essais capillaires. *Eva* et tes histoires rocambolesques. *Gaëlle S.* et ta bienveillance. *Gaëlle V.* et ton immortalité en soirée. *Jessica* et ton sens de la fête. *Joséphine* et ton (in)aptitude à déceler les blagues du 1er avril. *Marine G.* et tes martineries. *Marine P*. et nos 10 années d'amitié fidèle. *Marjorie* et ton goût pour les beaux garçons suédois. *Martin* et ton art du déguisement. *Mathieu* et ta discrétion légendaire. *Renaud* et ton amour des fonds marins. *Robin* et ton amour des montagnes. *Umberto* et tes pas de danse. *Yoann* et tes blagues d'une finesse inégalée.

A tous les *petits Michels* en cours de gestation et à venir, vous faites déjà partie d'une grande famille, j'ai hâte de vous connaître !

A mes amis d'enfance et du lycée, notre amitié fidèle traverse le temps malgré des chemins différents. Les moments partagés avec vous sont rares et précieux. Je sais que je pourrais toujours compter sur vous. Mon bon *Léo*, ami de toujours, notre complicité n'a pas d'égale. *Pauline*, ton courage m'impressionne. *Jean-Guillaume*, notre amitié m'est chère, je t'admire pour toutes tes qualités. *Laura*, ta générosité et ta bonté n'ont pas d'égales. *Emma*, j'aime la façon que tu as de mettre de la folie dans ta vie ! Vous formez avec vos conjoints et vos enfants de magnifiques petites familles et cela me rend heureux.

A *Margaux et Gaspard*, les moments que l'on passe ensemble sont riches et précieux. J'aime voir nos enfants grandir ensemble.

A mes amis du sud, je vous apprécie pour toutes vos qualités. L'irremplaçable *Lorène*, de la folie, des histoires uniques et un cœur en or. Les immanquables *Sarah et Florent*, je suis très heureux de voir nos enfants grandir ensemble. Les inséparables *Sophie, Adeline et Julie*, pour avoir fait le tour du monde dans la bonne humeur. L'adorable *Pierre*, je sais que je pourrais toujours compter sur toi. L'incroyable *Stéphanie*, profite bien de la douceur de la Réunion, n'hésite pas à venir faire coucou. L'admirable *Mathilde*, merci pour ta gentillesse. Les invraisemblables *Clémentine et Max*, c'est toujours un plaisir de vous voir ! Les remarquables *Julien et Alizée*, toujours de bons moments passés ensemble faits d'humour et de plaisirs culinaires.

A la CarcaFamilly et mes amis de Béziers, *Jennifer, Marie et JB, Marion, Charlotte, Coline et Clément, Lauranne et Clément*, et j'en passe… J'ai partagé avec vous deux fabuleux semestres qui resteront à jamais gravés dans ma mémoire !

A mes amis de Nouvelle-Calédonie, j'ai partagé avec vous l'une des plus belles pages de ma vie. *Yoan*, notre amitié n'a pas de prix, je suis très heureux de te voir aux côtés de la femme la plus classe du monde, *Alice*. A *Vincent*, pour notre complicité et ton côté rock'n roll. A *Camille* (de Lifou), tu formes un mélange détonnant d'élégance, de rousseur et de mystère. A *Justine et Ludo*, vos innombrables qualités n'ont d'égales que votre goût pour les danses bretonnes et les chansons pour enfants.

A toutes les personnes rencontrées dans mon cursus médical et qui m'ont inspiré, aux médecins, aux infirmières et aux aides-soignantes qui m'ont transmis leurs savoirs et leur humanité.

A toutes les personnes que j'oublie et qui comptent pour moi…

Sommaire

Acronymes et abréviations……..……...16
1. Introduction……..……17
2. Généralités sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG)……..…….20
2.1. Épidémiologie……..…….20
2.1.1. Au niveau national……..……20
2.1.2. Au niveau régional……..……24
2.2. Législation……..……...27
2.3. Les différentes méthodes……..…….34
2.3.1. La méthode médicamenteuse……..……34
2.3.2. La méthode chirurgicale……..……39
2.3.3. Critères de choix entre les méthodes et les lieux de réalisation……..……40
2.4. Le parcours de soins……..……...42
2.4.1. Le diagnostic de la grossesse……...……42
2.4.2. Le parcours de soins de l'interruption volontaire de grossesse……45
2.5. Prise en charge financière de l'IVG……...……48
3. Matériels et méthodes……..…….50
3.1. Objectifs et type d'étude…….…...50
3.2. Population cible……..……...50
3.3. Le questionnaire…….….……..53
3.4. Données confidentielles……...……..54
3.5. Déroulement de l'étude…….……..…...54
3.6. Présentation et analyse des données…….……..…55
4. Résultats……..…….56
4.1. Taux de réponse……...…..56
4.2. Modalités de prise de rendez-vous pour l'accès à l'IVG dans les établissements……57
4.3. Organisation des établissements face aux situations particulières…….….…..59
4.4. Procédures médicales au sein des établissements……...……...67
4.5. Permanence de l'accès à l'IVG dans les établissements……..…….70
4.6. Pratiques médicales de l'IVG dans les établissements……..…72
4.7. Consultation de contrôle post-IVG……..……..78
4.8. Conventionnement des établissements……..……81
4.9. Relation avec la plateforme d'information et d'orientation nationale……..….83
4.10. Remarques supplémentaires…….…84

5. Discussion…….……...85
5.1. Interprétation des principaux résultats…….……85
5.1.1. Interprétation par thématiques…….…….……..85
5.1.2. Interprétation globale…….…….……91
5.2. Forces et limites de l'étude…….……..……92
5.2.1. Forces…….……..……..93
5.2.2. Limites…….…….……..94
5.2.3. Analyse critique du questionnaire…….……..……95
5.3. Perspectives…….……...……...98
5.3.1. Le modèle francilien……98
5.3.2. En Occitanie……98
6. Conclusion……..100
7. Bibliographie……..103
8. Annexes…….……...……..109
Annexe 1 : Questionnaire……..……..107
Annexe 2 : Protocole du CHU de Montpellier……..……...119
Annexe 3 : Protocole du CH de Carcassonne……..……126
Annexe 4 : Protocole du CH de Millau……..……..129
Annexe 5 : Protocole du CH de Perpignan……..……133
Annexe 6 : Protocole de la clinique Saint-Louis……...……..142
Annexe 7 : Protocole de la clinique Sainte-Thérèse…….……...144
Annexe 8 : Protocole du CH de Mende……...…….……..149
Annexe 9 : Protocole de la clinique La Garaud……...……151
Annexe 10 : Protocole de la clinique Le Languedoc……...……153
Annexe 11 : Protocole de la clinique Saint-Roch……154
Serment d'Hippocrate……...157
Permis d'imprimer……...……158

Acronymes et abréviations

AM : Assurance Maladie

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Centre De Santé

CPEF : Centre de Planification ou d'Éducation Familial

CNGOF : Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DROM : Départements et Régions d'Outre-mer

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GHT : Groupement Hospitalier Territorial

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

NGLR : réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

REVOC : Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée

RSP : Réseau de Santé de Périnatalité

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAE : Statistique Annuel d'Établissements

1. Introduction

Le 17 janvier 1975 était promulguée la Loi Veil qui, en dépénalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), permettait aux femmes d'avorter en toute légalité dans des conditions sûres. Cette loi est emblématique pour la condition des femmes et représente un progrès majeur dans la lutte pour leur émancipation.

La France est l'un des pays d'Europe avec l'un des plus haut taux de recours à l'IVG, malgré une couverture contraceptive élevée (1). En 2017, 216 700 femmes ont eu recours à l'IVG et c'est un évènement assez fréquent de la vie sexuelle et reproductive d'une femme. L'avortement concerne toutes les femmes, quel que soit leur âge, leur origine ou leur milieu social(2) (3).

Pourtant, l'accès à l'avortement peut être problématique pour certaines femmes, comme le révélait le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes en 2013 (4).

D'abord, au niveau juridique, un certain nombre d'obstacles montrait que la légitimité de recourir à une IVG n'était pas totalement reconnue. Le droit à l'IVG était considéré dans les textes de loi comme un droit « à part », une concession faite aux femmes, un échec de la contraception, ce qui rendait la légitimité de recourir à une IVG non totalement reconnue (5). La loi du 4 août 2014 puis la loi de modernisation de notre système de santé, en 2016, ont réaffirmé le caractère universel et fondamental du droit à l'IVG en France. Le droit des femmes « à disposer de leur corps est une condition indispensable pour la construction de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et d'une société de progrès » (6)(7).

Ce rapport constate également que la prise en charge de la santé sexuelle est morcelée entre de nombreuses institutions dans différents plans et politiques de santé publique, sans véritable articulation entre eux. Les réseaux de santé de périnatalité ont obtenu alors un rôle majeur. Ils devront apporter leur expertisé aux Agences Régionales de Santé (ARS), coordonner l'action des différents acteurs et partenaires au sein des régions, proposer des formations aux professionnels de santé en périnatalité et en contribuer à la diffusion de l'information (8).

Ensuite, le dispositif d'information et de communication rendait difficile l'orientation et l'entrée dans le parcours des femmes. Le ministère de la Santé a alors lancé un programme national d'action visant à mieux informer les femmes sur leurs droits et à faciliter l'accès à l'information. Ce programme comprend différentes mesures : lancement d'un portail web https://ivg.gouv.fr, en 2013, création d'une plateforme nationale d'appel gratuite « Sexualités, contraception, IVG » (0 800 08 11 11) gérée par le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) en 2015, organisation d'une campagne nationale d'information intitulée « IVG, mon corps, mon choix, mon droit » en 2015 et, mise à disposition dans les lieux publics d'un dossier-guide sur l'IVG (9).

Enfin, l'offre de soins ne permet pas un accès rapide et de proximité à l'IVG. La fermeture d'établissements publics et le désengagement du secteur privé ont conduit à une forte concentration de l'offre de soins sur un nombre plus restreint d'établissements. De plus, la pratique de l'IVG en cabinet libéral, en centre de santé et en Centre de Planification ou d'Éducation Familial (CPEF) se développe de façon limitée et disparate et, ne permet pas de compenser cette baisse de l'offre de soins. Ceci est responsable d'importantes disparités territoriales, avec notamment des difficultés d'accès aux services d'IVG dans les territoires ruraux. Le manque de personnels et l'évolution de la démographie médicale rendent également le parcours de soins parfois difficile et peu accessible.

Dans ces conditions, il apparaît que le choix de la méthode IVG et de la méthode d'anesthésie n'est pas toujours garanti. Les délais d'attente peuvent s'allonger, la confidentialité et la gratuité pour les femmes ne sont pas toujours assurées. Ces obstacles peuvent mener jusqu'à la non prise en charge de l'IVG conduisant un certain nombre de femmes à avorter à l'étranger ou à des naissances non désirées (4).

Des avancées notables ont été réalisées ces dernières années, avec la suppression du délai de réflexion minimal d'une semaine et la mise en place d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie du parcours de soins de l'IVG. L'offre de soins a également été étendue en permettant aux sages-femmes de réaliser les IVG par méthode médicamenteuse et aux centres de santé les IVG par méthode instrumentale. Le forfait de l'acte a été revalorisé afin de soutenir financièrement les établissements pratiquant cette activité (7).

Chaque année, une instruction ministérielle rappelle aux ARS la nécessité de maintenir leur offre durant l'été (10).

Une instruction a été donné aux Réseaux de Santé de Périnatalité (RSP) afin d'élaborer une procédure pour les IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhées. En effet, ces IVG tardives doivent être réalisées en urgence du fait de la proximité avec le délai légal et, des grandes difficultés que peuvent rencontrer les femmes dans cette situation pour obtenir une réponse à leur besoin (8).

Face à ce constat, le ministère de la santé dévoilait la stratégie nationale en santé sexuelle pour les années à venir, et faisait ainsi la promotion de la santé sexuelle et reproductive. Elle vise à améliorer le parcours de soins de l'IVG, en assurant une offre diversifiée de proximité répondant aux besoins des territoires (11).

Afin déployer régionalement cette dynamique, des plans régionaux d'accès à l'IVG sont prévus par les Agences Régionales de Santé (7). Ces plans doivent être élaborés « afin d'organiser une réponse adaptée aux différentes situations, en prenant en compte les enjeux d'accès aux soins sur les territoires et de qualité et sécurité des prises en charge. Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux IVG, il convient d'assurer la coordination des différents acteurs, en veillant à la complémentarité de

l'offre en établissements de santé et hors établissements de santé, avec accès aux différentes méthodes».

Dans la cadre de ce plan régional d'accès à l'IVG, ce travail fera l'état des lieux des lieux de l'activité IVG dans la région Occitanie-Est, selon la méthodologie préconisée au niveau national.

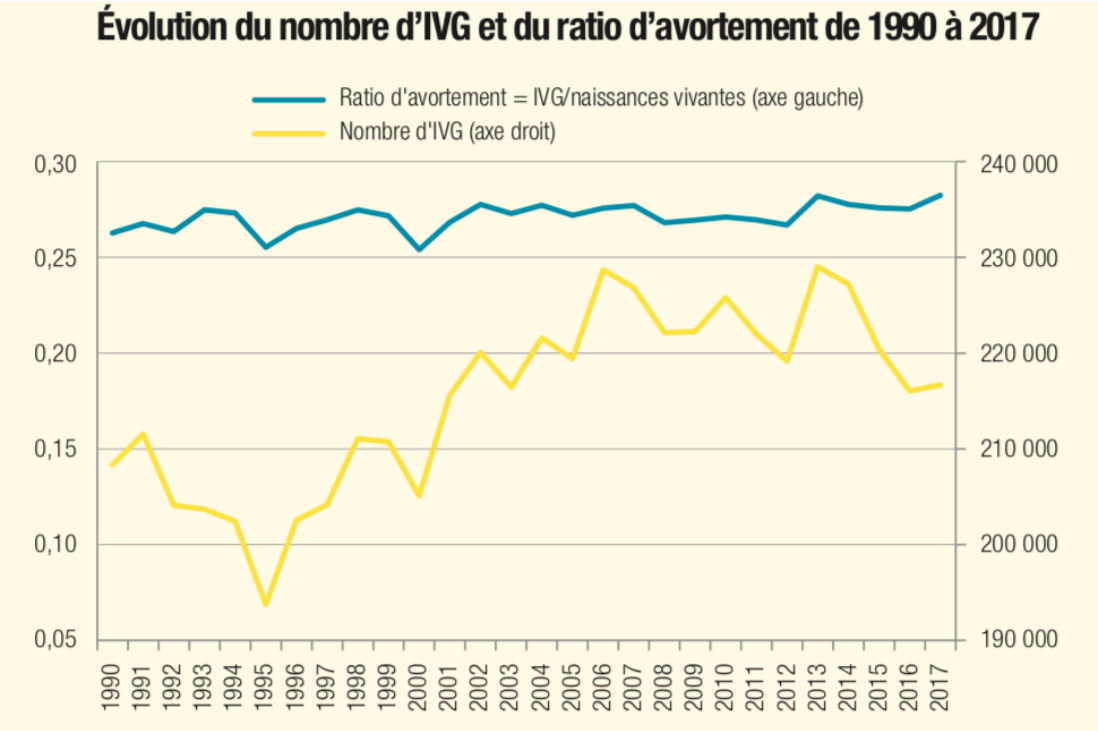
2. Généralités sur l'IVG.

2.1. Épidémiologie.

2.1.1. Au niveau national.

En 2017, 216 700 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 202 900 dans l'Hexagone et 13 800 dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM). Ce nombre est en baisse depuis 2013. Le ratio d'avortement était de 28 IVG pour 100 naissances en 2017.

L'indice conjoncturel d'avortement s'établit à 0,53 en 2017 et reste stable depuis 1990 (3). Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtra une femme au cours de sa vie féconde. Mais la réalité correspond en fait à des situations très différentes. En décomposant cet indice en nombre moyen de première IVG et d'IVG répétées, il apparaît que 33% des femmes auront au moins une IVG dans leur vie. On remarque également que la part d'avortements répétés est de plus en plus fréquente (12)(13).



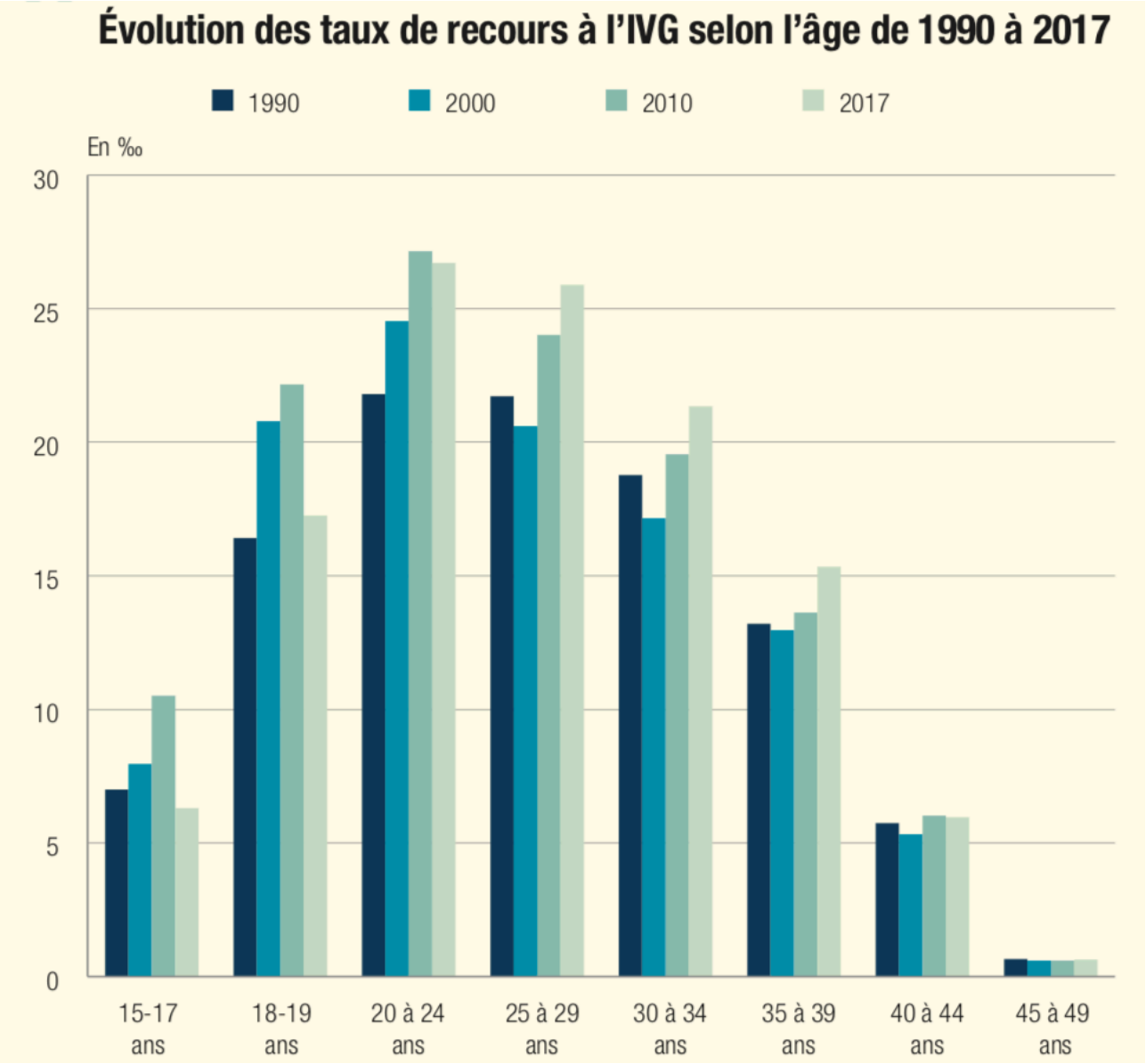
Le taux de recours à l'IVG s'établit sur l'ensemble du territoire à 14,8 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Il existe d'importantes disparités entre la France hexagonale (taux : 14,4) et les DROM (taux : 26,1). Ces taux varient également d'une région à une autre où ils sont plus élevés en Île-de-France et dans les régions du sud de la France.

Ces différences peuvent s'expliquer par des structures sociodémographiques distinctes. De plus, le poids d'une population exposée au risque d'une grossesse non prévue est variable d'une région à l'autre. Un taux de recours bas peut également révéler un accès difficile à l'IVG, des difficultés d'utilisation ou d'accès à la contraception (3)(12)(13).

Les IVG en 2017, selon la région de résidence de la femme

	Établissement hospitalier	Centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG[1] pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Métropole						
Grand-Est	12 924	130	905	13 959	11,7	5,3
Nouvelle-Aquitaine	12 659	558	2 826	16 043	13,2	6,0
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550	12,9	5,1
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	22	1 311	6 786	11,8	5,7
Bretagne	6 730	100	625	7 455	11,0	4,0
Centre-Val de Loire	5 416	153	944	6 513	12,4	5,5
Corse	1 028	3	183	1 214	17,2	6,5
Île-de-France	35 371	2 246	14 475	52 092	17,4	6,7
Occitanie	15 880	226	3 711	19 817	16,1	6,6
Pays de la Loire	7 859	12	267	8 138	10,2	3,8
Hauts-de-France	15 408	27	1 989	17 424	13,0	7,7
Normandie	7 030	108	1 274	8 412	12,1	6,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 808	275	6 433	22 516	21,4	8,8
Total résidentes en Métropole	**159 394**	**4 465**	**39 060**	**202 919**	**14,4**	**6,1**
DROM						
Guadeloupe	1 462	5	1 536	3 003	33,6	14,8
Martinique	1 852	3	253	2 108	26,4	18,3
Guyane	1 362	5	971	2 338	33,0	23,6
La Réunion	3 011	1	1 343	4 355	20,7	13,6
Mayotte	1 284	1	336	1 621	25,6	22,4
Total résidentes DROM	8 971	15	4 439	13 425	26,1	17,4
Résidence inconnue[2]		**18**	**80**	**98**		
Résidentes France entière	**168 365**	**4 498**	**43 579**	**216 442**	**14,8**	**6,6**
Résidence à l'étranger	**244**			**244**		
Total IVG réalisées	**168 609**	**4 498**	**43 579**	**216 686**		

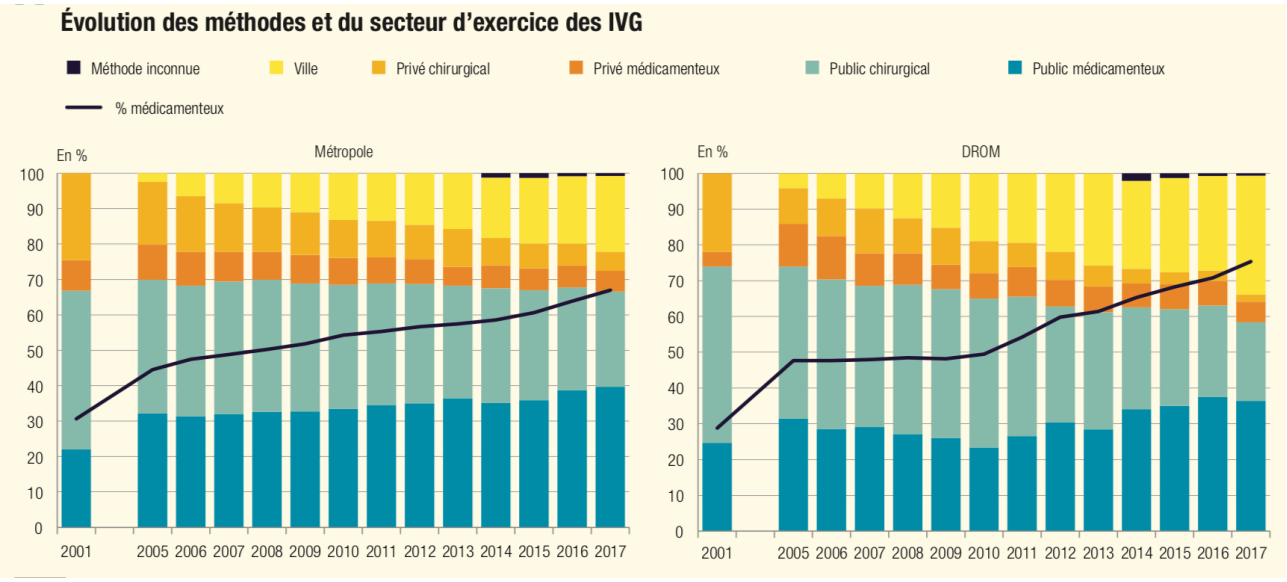
Le taux de recours à l'IVG reste cependant stable au niveau national depuis les années 1990 mais il évolue selon l'âge des femmes. Les femmes âgées de 20 à 24 ans restent les plus concernées par l'IVG alors que pour celles âgées de moins de 20 ans, le taux était en augmentation depuis 1990 et diminue depuis 2010. L'âge moyen de recours à l'IVG n'a cessé de rajeunir depuis 1975 (28,6 ans) et s'est stabilisé aujourd'hui à 27,5 ans. L'âge médian étant de 26,5 ans (3)(12).



En 2017, la principale méthode de l'IVG est médicamenteuse puisqu'elle représente 67,5 % en France hexagonale et 76,1 % dans les DROM. Les établissements d'orthogénie de Métropole appartiennent dans 71 % au secteur public et prennent en charge 85 % des IVG réalisées en établissements.

Depuis 2005, les avortements peuvent être pratiqués en ville, et la pratique en cabinet libéral est en augmentation progressive (19,2% dans l'Hexagone et 33,1% dans les DROM). La pratique en Centres De Santé ou Centres de Planification ou d'Éducation Familiale (CPEF) est possible depuis 2009 mais reste peu développée puisque seules 2 % des IVG y sont réalisées. L'augmentation de la part des IVG hors établissements s'accompagne d'une décroissance de la part « IVG instrumentales » réalisées en établissements. Cependant, cette offre ambulatoire ne se développe que dans certaines régions (3 % en Pays de la Loire et plus de 30% en Île-de-France ou dans certains DROM).

La diffusion de la méthode médicamenteuse en médecine ambulatoire a permis de diminuer l'âge gestationnel moyen de recours à l'IVG. Il était de 9,2 semaines d'aménorrhée (SA) en 2002 et se situe à 8,4 en 2011, quelle que soit la méthode.



En 2015, en France hexagonale et dans les DROM, la prise en charge de l'IVG est assurée par 570 établissements, plus de 1300 praticiens ambulatoires (728 gynécologues et 516 omnipraticiens) et 116 centres de santé ou CPEF (14).

2.1.2. Au niveau régional.

La grande région Occitanie est née en 2016. Elle est le résultat de l'union des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Elle comprend ainsi 13 départements.

Nombre d'IVG par département de résidence, par méthode et par secteur de 2011 à 2015 pour les femmes de 15 à 49 ans (données issues de l'ARS Occitanie).

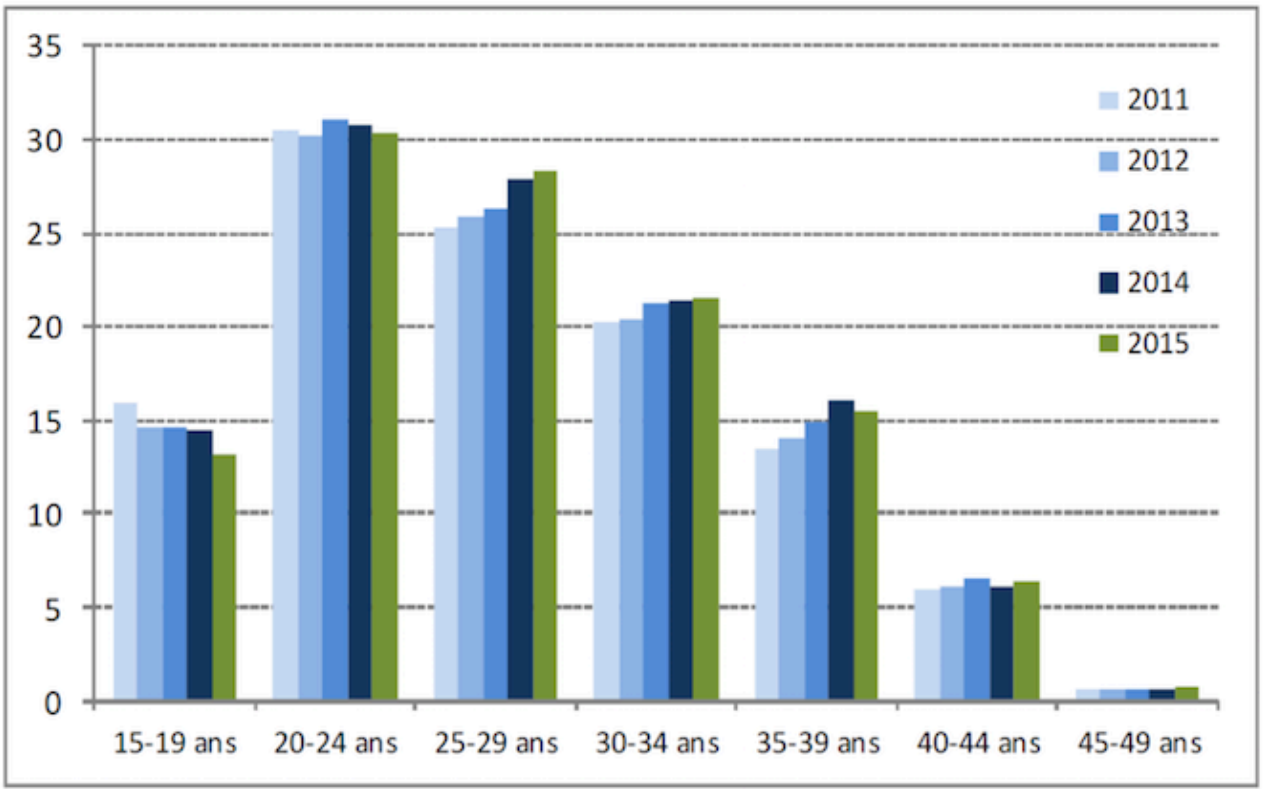
Département	Méthode	2011	2012	2013	2014	2015
Ariège	Instrumentale	175	136	150	150	117
	Médicamenteuse en établissement	274	269	288	305	274
	Médicamenteuse en ville	17	67	116	146	102
Aude	Instrumentale	448	462	512	507	402
	Médicamenteuse en établissement	763	792	826	803	860
	Médicamenteuse en ville	61	54	69	50	64
Aveyron	Instrumentale	168	200	184	181	164
	Médicamenteuse en établissement	494	391	396	362	372
	Médicamenteuse en ville	50	58	58	59	66
Gard	Instrumentale	730	697	698	669	822
	Médicamenteuse en établissement	1 014	950	946	1 009	1 178
	Médicamenteuse en ville	390	438	530	555	580
Haute-Garonne	Instrumentale	1 910	1 861	1 862	1 873	1 759
	Médicamenteuse en établissement	1 928	1 873	2 022	1 892	1 731
	Médicamenteuse en ville	561	670	845	1 065	1 204
Gers	Instrumentale	223	188	158	190	157
	Médicamenteuse en établissement	149	189	213	178	201
	Médicamenteuse en ville	28	27	35	46	46
Hérault	Instrumentale	2 127	2 045	2 021	1 977	1 798
	Médicamenteuse en établissement	1 821	2 110	2 227	2 305	2 240
	Médicamenteuse en ville	322	334	369	371	415
Lot	Instrumentale	170	177	177	169	156
	Médicamenteuse en établissement	138	193	236	216	258
	Médicamenteuse en ville	100	53	29	17	24
Lozère	Instrumentale	67	64	63	58	42
	Médicamenteuse en établissement	113	103	130	131	134
	Médicamenteuse en ville	3	6	7	6	4
Hautes-Pyrénées	Instrumentale	224	197	191	178	145
	Médicamenteuse en établissement	500	435	380	361	396
	Médicamenteuse en ville	5	8	37	67	85
Pyrénées-Orientales	Instrumentale	624	531	583	508	514
	Médicamenteuse en établissement	973	1 060	1 140	1 181	1 056
	Médicamenteuse en ville	114	118	125	107	130
Tarn	Instrumentale	480	469	489	472	444
	Médicamenteuse en établissement	553	543	564	530	564
	Médicamenteuse en ville	14	21	20	27	44
Tarn-et-Garonne	Instrumentale	332	325	421*	303	299
	Médicamenteuse en établissement	395	374	419*	437	402
	Médicamenteuse en ville	12	16	24	28	50

L'analyse des données des établissements réalisant des IVG met en évidence des disparités en ce qui concerne les méthodes utilisées. Globalement, la méthode instrumentale est en baisse de 11% en 5 ans. Seul le département du Gard se démarque avec une hausse de 13 %.

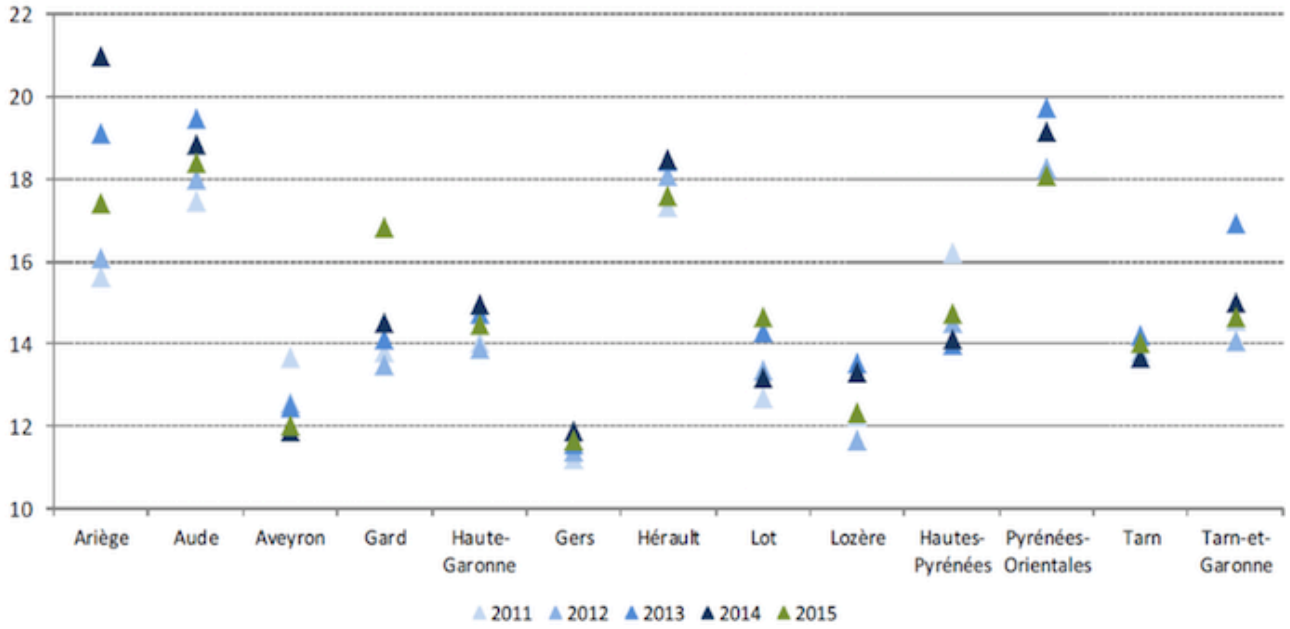
Outre des disparités inter-établissements, notons que l'IVG médicamenteuse de ville est davantage développée dans les départements de l'ex-région Midi-Pyrénées (787 IVG ambulatoires en 2011vs 1621en 2015 soit une augmentation de 94%) et permet de prendre le relais sur la pratique au sein des établissements de santé (4431 IVG en établissements en 2011 vs 4198 en 2015 soit une diminution de 5%).

Dans les départements de l'ex-région Languedoc-Roussillon, cette tendance n'est pas retrouvée puisque la pratique de l'IVG médicamenteuse est en augmentation en ambulatoire (890 IVG en 2011 vs 1193 en 2015, soit une augmentation de 34 %) et en établissements de santé (4684 IVG en 2011 vs 5468 IVG en 2015 soit une augmentation de 17 %).

Evolution du taux de recours à l'IVG en Occitanie par tranches d'âge de 2011 à 2015 (données issues de l'ARS Occitanie)



Evolution du taux de recours à l'IVG en Occitanie par département de résidence de 2011 à 2015 pour les femmes de 15 à 49 ans (données issues de l'ARS Occitanie)



Le taux de recours à l'IVG dans la région Occitanie est plus élevé pour les femmes âgées de 20 à 24 ans que pour les autres tranches d'âge. De plus, ce taux est en légère augmentation pour les femmes âgées de plus de 25 ans alors qu'il diminue pour celles âgées de 15 à 19 ans. Ces tendances régionales sont les mêmes que celles observées au niveau national.

2.2. Législation.

Le désir de limiter les naissances a existé de tout temps et dans toutes les sociétés. Au début, les méthodes contraceptives et abortives étaient confondues faute de connaissances scientifiques. L'acquisition des techniques de contrôle de la procréation les a progressivement dissociés mais leur histoire et en particulier celle leur légalisation est cependant étroitement liée. En France, le droit à l'avortement est un acquis majeur pour la condition des femmes et le fruit d'un long combat (15).

A la fin du XIXème siècle, la question de l'avortement devient un sujet de société et politique où l'on voit émerger différents courants de pensée.

D'abord, le néomalthusianisme qui est un mouvement politique visant à limiter les naissances car il considère qu'une natalité forte est source «*de misère et de malheur* » pour la société. Pour cela, ils diffusaient les moyens anticonceptionnels et l'avortement provoqué pouvait être pratiqué en cas d'ultime recours.

Puis, dans un contexte de dénatalité après la guerre de 1870-1871 et face à la forte démographie que connaissaient alors les autres grandes puissances (notamment l'Allemagne), se développe un mouvement nataliste visant l'accroissement de la population française. Ce courant, reconnu d'utilité publique, s'organise par une intense propagande auprès des milieux populaires.

Après la Première Guerre Mondiale, les natalistes n'ont plus d'opposition politique et en 1920, fut adoptée une loi condamnant la provocation à l'avortement et à la contraception féminine et entravant la propagande anticonceptionnelle.

C'est sous le régime de Vichy que l'idéologie nataliste est à son paroxysme avec des mesures pénales de plus en plus lourdes et une politique de la natalité renforcée. Après la Libération, la plupart de ces lois furent abrogées et l'on assiste à une forte croissance démographique, c'est le « baby-boom ».

C'est aux États-Unis et en Angleterre que l'on va voir évoluer les idées sous l'influence du féminisme et voir émerger celles du «*Birth Control*». Le néo-malthusianisme perd peu à peu son caractère politique et révolutionnaire. La contraception apparaît alors comme un élément nécessaire

à l'équilibre des familles et un moyen de lutte contre les risques des avortements provoqués. Ce courant va voir s'ouvrir des «*mothers clinic*» qui vont diffuser ces idées de contrôle des naissances.

La pilule a été inventée en 1954 par le médecin américain Gregory Pincus, en collaboration avec Min-Chueh Chang et John Rock. Les premiers tests cliniques ont été réalisés en 1954 et la première expérimentation massive a eu lieu en 1956 à San Juan (Porto Rico) sur 1 308 femmes volontaires. Elle a été commercialisée pour la première fois en Allemagne Fédérale en 1956, avant même que la vente ne soit autorisée dans le pays de son créateur, les États-Unis. Elle est autorisée au Japon seulement depuis 1992.

Sous cette influence anglo-saxonne, est créé en 1956 par des gynécologues le mouvement «La Maternité heureuse» qui préconise le contrôle des naissances comme un moyen de prévention des avortements. C'est le début d'une polémique et le débat devient sociétal avec l'apparition en 1960 du Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF). Leurs objectifs sont de créer des «centres d'eugénétique» où l'on pourrait donner des conseils, prescrire des moyens contraceptifs, lutter contre les avortements clandestins et ainsi améliorer la santé des femmes et des enfants. Les médias contribuent grandement à la diffusion de ces idées. La fréquentation croissante dans les centres et l'adhésion de plus en plus importante des femmes montrent alors l'inadéquation des lois en vigueur.

Une affiche du Mouvement Français pour le Planning Familial

C'est en 1967, que la loi Neuwirth légalisera la contraception. Ce vote ne suffit pas pour faciliter l'accès à la contraception. Il manque les nécessaires textes d'application. Ils sont promulgués entre 1969 et 1972, et leur application est également décalée dans le temps. Les lenteurs des pouvoirs publics n'ont pas permis de faciliter l'accès aux moyens contraceptifs les plus sûrs que sont le «stérilet» et la « pilule ». Cette législation est donc initialement très restrictive mais sera modifiée grâce aux revendications des mouvements féministes et d'une grande partie de la population, ce qui permettra ainsi la démocratisation de la contraception en France. Il faudra attendre une autre loi adoptée en 1974 pour que la contraception soit véritablement libéralisée et remboursée par la Sécurité Sociale. Aujourd'hui, en France, la contraception est règlementée par les articles L5134, R5134 et R2311-13 du Code de Santé Publique (16).

Extrait du Journal Officiel sur la Loi Neuwirth

5 Décembre 1974 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE 12123

LOIS

LOI n° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — L'article 3 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art.* 3. — Peuvent seuls être vendus les produits, médicaments ou objets contraceptifs ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché accordée par le ministre chargé de la santé publique.

« Sous réserve des dispositions prévues par le deuxième alinéa de l'article 4 de la présente loi, la délivrance des contraceptifs est exclusivement faite en pharmacie sur prescription médicale.

« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement hospitalier ou dans un centre de soins agréé.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application du présent article. »

Art. 2. — Le deuxième alinéa de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est abrogé et remplacé par la disposition suivante :

« Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire. Dans ces cas, les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives sont supportés par les centres de planification ou d'éducation familiale. Un décret précisera les modalités d'application de la présente disposition. »

Art. 3. — L'article 5 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art.* 5. — Toute propagande antinataliste est interdite. Toute publicité commerciale concernant les contraceptifs est interdite, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application du présent article. »

Art. 4. — L'article 6 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art.* 6. — Pour les départements d'outre-mer, un règlement d'administration publique fixe des conditions particulières de délivrance des contraceptifs et de fonctionnement des centres de planification et d'éducation familiale. »

Loi n° 74-1026 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 937 ;
Rapport de M. Neuwirth, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1076) ;
Discussion et adoption le 28 juin 1974.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 257 (1973-1974) ;
Rapport de M. Robert Schwint, au nom de la commission des affaires sociales, n° 62 (1974-1975) ;
Discussion et adoption le 7 novembre 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1284 ;
Rapport de M. Neuwirth, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1296) ;
Discussion et adoption le 21 novembre 1974.

Art. 5. — I. — Le I (1°) de l'article 7 de la loi susindiquée du 28 décembre 1967 est modifié comme suit après les mots « en infraction » :

« ... aux dispositions des articles 2 et 3 ou des règlements pris pour leur application. »

II. — Le 1° du II du même article est supprimé.

III. — Le II (2°) du même article est modifié comme suit après les mots « aura contrevenu » :

« ... aux dispositions de l'alinéa 1er de l'article 4 ou des règlements pris pour son application ou pour celle de l'article 6. »

Art. 6. — Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 149 du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Le centre de protection maternelle et infantile de circonscription comporte obligatoirement les formations sanitaires suivantes :

« Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales dans lesquelles pourront être examinés les futurs couples et les parents ;

« Des consultations de médecine infantile, d'enfants du premier et du second âge ;

« Une consultation de lutte contre la stérilité ;

« Une consultation de conseil génétique ;

« Un centre de planification ou d'éducation familiale.

« Ces trois dernières formations peuvent être regroupées avec les consultations prénuptiales et prénatales sous la dénomination de « consultations sur les problèmes de la naissance ».

Art. 7. — Le paragraphe *a* de l'article L. 283 du code de la *sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :*

« ... y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 8. — Le paragraphe 1° de l'article 1038 du code rural est complété par les dispositions suivantes :

« ... y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 9. — Il est ajouté à l'article 8-1 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée, relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les prestations de base comportent également la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives. »

Art. 10. — Au chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale intitulé « Aide médicale », est inséré, entre l'article 181 et l'article 182, un article 181-1 ainsi libellé :

« *Art.* 181-1. — L'aide médicale peut être également obtenue pour les médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que pour les analyses et examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives, selon une procédure particulière fixée par décret. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 décembre 1974.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHIRAC.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
JEAN LECANUET.

Le ministre de l'agriculture,
CHRISTIAN BONNET.

Le ministre du travail,
MICHEL DURAFOUR.

Le ministre de la santé,
SIMONE VEIL.

Le secrétaire d'Etat aux départements et territoires d'outre-mer,
OLIVIER STIRN.

Dans les années qui vont suivre, va se poser alors la question du recours en cas d'échec de la contraception (15)(17)(18).

« Manifeste des 343 salopes » qui ont le courage de dire « Je me suis fait avorter ». Paru dans le Nouvel Observateur en 1971.

le nouvel
OBSERVATEUR

la liste des 343 françaises
qui ont le courage
de signer le manifeste
« JE ME SUIS FAIT AVORTER »

N° 334 • DU 5 AU 11 AVRIL 1971 • 3 F • 30 FB • 2.50 FS • CAN 75 c

Avortement

UN APPEL DE 343 FEMMES

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 (1).

SIGNATURES

J. ABBA SIDICK
Janka ABDALLEH
Françoise ABELSON
Catherine ABGRAL
Maryse ABIDTI
Hélène ARGELLIES
Françoise ARNOUL
Florence ASSE
Isabelle ATLAN
Nicole AUBIER
Stéphane AUDRAN
Colette AUGRY
Tina AUMONT
L. AZAN
Jacqueline AZIM
Micheline BABIN
Françoise BACHELIER
Cécile BALLIF
Raina BARATIER
D. BARD
E. BARDIS
Anne de BASCHER
C. BATINI
Hélène BAULIER
Hélène de BEAUVOIR
Simone de BEAUVOIR
Colette BEC
M. BEDIOU
Michèle BEDOS
Anne BELLON
Marie-Claire BELON
Edith BENOIST
Anita BENOIT
Aude BERGER
Dominique BERNABE
Josyane BERNARD
Catherine BERNHEIM
Marie-Claire BERTIN
Tania BESCOMIN
Jeannine BEYLOT
Monique BIGOT
Fabienne BIGUET
Nicole BIZ
Nicole de BOISANGER
Y. de BOISANGER
Y. BOISSAIRE
Silvina BOISSONNADE
Martine BONZON
Françoise BOREL
Colette BOSSART
Olga BOS
Marie-Claire BOUGE
Pierrette BOURDIN
Monique BOURROUX
Bénédicte BOYSSON-BARDIES
M. BRACONNIER-LECLERC
M. BRAUN
Andrée BRUMEAUX
Marie-Claude BRUMEAUX
Marie-Françoise BRUMEAUX
Jacqueline BUSSET
Françoise de CAMAS
Anne CAMUS
Danielle CANO
Kathy CENEL
Jacqueline CHAMBORD
Josiane CHANEL
Denise CHINSKY
Françoise CHOISY
Martine CHOSSON
Catherine CLAUDE
M. Louise CLAVÉ
Françoise CLAVEL
Iris CLERT
Geneviève CLUNY
Jean-Luc CONG
Florence COLLIN
Anne CORDONNIER
Anne CORNALY
Chantal CORNIER
J. CORVISIER
Michèle CRISTOFARI
Jacqueline CROS
Christiane DANCOURT
Hélène DARRAIS
Anne-Marie DAUMONT
Anne DAUZON
Martine DAYEN
Dominique DEBEUGNY-ZELLE
Marie DEDIEU
Lise DEHARME
Claire DELPECH
Christine DELPHY
Catherine DENEUVE
Dominique DESANTI
Monique DESCAMPS-AMPS
Claire DESHAYES
Nicole DESPINEY
Catherine DEUDON
Sylvie DIAKITE
Christine DIAZ
Arlette DONATI
Danièle DRAMAIX-PIER
Danièle DREVET
Evelyne DROUX
Dominique DUBOIS
Muguette DUBOIS
Dominique DUBRANA
C. DUPOUR
Nicole DUPUY
Simone DUMONT
Christiane DUPARC
Pierrette DUPERRAY
Annie DUPUIS
Marguerite DURAS
Françoise d'EAUBONNE
Marie-Claire DUMAS
Isabelle EHRI
Myrtho ELFORT
Danièle EL GHARBAOUI
Françoise ELIE
Arlette ELKAIM
Barbara ENU
Françoise FESTREE
Françoise FABIAN
Anne FABRE-LUCE
Anne FARGUE
J. FOUOT
Brigitte FONTAINE
Antoinette FOUQUE GRUGNARDI
Jacqueline FRANJOU
Françoise FRONTENTIN
J. FRÜHLING
Danièle FULGENT
Madeleine GABULA
Yamina GACON
Lucie GARCIA-VILLE
Marie-Claire GARNIER
Micha GARNIER
Geneviève GASNEAU
Geneviève GAUBERT
Claude GENIA
Elisabeth GERMAIN HORELLE
Françoise GERNFELD
Micheline GIRARD
F. GOGAN
Hélène GONIN
Claude GORDESKY
Marie Luce GORSE
Colette GOUDET
Marcine GOTTLIB
Rosine GRANGE
Rosemonde GROS
Valerie GROUSSARD
Lise GRUNDMANN
A. GUERRAND-HERMES
Françoise de GRUSON
Marie-Claude GUYOT
Gisèle HALIMI
Hania HANDMANN
Noelle HENRY
M. HERY
Nicole HICELIN
Dominique HORST
Huynh-Thi RUBSOHMIO
L. IMBERT
L. JALIN
Catherine JOLY
Colette JOLY
Yvette JOLY
Hélène JORAGHELIZ
Jane KAPEUS
Katia KAUPS
Nanda KEREN
F. KORN
Hélène KOSTOFF
Marie-Claire LABIE
Anne LAFAURIE
Anne-Marie LAFAURIE
Bernadette LAFONT
Michèle LAMBERT
Monique LANGE
Maryse LAPEGUE
Catherine LARNICOL
Maurine LASCOUX
Marie-Jo LASCAUX
M.-T. LATRILLE
Christiane LAURENT
Francoise LAVALLARD
G. LE BONNEC
Danièle LEBRUN
Ariane LE CLEZIO
M.-France LE DANTEC
Colette LE DIRON
Violette LEDUC
Martine LEDUC-AMEL
Françoise LE FORESTIER
Michèle LEGUISE-VIAN
Marie-Claire LEIRIS
Mireille LELEVRIE
Michèle LEMONNIER
Françoise LENTIN
Joëlle LEQUEUX
Emmanuelle de LESSEPS
Anne LEVAILLANT
Irène LIBERMAN
Irène LINDRME
Christine LUNAS
Sabine LODIS
Marcelline LORIDAN
Edith LOSER
Francoise LUGAGNE
M. LUPIN
Judith MAGRE
C. MAILLARD
Michèle MANCEAUX
Biona de MANDIARGUES
Marie-Claire MANIAVAS
Anne MARTELLET
Monique MARTENS
Jacqueline MARTIN
Mika MARTIN
Renée MARZUK
Colette MASSOU
Gaby MAUREL
Gaby de MAURY
Edith MAYEUR
Jeanne MAYNIAL
Odile du MAZAUBRUN
Marie-Thérèse MAZEL
Gaby MEMMI
Marie MERMET
Marie-Claude MESTRAL
Marguerite MEURAUD
Juliette MEYER
Pascale MEYNIER
Charlotte MILLAU
M. de MIRODCHOUI
Geneviève MINCH
Ariane MINOUCHKINE
Marie MONGIN
Jeanne MOREAU
Nelly MORENO
Michèle MORETTI
Lydia MORIN
Marcelle MOULIÉRGUES
Liane MOZERE
Ariane MOUCHKIN
C. MUFFONG
Véronique NAHOUM
Eliane NAVARRO
Hélène NIZAN
Lila de NOBILI
Brigitte NOIRET
J. OLIVIER
Jenne OLIVIER
Wanda OLIVIER
Yvette ORENGO
Ivo OSHER
Olga PANSIO
Françoise PARGNY
Jeanne PASQUIER
M. PELLETIER
Jacqueline PEREZ
M. PEREZ
Nicole PERROTTET
Sophie PIANO
Odile PICARDET
Marie PILLET
Elisabeth PIMAR
Marie-France PISIER
Olga POLIAKOFF
Danièle POUX
Marie-Claude PRELE
Anne-Marie QUAZZA
Marie-Christine QUESTERBERT
Suzy RAMBAUD
Gisèle REBILLON
Gisèle REBOUL
Arlette REINER
Jacqueline REMY
Christiane RIBEIRO
M. RIBEYROL
Dafys RIBES
Marie-Françoise RICHARD
Suzanne RIGAL-BLAISE
Marcelle RIGAUD
Laurence RIGAULT
Danièle RIGAUT
Danielle RIVA
M. RIVA
Claude RIVIERE
Martine ROBERT
Marie-Claire ROCHEFORT
J. ROGALSKI
Chantal ROGEON
Francine ROLLAND
Christiane RORATO
Germaine ROSSIGNOL
Françoise ROUFF
G. ROTH-SERNSTEIN
C. ROUSSEAU
Françoise ROTHIER
Danièle RUDY
Yvette RUDY
Françoise SAGAN
Renée SAIGE
Renée SAUREL
Marie-Ange SCHILTZ
Lucie SCHMIDT
Scarlett de SCHONEN
Monique SELIM
Liliane SENDYKE
Ariane SERRE
Colette SERT
Jeanne SERT
Catherine de SEYNE
Delphine SEYRIG
Sylvie SFEZ
Liliane SIEGEL
Françoise SIEL
Michèle SIROT
Michèle STEMER
Cécile STERN
Alexandra STEWART
Gaby SYLVIA
Francine TABET
Marie-Jo TARNEW
Ariane TERRAMORSI
Arlette TETHANY
Joëlle THEVENET
Marie-Christine THEURKAUFF
Constance THIBAUD
Alex THIBAUD
Françoise THIRIET
Suzanne THIVIER
Sophie THOMAS
Nadine TRINTIGNANT
Irène TUNC
Tac DUMONT
Marie-Pierre VALET
Marie-Claire VARYS
Agnès VARDA
Catherine VARLIN
Patricia VARDO
Cécile VERNER
Ursula VIAN-KUSLER
Louise VILLAFRAL
Marie VILLARD
A. WAJNTAL
Jeannine WEIL
Anne WIAZEMSKY
Monique WITTIG
Josée YANNE
Catherine YONNOVITCH
Annie ZELENSKY

(1) *Parmi les signataires, des milliantes du « Mouvement de Libération des Femmes » réclament l'avortement libre et GRATUIT.*

Pour l'envoi des signatures, écrire à B.P. : F.M.A. 370 13 Paris.

LIRE, PAGE 40, NOTRE DOSSIER SUR L'AVORTEMENT

Le Nouvel Observateur Page 5

En France, la loi Veil promulguant le droit à l'interruption volontaire de grossesse est adoptée le 17 janvier 1975 après un rude débat parlementaire. Cette loi autorise pour 5 ans l'avortement sous certaines conditions : une femme enceinte « *en situation de détresse* », a la possibilité de recourir à l'IVG avec l'aide d'un médecin si la grossesse est datée de moins de douze semaines de grossesse. Un entretien avec une conseillère conjugale est nécessaire et un délai de réflexion de 7 jours est obligatoire. Les femmes mineures doivent obligatoirement recueillir le consentement d'un de leurs parents (19).

Simone Veil à la tribune de l'Assemblée Nationale en 1974

En 1979, la loi « Veil-Pelletier » rend définitives ces dispositions et précise « *l'obligation hospitalière* » : tous les hôpitaux publics doivent posséder un centre IVG, y compris en cas de recours à la clause de conscience. De plus, le délai de réflexion peut être raccourci à 48 heures si le terme risque d'être dépassé (20).

En 1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale à hauteur de 80% *(21)*.

La découverte d'un anti-progestérone, le RU 486, en 1980 ouvre de nouvelles perspectives en permettant l'avortement médicamenteux. Mais cela fait resurgir les polémiques sur la «*banalisation*» de cet acte et devant la menace de boycott international menée par les mouvements anti-avortement, le laboratoire annonce le retrait du produit. Il faudra l'intervention de Claude Evin, ministre de la santé, pour contraindre le laboratoire à revenir sur sa décision et réglementer son utilisation. Ce médicament obtient l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1988 sous le nom de Mifégyne® (Mifépristone) permettant la réalisation d'IVG médicamenteuses *(15)*.

Suite à des attaques commando dans des centres pratiquant des IVG, est adoptée la loi Neiertz en 1993. Elle prévoit de sanctionner les personnes perturbant le fonctionnement des établissements hospitaliers participant à la mise en œuvre de la loi sur l'IVG. Celle-ci crée notamment la notion de délit d'entrave à l'IVG (22).

Depuis 2001, la «loi Aubry-Guigou» permet aux femmes mineures d'avorter sans l'autorité parentale, à condition d'être accompagnées par un adulte de leur choix. Mais l'entretien psychosocial préalable reste obligatoire pour celles-ci alors qu'il devient facultatif pour les femmes majeures. Cette loi rallonge aussi le délai maximal légal pratiqué pour l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale. Il passe de douze à quatorze semaines d'aménorrhée (23).

Cette loi est complétée par un décret en 2004 et permet la réalisation IVG par méthode médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville dans un délai maximal de sept semaines d'aménorrhée. Cet acte doit être réalisé par un gynécologue ou un médecin généraliste justifiant une expérience adaptée et travaillant dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé. Ces IVG, dites « de ville » sont remboursées à hauteur de 70% par la Sécurité Sociale (24)(25)(26).

A partir de 2009, ce sont les Centres de Planification ou d'Éducation Familiale qui sont autorisés à pratiquer les IVG médicamenteuses à domicile (27).

En 2013, le forfait de prise en charge des frais liés à l'IVG est pris en charge à 100%, mais les frais liés à la consultation préalable, aux frais de biologie ou d'imagerie sont pris en charge dans les conditions habituelles. De plus, les tarifs des IVG instrumentales sont revalorisés afin de renforcer cette activité dans les établissements.

La loi 4 août 2014, dite « *loi Vallaud-Belkacem* » pour l'égalité entre les femmes et les hommes étend le délit d'entrave à l'accès à l'IVG et supprime la condition de détresse avérée que la loi de 1975 exigeait pour ouvrir droit à une IVG (6).

La loi de modernisation du système de santé portée en 2016 par Marisol Tourraine, alors ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine. De plus, elle permet aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales. En outre, la gratuité complète du parcours IVG est assurée par le remboursement à 100% de tous les actes nécessaires (consultations, examens d'imagerie et biologie) (7).

En 2017, est promulguée une loi étendant le délit d'entrave à l'IVG à de nouvelles pratiques qui apparaissent sur internet (28).

La clause de conscience est maintenue depuis le premier texte de loi et permet aux professionnels de santé de refuser la réalisation d'un acte médical qui serait contraire à leurs convictions. En contrepartie, ils doivent avertir la patiente et lui donner tous les moyens et conseils lui permettant d'avoir une prise en charge adaptée (29).

Tableau récapitulatif : Années et Lois clés relatives à l'IVG

Années et Étapes ou Lois clés	**Contexte -** pression sociale, option morale, savoir scientifique et technique **Stratégie politique**	**Mise en œuvre opérationnelle – Conditions et Risques → C'est aux moyens mis en œuvre que se mesure la volonté politique.** **Ou Impact sociétal**
1920 **Loi patriarcale**	**Principe démographique** : la peur du péril **Politique nataliste**, sans considération de la condition féminine.	**Interdiction** de toute propagande anticonceptionnelle, avortement et contraception strictement interdits → amende voire peine de prison le cas échéant
1942 **Avortement déclaré «*Crime contre l'État*»**		Les femmes ayant eu recours à l'IVG ou les personnes l'ayant pratiqué seront **condamnées à la peine de mort. Ce fût le cas de Marie-Louise Giraud, guillotinée en 1943.**
1944 **Droit de Vote accordé aux femmes**	**Principe de Droit** : les femmes, globalement plus instruites, accèdent à la citoyenneté **Politique nataliste** dans une maternité mieux considérée	**Poids électoral des femmes de 52 %,** rôle croissant dans les médias, émergence de modèles au cinéma etc. → Elles réclament alors une **véritable maîtrise de leur fécondation**.
1945 **Loi Protection Maternelle et Infantile**		
1956 **Association « *Maternité Heureuse* »**		
1960 **1ère pilule est mise en vente aux USA** **Mouvement Français pour le Planning Familial – MFPF**	**Progrès scientifique** : mise au point de la pilule contraceptive **Politique nataliste** bousculée	▪ la Food and Drug Administration (FDA) autorise la commercialisation de la pilule contraceptive mise au point par l'Américain Gregory Pincus. ▪ L'association «*Maternité heureuse*» devient le MFPF avec **deux arguments** : l'urgence de réduire les IVG clandestine et le souci de mettre au monde des enfants désirés. En 1961, **ouverture illégale des 1ers centres d'information à Grenoble et à Paris**.

1967 **Loi Neuwirth**	**<u>Principe de droit affirmé</u>** : légalisation de la contraception, reconnaissance dans le droit individuel à maîtriser sa fécondité, accès théorique aux moyens de maîtrise de sa fécondité **<u>Politique de régularisation des naissances</u>** sans considération des situations de grossesses non désirées mais avec un résultat attendu : une grande liberté pour les femmes	▪ Loi autorisant la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et qui interdit toute publicité commerciale, en dehors des revues médicales, ou propagande antinataliste mais non opérationnelle → Grande déception avec des textes d'application qui ne vont paraître qu'entre 1969 et 1972 ! ▪
1971 **«*Le manifeste des 343 salopes*»**		▪ 343 femmes demandent la dépénalisation de l'avortement dont Gisèle Halimi, Catherine Deneuve, Jeanne Moreau, etc. → Article rédigé par Simone de Beauvoir dans «*Le Nouvel Observateur*»
1972 **Procès de Bobigny** qui défraie la chronique		▪ Marie-Claire, qui a avorté à 16 ans après un viol, est poursuivie, ainsi que sa mère et 3 femmes qui l'avaient aidée. Défendue par l'avocate Gisèle Halimi, la jeune fille est acquittée.
1974 **Loi Veil**	**<u>Principe d'accessibilité pour tous</u>**: création des Centres de Planification et d'Éducation Familiale **<u>Politique éducative ou de prévention</u>** pour préparer à la vie affective, sexuelle, conjugale, parentale	▪ « *Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale sont autorisés à délivrer **à titre gratuit** des médicaments, des produits ou objets contraceptifs sur prescription médicale aux mineurs désirant garder le secret, aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire.*»
1975 **Loi Veil**	**<u>Principe de réalité</u>** : entre 300 000 à 500 000 femmes avortent clandestinement tous les ans en France avec des risques importants, en particulier, 300 à 500 décès par an ⇨ l'IVG est temporairement autorisée à partir de 1975. **<u>Principe de clause de conscience</u>** pour les professionnel(le)s **<u>Politique légalisant et encadrant l'IVG</u>** - **1975** pendant 5 ans - **1979,** reconduction - **1980,** adoption définitive - **1982,** taux de remboursement	▪ **Femmes majeures en situation de détresse et pour les mineures avec l'accord des parents** ▪ **Délai maximal de 12 SA (10 semaines de grossesse)** ▪ **Parcours IVG avec des étapes obligatoires :** 2 consultations pré-IVG par un médecin espacées de 7 jours au minimum, 1 entretien pré-IVG, remise d'un dossier guide, 1 consultation post-IVG par un médecin et 1 entretien post-IVG ▪ **IVG chirurgicale** réalisée par un médecin exerçant dans un **établissement public ou privé** ▪ **Services de Gynéco-Obstétrique publics obligés d'avoir un centre d'IVG** ▪ **Remboursement assurance-maladie à un taux de 80 % à partir de 1982**
1979 **Loi Pelletier confirme la Loi Veil**		
1982 **Loi Roudy**		
1983 - 1986 1ers essais RU 486	**<u>Progrès scientifique</u>** : mise au point de la pilule abortive **<u>Politique d'ouverture</u>** à cette nouvelle alternative médicamenteuse pour les femmes uniquement dans les établissements hospitaliers	▪ **1983 - 1er essai Ru 486, seul, à l'initiative du Professeur Baulieu en Suisse puis Paris (H. Beclère, H. Broussais), jusqu'à 42 JA :** 80% succès. ▪ **1986 - RU 486 (mifépristone) + prostaglandine sulprostone (Nalador®) jusqu'à 49 JA :** 95% succès. Uniquement dans structures hospitalières 1989 - AMM Mifégyne® 600mg+Nalador® : 95% succès. ▪ **1991 - AMM Mifégyne® 600mg + Cytotec® 400µg oral**
1989 AMM RU 486		
1993 loi Neiertz	**<u>Principe de Droit</u>** : faire respecter la Loi	▪ Délit d'entrave à l'IVG - deux ans de prison et 30.000 euros d'amende
1999 **Loi créant la Couverture Médicale Universelle**	**<u>Principe d'affiliation à couverture médicale « universalisée</u>** » assis sur une condition de résidence et non pas de travail **<u>Politique de protection sociale pour tous</u>**	▪ Couverture Médicale Universelle, Couverture Médicale Universelle complémentaire, Aide Médicale d'État
1996 **1ère contraception d'urgence**	**<u>Progrès scientifique</u>** : mise au point de la 1ère contraception d'urgence **<u>Politique d'information</u>** en santé sexuelle dans le cadre de la lutte contre le SIDA	▪ Autorisation de l'information sur la contraception en 1991 et cela à la " faveur "de la lutte contre le SIDA et de la diffusion du préservatif. Cela n'a pas été sans provoquer des effets négatifs. La protection contre le sida ayant été considérée comme la seule et unique priorité, c'est l'information - pourtant tout aussi indispensable - sur la maîtrise de la fécondité qui a été laissée dans l'ombre. La campagne de 1992 en a d'ailleurs pâti. ▪ 1ère pilule dite «du lendemain» en vente libre dans les pharmacies en 1999 : le Norlévo® à base de lévonorgestrel uniquement.
1991		
1999 **AMM Norlévo®**		

2000 **Loi relatif à la contraception d'urgence**	**<u>Politique d'élargissement de l'offre :</u>** délivrance de la contraception d'urgence possible dans les collèges et lycées	• *«Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmières peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Elles s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »*
2001 **loi Aubry-Guigou**	**<u>Principe de réalité</u>** : **répondre à la situation de certaines femmes**, qui selon les associations, étaient souvent issues des milieux défavorisés, les plus fragiles ou les plus jeunes, et devaient partir à l'étranger, ayant dépassé le délai autorisé – estimation 5000 femmes ; **répondre à des situations tendues** en terme de files d'attente en raison de la diminution de l'offre – regroupement de structures, démographie médicale en baisse **<u>Politique d'élargissement de l'offre et de promotion de la contraception en même temps que celle de l'avortement</u>** : des avancées considérables	▪ **Femmes en situation de détresse y compris les mineures sans accord des parents (**reconnaissance de la sexualité des personnes mineures et leur autonomie dans ce domaine) ▪ Délai légal passant de 12 SA à 14 SA (12 semaines de grossesse) ▪ **Parcours IVG :** l'entretien pré-IVG est obligatoirement proposé aux femmes majeures mais devient facultatif pour elles ▪ L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en ville, au cabinet d'un médecin, à condition qu'une convention ait été passée entre celui-ci et un service hospitalier public (délai maximal 7 SA) → Décret 2004 ▪ Les chefs de services de gynécologie-obstétrique sont tenus d'appliquer la loi et d'organiser la pratique des IVG ▪ **Remboursement assurance-maladie maintenu à un taux de 80 %** ▪ Les patientes mineures ou bénéficiant de la CMU sont prises en charge à 100% ▪ Pour les femmes étrangères : l'IVG n'est plus soumise à aucune condition de durée et de régularité du séjour en France. ▪ Droit à la stérilisation ▪ Interdiction de l'information sur l'avortement est levée. ▪ La loi fait obligation pour l'Éducation nationale d'assumer " Une information et une éducation à la sexualité dans les écoles (avant le collège), à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène ".
2002 **Décret** Norlévo® gratuité pour les mineures	**<u>Principe de Gratuité</u>** **<u>Principe d'accessibilité</u>**	• Pilule dit du lendemain est délivrée gratuitement aux mineures dans les pharmacies de Ville → une simple déclaration orale de sa minorité suffit pour obtenir gratuitement le Norlévo®. Les pharmaciens communiqueront chaque année les nombres de boîtes délivrées à des mineures au ministère de la Santé.
2009 **Décret** IVG médicamenteuse dans les CDS et CPEF	**<u>Politique d'élargissement de l'offre IVG</u>** médicamenteuse	• **IVG médicamenteuse autorisée en ville par Centres de Santé et Centres de Planification et d'Éducation Familiale**
2013 **Décret Touraine**	**<u>Principe de gratuité</u>** : lever l'obstacle financier le cas échéant **<u>Principe d'accessibilité</u>** : délivrance de la contraception dans le Droit Commun pour les mineures de 15 ans et +	• Contraception devient gratuite pour les filles de 15 et plus dans le droit commun
2014 **Loi Vallaud-Belkacem**	**<u>Principe de Droit :</u>** faire respecter la loi **<u>Politique replaçant l'IVG dans la physiologie</u>** – près d'une femme/deux aura recours à l'IVG dans sa vie	• Extension du délit d'entrave • Suppression de la notion de détresse
2016 **Loi de modernisation du système de santé**	**<u>Principe de réalité</u>** : IVG menacée par la pénurie de médecins **<u>Politique d'élargissement de l'offre</u>** d'IVG médicamenteuse en autorisant les sages-femmes à réaliser cet acte de soin **<u>Principe de gratuité</u>** : lever l'obstacle financier le cas échéant	• Sage-femme autorisées à réaliser des IVG médicamenteuses (décret) – et vaccination • Centres de santé autorisés à réaliser des IVG instrumentales • Suppression du délai de réflexion de 7 jours • Parcours IVG remboursé dans l'intégralité (consultations, examens d'imagerie et biologie) quelle que soit la méthode (décidé en 2013 et effectivité en 2016)

2.3. Les différentes méthodes d'IVG.

2.3.1. La méthode médicamenteuse.

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée en établissements de santé, privés ou publics.

En ambulatoire, en centre de santé (CDS) ou en centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), l'IVG médicamenteuse peut être pratiquée jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée soit par un médecin soit par une sage-femme. Cette pratique permet de proposer aux femmes une offre de proximité en toute sécurité.

Elle ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une convention, conforme à une convention type validée par décret conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé, d'une part, et un établissement de santé, public ou privé, d'autre part.

En France, cette méthode repose sur l'association de la mifépristone et d'une prostaglandine.

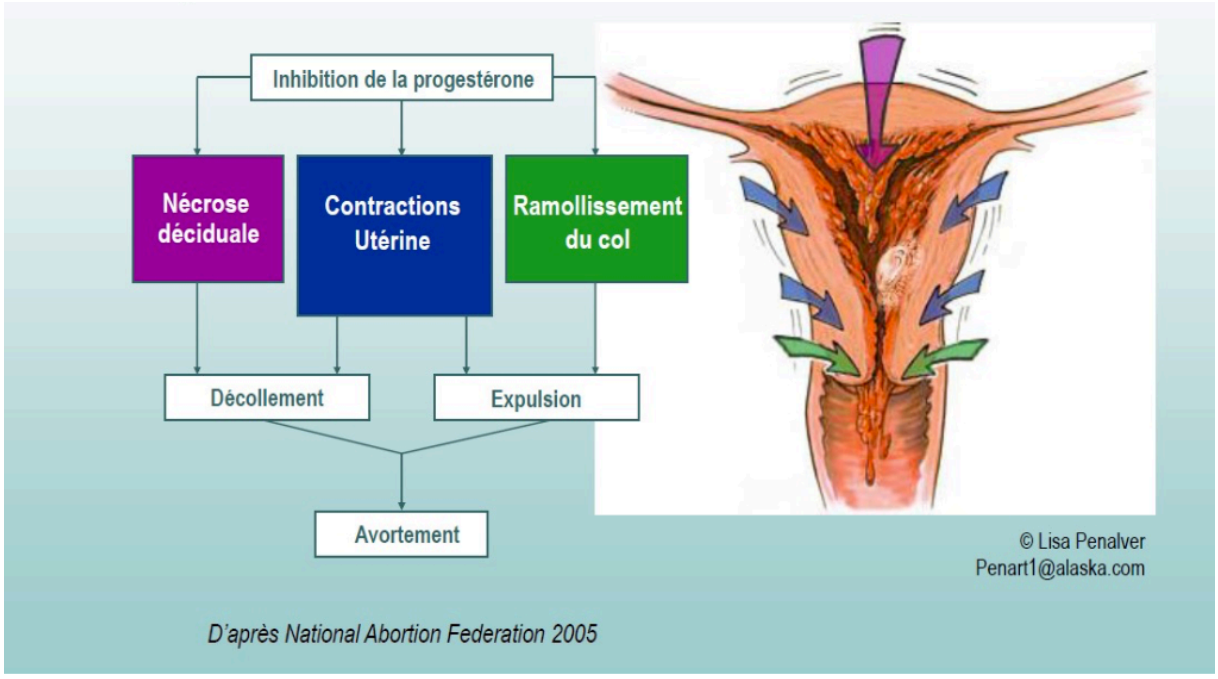
La mifépristone (Mifégyne® ou RU486®) est un stéroïde de synthèse qui va se fixer sur les récepteurs à la progestérone avec une affinité 5 fois supérieure à celle de la progestérone. Cette action anti-progestérone associée à une action anti-glucocorticoïde faible va avoir plusieurs effets :

- Décollement de l'œuf.
- Augmentation de la contractilité utérine.
- Ramollissement et ouverture du col utérin.

La mifépristone seule a un taux d'avortement de 80%.

Les prostaglandines, potentialisées par la mifépristone, vont induire de fortes contractions utérines et permettre l'expulsion. Ces molécules sont misoprostol (Cytotec® ou Gymiso ® ou Misoone®) par voie orale, sublingual ou buccal et le Géméprost (Cervagème®) par voie vaginale. Cette dernière molécule est peu utilisée et est réservé à l'usage hospitalier.

Mécanisme d'action de l'IVG médicamenteuse



Ces médicaments peuvent entraîner différents évènements indésirables. Les plus fréquents sont :

- Des douleurs pelviennes à type de contraction utérine, d'intensité faible à sévère. Elles peuvent débuter dès la prise de mifépristone et disparaître dès l'expulsion de l'œuf. Il convient d'anticiper ces douleurs par la prescription systématique d'antalgiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens, antalgiques de pallier 2, par exemple).

- Les saignements sont inhérents à une interruption volontaire de grossesse. Ils sont d'un volume plus important que les menstruations et durent entre 10 et 13 jours en moyenne (de 1 à 60 jours). Ces métrorragies peuvent devenir une complication si elles deviennent cataclysmiques ; elles nécessitent alors un geste chirurgical. Il s'agit de l'élément le plus important de la surveillance post-avortement. Une information claire doit être donnée aux patientes sur les signes devant faire reconsulter en urgence : si reprise des saignements abondants à distance de la prise des médicaments ou si imprégnation de plus de deux serviettes hygiéniques par heure durant deux heures lors de l'expulsion.

- Des troubles digestifs à type de nausées, vomissements, diarrhées dont l'intensité augmente avec le dosage de misoprostol et le terme de la grossesse.

- De la fièvre, des frissons, voir une sensation de malaise peuvent apparaître et sont généralement de courte durée. Il faut suspecter une infection si ces symptômes persistent

plusieurs jours. Un tableau clinique associant des douleurs pelviennes, des leucorrhées fétides, des métrorragies, un utérus sensible sont évocateurs d'une endométrite. Une antibiothérapie à large spectre associée à une aspiration endo-utérine en cas de rétention doivent être pratiquées.

Outre ces médicaments, une prescription systématique d'antalgiques de pallier 1 et 2 est nécessaire, ainsi que la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle si nécessaire par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D (30).

Pour les grossesses de moins de 7 semaines d'aménorrhée, les séquences de traitement recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes :

Antiprogestérone suivie, 36 à 48 h après, …	… d'une prostaglandine
mifépristone, 600 mg par voie orale : • Mifégyne® (3 comprimés à 200 mg, en une prise).	**misoprostol**, par voie orale* : • soit Gymiso® (400 µg : 2 comprimés à 200 µg, en une prise) ; • soit Misoone® (400 µg : 1 comprimé à 400 µg). Ou **géméprost**, par voie vaginale : • Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg).
Ou **mifépristone**, 200 mg par voie orale : • soit Mifégyne® (1 comprimé à 200 mg) ; • soit Miffee® (1 comprimé à 200 mg).	**géméprost**, par voie vaginale : • Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg).

* L'usage hors AMM de la spécialité Cytotec® (misoprostol indiqué en gastro-entérologie, mais qui n'a pas l'AMM dans l'IVG médicamenteuse) est constaté mais doit être proscrit.

Pour les grossesses de 7 et 9 semaines d'aménorrhée, les séquences de traitement recommandées sont les suivantes :

Antiprogestérone suivie, 36 à 48 h après, …	… d'une prostaglandine
mifépristone, 600 mg par voie orale : • Mifégyne® (3 comprimés à 200 mg, en une prise).	**géméprost**, par voie vaginale : • Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg).
Ou **mifépristone**, 200 mg par voie orale : • soit Mifégyne® (1 comprimé à 200 mg) ; • soit Miffee® (1 comprimé à 200 mg).	

L'efficacité des protocoles indiqués ci-dessus est excellente et se situe entre 92 % et 96 %. En cas d'échec de l'avortement par méthode médicamenteuse, et si l'arrêt de la grossesse est toujours souhaité, le recours à la méthode instrumentale peut être pratiquée (31).

La sécurité est également très bonne, quel que soit le protocole utilisé avec un taux de complication très faible.

2.3.2. La méthode instrumentale.

L'interruption volontaire de grossesse par méthode instrumentale est légale jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée en France.

Elle consiste à dilater le col de l'utérus après une éventuelle préparation médicamenteuse et d'en aspirer le contenu à l'aide d'une canule. Le contrôle des produits d'aspiration est indispensable. Cette intervention est réalisée au bloc opératoire, sous anesthésie locale ou générale, et ne nécessite rarement plus d'une journée d'hospitalisation (en Hôpital De Jour généralement). Au cours de la procédure, peut s'envisager la mise en place d'une contraception par dispositif intra-utérin (DIU) ou d'un implant contraceptif sous-cutané.

En fin d'intervention, une échographie pelvienne peut être pratiquée afin de s'assurer de la réussite de cet acte chirurgical.

Une antibioprophylaxie peropératoire efficace sur *Chlamydia trachomatis* peut être pratiquée afin de prévenir l'endométrite du post-abortum (32). La prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle est réalisée si besoin (33).

Les suites opératoires peuvent être marquées par des saignements peu ou moyennement abondants, des douleurs à type de crampes utérines ou de coliques. Un syndrome peut apparaître entre le 3ème et le 5ème jour et consistant en une recrudescence des douleurs après 2 à 4 jours indolores associées à des métrorragies avec caillots et une fébricule inférieure à 38°C. Ces symptômes, interprétés comme étant une hématométrie a minima, disparaissent en 24 heures.

Les complications de l'IVG par méthode instrumentale peuvent être classifiées selon leur délai d'apparition en :

- Complications précoces, survenant immédiatement et dans les 6 semaines suivant l'acte : déchirure cervicale, plaie vasculaire, perforation utérine, hémorragie, infection (endométrite souvent), échec de l'avortement avec rétention de produits embryonnaires et échec avec grossesse évolutive.

- Complications à moyen terme : synéchies utérines, douleurs pelviennes chroniques, métaplasie ostéoïde de l'endomètre.

- Complications à long terme : allo-immunisation fœto-maternelle, risque d'accouchement prématuré par béance cervico-isthmique.

L'incidence de ces complications est très faible avec un taux global s'établissant à 1,3 % (34).

2.3.3. Critères de choix entre les méthodes et lieux de réalisation.

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'IVG médicamenteuse

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
- **Terme ≤ 7 SA** - Souhait de la patiente - IVG instrumentale peu recommandée (malformations utérines) - Bonne compréhension des explications - Acceptation des contraintes de la méthode - Trajet entre domicile et établissement de santé inférieur à 1 heure - Patiente accompagnée au domicile le jour de la prise du misoprostol	- **Terme > 7 SA** - Contre-indications aux médicaments - Vomissements importants - Contre-indications à la méthode (grossesse ectopique, anémie profonde, troubles hémorragiques, insuffisance rénale ou hépatique sévère) - Mauvaise compréhension des explications - Ambivalence, besoin de temps - Trajet entre domicile et établissement de santé supérieur à 1 heure - Fragilité psychologique - Isolement ou sans domicile - Besoin d'une prise en charge sociale - Mineure isolée sous secret (au cas par cas)

Différences entre les deux méthodes d'IVG

	Méthode médicamenteuse	**Méthode instrumentale**
Différences entre les deux techniques	- Jusqu'à 7 SA en ville, jusqu'à 9 SA en établissement - Succès 97 % - Complications sévères très rares - Durée de saignement : 7-15 jours - Douleurs plus intenses - La patiente a un rôle actif	- Jusqu'à 14 SA - Succès 99 % - Complications sévères très rares impliquant plaie du col ou de l'utérus - Durée de saignement : 5-7 jours - Douleurs légères - Le praticien a un meilleur contrôle
Critères de choix entre les deux techniques	- Non invasif - Évite l'anesthésie - Durée de l'évacuation : va de quelques heures à quelques jours	- Technique invasive (instruments dans l'utérus) - Anesthésie locale ou générale - Durée de l'évacuation : rapide

2.4. Le parcours de soins de l'IVG.

Le parcours de soins de l'IVG débute par un diagnostic de grossesse suivi d'une demande d'avortement. Toute patiente faisant cette demande doit pouvoir obtenir une rendez-vous de consultation dans les 5 jours, selon les recommandations de la HAS. En effet, plus l'IVG intervient précocement plus le risque de complications est faible (30).

Ensuite, l'IVG est réalisée selon plusieurs étapes : deux consultations médicales préalables avec un entretien psycho-social, l'avortement puis une consultation de contrôle.

Au cours des différentes consultations médicales, le médecin ou la sage-femme prescrit des examens biologiques (dosage β-HCG, groupage sanguin ABO, Rhésus D) et une échographie pelvienne permettant de déterminer la localisation, la datation et l'évolutivité de la grossesse.

2.4.1 Diagnostic de la grossesse.

Le diagnostic clinique de la grossesse repose sur différents éléments : l'aménorrhée, la présence de signes sympathiques de grossesse (tension mammaire, nausées, asthénie…) et l'augmentation du volume utérin. Ces signes cliniques sont spécifiques mais peu sensibles.

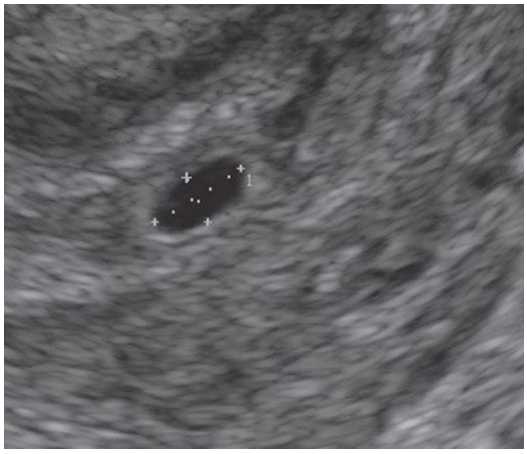
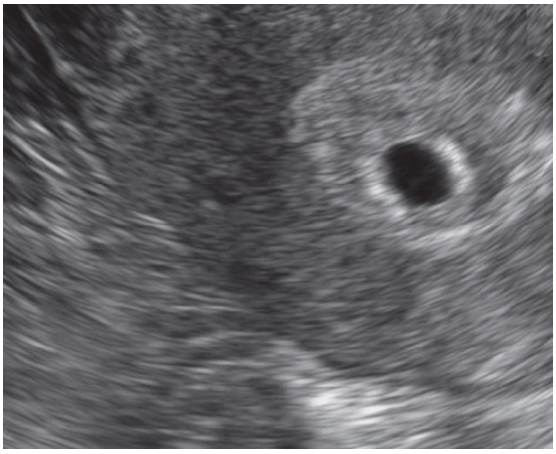
Le dosage sanguin ou urinaire de l'Hormone Chorionique Gonadotrope (β-HCG) permet de confirmer ce diagnostic. Il est positif chez 98% des femmes 7 jours après l'implantation, soit au moment de l'absence de règles.

L'âge gestationnel est évalué grâce à la date des dernières règles, l'échographie gynécologique et au taux de β-HCG (ce taux double pendant les 6 premières semaines).

Corrélation entre taux d'hCG plasmatique et échographie[5,6]

Date de la grossesse	Taux d'hCG (mUI/ml)	Échographie vaginale
4-5 SA	< 5 10-500 > 500	Pas de grossesse Œuf non visible Diamètre ovulaire : 1-5 mm
5-6 SA	> 500-1 000	Diamètre ovulaire : 5-10 mm Embryon : 1-3 mm (visible dans un tiers des cas) Activité cardiaque ± repérable
	>1 000-1 500	Embryon : 3-6 mm Activité cardiaque +
	> 2 500	Visible par écho sus-pubienne
7 SA	> 7 000	Embryon > 6-7 mm

Aspects échographiques du sac embryonnaire en fonction de l'âge gestationnel.

Echographie à 4 SA et 4 jours	Echographie à 5 SA
	
L'œuf est visible sous la forme d'une petite vésicule mesurant 3 mm de diamètre et entourée d'un halo correspondant au futur placenta. L'œuf est implanté dans l'endomètre.	Le sac gestationnel mesure 7 mm de diamètre et l'embryon mesure environ 1,5 mm. Les cellules embryonnaires continuent à se multiplier à très grande vitesse et se destinent à se différencier les unes des autres pour constituer les organes.
Échographie à 6 SA.	Échographie à 7 SA.
L'embryon mesure 5 mm et est visible sous la forme d'un petit épaississement sur les parois de la vésicule vitelline. Son activité cardiaque est présente et peut être enregistrée par l'écho doppler. Le crâne et les membres commencent à se développer.	L''embryon mesure 7 mm et les deux pôles sont individualisables : le pôle céphalique (la future tête) et le pôle caudal (l'extrémité inférieure du fœtus).

L'échographie permet de localiser et vérifier l'évolutivité de la grossesse ainsi que déterminer le terme à plus ou moins 3 jours. Le sac gestationnel peut-être visualisé à partir de 32 jours d'aménorrhée pour un expérimentateur entraîné ou d'un taux sanguin de β-HCG > 1500-2000 mIU/ml.

Au moment du diagnostic de la grossesse, il est essentiel de rechercher et reconnaître les grossesses anormales :

- La grossesse extra-utérine (GEU), souvent asymptomatique au début, se manifeste par des métrorragies, des douleurs pelviennes ou un examen gynécologique douloureux. Une stagnation ou une augmentation modérée du taux de β-HCG est en faveur. Il s'agit d'une urgence chirurgicale pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la patiente et sa fertilité ultérieure.

  La crainte d'une GEU est la principale inquiétude des praticiens. Cette crainte conduit à reporter la réalisation de l'IVG ou multiplier les examens, surtout s'il existe des facteurs de risque., avec des conséquences en termes de coût et de vécu pour les patientes.

- La grossesse arrêtée ou fausse couche spontanée, fréquente, se traduit par une diminution des signes de grossesse, des saignements et des douleurs. Pour la patiente, cet événement a une signification psychologique différente de l'IVG.

- La môle hydatiforme (0,6 à 1,1 pour 1000 grossesses), souvent asymptomatique au début mais qui peut se manifester par des métrorragies ou une exagération des signes sympathiques de grossesse. L'utérus paraît plus gros que ne le voudrait l'âge gestationnel et le taux sanguin de β-HCG est très élevé. La môle hydatiforme présente un risque de séquelle maligne qui justifie une surveillance hospitalière.

2.4.2. Parcours de soins de l'IVG.

1) Étape pré-IVG : Recueil du consentement.

- 1ère consultation médicale : la femme fait la demande d'IVG et reçoit une information orale sur les différentes méthodes d'interruption (médicamenteuse ou chirurgicale), sur les lieux de réalisation et notamment sur la possibilité de choix dont elle dispose. Elle doit aussi être informée des risques et effets secondaires possibles et reçoit une documentation écrite (35). C'est également l'occasion pour la femme de recevoir une information sur les différentes méthodes contraceptives, de discuter de celles qui pourraient être adaptées à sa situation et d'aborder les moyens de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

- Entretien psycho-social : à l'issu de cette consultation, une proposition d'entretien avec une personne ayant une formation qualifiante en conseil conjugal permet à la personne de bénéficier d'une écoute, d'un soutien psychologique, d'information et de conseils adaptés à sa situation (23). Cet entretien est facultatif pour une femme majeure. Cet entretien a un intérêt majeur lorsque la demande d'IVG s'accompagne d'une importante détresse et s'exprime de manière urgente.
    - Il est en revanche obligatoire pour une femme mineure.

- 2ème consultation médicale : la patiente confirme sa demande d'IVG par écrit. C'est aussi le moment, s'il y a, du choix de la méthode et du lieu de réalisation de l'avortement.
    - Dans le cas d'une femme mineure, elle nécessite le consentement écrit d'un de ses parents (ou de son représentant légal) ou d'un adulte accompagnant de son choix afin de réaliser les actes médicaux et les soins liés à l'IVG *(35)*.

- Il n'y a plus de délai de réflexion minimal obligatoire entre les deux consultations médicales préalables,
    - sauf pour les femmes mineures où il est de 48 heures afin de pouvoir réaliser l'entretien psycho-social *(7)*.

2) Étape IVG : Réalisation de l'IVG.

- La méthode médicamenteuse comprend une première consultation où la patiente prend les comprimés de *mifépristone* en présence d'un médecin ou d'une sage-femme. Une deuxième prise médicamenteuse est nécessaire 36-48 heures plus tard (le *misoprostol*), soit en consultation également, à domicile ou lors d'une hospitalisation.

- La méthode chirurgicale nécessite une hospitalisation de quelques heures dans un établissement. Une consultation préanesthésique doit être réalisée si l'intervention se fait sous anesthésie générale.

3) Étape post-IVG : Contrôle.

- Une consultation de contrôle survenant entre le 14e et le 21e jour après l'IVG est nécessaire afin de s'assurer que la grossesse a bien été interrompue, de l'absence de complication et que la patiente possède un moyen contraceptif adaptée. C'est aussi l'occasion d'aborder le vécu psychologique de l'avortement.

- Un entretien psycho-social peut être proposé afin que la femme puisse parler de sa situation si elle en ressent le besoin (33) (36).

Tableau récapitulant les étapes du parcours IVG en fonction de la méthode

ETAPES	***IVG instrumentales***	***IVG médicamenteuses***
PRE-IVG		
1ère consultation	Formulation de la demande – méthodes, lieux, risques, effets secondaires Information orale Documentation écrite Prescription +/- dosage β-HCG, groupage ABO, Rhésus + Échographie (datation, localisation, évolution)	
Entretien psycho-social	Facultatif pour les majeures Obligatoire pour les mineures	
2ème consultation	Pas de délai entre les 2 consultations pour les majeures Délai de 48 h pour les mineures	
	Programmation de l'intervention dans le cadre d'une hospitalisation de jour ≤ 14 SA Consultation d'anesthésie	Préparation de l'intervention médicamenteuse par la prise orale de la Mifépristone En ambulatoire (≤ 7 SA) ou dans un établissement de santé, dans le cadre d'une hospitalisation de jour (≤ 9 SA)
IVG		
Déclenchement de l'avortement	Intervention chirurgicale sous anesthésie locale ou générale	En ambulatoire 36 à 48 heures après la prise orale de Mifépristone, ingestion du Misoprostol
POST - IVG		
Consultation médicale	J14 – J21 : contrôle clinique, vécu, moyen contraceptif	
Entretien psycho-social	Facultatif	

2.5. Prise en charge financière de l'IVG.

En 2016, l'élargissement et l'harmonisation de la prise en charge financière de l'IVG a permis d'assurer la gratuité complète du parcours de l'IVG. En effet, le forfait comprend désormais l'intégralité des actes (consultations, examens biologiques, échographies) entourant l'IVG, et est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (7)(37).

Pour les praticiens, les sages-femmes, les centres de santé et les CPEF réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention passée avec un établissement, les tarifs des actes sont les suivants :

Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville			
Code prestation	Libellé (au regard de l'arrêté)	Anciens tarifs	Tarifs à partir du 06/06/2016
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25,00 €
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	100,00 €	50,00 €
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 ultérieure • avec échographie de contrôle ultérieure	Inclus forfait	25,00 € ou 30,24 €

Ainsi, un professionnel facture une ICS (recueil de consentement), puis le FHV et le FMV (réalisation de l'IVG), puis une ICS (consultation dans contrôle) pour un total de 187,92€. Le professionnel fournit à la patiente les médicaments (mifépristone et les prostaglandines).

Ce découpage en trois phases permet une souplesse dans la facturation lorsque les différentes étapes ne sont pas réalisées par le même professionnel. Pour autant, la facturation peut être effectuée en une fois dans un soucis de simplicité (38).

L'IVG médicamenteuse réalisée en établissement de santé public, le forfait est 282,91€. Dans les établissements de santé privés, il est de 95,65€ s'il n'y a pas de surveillance médicale et de 182,61€ avec surveillance médicale.

Concernant l'IVG chirurgicale, dans les établissements publics, le forfait varie de 463,25€ à 664,05€ selon la durée de l'hospitalisation le type d'anesthésie.

Dans les établissements de santé privé ou en centre de santé, le forfait d'accueil et d'hébergement varie de 233,24€ sans nuitée à 328,55€ avec nuitée. A ce forfait, s'ajoutent les différentes consultations, les examens biologiques et d'imagerie, l'anesthésie, l'IVG l'éventuelle injection d'anticorps anti-D (39)(40).

3. Matériels et méthodes.

3.1. Objectifs et type d'étude.

L'objectif principal de cette étude est de faire l'état des lieux des pratiques de l'IVG dans les services d'orthogénie dans l'est de la région Occitanie.
Les objectifs secondaires sont :

- Décrire ces pratiques en fonction du nombre d'IVG pratiquées par an dans les établissements de santé. Nous avons arbitrairement créé trois sous-groupes : moins de 250 IVG/an, entre 250 et 1000 IVG/an et plus de 1000 IVG/an.
- Décrire ces pratiques en fonction du statut juridique des établissements de santé. Nous avons créé deux sous-groupes : public et privé.

Pour répondre à ces objectifs, il a été choisi de réaliser une étude observationnelle, descriptive et transversale.

3.2. Population cible : les établissements d'orthogénie.

L'enquête a été réalisé auprès des 23 établissements d'orthogénie de l'est de la région Occitanie, ayant une activité IVG déclarée au mois de juin 2017 et correspondant :

- Aux 22 établissements situés dans les 5 départements de l'ex-région Languedoc-Roussillon (l'Aude, le Gard, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées-Orientales).
- Un établissement du département de l'Aveyron, de l'ex-région Midi-Pyrénées.

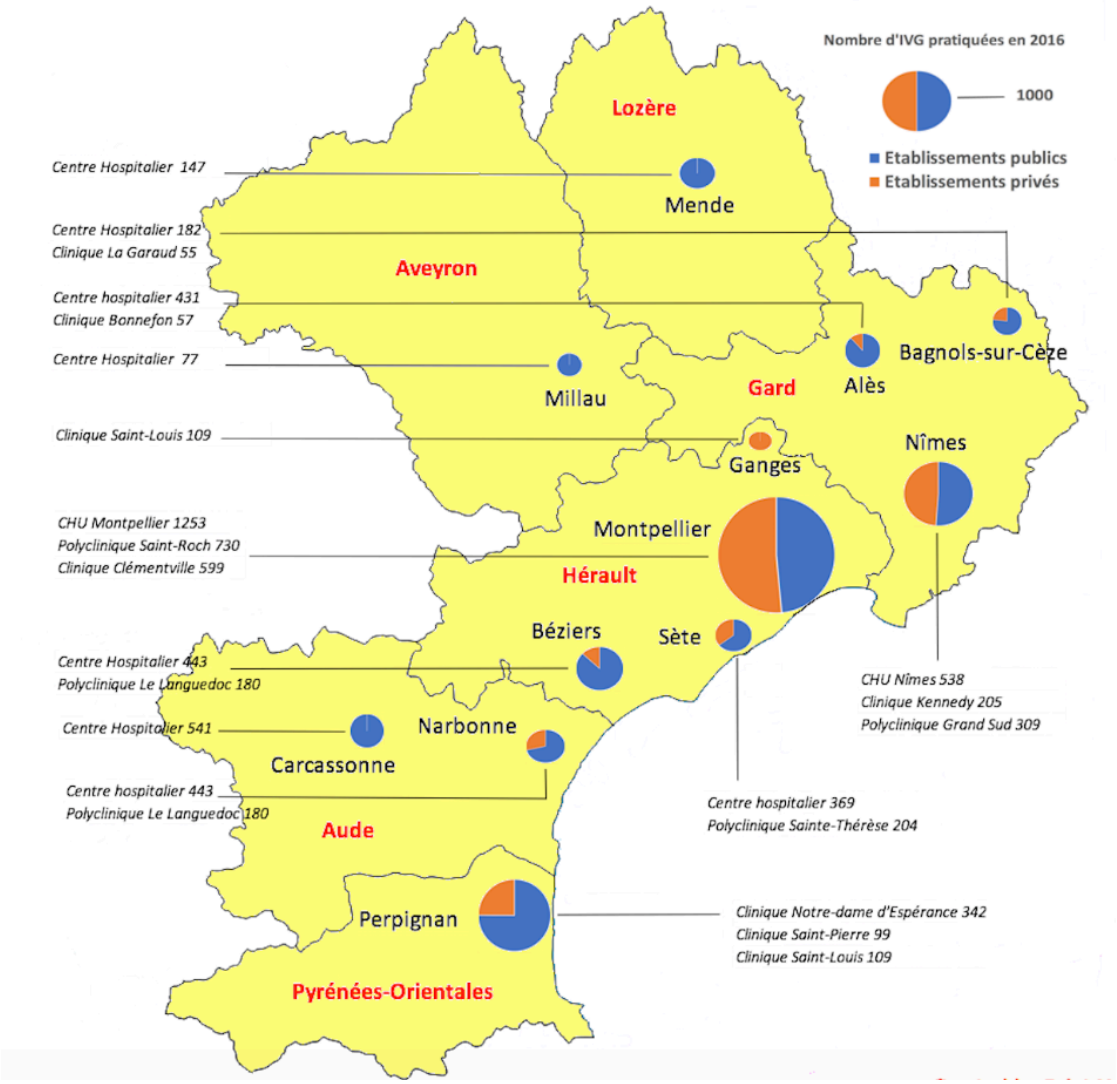
Ces établissements correspondent à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).
Il s'agit d'un territoire défini par un dispositif conventionnel au niveau national autour d'une stratégie médicale commune. Cela correspond à un nouveau mode de coopération entre établissements de santé et vise à garantir un meilleur accès aux soins.

Tableau des établissements inclus dans l'enquête avec le statut juridique et le nombre d'IVG réalisées en 2016.

Nom de l'établissement	Statut juridique	Nombre d'IVG par an *
Centre Hospitalier Narbonne	Public	443
Polyclinique Le Languedoc	Privé	180
Centre Hospitalier Carcassonne	Public	541
Centre Hospitalier Millau	Public	77
Centre Hospitalier Universitaire Nîmes	Public	538
Clinique Kennedy	Privé	205
Polyclinique Grand Sud	Privé	309
Centre Hospitalier Bagnols-sur-Cèze	Public	182
Clinique La Garaud	Privé	55
Centre Hospitalier Alès	Public	431
Clinique Bonnefon	Privé	57
Clinique Saint-Louis	Privé	109
Centre Hospitalier Universitaire Montpellier	Public	1253
Polyclinique Saint-Roch	Privé	730
Clinique Clémentville	Privé	599
Centre Hospitalier Sète	Public	369
Polyclinique Sainte-Thérèse	Privé	204
Centre Hospitalier Béziers	Public	760
Polyclinique Champeau	Privé	113
Centre Hospitalier Mende	Public	147
Centre Hospitalier Perpignan	Public	1330
Clinique Notre-Dame d'Espérance	Privé	342
Clinique Saint-Pierre	Privé	99

* Données issues de la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) de 2016.

Cartographie des établissements illustrant le nombre et la proportion en fonction du statut juridique d'IVG réalisées en 2016.



3.3. Le questionnaire.

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une enquête réalisée par le Réseau Périnatal Lorrain, en mars 2016, sur les pratiques de l'IVG en Lorraine. La méthodologie de cette enquête avait été reconnue au niveau national. De plus, elle est conforme aux attentes exprimées dans la circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 sur l'élaboration des plans régionaux (41).

Le questionnaire comprenait 63 items sous forme de questions à choix simple, questions à choix multiple ou nécessitant un commentaire libre (voir Annexe).
Une question demandait aux établissements de joindre leur procédure IVG. Ceci était facultatif.

Ce questionnaire standardisé a été conçu pour être rempli en 20 minutes maximum. Il a été mis en ligne via le logiciel LimeSurvey®.

Différentes thématiques étaient abordées :

- **Identification de l'établissement** et des professionnels y réalisant les IVG.
- **Modalités de prise de rendez-vous** auprès de l'établissement : par quels moyens (téléphone, internet, présence physique), avec quel secrétariat (service de gynéco-obstétrique, spécifique, personne référente), délai pour obtenir le premier rendez-vous.
- **L'organisation de l'établissement face aux situations particulières** : présence d'une personne majeure si la demande d'IVG est formulée par une femme mineure et possibilité d'anonymisation, prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité (femmes non assurées sociales et femmes étrangères en situation irrégulière), demande d'IVG entre 12 et 14 SA, si les consultations préalables ont été réalisé hors établissement, refus de pris en charge.
- **Les procédures IVG** au sein de l'établissement : abord de la contraception et réalisation de l'échographie de datation au cours de la première consultation, existence d'une procédure IVG, organisation de la confidentialité.
- **Permanence de l'accès à l'IVG dans l'établissement** : continuité assurée lors des absences occasionnelles et de la période estivale, orientation vers d'autres établissements, recours à la plateforme nationale.
- **Modalités de prise en charge de l'IVG :** disponibilité de l'IVG médicamenteuse et chirurgicale et jusqu'à quel terme, disponibilité des différentes méthodes d'anesthésie, protocole prise en charge de la douleur.

- **Consultation de contrôle post-IVG :** consultation prévue systématiquement, dans quel délai, orientation vers un autre praticien, procédure de rappel si absence au rendez-vous de contrôle.
- **Existence de conventions** avec d'autres établissements de santé ou des praticiens libéraux.
- **Relation avec la plateforme d'information et d'orientation nationale :** en cas d'impossibilité de répondre à une demande d'IVG.
- **Précisions ou remarques supplémentaires.**

3.4. Données confidentielles.

Les coordonnées des praticiens réalisant les IVG ainsi que des professionnels de santé libéraux conventionnés avec les établissements étaient demandées. Une question concernait les numéros des standards téléphoniques pour prendre rendez-vous pour avoir une IVG.
Ces données confidentielles n'apparaîtront pas dans ce travail.

Ces données ont été transmises au réseau de périnatalité Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon et à l'ARS de la région Languedoc-Roussillon.

3.5. Déroulement de l'étude.

L'enquête s'est déroulée du 28 juin 2017 au 13 juillet 2017 inclus.

Grâce au réseau de périnatalité Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon (NGLR) , les professionnels de santé référents pour l'activité IVG dans chaque établissement ont été repérés en amont.

Une première phase de recueil de données a eu lieu du 28 juin 2017 au 05 juillet 2017. Le questionnaire a été diffusé par courriel auprès de ces professionnels référents. Le lien vers ce questionnaire en ligne était accompagné d'une lettre d'information explicative sur les enjeux de ce travail.

Une seconde phase de recueil des données s'est déroulée du 06 juillet 2017 au 12 juillet 2017. Un second mail a été diffusé afin de rappeler les enjeux et de recueillir un maximum de réponses. Les

personnes ayant participé à l'enquête ont été remercié. Au cours de cette semaine, les professionnels référents n'ayant pas répondu ont été relancés par téléphone. Une aide au remplissage du questionnaire leur a été proposée : l'enquêteur remplissait le questionnaire et inscrivait les déclarations faites par le professionnel référent au téléphone.

3.6. Présentation et analyse de données.

Les données du questionnaire ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2016®. Tous les questionnaires ont été encodés, qu'ils soient complètement remplis ou non. Des tableaux de contingence et des graphiques ont été réalisés sur ce tableur.

Certaines questions nécessitaient un commentaire libre. Les réponses ont été décrites en catégories si possible, et présentées entre guillemets.

Nous avons décidé de ne pas réaliser d'analyses statistiques pour comparer nos sous-groupes car les conditions nécessaires à ces calculs n'étaient pas garanties :

- Notre effectif n'a pas été calculé pour montrer une différence statistiquement significative entre les différents sous-groupes, mais pour décrire des pratiques dans une aire géographique précise. De plus l'effectif étant faible, il est fort probable qu'une part importante des différences observées aient été non statistiquement significatives.
- Il n'est pas garanti que nos variables quantitatives suivent une distribution normale (c'est-à-dire selon une courbe de Gauss autour de la moyenne). Cette distribution normale est très difficile à observer avec un effectif aussi faible.

4. Résultats

4.1. Taux de réponse.

La première phase de recueil de données a permis d'obtenir 15 réponses complètes et 2 réponses incomplètes sur les 23 établissements contactés. A l'issu de la seconde phase de recueil, il y avait 22 réponses complète et 1 incomplète.

Cela représente un taux de réponses complètes de 96%.

L'établissement ayant donné une réponse incomplète, a rempli le questionnaire jusqu'à la question D3. « L'échographie de datation est-elle réalisée au cours de la première consultation ? » incluse.

Caractéristiques des établissements	Nombre d'établissement ayant donné une réponse incomplète ou complète (n = 23)	Nombre d'établissement ayant donné une réponse complète seulement (n = 22)
Moins de 250 IVG/an	10	9
De 250 à 1 000 IVG/an	11	11
Plus de 1 000 IVG/an	2	2
Public	11	11
Privé	12	11

Dix établissements ont envoyé par mail leur procédure IVG demandée à la question F3 (voir Annexe). Ces établissements sont le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, les Centres Hospitaliers de Carcassonne, de Perpignan, de Millau, de Mende et les cliniques La Garaud, le Languedoc, Saint-Roch, Saint-Louis et Sainte-Thérèse.

Les 23 professionnels référents ayant répondu à notre enquête sont composés de :

- 20 femmes.
- 3 hommes.

Ces professionnels occupent dans leur service la fonction suivante :

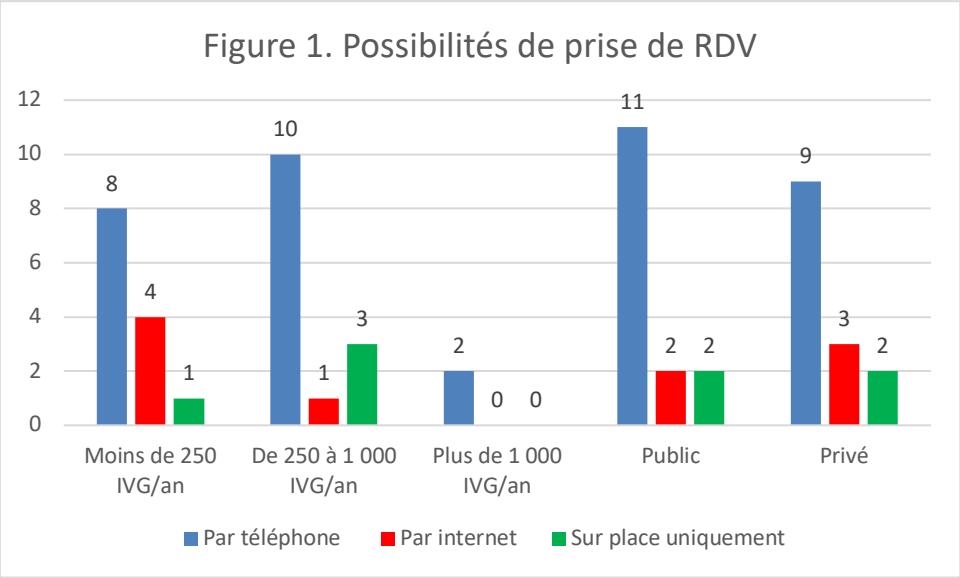
- 3 sont docteurs en médecine.
- 16 sont sages-femmes.
- 4 sont agents administratifs.

4.2. Modalités de prise de rendez-vous pour l'accès à l'IVG dans les établissements.

B1. Possibilité de prise de rendez-vous dans votre établissement par téléphone ? Oui (20 réponses).

B3. Possibilité de prise de rendez-vous par internet ? Oui (5 réponses).

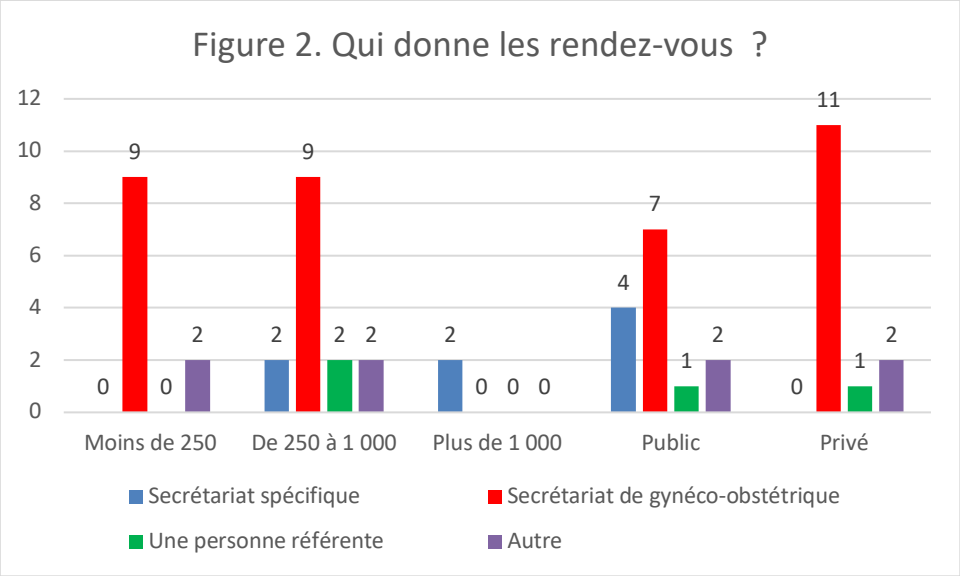
B4. Les rendez-vous ne sont proposés qu'en cas d'accueil physique ? Oui (4 réponses).



B5. Qui donne les rendez-vous ?

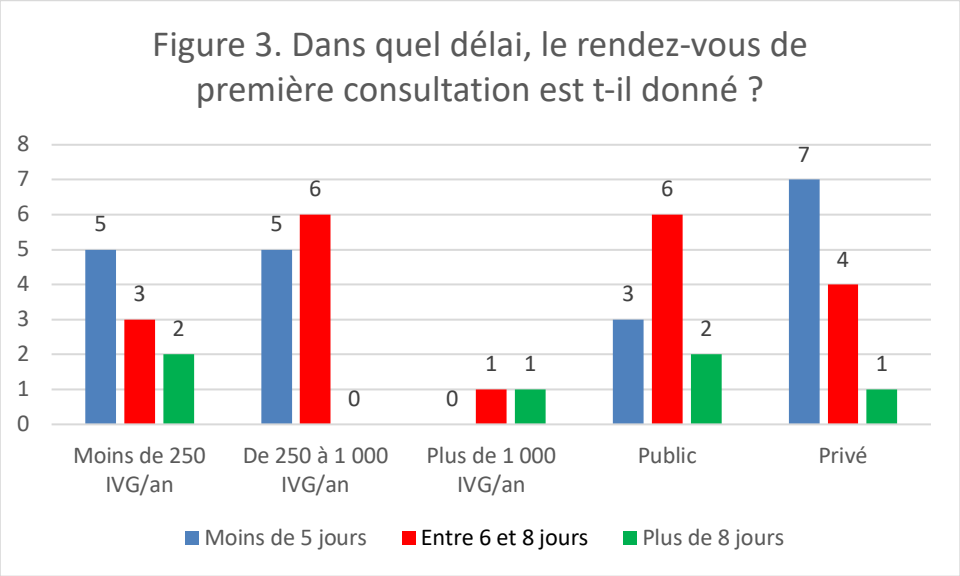
- Un secrétariat spécifique : 4 réponses.
- Un secrétariat de gynéco-obstétrique : 18 réponses.
- Une personne référente : 2 réponses. « Secrétaire dédiée » (1 réponse) et « sage-femme service d'orthogénie » (1 réponse).

- Autre : 4 réponses. « Sage-femme » (2 réponses), « centre de planification » (1 réponse) et « secrétariat médical polyvalent » (1 réponse).



B7. Dans quel délai le rendez-vous de première consultation est-il donné (en jours) ?

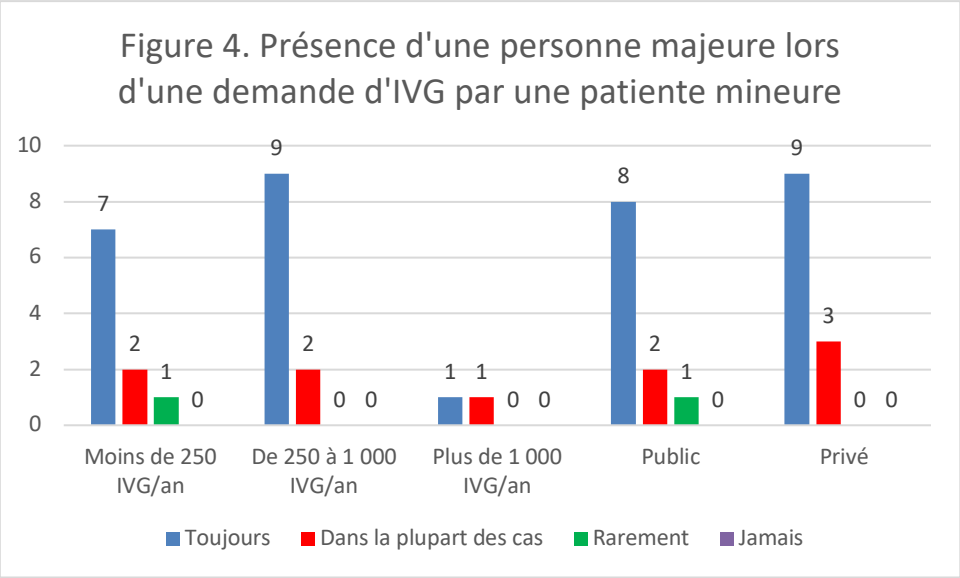
- Moins de 5 jours : 10 réponses
- Entre 6 et 8 jours : 10 réponses.
- Plus de 8 jours : 3 réponses.



4.3. Organisation des établissements face aux situations particulières.

C1. Lors d'une demande d'IVG formulée par une mineure, la réponse proposée est-elle organisée avec la présence d'une personne majeure ?

- Toujours (17 réponses).
- Dans la plupart des cas (5 réponses).
- Rarement (1 réponse).
- Jamais (0 réponse).

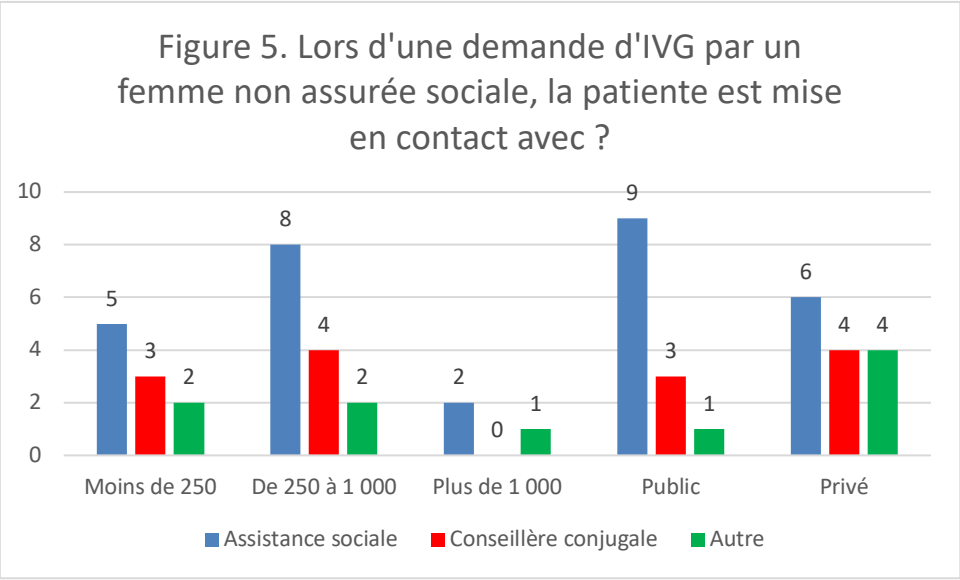


C2. Lors d'une demande d'IVG formulée par une mineure, est-ce qu'il y a possibilité d'anonymisation de la facturation si secret souhaité ?

- Oui (23 réponses).
- Non (0 réponses).

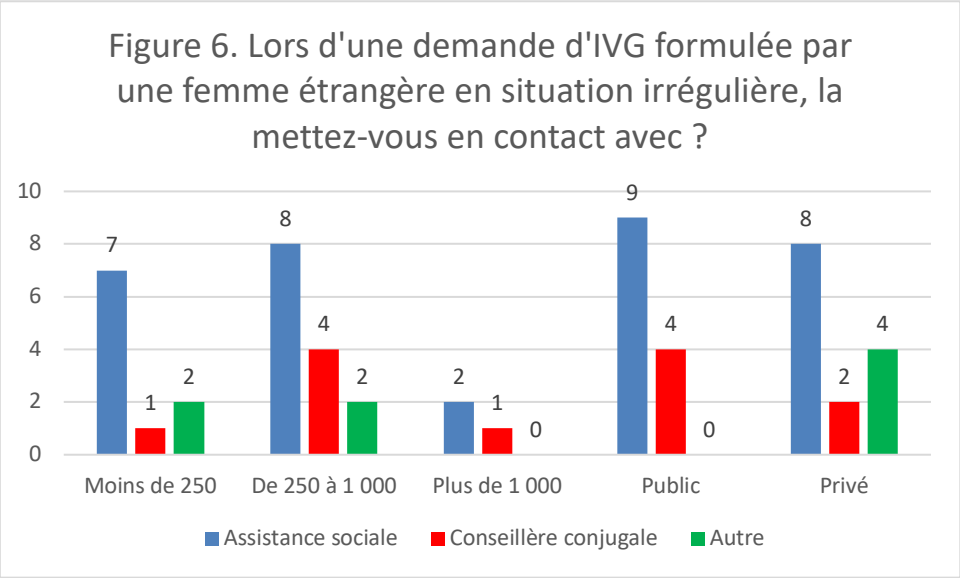
C3. Lors d'une demande d'IVG formulée par un femme non assurée sociale, la mettez-vous en contact avec ?

- Assistante sociale (15 réponses).
- Conseillère conjugale (7 réponses).
- Autre (5 réponses) : « Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) », « Centre Hospitalier Universitaire (CHU)» (2 réponses), « planning familial » , « acte payant à l'assurée ».



C4. Lors d'une demande d'IVG formulée par un femme étrangère en situation irrégulière, la mettez-vous en contact avec ?

- Assistante sociale (17 réponses).
- Conseillère conjugale (6 réponses).
- Autre (4 réponses) : « CHU » (2 réponses), « Services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) », « Aide Médicale d'État (AME) ».



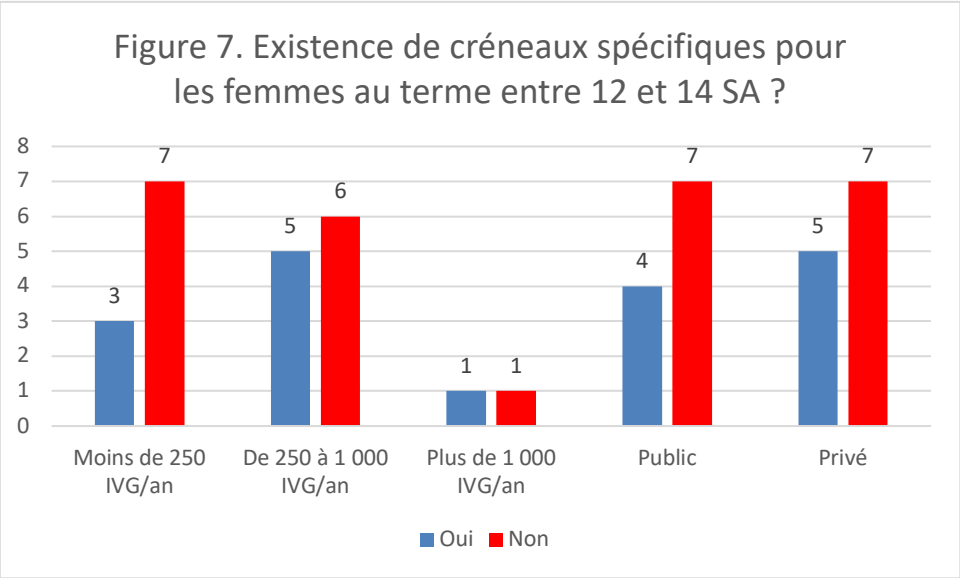
C5. Quelles seraient les autres situations de vulnérabilité que vous prenez en compte dans votre organisation ?

Les établissements ont évoqué différentes situations de vulnérabilité à travers leurs réponses. Elles ont été réparties en différentes thématiques :

- Difficultés économiques (4 réponses).
- Addictions (3 réponses).
- Difficultés sociales (2 réponses).
- Violence conjugale (2 réponses).
- Troubles psychologiques ou psychiatriques (2 réponses).
- Patiente mineure (2 réponses).
- Conjugopathie (2 réponses).
- IVG tardive (1 réponse).
- IVG à répétition (1 réponse).
- Vécu traumatique de situations obstétricales (1 réponse).
- Handicap (1 réponse).

C6. Des créneaux spécifiques sont-ils réservés dans les plannings pour les femmes entre 12 et 14 SA ?

- Oui (9 réponses).
- Non (14 réponses).



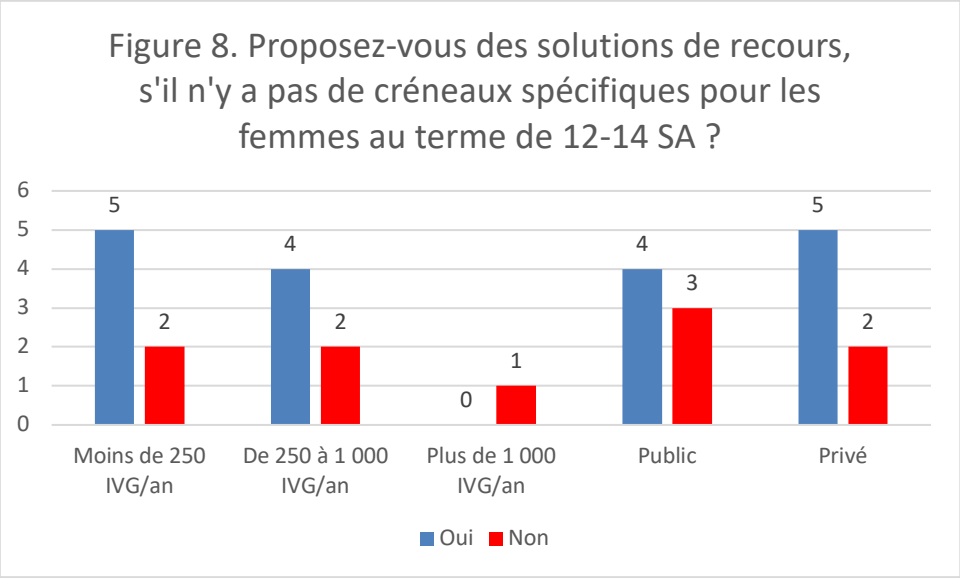
Les 9 établissements ayant donné une réponse positive à la question C6, ont répondu à la question suivante *C7. Précisez l'organisation.*

Ces 9 établissements ont décrit les procédures d'urgence suivantes :

« Rendez-vous donné au même titre que les autres mais prise en priorité ».
« En fonction des praticiens ».
« Apelle du gynécologue et de l'anesthésiste directement par la sage-femme référente pour une prise en charge encore plus rapide de la patiente ».
« Consultation avec le médecin et programmation au bloc opératoire en urgence, mais impossibilité de répondre à toutes les demandes de 12-14 SA ».
« Prise en charge en urgence ».
« Hospitalisation de 24h en service maternité avec protocole Mifégyne et Cytotec ».
« Pour toute consultation en urgence les médecins sont secondés par la sage-femme d'orientation et d'urgence ».
« Consultation toujours prévue en urgence le jour même ou au plus tard le lendemain, conjointement avec la consultation d'anesthésie. Possibilité d'acte le samedi matin ».
« Une consultation est toujours organisée avec le gynécologue de garde ».

Les 14 établissements ayant donné une réponse négative à la question C6, ont répondu à la question suivante *C8. Si non, pouvez-vous proposer des solutions de recours ?*

- Oui (9 réponses).
- Non (5 réponses).



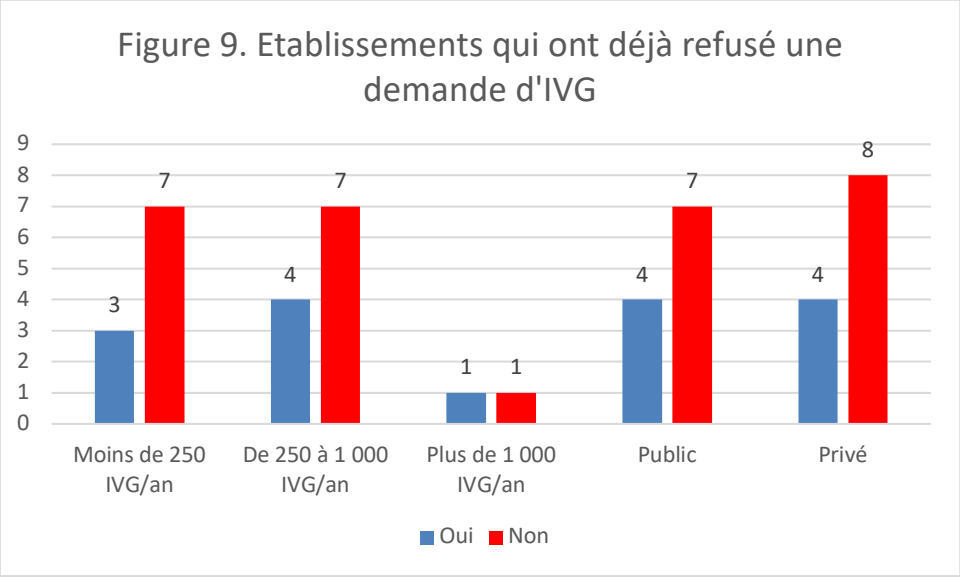
Les 9 établissements ayant donné une réponse positive à la question C8, ont répondu à la question suivante *C9. Si oui, vers qui orientez-vous ?*

- Centre Hospitalier de Millau oriente vers « Centre Hospitalier de Rodez ».
- Clinique Saint-Roch oriente vers « gynécologues de Saint-Roch ou CHU de Montpellier».
- Centre Hospitalier de Carcassonne oriente vers « Rendez-vous pris en plus ou orienté vers consultation gynéco d'urgence ».
- Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze a répondu « prise en charge dans le cadre de l'urgence par la sage-femme référente ».
- Clinique Clémentville oriente vers « CHU Montpellier ».
- Clinique La Garaud oriente vers « Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze service de gynéco-obstétrique ».
- Clinique Saint-Louis oriente vers « centre d'orthogénie du CHU de Montpellier ».

- Centre Hospitalier de Sète oriente vers « cliniques de Sète ou de Montpellier ».

C10. Vous est-il arrivé de refuser une prise en charge ?

- Oui (8 réponses).
- Non (15 réponses).



Les 8 établissements ayant donné une réponse positive à la question C10, ont répondu à la question suivante *C11. Si oui, dans quelle(s) situations(s) ?*

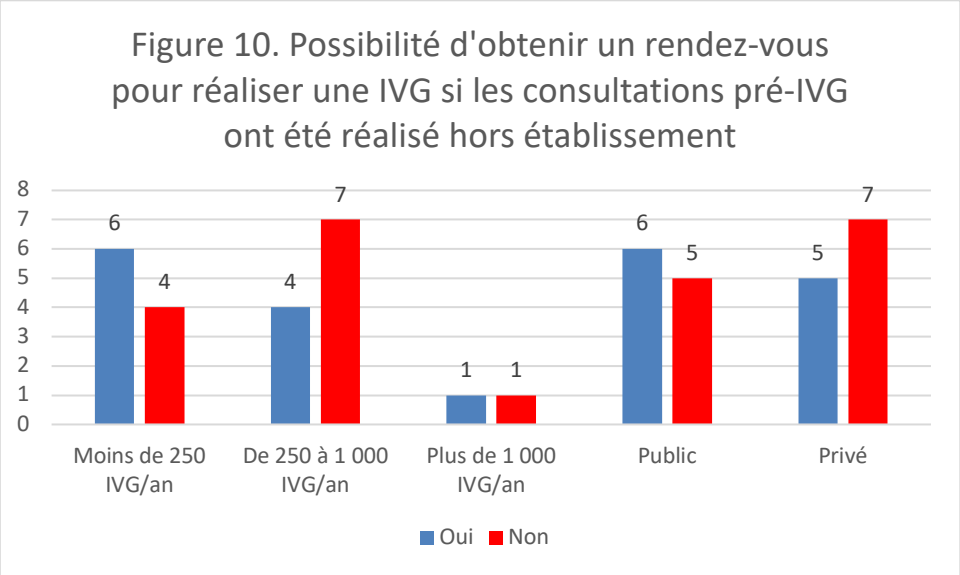
- Terme limite (7 réponses).
- Méthode indisponible (1 réponse).
- Indisponibilité d'un praticien (3 réponses).
- Autre : « situation familiale très compliquée » (1 réponse), « au-delà du terme légal » (1 réponse).

Les 8 établissements ayant donné une réponse positive à la question C10, ont répondu à la question suivante *C12. Vers qui orientez-vous ?*

- Centre Hospitalier Narbonne a répondu « Polyclinique Le Languedoc et hôpitaux de proximité ».
- Clinique Kennedy a répondu « CHU Nîmes ».
- Polyclinique Saint-Roch a répondu « CHU Montpellier ».
- CHU Montpellier a répondu « Centres Hospitaliers de Sète et Béziers, Polyclinique Saint-Roch et Clinique Clémentville ».
- Clinique Saint-Louis a répondu « CHU Montpellier ».
- Centre Hospitalier de Sète a répondu « Cliniques ».

C13. Une femme ayant satisfait aux obligations de consultation (C1 + C2 hors établissement) peut-elle obtenir un rendez-vous pour une IVG dans votre établissement sans consultation supplémentaire ?

- Oui (11 réponses).
- Non (12 réponses).



Les 12 établissement ayant donné une réponse négative à la question C13, ont répondu à la question suivante : *C14. Si non, organisation proposée ?*

Ces 12 établissements refont au moins une consultation pré-IVG systématiquement :

« Toutes les patientes sont vues via le cabinet des 3 gynécologues sur place. Échographie non refaite si déjà fait, délai de réflexion au cas par cas. »

« Les médecins qui prennent en charge la patiente pour une IVG (libéraux) souhaitent revoir la patiente en consultation C2 ».

« Patiente vue en consultation une fois, pour mettre en place le dossier médical et la programmation ».

« Nos patientes sont toutes envoyées après une consultation avec un de nos gynéco-obstétriciens ».

« Consultation avec une sage-femme pour dossier pour les praticiens conventionnés. Si non conventionnés alors consultation avec le médecin et la sage-femme ».

« Une seule consultation pour rédaction de l'observation, vérification des documents nécessaires à l'IVG +/- programmation de l'hospitalisation ».

« Entretien avec la sage-femme d'orthogénie pour vérification du dossier et des consultations préalables, validation par le médecin référent du service ».

« Au moins la consultation C2 par un médecin de la Clinique Clémentville ».

« Pour prise consultation RU, une pour contrôler l'échographie faite à l'extérieur (écho refaite), vérifier les contre-indications éventuelles et sinon donner les comprimés. Pour bloc opératoire, une consultation pour contrôler l'échographie faite à l'extérieur (écho refaite) ainsi que le courrier de la C1 et prises de sang et proposition d'une date pour l'intervention (environ 1 semaine après) ».

« Consultation systématique avec le chirurgien pratiquant l'acte dans les plus brefs délais ».

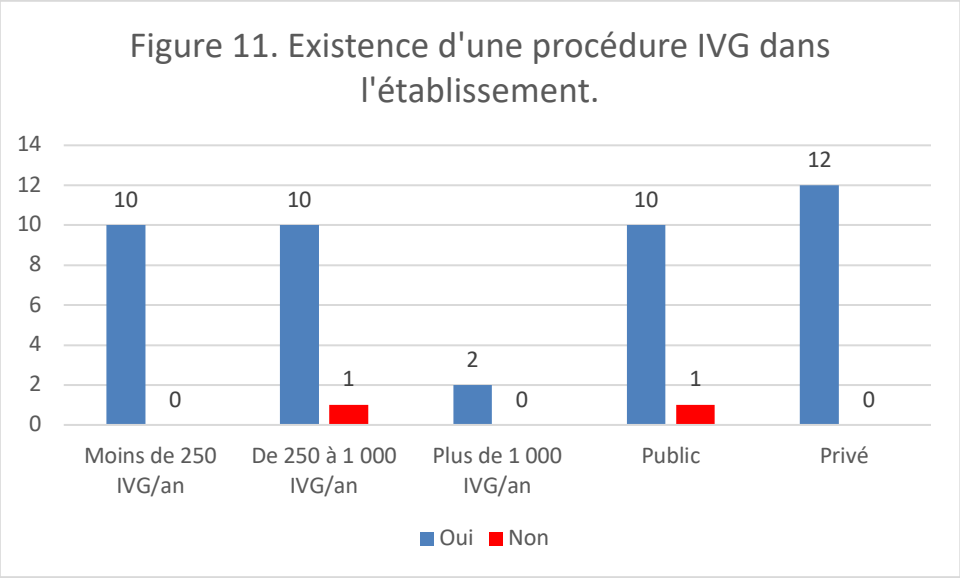
« Elle peut obtenir un RDV mais après avoir rencontré un gynéco-obstétricien de l'établissement ».

« Consultation de principe ».

4.4. Procédures médicales au sein des établissements.

D1. Existe-t-il une procédure IVG dans votre établissement ? Si oui, merci de la joindre à ce questionnaire

- Oui (22 réponses).
- Non (1 réponse).

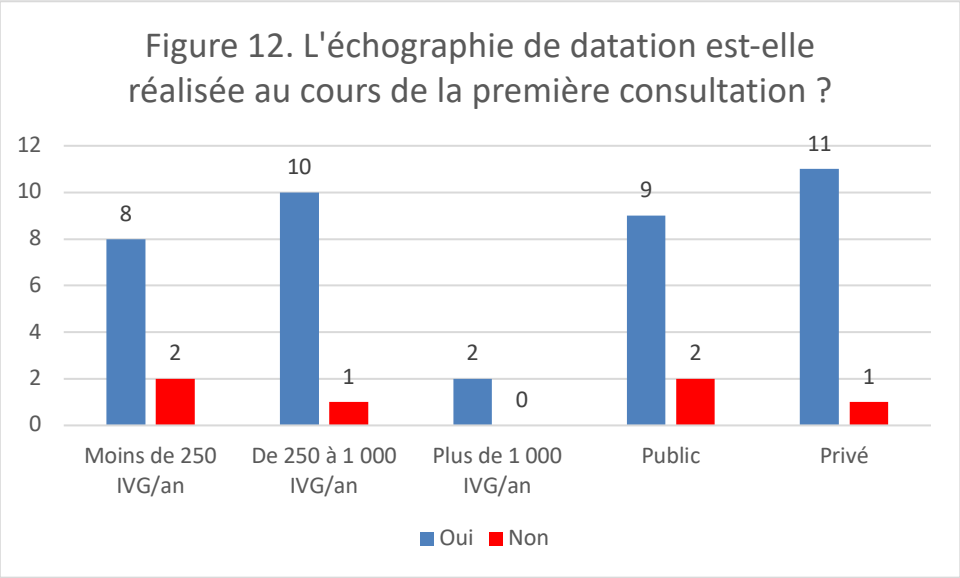


L'établissement ayant donné une réponse négative a répondu à la question D1, a répondu à la question suivante : *D2. Si non, expliquez pourquoi ?*

« Pas compris la question ».

D3. L'échographie de datation est-elle réalisée au cours de la première consultation ?

- Oui (20 réponses).
- Non (3 réponses).



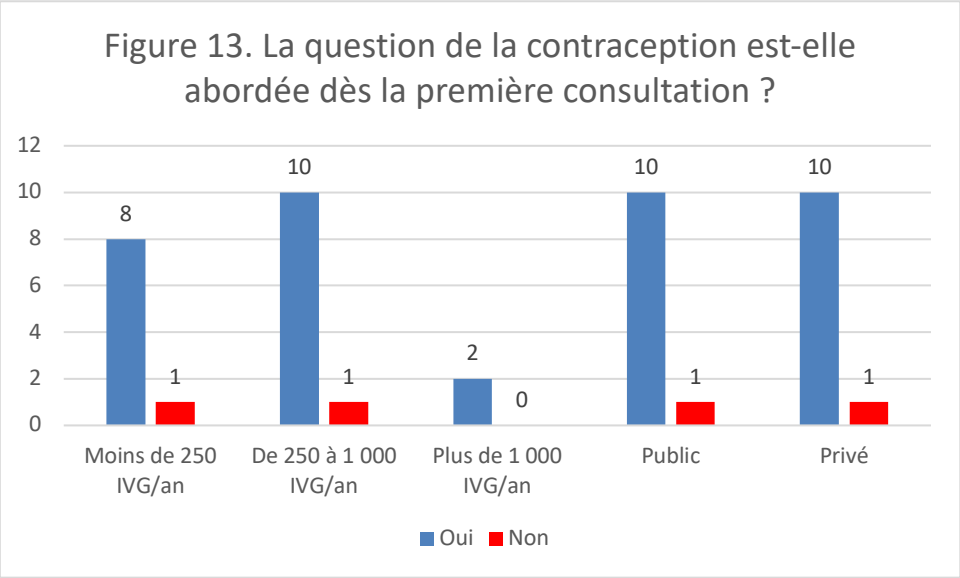
Les 3 établissements ayant donné une réponse négative à la question D3, ont répondu à la question suivante : *D4. Si non, comment est-elle organisée (où, par qui, dans quel délai…) ?*

Dans ces 3 établissements, l'échographie de datation est réalisée avant la première consultation :

> « Les patientes sont reçues à la première consultation avec une échographie de datation faite précédemment soit à l'extérieur soit sur l'hôpital ».
> « La secrétaire lui donne des explications pour la prise de rendez-vous en amont de la consultation auprès du planning familial ».
> « En général, les patientes viennent avec leur échographie de datation de grossesse ».

D5. La question de la contraception est-elle abordée dès la première consultation ?

- Oui ((20 réponses).
- Non (2 réponses).



Les 2 établissements ayant donné une réponse négative à la question D5, ont répondu à la question suivante *D6. Si non, pourquoi ?*

« Souvent après la 2ème consultation ».
« Lors de la deuxième consultation ».

D7. Si le secret est demandé, comment la confidentialité est-elle organisée ?

Vingt-deux établissements ont répondu à cette question. Ces 22 procédures de confidentialité ont été décrites en deux catégories :

- Procédure d'anonymisation administratif (20 réponses) :

« Anonymat administratif pour les majeures »,
« Prise en charge en sous X »,
« Procédure anonyme possible selon protocole en vigueur dans l'établissement »,
« Anonymat organisé avec le bureau des admissions »,
« Anonymisation »,
« Entretien avec l'assistante sociale et anonymisation de la facturation à l'Assurance Maladie (protocole),
« La confidentialité est organisée au bureau des admissions »,
« Anonymat administratif »,
« Anonymiser à la CPAM » ,

« Tous les dossiers administratifs IVG sont confidentiels. Il est toujours demandé à la patiente si on peut lui envoyer un courrier à domicile ou non, si on peut noter ses coordonnées téléphoniques ou pas »,
« Le bureau des entrées crée des étiquettes sous X »,
« Il y a une anonymisation dès le bureau des entrées avec des étoiles sur les étiquettes pour une non divulgation de la présence »,
« Au niveau du logiciel, il est possible de faire apparaître la demande. Une icône apparaît mettant en garde l'employé de la clinique sollicité que la patiente ne veut pas qu'on sache qu'elle est là »,
« Aucun document remis lors de la prise en charge ne précise le motif de celle-ci (certificat de consultation et d'hospitalisation en clinique pour une intervention) »
« Oui procédure d'anonymisation »
« Anonymisation du dossier et procédure d'identitovigilance d'anonymisation »
« Toutes les patientes sont soumises à la confidentialité administrative et à la gratuité dans notre établissement »,
« L'anonymat de l'identité de la patiente »
« Même en dehors de toute demande de confidentialité la patiente est reçue par la sage-femme qui prend en charge la patiente dans sa globalité (la patiente ne rencontre pas d'administratif et la facturation est anonymisée au niveau des caisses) »,
« Anonymat ».

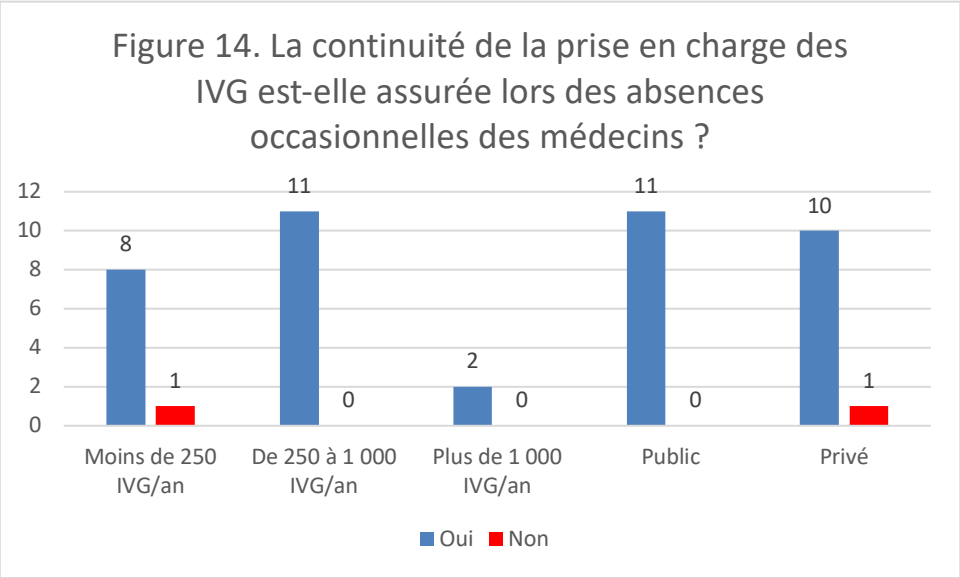
- Organisation du service assurant une confidentialité pour les patientes (2 réponses) :

« Entre le médecin et la secrétaire référente »,
« Accueil dans un bureau avec porte fermée. Discrétion quant à la présence de la patiente ».

4.5. Permanence de l'accès à l'IVG dans les établissements.

E1. La continuité de la prise en charge de l'IVG est-elle assurée lors des absences occasionnelles des médecins (maladie, formation…) ?

- Oui (21 réponses).
- Non (1 réponse).



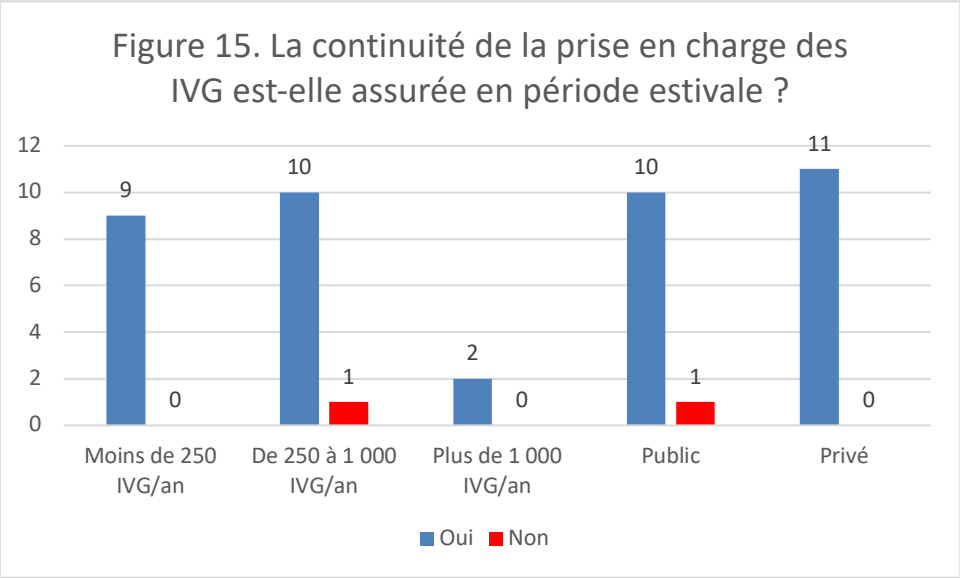
L'établissement qui a donné une réponse négative à la question E1 est la Clinique La Garaud.

Cet établissement a répondu aux questions suivantes :

- *E2. Adressez-vous sur un autre établissement ?* Oui.
- *E3. Le ou lesquels ?* Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze.
- *E4. Disposez-vous d'une liste des autres établissements ?* Oui.
- *E5. Proposez-vous dans ce cas le numéro d'appel de la plateforme nationale ?* Non.

E6. La continuité de la prise en charge des IVG est-elle assurée en période estivale ?

- Oui (21 réponses).
- Non (1 réponse).



L'établissement qui a donné une réponse négative à la question E6 est le Centre Hospitalier de Sète.

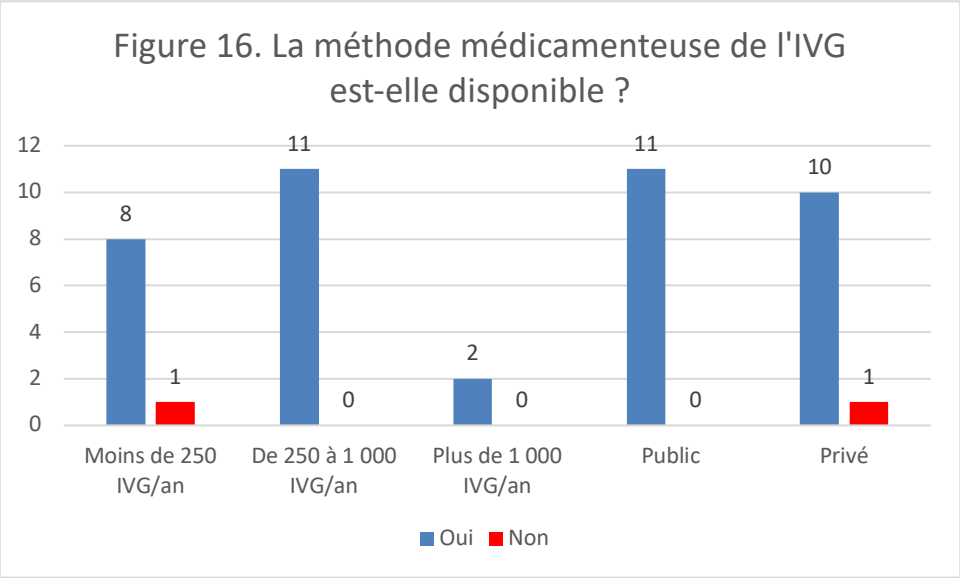
Cet établissement a répondu aux questions suivantes :

- *E7. Adressez-vous sur un autre établissement ?* Oui.
- *E8. Le ou lesquels ?* « Cliniques de Sète ou de Montpellier ».
- *E9. Disposez-vous d'une liste des autres établissements ?* Oui.
- *E10. Proposez-vous dans ce cas le numéro d'appel de la plateforme nationale ?* Non.

4.6. Pratiques médicales de l'IVG dans les établissements.

F1. Dans votre établissement, la prise en charge médicamenteuse est-elle disponible ?

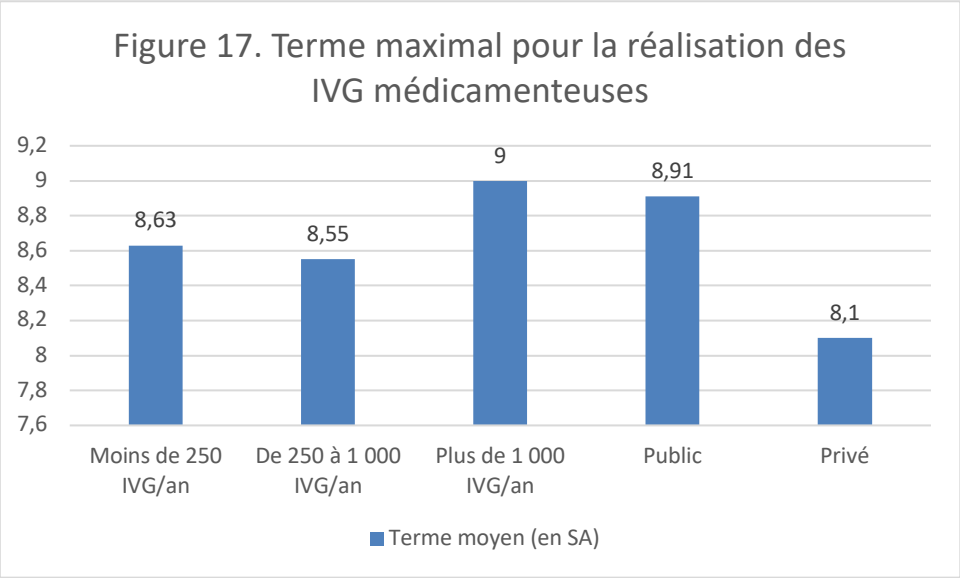
- Oui (21 réponses).
- Non (1 réponse).



Les 21 établissements ayant donné une réponse positive à la question F1, ont répondu à la question *F2. Si oui, jusqu'à quel terme en SA ?*

- 7 SA (6 réponses).
- 8 SA ((3 réponses).
- 9 SA (10 réponses).
- 11 SA (1 réponse).
- 14 SA (1 réponse).

La moyenne du terme maximal de réalisation de l'IVG médicamenteuse est de 8,62 SA.



F3. Si oui, quelle est votre procédure (molécule, dosage, prise en charge en externe ou en HDJ…) ?

Les réponses à cette question ouverte ont décrites dans les catégories suivantes :

- Protocoles médicamenteux pratiqués par les établissements

- Prise de Mifépristone 600 mg per os suivie 36-48 heures après d'une prise de Misoprostol 400 µg. Prise de Misoprostol à renouveler 3 à 4 heures après si nécessaire. (8 établissements).

- Prise de Mifépristone 600 mg per os suivie 36-48 heures après d'une prise de Misoprostol (2 comprimés de 400 µg). Prise de Misoprostol 400 µg à renouveler 3 heures après si nécessaire. (2 établissements)

- Prise de Mifépristone 600 mg per os suivie 36-48 heures après d'une prise de Misoprostol 400 µg si le terme est inférieur à 7 SA. Si le terme est supérieur à 7 SA, la prise de Mifépristone est suivie 36-48 heures après d'une prise de Géméprost 1 mg en ovule. (1 établissement)

- Prise de Mifépristone 200 mg per os suivie 36-48 heures après d'une prise de Misoprostol (2 comprimés de 400 µg). Prise de Misoprostol 400 µg à renouveler 3 heures après si nécessaire (3 établissements).

- Organisation de la séquence de traitement de l'IVG médicamenteuse

- Prise d'un anti-progestérone en consultation suivie 36 à 48 heures après d'une prise d'une prostaglandine en Hôpital De Jour (3 établissements).

- Prise d'un anti-progestérone en consultation suivie 36 à 48 heures après d'une prise d'une prostaglandine à domicile (4 établissements).

- Prise d'un anti-progestérone en consultation suivie 36 à 48 heures après d'une prise d'une prostaglandine lors d'une hospitalisation de quelques heures (8 établissements).

- Prise d'un anti-progestérone en consultation suivie 36 à 48 heures après d'une prise d'une prostaglandine. Cette prise se fait en consultation si le terme de la grossesse est inférieur à 7 SA ou lors d'une hospitalisation si le terme est compris entre 7 et 9 SA (2 établissements).

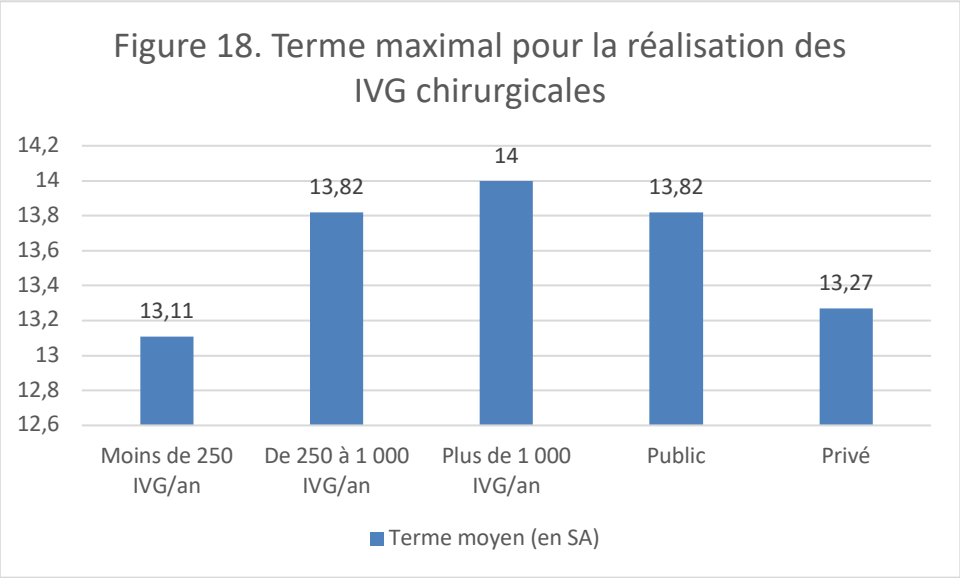
F4. Dans votre établissement, la prise en charge chirurgicale est-elle disponible ?

- Oui (22 réponses).
- Non (0 réponse).

Les 22 établissements ayant donné une réponse positive à la question F4, ont répondu à la question suivante *F5. Si oui, jusqu'à quel terme en SA ?*

- 12 SA (4 réponses).
- 13 SA (2 réponses).
- 14 SA (16 réponses).

La moyenne du terme maximal de réalisation de l'IVG chirurgicale est de 13,55 SA.

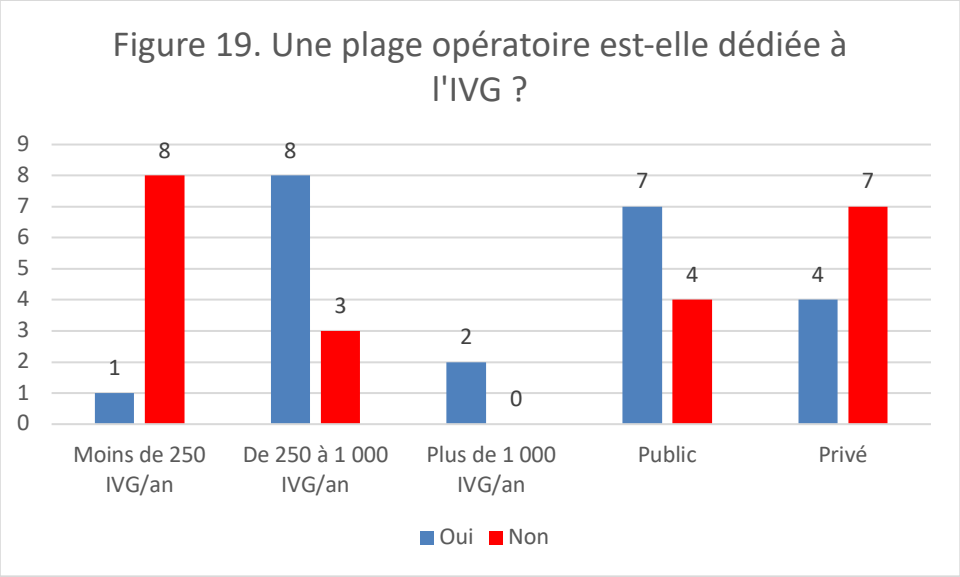


Les 22 établissements ayant donné une réponse positive à la question F4, ont répondu à la question suivante *F6. Qui programme l'IVG ?*

- Le médecin (17 réponses).
- La sage-femme (4 réponses).
- La secrétaire (3 réponses).

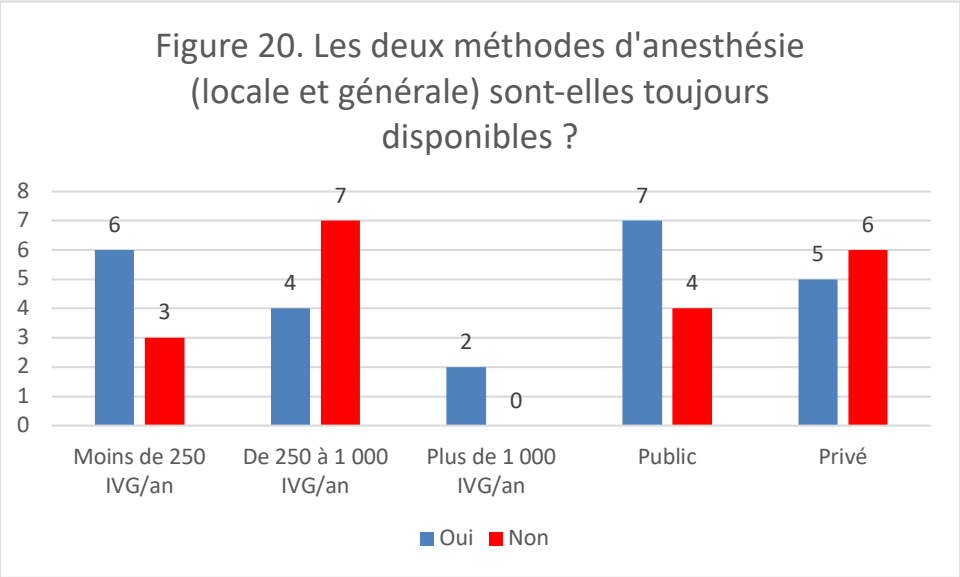
F7. Une plage opératoire est-elle dédiée à l'IVG ?

- Oui (11 réponses).
- Non (11 réponses).



F8. Les deux méthodes d'anesthésie (locale et générale) sont-elles toujours disponibles ?

- Oui (12 réponses).
- Non (10 réponses).

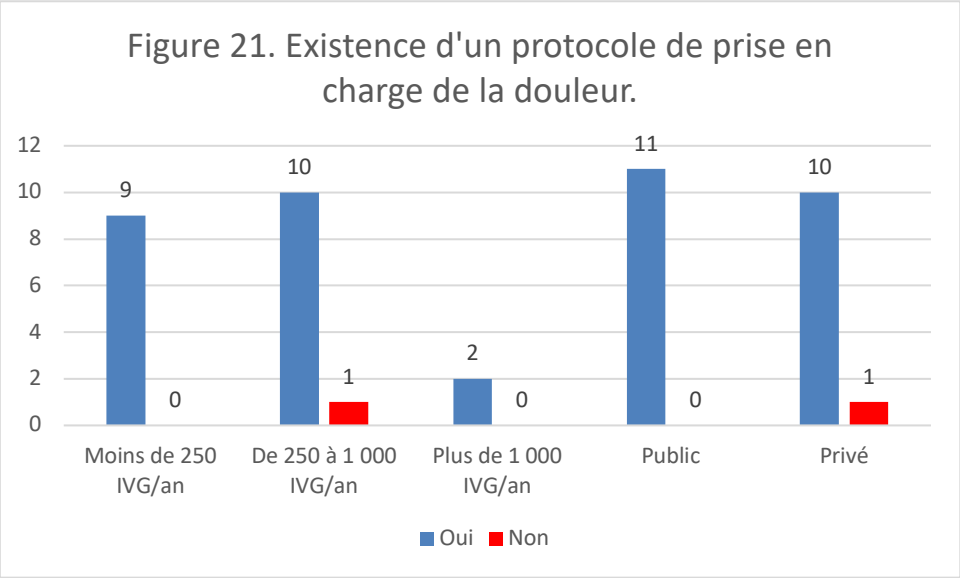


Les 10 établissements ayant donné une réponse négative à la question F8, ont répondu à la question suivante *F9. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?*

- Anesthésie générale systématique (6 réponses).
- Cela dépend du gynécologue (3 réponses).
- Cela dépend de l'anesthésiste (1 réponse).
- Confort de la patiente (1 réponse).

F10. Dans votre établissement, existe-t-il un protocole de prise en charge de la douleur ?

- Oui (21 réponses).
- Non (1 réponse).



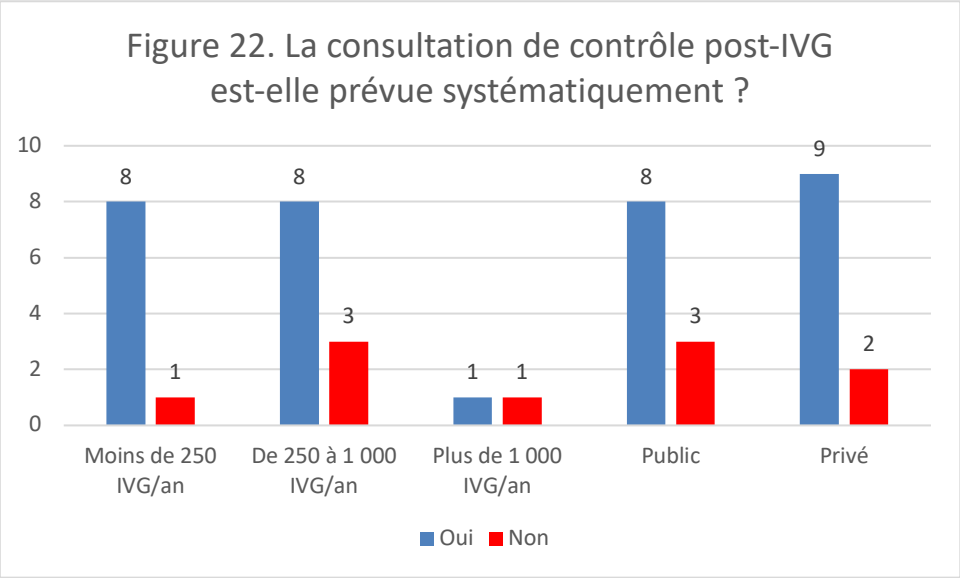
L'établissement ayant donné une réponse négative à la question F10, a répondu à la question suivante *F11. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?*

> « La prise en charge de la douleur dépend du gynécologue et de l'anesthésiste qui interviennent ».

4.7. Consultation de contrôle post-IVG.

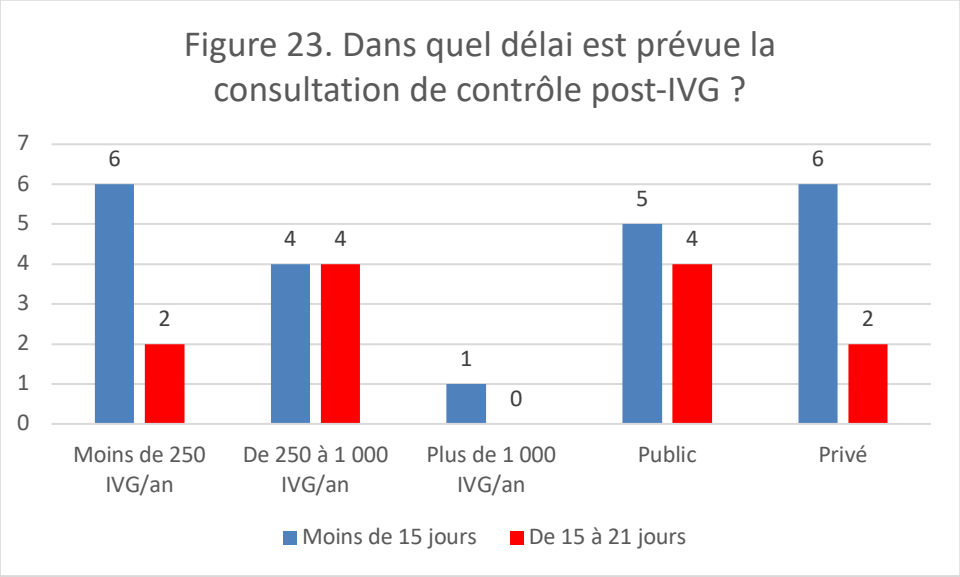
G1. L'établissement prévoie-t-il systématiquement la consultation post-IVG ?

- Oui (17 réponses).
- Non (5 réponses).



Les 17 établissements ayant donné une réponse positive à la question G1, ont répondu à la question suivante G2 « Si oui, dans quel délai (en jours) ? » :

- 10 jours (1 réponse).
- 15 jours (10 réponses).
- 21 jours (6 réponses).

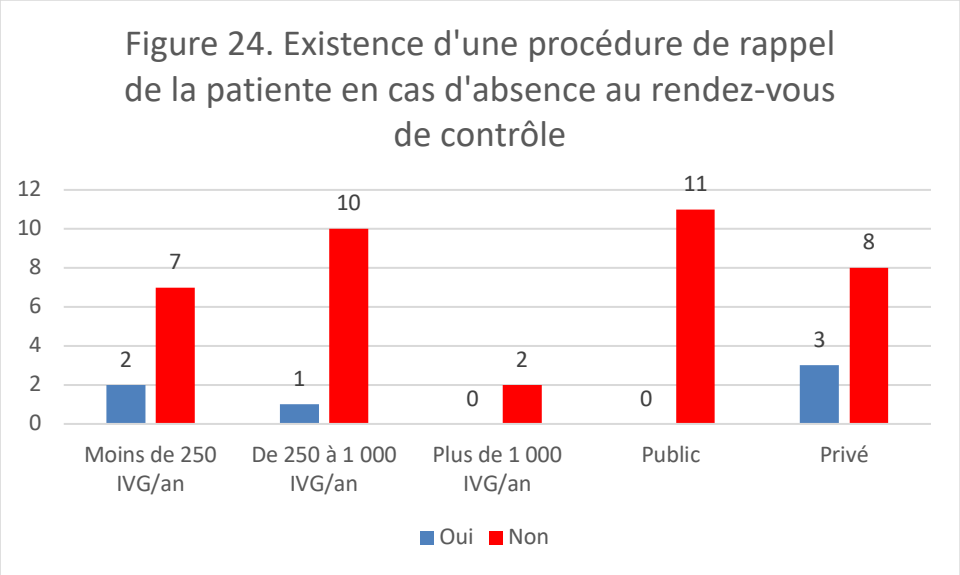


Les 5 établissements ayant donné une réponse négative à la question G1, ont répondu à la question suivante *G3. Si non, orientez-vous vers un autre praticien ?*

- Oui (3 réponses).
- Non (2 réponses).

G4. Existe-t-il une procédure de rappel de la patiente en cas d'absence au rendez-vous de contrôle ?

- Oui (3 réponses).
- Non (19 réponses).



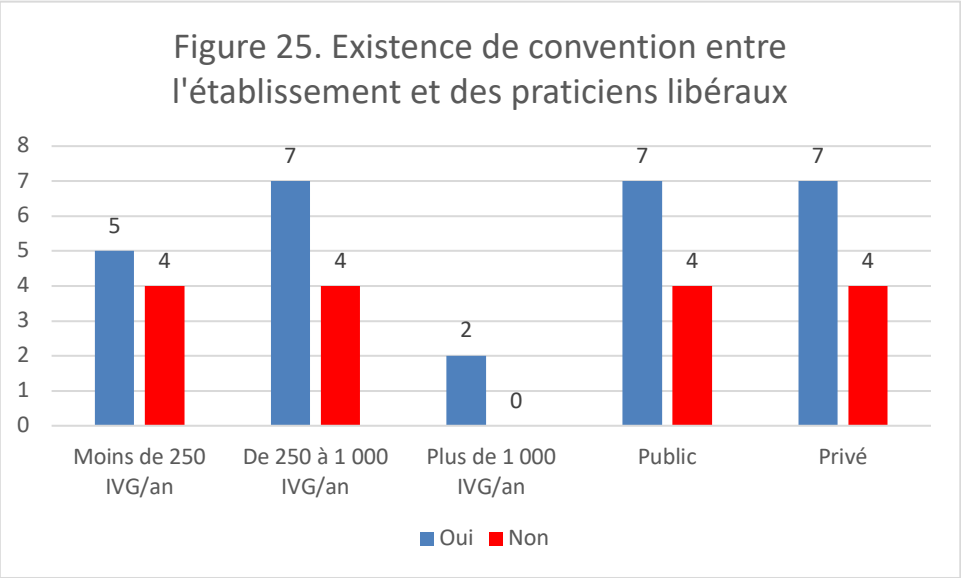
Les 3 établissements ayant donné une réponse positive à la question G4, ont répondu à la question suivante *G5 . Si oui, précisez*

- Rappel téléphonique (3 réponses).

4.8. Conventionnement des établissements.

H1. Existe-t-il une convention entre votre établissement et des praticiens libéraux ?

- Oui (14 réponses).
- Non (8 réponses).

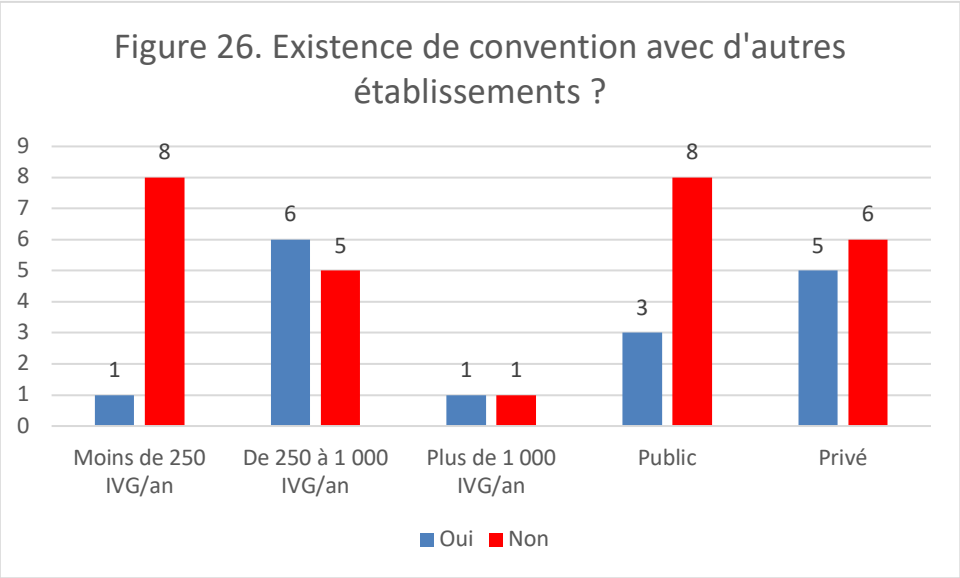


Les 14 établissements ayant donné une réponse positive à la question H1, ont répondu à la question suivante *H2. Si oui, qui sont-ils (NOM, tél. + adresse mail) ?*

- Convention avec un praticien libéral (2 réponses).
- Convention avec deux praticiens libéraux (2 réponses).
- Convention avec trois praticiens libéraux (2 réponses).
- Convention avec cinq praticiens libéraux (2 réponses).
- Six établissements ont donné une réponse inadaptée et inexploitable (nom des praticiens de l'ensemble des praticiens de l'établissement, conventionnements à venir).

H3. Existe-t-il des conventions entre votre établissement et d'autres établissements ?

- Oui (8 réponses).
- Non (14 réponses).



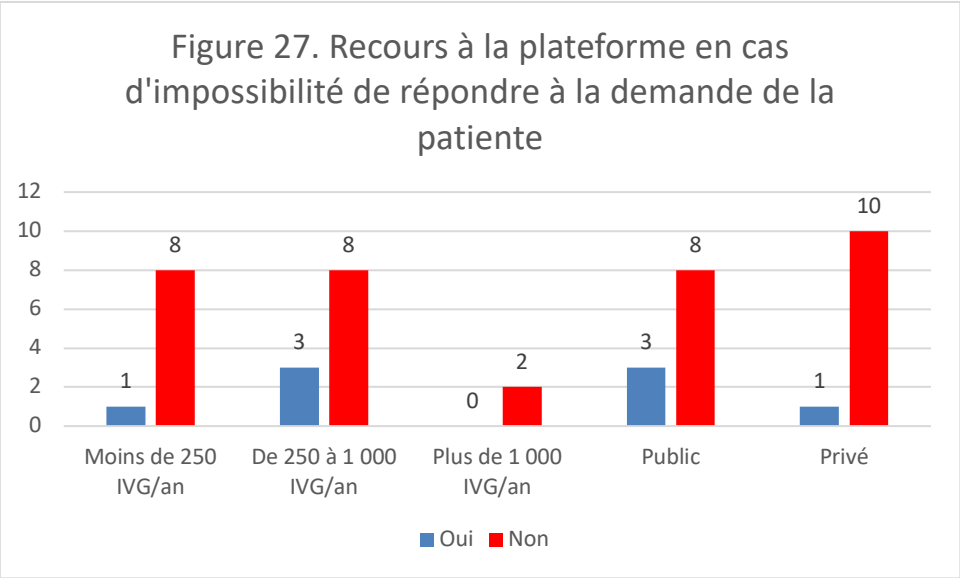
Les 8 établissements ayant donné une réponse positive à la question H3, ont répondu à la question suivante *H4. Si oui, lesquels ?*

- Polyclinique Saint-Roch a répondu « CHU de Montpellier et Clinique Clémentville ».
- Polyclinique Sainte-Thérèse a répondu « Centre Hospitalier de Sète ».
- CHU Montpellier a répondu « convention tripartite avec les deux cliniques privées de Montpellier ».
- Centre Hospitalier de Carcassonne a répondu « Centre Périnatal de Proximité de Castelnaudary ».
- Clinique Clémentville a répondu « CHU Montpellier, Polyclinique Saint-Roch et Clinique Saint-Louis à Ganges».
- Polyclinique Grand-Sud a répondu « Les PMI, CHU Nîmes et Clinique Kennedy ».
- Clinique La Garaud a répondu « convention de repli avec Centre Hospitalier de Bagnols-sur-Cèze ».
- Centre Hospitalier de Sète a répondu « Cliniques de Sète, de Montpellier et CHU de Montpellier ».

4.9. Relation avec la plateforme d'information et d'orientation nationale.

I1. Si vous ne pouvez pas répondre ponctuellement aux demandes de prise en charge, en informez-vous la plateforme nationale ?

- Oui (4 réponses).
- Non (18 réponses).



Les 18 établissements ayant donné une réponse négative à la question I1, ont répondu à la question suivante *I2. Si non, pourquoi ?*

- Méconnaissance de la structure (11 réponses).
- Réorientation organisée en interne (7 réponses).
- Autre (6 réponses) : « Pas besoin », « Si impossibilité la patiente sera dirigée vers un autre centre mais pas de cas connu », « prise en charge optimale dans les délais légaux », « Jamais présentée », « Nous répondons aux demandes », « situation non rencontrée ».

4.10. Remarques supplémentaires.

J1. Précisions ou remarques supplémentaires que vous souhaitez apporter ?

- Clinique la Garaud a répondu « La pratique IVG médicamenteuse a pris fin le 31/07/2016. La pratique de l'IVG chirurgicale ne se fait plus beaucoup sur notre établissement car à titre indicatif durant ce premier semestre nous comptabilisons 3 séjours ».
- Centre Hospitalier de Carcassonne a répondu « Pas de rappel possible pour la consultation post-IVG car dossier confidentiel ».
- CHU de Montpellier a répondu «Diminution de nos créneaux d'IVG chirurgicales car difficultés ++. Augmentation des créneaux d'IVG médicamenteuses en HDJ ».
- Clinique Kennedy a répondu « Ce questionnaire est compliqué pour moi à remplir puisqu'il ne correspond pas à notre façon de fonctionner ».
- Polyclinique Le Languedoc a répondu « Notre procédure date de 2015 et doit être mise à jour prochainement car cela n'a pas été fait suite, notamment, à la suppression du délai de 7 jours. La suppression de ce délai a été toutefois prise en compte dans l'organisation : le délai continue à être proposé mais n'est plus imposé ».

5. Discussion.

5.1.Interprétation des principaux résultats.

5.1.1 Interprétation par thématiques.

- Modalités de prise de rendez-vous pour l'accès à l'IVG dans les établissements.

Tous les acteurs proposent une prise de rendez-vous par téléphone ou sur place. De plus, 5 établissements offrent aussi une prise de rendez-vous par internet.

Afin que l'accès à l'IVG soit optimal, il est souhaitable que chaque établissement de santé « dispose d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée » (42).

Seuls 5 établissements disposent d'un secrétariat spécifique à « l'IVG ou l'orthogénie ». Un accueil et un secrétariat opérationnels constitue des éléments essentiels permettant d'apporter des réponses claires aux patientes, d'orienter vers les consultations préalables et donner une information sur les modalités de l'IVG.

Le délai pour l'obtention du premier rendez-vous de consultation est inférieur à 5 jours pour 10 des 23 établissements. Dix structures proposent ce rendez-vous dans 6-8 jours et 3 ont signalé aller au-delà. La HAS recommande que ce rendez-vous soit obtenu dans les 5 jours suivant l'appel de la patiente. En effet, « plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible ». De plus, cela permet un choix plus large de techniques utilisables et de lieux de réalisation (42). Ce résultat est concordant avec une étude réalisée 2017 dans la région des Hauts-de-France qui avait montré que seuls 56 % des établissements de cette région proposaient un premier rendez-vous dans les 5 jours (43) .

Il faut ainsi être particulièrement vigilant sur cette entrée dans le parcours de l'IVG. Ce premier contact avec les professionnels de santé est une étape clé puisqu'il enclenche le processus médical. L'accès à l'IVG doit rester simple et rapide pour les patientes.

- Organisation des établissements face aux situations particulières.

Conformément à la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, une femme mineure non émancipée peut avorter sans consentement parental. Dans ce cas, elle doit se faire accompagner par une personne majeure de son choix. La présence d'une personne majeure est obligatoire pour 17 structures sur les 23. La qualité de cette donnée est sujette à caution car il est possible que le fait que l'accompagnant soit un membre du personnel de l'établissement, ait conduit à mal interpréter la question. Il est intéressant de noter que pour les 23 établissements de notre enquête, il est possible d'anonymiser la facturation si une patiente mineure souhaite garder le secret.

Les situations de vulnérabilité rencontrées par les établissements de l'enquête sont des situations habituellement rencontrées en périnatalité. Il s'agit notamment de difficultés sociales et financières, d'addictions, de violences conjugales, de pathologies psychiatriques ou de handicaps. Les établissements déclarent avoir la possibilité d'aider les patientes en situations particulières. Par exemple, ils font tous appel à un(e) assistant(e) social(e) et/ou du personnel compétent en conseil conjugal et familial en présence de femmes sans couverture sociale ou en situation irrégulière.

L'enjeu est important pour les femmes enceintes entre 12 et 14 SA souhaitant avorter. Le ministère demande aux établissements qu'une procédure d'urgence soit prévue dans leur organisation : une orientation efficace et la réservation de créneaux d'urgence dans les plannings sont préconisées (8)(10). Nous notons que seuls 9 établissements sur 23 ont déclaré avoir des créneaux spécifiques pour les demandes d'IVG tardives. En réalité, ces 9 établissements n'ont pas de créneaux d'urgence réservés dans les plannings mais ont des procédures d'urgence permettant d'assurer une prise en charge rapide. Parmi les 14 autres établissements, certains orientent vers des établissements de proximité dans le cadre de partenariats inter-établissements. Cinq établissements déclarent ne pas proposer de solutions de recours. Ainsi, dans le territoire où nous avons réalisé notre enquête, il n'est pas garanti que toute demande d'IVG, quel que soit le terme de grossesse, trouve une solution de prise en charge.

Nous remarquons que 8 établissements ont déjà refusé une demande de prise en charge. Le terme de la grossesse dépassé ou proche du délai légal est l'une des principales raisons invoquées. Tous les établissements ne réalisent pas les IVG jusqu'au terme maximal légal en France qui est de 14 SA. Un seul établissement a déjà refusé une demande pour cause de méthode indisponible ; les 22 autres structures proposent les deux méthodes. Enfin, 3 structures ont déclaré avoir déjà refusé une demande si l'un des praticiens était indisponible. Cette raison n'est pas surprenante dans les petits établissements où il peut être difficile d'assurer une continuité de prise en charge lors des congés, des formations ou des absences imprévues. Dans tous les cas, les patientes sont adressées vers les établissements de proximité grâce à des partenariats inter-établissements.

Dans 11 établissements, les patientes peuvent obtenir un rendez-vous pour une IVG sans consultation supplémentaire si elles ont satisfait aux obligations de consultation prévues par le code de la santé publique. Cette organisation est recommandée afin de ne pas allonger les délais de prise en charge (10). Dans les 12 autres établissements, les patientes doivent refaire au moins une consultation pour la constitution du dossier médical, vérifier les contre-indications, programmer une éventuelle hospitalisation ou parfois refaire l'échographie de datation.

- Procédures médicales au sein des établissements.

Nous apprenons dans notre étude que 3 établissements ne réalisent pas l'échographie de datation lors de la première consultation ; cet examen est réalisé, au préalable, au sein d'un autre établissement ou en libéral. Cette organisation peut rendre moins fluide le parcours de soins des patientes souhaitant avorter. De plus, cela peut allonger le délai pour obtenir le premier rendez-vous de consultation et éventuellement limiter le choix de la technique et du lieu de réalisation. C'est pourquoi la HAS précise qu'il est « indispensable que chaque centre d'accueil des IVG dispose d'au moins un échographe avec sonde vaginale » (42). Le recours à une échographie doit être possible sur place lors de cette première consultation. Cependant, l'absence d'accès à une échographie ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG demandé.

La question de la contraception est très souvent abordée lors de la première consultation, parfois lors de la deuxième. Il est important d'évoquer précocement la contraception ultérieure car elle peut être initiée immédiatement après l'IVG. Il est également pertinent de comprendre les raisons de l'échec d'une contraception ou son absence. Ainsi, les professionnel(le)s de santé pourront proposer un mode de contraception adapté à l'histoire et aux choix de la patiente et s'assurer de son bon usage.

L'ensemble des établissements s'est organisé afin d'assurer la confidentialité des patientes souhaitant avorter. Cette organisation diffère pour chaque établissement qui prend généralement la forme d'une anonymisation. Il peut s'agir d'une anonymisation au niveau de l'identité de la patiente ou lors de la facturation. Deux établissements ont également structuré leur service d'orthogénie afin de garantir une certaine discrétion des patientes. Ces principes de confidentialité et d'anonymat s'imposent à tous les professionnel(le)s de santé. Ce droit à l'anonymat passe également par une dispense d'avance de frais dans les établissements. Pour les IVG réalisées en cabinet de ville, dans les CPEF et dans les centres de santé, les feuilles de soins et le décompte de remboursement transmis à la sécurité sociale sont aménagés.

- Permanence de l'accès à l'IVG dans les établissements.

Nous apprenons que, sur les 22 établissements ayant répondu aux questions sur la permanence de l'offre de soins, 21 assurent la continuité de la prise en charge lors de la période estivale et lors des absences occasionnelles des médecins. Lorsque cette continuité ne peut être assurée, les patientes sont adressées vers des établissements d'orthogénie de proximité. Cependant, elles ne sont pas mises en relation avec la plateforme nationale.

Le 23 juillet 2015 le ministère de la santé demandait aux établissements de santé de garantir une permanence d'accès à l'IVG en période estivale. De plus, les ARS devaient s'assurer que les CPEF, les centres de santé et les professionnel(le)s de santé impliqué(e)s proposent une information et une orientation optimales pour les femmes en période estivale (10). Ces résultats sont très satisfaisants car ils sont conformes à cette circulaire. Sur ce point, l'offre de soins est suffisante et permet de maintenir des conditions d'accès optimales.

- Pratiques médicales de l'IVG dans les établissements.

Vingt-deux établissements de santé sont ici pris en compte. En effet, un établissement, la clinique La Garaud à Bagnols-sur-Cèze ne réalise plus d'IVG médicamenteuses depuis le 31/07/2016 et déclare n'avoir réalisé que 3 IVG instrumentales sur le premier semestre de 2017. En excluant donc cet établissement qui a une activité IVG très faible, tous les autres proposent les deux méthodes d'IVG. Ceci est un point fort puisque « dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale » (42). Dans l'aire géographique de notre enquête, nous pouvons conclure qu'il y a une offre de soins disponible et de proximité pour les femmes désirant avorter.

Cependant, les deux méthodes d'anesthésie ne sont pas toujours disponibles alors que ce choix doit revenir à la patiente. L'anesthésie générale est souvent systématiquement réalisée malgré une morbidité plus importante(32). L'anesthésie locale demande « une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation » (42) et n'est pas une pratique particulièrement enseignée ou transmise dans la culture médicale française.

Parmi les 22 établissements réalisant les IVG médicamenteuses, le délai maximal est inférieur ou égale à 9 SA, ce qui est conforme aux recommandations émises par la HAS (31) et le Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF) (44). Un établissement pratique les IVG médicamenteuses jusqu'à 11 SA et un autre jusqu'à 14 SA. Cet élargissement constitue une alternative à la méthode instrumentale jusqu'à 14 SA, et en France il y a un recul important sur cette procédure. Le principal inconvénient est la rétention trophoblastique (37 %) nécessitant de poursuivre

l'hospitalisation pour un geste chirurgical. De plus, cette procédure est incompatible avec la réalisation en ambulatoire (ou en hôpital de jour) et nécessite une analgésie plus compliquée que pour la méthode instrumentale. Enfin, la possibilité offerte aux patientes de choisir la méthode, après une explication claire et loyale des techniques demeure l'objectif idéal. Ainsi, « la qualité de l'offre peut être considérée comme optimale » (45).

Concernant les IVG par méthode instrumentale, les établissements réalisent cette pratique jusqu'à un terme maximal allant de 12 à 14 SA, conformément aux recommandations actuelles (42). Il faut cependant noter que plus le terme de la grossesse est élevé, plus la réalisation de l'IVG instrumentale est difficile et plus certains praticiens appliquent leur clause de conscience.

Quatorze établissements nous ont communiqué leurs protocoles « IVG médicamenteux ». Nous notons que 11 établissements suivent les recommandations de la HAS alors que 3 établissements suivent les recommandations du CNGOF. Cela est très satisfaisant de constater que l'aspect technique de l'IVG dont bénéficie les patientes est référencé. Cependant cette différence entre le CNGOF et la HAS fait émerger une autre question d'un point de vue médico-légal : en cas de préjudice médical, existe-t-il une hiérarchie entre les organismes émettant des recommandations ?

La prise en charge de la douleur de l'avortement ne fait pas l'objet de recommandations précises bien que tous s'accordent sur la nécessité d'une prescription systématique d'antalgiques. La grande majorité des établissements ont créé leur propre protocole d'antalgie.

- Consultation de contrôle post-IVG.

Notre enquête révèle qu'une part importante des établissements (17 sur 22) prévoit la consultation de contrôle post-IVG de manière systématique, comme le recommande le CNGOF (44). De plus, cette consultation doit intervenir entre le 14ème et le 21ème jour post-IVG (42). Tous les établissements réalisent cette consultation dans ce délai, sauf un qui la réalise plus précocement (10 jours). Enfin, seuls 3 établissements ont une procédure de rappel en cas d'absence de la patiente à cette consultation. Ce contact *a posteriori* est délicat en raison du caractère secret voir stigmatisant de cet acte. Et parmi ceux qui ne rappellent pas les patientes, certaines équipes évoquent des questions d'éthique et liées à l'anonymisation des patientes.

Face à ce constat, il semble alors que le parcours de soins n'est pas optimal pour certains établissements. Or, les enjeux de cette consultation sont multiples : la vérification de l'efficacité de l'IVG (réalisation éventuelle d'une échographie à la recherche de la vacuité utérine), la bonne compréhension et utilisation de la contraception ainsi que l'évaluation du retentissement psychologique. Améliorer cette étape du parcours de soins serait sans aucun doute bénéfique pour les patientes.

- Conventionnement des établissements.

Quatorze établissements ont déclaré être conventionnés avec des praticiens libéraux, mais cette donnée est à nuancer du fait d'une mauvaise formulation de la question. En effet, un certain nombre d'établissements privés ont donné les noms des professionnels travaillant dans l'établissement alors que nous souhaitions connaître l'existence de médecins pratiquant l'IVG dite « de ville », c'est-à-dire réalisée en ambulatoire avec un établissement de repli.

Cette pratique de l'IVG en ambulatoire semble être la clé face à la baisse de la pratique instrumentale amorcée depuis 2001 et le faible nombre d'IVG réalisées par les CPEF et les centres de santé (46).

Nous remarquons que dans certaines zones géographiques, les établissements d'orthogénie ont signé des conventions inter-établissements. En pratique, il s'agit d'une coopération entre des établissements privés et publics. Ceci est le cas à Montpellier, Nîmes, Bagnols-sur-Cèze, Sète et Carcassonne. L'objectif de ces conventionnements est d'assurer une prise en charge de qualité dans le cadre du parcours de soins de l'IVG et de répondre aux besoins de santé de la population dans un territoire donné.

Diffuser un modèle de convention de partenariat entre les établissements est ici une piste d'amélioration afin de proposer dans chaque bassin des parcours prenant en compte la vulnérabilité des patientes, la fragilité de certaines périodes et la visibilité du choix de la méthode.

- Relation avec la plateforme d'information et d'orientation nationale.

Le numéro vert « Sexualités, Contraception, IVG » est un numéro national, anonyme et gratuit lancé en septembre 2015. Il s'agit d'un outil qui vise à réduire les inégalités et les difficultés d'accès à l'information. Il connaît une large audience au niveau national, et a déjà traité davantage d'appels que l'objectif initial (47).

Cependant, notre enquête révèle que la plupart des établissements de santé ne communiquent pas et ne sollicitent pas cette plateforme nationale, lorsqu'ils ne peuvent répondre à certaines demandes de prise en charge. La raison principale invoquée est une méconnaissance de cette plateforme et de ses actions possibles. Les établissements proposent alors diverses solutions via des partenariats éventuels avec d'autres établissements ou praticiens libéraux. Une réorganisation en interne peut également avoir lieu. Un renforcement de la communication sur cette structure auprès des établissements pourrait être intéressant afin qu'ils disposent d'un nouvel outil lorsque certaines demandes les mettent en difficultés.

5.1.2 Interprétation globale.

Notre étude a ainsi permis de mettre en évidence des points forts dans l'offre de soins proposée par les établissements du territoire : bon suivi des recommandations, prise en compte du contexte psychosocial, disponibilité des méthodes, confidentialité, procédures médicales, permanence de soins, partenariats inter-établissements. Cependant, cette enquête a aussi relevé des points de vigilance :

- L'entrée dans le parcours de soins peut s'avérer compliquée pour certaines femmes avec une incidence sur le choix de la méthode utilisée. Le délai d'obtention du premier rendez-vous, la réalisation systématique d'une échographie de datation en externe et la réalisation systématique des consultations préalables déjà réalisées dans un autre établissement retardent la réalisation effective de l'IVG dans certains établissements. Le parcours de soins manque alors de rapidité et de fluidité et peut s'avérer être un véritable parcours d'obstacles.
- Par conséquent, le choix de la méthode n'est pas toujours garanti. L'évolution de la démographie médicale et la fermeture des petites maternités au cours des dernières années, réduisent d'autant plus cette idée du choix. De plus, par habitude, nombre d'établissements ne proposent pas les deux méthodes d'anesthésie.
- Les patientes en situation de vulnérabilité illustrent également les difficultés qu'on les établissements à appliquer des recommandations nationales. Les refus de prise en charge ou la gestion des IVG tardives témoignent en particulier témoignent d'une réalité où l'offre proposée par les structures semble dépassée par les demandes des femmes.
- Enfin, l'observance de la consultation de contrôle n'est pas garantie pour des raisons éthiques et/ou organisationnelles. Pourtant, les enjeux de cette consultation sont essentiels : efficacité médicale, contraception adaptée, retentissement psychologique.

Ces points soulignent la nécessité d'améliorer ce parcours IVG et constituent de véritables leviers de travail pour les années à venir. Car si la loi reconnaît aux femmes le droit d'avorter, l'effectivité de ce droit dépend pour une large part du fonctionnement du dispositif de soins, de la rapidité et de la qualité de prise en charge.

Dans le cadre de l'élaboration des plans régionaux, les ARS devront mettre en œuvre des mesures permettant de garantir une offre coordonnée au sein d'un parcours adapté et fluide pour les patientes. Elles doivent alors s'appuyer sur les différents acteurs de l'orthogénie du territoire. Il sera important de mesurer et de suivre l'adéquation entre l'offre de soins et les demandes des patientes.

5.2.Forces et limites de l'étude.

5.1.1. Forces.

- Méthodologie.

L'objectif principal de notre étude était de faire un premier état des lieux des pratiques de l'IVG au sein des établissements d'orthogénie du Groupement Hospitalier Territorial de l'est de la région Occitanie. Une étude observationnelle descriptive transversale est adaptée à cet objectif.
En effet, ce type d'étude permet de décrire des phénomènes dans une population cible, sans interférence et d'étudier des variations géographiques ou temporelles.

De plus, une analyse descriptive des résultats en fonction du statut juridique des établissements et du nombre d'IVG réalisées par an a été réalisée. Nous n'avons pu extrapoler ces résultats à l'ensemble des établissements d'orthogénie du fait d'un effectif limité et de l'absence de réalisation de tests statistiques fiables et adaptés.

Bien que notre étude soit de faible niveau de preuve, elle est une bonne base d'hypothèses et de réflexions.

- Pertinence et originalité.

Régulièrement, des organismes comme l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National d'Études Démographiques (INED) publient des rapports épidémiologiques sur les avortements en France. Mais, le droit des femmes à interrompre une grossesse dépend largement du système de soins et de la qualité de prise en charge dans le territoire. D'où l'importance de disposer d'informations permettant d'apprécier, au-delà du nombre d'IVG, les conditions réelles d'accès et de prise en charge. Cette enquête est pertinente puisqu'elle permet de faire l'état des lieux des pratiques de l'offre dans le territoire. Ce bilan constitue la première étape dans l'élaboration d'un plan régional d'amélioration à l'accès à l'IVG.

Ce travail est aussi original puisque c'est la première fois qu'une étude abordant l'organisation et les pratiques de l'IVG dans les services d'orthogénie de la région Occitanie-Est, est effectuée.

- Taux de participation élevé.

L'une des principales forces de cette étude est le taux de réponse particulièrement élevé. Plusieurs aspects de l'enquête ont permis cela :

- S'adresser aux professionnels référents.
  Ces professionnels sont sensibilisés aux enjeux nationaux et régionaux de l'IVG en France. Nous pouvons imaginer qu'il s'agit d'un sujet qui leur tient à cœur et dont ils peuvent percevoir les bénéfices reçus.

- La chronologie du déroulement de l'enquête.
  Nous avons choisi de réaliser cette enquête lors de deux phases de recueil de données très courtes afin que le professionnel référent ressente la nécessité de répondre rapidement au questionnaire.
  Une seule relance par mail pour la seconde phase associée à une relance téléphonique ont permis d'augmenter le taux de réponse en évitant de sur-solliciter les professionnels enquêtés.
  Il est également très important de bien choisir le calendrier du déroulement de l'enquête ; dans notre cas, nous avons choisi de la réaliser peu avant les congés estivaux pour éviter l'absentéisme dans les établissements.

- La communication.
  La lettre explicative accompagnant le lien pour le questionnaire présentait l'objet de l'enquête de manière claire et appelait à l'action.

- Composition des établissements inclus.

L'échantillon de notre population semble représentatif des établissements d'orthogénie du sud de la France pour le statut juridique (11 établissements publics et 12 établissements privés). En effet, en 2015, la prise en charge des IVG est assurée par 570 établissements dont les deux tiers sont publics, mais cette tendance tend à s'estomper dans les départements du sud (référence biblio – les établissements de santé 2017).
De plus, l'échantillon est varié de par le nombre d'actes réalisés chaque année (de 55 à 1253 IVG/an en 2016 selon les données de la SAE).

5.2.2. Limites.

➢ Les biais.

Notre travail comporte plusieurs limites que sont les biais de déclaration et de mémorisation. Ils sont inhérents aux enquêtes déclaratives et sont quasi inévitables :

- Biais de déclaration.

  Ce biais a pu être majoré dans notre travail pour deux raisons :

  - Une enquête qui a pour objectif de faire l'état des lieux de pratique peut exposer la population cible au sentiment d'être jugé par l'enquêteur. Garantir la confidentialité, voire rendre anonyme les réponses peut permettre de s'en affranchir. Dans notre étude, seules les données concernant les noms et coordonnées de professionnels ont été confidentielles.
  - Certaines questions mal formulées ont pu être mal comprises par les personnes sondées, ce qui augmente le risque de déclarations partiellement faussées.

- Biais de mémorisation.

  Certaines questions faisaient appel à la mémoire de la personne enquêtée concernant des situations particulières rencontrées (refus de prise en charge, situations de vulnérabilité). Il n'existe pas de solution pour limiter l'effet de ce biais.

➢ Hétérogénéité des professionnels référents.

Il existe une hétérogénéité des statuts des personnes référentes ayant répondu à l'enquête. Elles sont composées majoritairement de sages-femmes, mais il y a également des docteurs en médecine, des cadres de santé non médicaux, des infirmières diplômées d'État et des secrétaires ou des agents administratifs.

Nous pouvons alors comprendre que pour une personne qui n'est pas acteur lors des consultations ou lors de la réalisation de l'acte, il peut être difficile de répondre à certaines questions.

Ceci peut être illustré à travers un questionnaire partiellement rempli avec comme personne référente de cet établissement un agent administratif : lors de la relance téléphonique, nous lui avons proposé notre aide pour le remplissage du questionnaire. Elle nous a expliqué ne pas pouvoir poursuivre l'enquête par manque d'information. Elle s'est arrêtée au moment de répondre à la question suivante *D5. La question de la contraception est-elle abordée dès la première consultation ?*

Cet aspect de l'enquête a pu accentuer l'effet des biais de déclaration et de mémorisation.

5.2.3. Analyse critique du questionnaire.

Points positifs du questionnaire :

- Variété et exhaustivité du questionnaire.

La force de ce questionnaire tient dans la variété des questions permettant d'explorer différents champs de la pratique de l'IVG. Ces différents thèmes abordés permettent de rendre compte si les établissements mettent en application les mesures législatives et de santé publiques élaborées par les autorités sanitaires dernièrement.

- Un questionnaire standardisé.

De nombreuses questions étaient courtes, claires et simples afin de laisser le moins possible de place à l'interprétation. Un outil de mesure rigoureusement standardisé permet de recueillir des données facilement quantifiables, excepté lors de questions ouvertes.

Points négatifs du questionnaire :

- Mauvaises formulations.

Certaines questions étaient mal formulées comme l'illustrent les questions et réponses suivantes :

B1. Possibilité de prise de rendez-vous dans votre établissement par téléphone ? B3. Possibilité de prise de rendez-vous par internet ? B4. Les rendez-vous ne sont proposés qu'en cas d'accueil physique ?

Nous voyons dans ce cas que la question B4 est mal formulée car elle est exclusive par rapport aux deux premières. Certains établissements ont ainsi pu donner des réponses contradictoires à ces trois questions et l'interprétation peut alors être hasardeuse.
Une formulation de type « Possibilité de prise de rendez-vous lors d'un accueil physique ? » aurait été plus adaptée.

D1. Existe-t-il une procédure IVG dans votre établissement ?

Un établissement a donné une réponse négative à cette question et a précisé « pas compris la question ».

H1. Existe-t-il une convention entre votre établissement et des praticiens libéraux ?

Cette question a été interprétée de deux manières différentes :

- Certains établissements ont interprété que les praticiens libéraux étaient des professionnels de santé exerçant en cabinet en ambulatoire et ayant une convention de repli avec un établissement.
- D'autres établissements ont compris que ces praticiens libéraux étaient des professionnels de santé libéraux qui réalisaient l'IVG au sein de l'établissement. Dans ce cas, la personne enquêtée a donné l'ensemble des professionnels du service d'orthogénie.

C'est dans le premier sens que nous souhaitions que la question soit comprise. Six établissements ont donné une réponse inadaptée; ils étaient tous les six de statut privé.

Bien que ce questionnaire ait déjà été utilisé dans d'autres régions et qu'il soit reconnu, une phase pré-test aurait été souhaitable afin d'éviter ces mauvaises formulations. Ce pré-test doit être réalisé dans les mêmes conditions et auprès de quelques établissements ayant les mêmes caractéristiques que notre échantillon. Cela aurait permis de vérifier la pertinence et l'acceptabilité de l'enquête, et de s'assurer que les données recueillies répondent aux objectifs annoncés.

- Un questionnaire trop long.

La durée prévisible de remplissage était de 20 minutes maximum. Il était composé de nombreuses questions ouvertes nécessitant un commentaire libre. Le risque d'un questionnaire long est de créer de la lassitude et des comportements d'évitement chez les personnes sondées. Cela peut aussi augmenter le taux d'abandon.

Cette longueur importante s'illustre à plusieurs reprises :

- Une réponse sous forme d'une lettre isolée «m» à une question ouverte, probablement pour passer à la question suivante.
- Absence de réponse à des questions nécessitant un commentaire libre.

- Un questionnaire peu adapté à certains établissements.

En France, le secteur hospitalier révèle un paysage varié. Les établissements de santé présente une grande variété dans leurs modes de gestion et d'organisation, de participation aux missions de service public et de financement. Ces structures résultent d'initiatives publiques et privées et on constate trois types de statuts juridiques (public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif)(14).

Cette diversité se retrouve dans les établissements d'orthogénie inclus dans notre étude.

A travers certaines réponses, nous nous sommes rendu-compte que ce questionnaire n'était pas adapté à certaines organisations.

En effet, certains établissements sont des structures dans lesquelles les IVG sont réalisées par des professionnels de santé exerçant en libéral. Au sein de ces structures, l'harmonisation des pratiques entre les professionnels n'est pas garantie et il peut ne pas y avoir de projet médical commun. Le parcours de soins peut être alors très différent. Par exemple, les procédures médicales, les délais maximums réalisés, la gestion des situations particulières, vont varier d'un professionnel à un autre.

Ainsi, face à cette diversité des prises en charge au sein d'un établissement, il peut être compliqué pour le professionnel référent de répondre à notre enquête. Cet élément a pu aggraver un biais de déclaration déjà présent.

Les réponses qui illustrent cette hétérogénéité des pratiques des professionnels de santé au sein de certains établissements sont les suivantes :

« Ce questionnaire est compliqué pour moi à remplir puisqu'il ne correspond pas à notre façon de fonctionner ».

« Les consultations pré, post-IVG et l'échographie se font au sein des cabinets libéraux des gynécologues nous adressant les patientes » et qui […] « programment avec la clinique l'intervention sur leurs jours opératoires ».

« De ce qui est des termes pour les IVG chirurgicales, c'est gynéco-dépendants : 26 gynécologues prennent en charge les IVG mais 6 ne font que les IVG médicamenteuses. Sur les 20 pratiquant les aspirations, 4 gynécologues font les 12-14SA pour les patientes tout venant, 11 ne s'occupent que de leur patientèle ou celle du cabinet, 9 font les IVG chirurgicales même pour patientes inconnues mais certains pas plus de 10SA ou pas plus de 12SA ».

5.3 Perspectives régionales.

5.3.1. Le modèle francilien.

L'élaboration des plans régionaux pour l'accès à l'avortement par les ARS se feront sur le modèle d'expériences régionales réussies. En Ile-de-France, le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO), créé en 2004, est le premier réseau intervenant dans le domaine de l'IVG ambulatoire. Il s'agit d'une association loi 1901 financée par l'ARS. L'objectif initial était de faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville, en diffusant cette méthode et en garantissant sa bonne application. Cette initiative pilote a nettement permis de développer l'offre ambulatoire dans cette région puisqu'en 2018 : 30 % des IVG sont réalisées en ville, ce qui en fait le taux le plus élevé de France hexagonale (3). Le réseau assure une aide logistique aux professionnels, des formations, et des échanges et rencontres entre professionnels hospitaliers et de ville (48). Cela permet de lever certains freins identifiés chez les médecins généralistes comme l'isolement, le manque de formation ou la lourdeur des tâches administratives (49).

Le réseau permet ainsi d'accroître l'offre de soins mais aussi d'en faciliter l'accès en informant les patientes sur les modalités de prise en charge. Fort de ce succès, les missions ont été élargi à la contraception, à l'accès à l'IVG quelle que soit la méthode et au choix de l'anesthésie.
D'autres régions ont développé sur le modèle francilien ce type d'initiative comme la région Midi-Pyrénées, en 2006, avec le Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée (REIVOC). L'objectif initial de REIVOC est la formation de médecins généralistes à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville sur la région Midi-Pyrénées.

5.3.2. En Occitanie.

Nous avons présenté les résultats de cette enquête auprès des référents «santé sexuelle» des ARS Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées au cours de l'été 2017. Suite à la réforme territoriale et à la création de l'Occitanie, fusion des deux régions citées ci-dessus, et reconnaissant le bien-fondé des actions de REIVOC, l'ARS Occitanie a décidé de d'élargir son champ d'action à la région Languedoc-Roussillon. Aujourd'hui, ce réseau est composé de médecins généralistes, de gynécologues et de sages-femmes et est un acteur-clé de la prise en charge de l'IVG en Occitanie et travaille en collaboration avec les ARS, centres de santé, MFPF, CPEF et établissements du territoire.

Par ailleurs, des financements ont été obtenus par le réseau périnatalité « *Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon* », avec l'embauche en juin 2018 d'une sage-femme experte en orthogénie dont le poste est totalement dédié à l'activité IVG qui n'a pas été étudiée du côté Occitanie Est. Ses missions sont de participer au plan « *Améliorer l'accès à l'IVG* » en travaillant en étroite collaboration avec ses homologues de Midi-Pyrénées et ce, en visant trois objectifs :

- Contribuer à la dynamique des professionnels d'orthogénie grâce à un travail en réseau.
- Appliquer la politique nationale d'orthogénie au niveau régional.
- Dégager des pistes d'amélioration et leviers de travail (élaboration et diffusion de protocoles, formalisation du circuit de prise en charge des femmes, actions d'information et d'accompagnement des femmes en situation de vulnérabilité, sensibilisation et formation des professionnels…) à partir d'un état des lieux des pratiques et de l'organisation du système de soins dans la région.

La forte valeur ajoutée des réseau de périnatalité encadrant l'activité IVG est reconnue par les professionnel(le)s de santé (médecins et sages-femmes) comme cela a pu être démontré dans d'autres régions (50).

6. Conclusion

Pour fêter les 40 ans de la Loi Veil du 17 janvier 1975, un Programme National pour Améliorer l'accès à l'IVG a été déployé avec un intitulé suffisamment explicite quant à la problématique toujours insuffisamment réglée au XXIème siècle. Ce plan régional prévoit l'intégration de l'activité IVG dans les contrats d'objectifs et de moyens qui lient les ARS aux établissements de santé(9), et ce n'est pas un hasard si toutes les structures ont répondu à cette enquête.

La légalisation de l'IVG est loin d'être une fin en soi. Elle prend corps si les compétences idoines sont vraiment mobilisées pour permettre à toutes les femmes d'accéder efficacement à ces soins légaux. En pratique, de nombreux obstacles peuvent empêcher ou éloigner les femmes de cette demande de santé. Cette enquête fait apparaître 4 points particulièrement sensibles :

Premièrement, ce thème de l'avortement dépasse largement les seules considérations médicales et légales. Il s'inscrit fondamentalement dans un débat de conscience inépuisé et inépuisable. Il mêle des conséquences sanitaires et sociales avec des enjeux moraux et démographiques, intimement rattachés au droit des femmes. Ainsi une clause de conscience spécifique à l'IVG autorise des professionnel(le)s de santé, pourtant incontournables, à ne pas délivrer cet acte. Notre étude n'a pas analysé ce phénomène. Néanmoins il est difficile de le passer sous silence alors qu'il est aujourd'hui réinterrogé par un groupe de parlementaires(51). Il est sans doute possible de partager le fait que ce droit de retrait médical, surligné juridiquement pour cette intervention, fixe un différend originel dont il est ardu jusqu'alors de se départir.

Deuxièmement, des décisions politiques, prises dans les années 1990, ont généré notamment le creux démographique médical que nous traversons actuellement et la pauvreté en centres d'IVG de proximité du fait de la fermeture des petites maternités. Notre système de soins est ainsi structurellement en crise. Tous les parcours médicalisés sont forcément impactés par cet état de fait. Pour réparer cet écueil, les sages-femmes sont devenues, depuis 2013, de nouvelles potentielles actrices de l'IVG médicamenteuse. Cependant, comme pour les médecins généralistes autorisés depuis 2004, la question de la formation et du conventionnement avec un ou des établissement(s) réalisant des IVG reste des vrais caps à franchir. Notre enquête révèle que cette relation Ville/Hôpital est loin d'être optimisée. Ce sont plutôt des conventions inter-établissements qui sont mis en place pour assurer la permanence des soins IVG plutôt que le réseau ambulatoire qui ne peut répondre qu'à une toute petite partie des demandes.

Troisièmement, les limites prescrites par la Loi en fonction de la méthode et du lieu de prise en charge inscrivent l'IVG dans une course contre la montre. Elle est faite d'étapes obligatoires. Le premier rendez-vous est donc déterminant car il enclenche le processus médical. Or dans notre étude, plus de la moitié des établissements, propose une première consultation dans un délai qui va au-delà des recommandations de l'HAS. C'est donc un vrai premier point à améliorer et de vigilance.

Quatrièmement, le choix des femmes entre toutes les méthodes IVG n'est pas en réalité chose facile. Le retard du premier rendez-vous évoqué ci-dessus et la restriction de la palette d'offres sont les deux facteurs majeurs qui réduisent cette idée de choix. Dans notre enquête, le focus sur la prise en charge des IVG tardives illustre ce fossé entre la théorie et la pratique. A cela s'ajoute le choix de la méthode d'anesthésie qui est loin d'être acquis puisqu'il est fréquemment imposé. Seul un changement culturel profond pourra sans doute modifier cette donne.

Au-delà de l'acte technique, le recours à l'IVG constitue une fenêtre d'opportunité pour agir sur 2 volets fondamentaux :

D'une part, les déterminants psychosociaux. Le législateur a ainsi prévu de doter les centres publics d'équipes pluridisciplinaires avec, notamment l'accès à une assistance sociale, à un personnel formé en conseil conjugal et familial et/ou à des psychologues. Cette dimension bio-médico-psychosociale rend possible une prise en charge «*one single shot*» qui est un atout pour les populations en difficulté..

D'autre part, l'accès à une contraception régulière pour éviter les grossesses non désirées ou une nouvelle IVG. La contraception n'est pas systématiquement abordée lors des consultations préalables et l'observance de la consultation de contrôle n'est pas garantie.

Ce premier état des lieux des pratiques de l'IVG dans les établissements d'orthogénie de la région Occitanie-Est en appelle d'autres pour approfondir et continuer ce travail. Ce premier bilan s'est intéressé aux piliers de l'offre médicale, les établissements d'orthogénie publics comme privés. Ceux-ci bénéficient en général d'un plateau technique complet et d'une pratique de l'IVG déjà bien éprouvée.

Cette étude pionnière ouvre des perspectives intéressantes puisque nous avons pu observer :

- Le système de gestion de ces établissements, véritable structures-pivots, pouvait être dépassé et donc mieux appréhendé dans chaque territoire : délai d'obtention du premier rendez-vous,

limite de l'offre locale, restrictions des choix des méthodes et d'anesthésie, fragilité de la permanence des soins.

- La réalité de la prise en compte des déterminants psychosociaux et de la bonne mise en application d'une contraception nécessite un sérieux développement.
- Les points de vue des professionnel(le)s de santé ambulatoires, des personnes concernées par l'accès à l'IVG et de la gent masculine présentent un intérêt certain car seul le croisement des regards permettront de creuser la dimension qualitative entourant ce moment qui semble être resté depuis plus de 40 ans dans une sorte de zone d'ombre.

7. Bibliographie

1. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/

2. Davitian C, Ceccaldi PF, Poujade O, Chatel P, Pernin E, Khater C, et al. Interruption volontaire de grossesse.

3. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017

4. Remise du rapport IVG à la ministre des Droits des femmes : Près de 40 ans après la loi Veil, agir pour garantir aux femmes un accès plein et entier au droit à l'IVG - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

5. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement, From prohibition to control: current issues raised by legal abortion. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;(1):42-60.

6. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août 4, 2014.

7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

8. Instruction n°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional - APHP DAJ Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-ndgospf3r3dgsmc12015227-du-3-juillet-2015-relative-a-lactualisation-et-a-lharmonisation-des-missions-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite-dans-un-cadre-region/

9. Plan IVG [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/plan-ivg/article/plan-ivg

10. Circulaire n°DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-ndgosr3dgsmc12015245-du-23-juillet-2015-relative-a-la-prise-en-charge-des-interruptions-volontaires-de-grossesse-ivg-pendant-la-periode-dete-et-au-soutien-aux-platefor/

11. Bressy J. Présentation de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2017 [cité 30 mars 2018]. Disponible sur: https://cns.sante.fr/actualites/presentation-de-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/

12. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/recours-moindre-ivg/

13. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/conjoncture-demographique/le-nombre-ivg-est-stable-mais-moins-de-femmes-y-ont-recours/

14. Les établissements de santé - Édition 2017 - Panoramas de la DREES - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017

15. HASSOUN D. Histoire de la législation de la contraception et de l'avortement en France [Internet]. Disponible sur: http://www.avortementancic.net/spip.php?article3

16. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.

17. Carles C. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en pratique de ville: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.

18. Merg-Essadi D, Araujo-Attali L, Nisand I. Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption volontaire de grossesse. Httpwwwem-Premiumcomwwwezpbiu-Montpellierfrdatatraitesgy00-68762 [Internet]. 6 oct 2015 ; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1007299/resultatrecherche/1

19. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

20. Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

21. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 RELATIVE A LA COUVERTURE DES FRAIS AFFERENTS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE NON THERAPEUTIQUE ET AUX MODALITES DE FINANCEMENT DE CETTE MESURE. 82-1172 déc 31, 1982.

22. LOI n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

23. LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.

24. Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/5/3/MESP0221693D/jo/texte

25. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire).

26. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

27. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2009/5/6/SJSP0826570D/jo

28. LOI n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. 2017-347 mars 20, 2017.

29. Clause de conscience du médecin | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160

30. Haute Autorité de Santé - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse

31. Haute Autorité de Santé - Interruption médicamenteuse de grossesse : Les protocoles à respecter [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2021610/fr/interruption-medicamenteuse-de-grossesse-les-protocoles-a-respecter

32. Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1515-35.

33. Davitian C, Ceccaldi PF, Poujade O, Chatel P, Pernin E, Khater C, et al. Interruption volontaire de grossesse. Httpwwwem-Premiumcomwwwezpbiu-Montpellierfrdatatraitestmtm-82142 [Internet]. 26 oct 2016; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/1090509/resultatrecherche/21

34. Faucher P. Complications de l'avortement provoqué chirurgical légal. Httpwwwem-Premiumcomwwwezpbiu-Montpellierfrdatatraitesgy00-44662 [Internet]. 23 juill 2008 ; Disponible sur: http://www.em-premium.com.www.ezp.biu-montpellier.fr/article/178875/resultatrecherche/1

35. Le guide IVG | IVG.GOUV.FR [Internet]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html

36. Masson E. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique – décembre 2010 [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/667331/alertePM

37. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

38. IVG médicamenteuse en ville [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/presciption-prise-charge/regles-exercice-formalites/ivg-medicamenteuse

39. Coût d'une IVG [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/ivg/cout-ivg

40. IVG chirurgicale | IVG.GOUV.FR [Internet]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/ivg-chirurgicale.html

41. Circulaire n° DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux - APHP DAJ [Internet]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgosr3dgsspi2016243-du-28-juillet-2016-relative-lamelioration-de-lacces-linterruption-volontaire-de-grossesse-ivg-et-lelaboration-de-plans-regionaux/

42. Haute Autorité de Santé - Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines

43. Quandalle C, Favre J, Vérité E, Gautier S, Subtil D, Berkhout C, et al. Interruption volontaire de grossesse dans les Hauts-de-France : quel délai pour un premier rendez-vous ? Rev DÉpidémiologie Santé Publique [Internet]. 11 nov 2018; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762018313609

44. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1490-514.

45. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.

46. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/211-900-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2016

47. 42 ans de la loi Veil : le HCE dresse un bilan positif des actions mises en oeuvre ces dernières années pour faciliter l'accès à l'avortement et identifie quelques obstacles pouvant encore être levés - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [Internet]. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/actualites-53/article/42-ans-de-la-loi-veil-le-hce

48. REVHO - Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie - interruption volontaire de grossesse - Prise en charge de l'IVG médicamenteuse [Internet]. Disponible sur: http://www.revho.fr/

49. Ferré D. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2012.

50. Martel T. Intérêt d'un réseau encadrant l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé en région Centre [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2016.

51. proposition de loi visant à supprimer la clause de conscience en matière d'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Disponible sur: https://www.senat.fr/leg/ppl17-743.html

8. Annexes

Annexe 1 : questionnaire de l'enquête

Améliorer l'accès à l'IVG est une mission nationale prioritaire des réseaux de santé en périnatalité définie dans la circulaire DGOS du 23/07/2015. Afin de répondre au mieux à cet objectif, nous souhaitons réaliser une étude des pratiques et constituer un groupe de travail régional. Votre implication dans ce projet est incontournable. Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire et nous le retourner avant le 05/07/2017. L'équipe de coordination reste à votre disposition pour tout complément d'information et vous remercie pour votre participation. Dossier suivi par Nadia Rachedi et Raphaël Poncet

Partie A: Quel est votre établissement ?

Nous souhaitons en savoir plus sur votre établissement et les professionnels y travaillant.

A1. Quel est votre établissement ?

A2. Quels sont les professionnel(s) qui réalise(nt) les IVG dans votre établissement (NOM, tél., spécialité médicale et adresse mail) :

Partie B: Prise de rendez-vous

Nous souhaitons connaître les possibilités de prise de rendez-vous dans votre établissement.

B1. Possibilité de prise de rendez-vous dans votre établissement par téléphone ?

Oui ☐

Non ☐

B2. Numéro à appeler pour prendre rendez-vous ?

standard ? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

consultation ?

numéro spécifique ?

B3. Possibilité de prise de rendez-vous par internet ?

- Oui ☐
- Non ☐

B4. Les rendez-vous ne sont proposés qu'en cas d'accueil physique ?

- Oui ☐
- Non ☐

B5. Qui donne les rendez-vous ?

- un secrétariat spécifique ☐
- un secrétariat de gynéco-obstétrique ☐
- une personne référente ☐
- Autre ☐

Autre

B6. Quelle personne référente ? Précisez

B7. Dans quel délai le rendez-vous de première consultation est-il donné (en jours) ?

Partie C: Réponse à une demande d'IVG

Nous souhaitons savoir comment votre établissement est organisé face à différentes demandes d'IVG

C1. Lors d'une demande d'IVG formulée par une mineure, la réponse proposée est t-elle organisée avec la présence d'une personne majeure ?

- ☐ Toujours
- ☐ Dans la plupart des cas
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

C2. Lors d'une demande d'IVG formulée par une mineure, est-ce qu'il y a possibilité d'anonymisation de la facturation si secret souhaité ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

C3. Lors d'une demande d'IVG formulée par une femme non assurée sociale, la mettez-vous en contact avec ?

- ☐ assistance sociale
- ☐ conseillère conjugale
- ☐ Autre

Autre

C4. Lors d'une demande d'IVG formulée par une femme étrangère en situation irrégulière, la mettez-vous en contact avec ?

- ☐ assistance sociale
- ☐ conseillère conjugale
- ☐ Autre

Autre

C5. **Quelles seraient les autres situations de vulnérabilité que vous prenez en compte dans votre organisation**

C6. **Des crénaux spécifiques sont-ils réservés dans les plannings pour les femmes entre 12 et 14 SA ?**

Oui ☐

Non ☐

C7. **Précisez l'organisation**

C8. **Si non, pouvez-vous proposer des solution de recours ?**

Oui ☐

Non ☐

C9. **Si oui, vers qui orientez-vous ?**

C10. **Vous est-il arrivé de refuser une prise en charge ?**

Oui ☐

Non ☐

C11. **Si oui, dans quelle(s) situations ?**

terme limite ☐

méthode indisponible ☐

indisponibilité d'un praticien ☐

Autre ☐

Autre

C12. Vers qui réorientez-vous ?

C13. Une femme ayant satisfait aux obligations de consultation (C1 + C2 hors établissement) peut-elle obtenir un rendez-vous pour une IVG dans votre établissement sans consultation supplémentaire ?

Oui ☐

Non ☐

C14. Si non, organisation proposée ?

Partie D: Procédure

Nous souhaitons savoir quelles sont les procédures que vous pratiquez au sein de votre établissement.

D1. Existe t-il une procédure IVG dans votre établissement ?

Si oui, merci de la joindre à ce questionnaire

Oui ☐

Non ☐

D2. **Si non, expliquez pourquoi ?**

D3. **L'échographie de datation est-elle réalisée au cours de la première consultation ?**

Oui ☐

Non ☐

D4. **Si non, comment est-elle organisée (où, par qui, dans quel délai...) :**

D5. **La question de la contraception est-elle abordée dès la 1ère consultation ?**

Oui ☐

Non ☐

D6. **Si non, pourquoi ?**

D7. **Si le secret est demandé, comment la confidentialité est-elle organisée ?**

Partie E: Permanence de l'accès à l'IVG

Nous souhaitons savoir si l'organisation de votre établissement permet d'assurer la continuité de la prise en charge de l'IVG lors des absences du ou des médecin(s) qui la pratique(nt) habituellement.

E1. La continuité de la prise en charge de l'IVG est t-elle assurée lors des absences occasionnelles des médecins (maladie, formation...) ?

Oui ☐

Non ☐

E2. Adressez-vous sur un autre établissement ?

Oui ☐

Non ☐

E3. Le ou lesquels ?

E4. Disposez-vous d'une liste des autres établissements ?

Oui ☐

Non ☐

E5. Proposez-vous dans ce cas le numéro d'appel de la plateforme nationale ?

Oui ☐

Non ☐

E6. La continuité de la prise en charge des IVG est t-elle assurée en période estivale ?

Oui ☐

Non ☐

E7. Adressez-vous sur un autre établissement ?

Oui ☐

Non ☐

E8. **Le ou lesquels ?**

E9. **Disposez-vous d'une liste des autres établissements ?**

Oui ☐

Non ☐

E10. **Proposez-vous le numéro d'appel de la plateforme nationale ?**

Oui ☐

Non ☐

Partie F: Méthodes

Nous souhaitons connaître quelles sont les modalités de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse que vous proposez dans votre établissement.

F1. **Dans votre établissement, la prise en charge médicamenteuse est-elle disponible ?**

Oui ☐

Non ☐

F2. **Si oui, jusqu'à quel terme en SA ?**

F3. **Si oui, quelle est votre procédure (molécule, dosage, prise en charge en externe ou en HDJ...) ?** ***joindre protocole au mail suivant :***

F4. **Dans votre établissement, la prise en charge chirurgicale est-elle disponible ?**

Oui ☐

Non ☐

F5. **Jusqu'à quel terme en SA ?**

F6. **Qui programme l'IVG ?**

F7. **Une plage opératoire est-elle dédiée à l'IVG ?**

Oui ☐

Non ☐

F8. **Les deux méthodes d'anesthésie (locale et générale) sont-elles toujours disponibles ?**

Oui ☐

Non ☐

F9. **Si non, pour quelle(s) raison(s) ?**

F10. **Dans votre établissement, existe t-il un protocole de prise en charge de la douleur ?**

Oui ☐

Non ☐

F11. **Si non, pour quelle(s) raison(s) ?**

Partie G: Consultation de controle post-IVG

Nous souhaitons en savoir plus à propos de la pratique de la consultation de contrôle après une IVG.

G1. L'établissement prévoie t-il systématiquement la consultation post-IVG ?

Oui ☐

Non ☐

G2. Si oui, dans quel délai (en jours) ?

G3. Si non, orientez-vous vers un autre praticien ?

Oui ☐

Non ☐

G4. Existe t-il une procédure de rappel de la patiente en cas d'absence au rendez-vous de contrôle ?

Oui ☐

Non ☐

G5. Si oui, précisez :

Partie H: Conventions

Nous souhaitons savoir si votre établissement a une convention avec d'éventuels praticiens libéraux ou d'autres établissements.

H1. Existe t-il une convention entre votre établissement et des praticiens libéraux ?

Oui ☐

Non ☐

H2. **Si oui, qui sont-ils (NOM, tél. + adresse mail) ?**

H3. **Existe t-il des conventions entre votre établissement et d'autres établissements ?**

Oui ☐

Non ☐

H4. **Si oui, lesquels ?**

Partie I: Relation avec la plateforme d'information et d'orientation nationale

Nous souhaitons savoir quels sont les contacts que vous avez avec la plateforme d'information et d'orientation nationale (n° vert : 0800.08.11.11)

I1. **Si vous ne pouvez pas répondre ponctuellement aux demandes de prise en charge, en informez-vous la plateforme nationale ?**

Oui ☐

Non ☐

I2. **Si non, pourquoi ?**

méconnaissance de la structure ? ☐

réorientation organisée en interne ? ☐

Autre ☐

Autre

Partie J: Précisions ou remarques que vous souhaitez apporter :

J1.

Nous vous remercions pour votre participation et ne manquerons pas de vous communiquer une synthèse des résultats dès que possible.

Annexe 2 : Procédure IVG du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

Livret d'information

Dr Jacques FAIDHERBE
Responsable

Guide pratique Interruption Volontaire de Grossesse

CHU de Montpellier
Hôpital Arnaud de Villeneuve
Pôle Femme, Mère, Enfant
371, Avenue du Doyen Gaston Giraud
34295 Montpellier cedex 5
Tél : 04 67 33 64 43
www.chu-montpellier.fr

Sommaire

Accueil ..... P. 3
Principales dispositions de la Loi ..... P. 4
Comment se pratique une IVG ? ..... P. 5
Inconvénients - Risques ..... P. 7
Consultation médicale : l'entretien médical ..... P. 8
Entretien psycho-social avec la sage-Femme ..... P. 9
Soutien psychologique ..... P. 12
Le jour de l'intervention : admission en hôpital de jour ..... P. 14
L'après IVG ..... P. 15
Contacts utiles ..... P. 16
Annexes ..... P. 18
- Patiente mineure ..... P. 18
- Coût de l'IVG ..... P. 19
- Le partenaire ..... P. 19

Accueil

Vous avez été amenée à demander **une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**.
Vous avez rencontré l'équipe de notre service pour en savoir plus sur cette démarche.
Ce livret a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par les différents professionnels rencontrés : médecin, sage-femme, assistante sociale, secrétaires, psychologues, pour vous éclairer davantage.

Equipe du service d'Orthogénie

Médecin responsable d'unité : Dr J. Faidherbe

Médecins : Dr C. Durand, Dr M. Pasquier, les internes du service

Médecins anesthésistes :

Secrétaires : N. Viviani, S. Pradelles

Sages-femmes : S. Balley, C. Lelievre, C. Marcais-Espiand, L. Rouquette

Infirmières : B. Lauwick, D.Tersac

Aides-soignantes : A. Laur, S. Moreno

Assistantes sociales : M. Bernot, E. Busin

Psychologues : G. de Decker, G. Frin

Principales dispositions de la Loi

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est régie par loi du 17 janvier 1975, modifiée par celle du 4 juillet 2001 et celle du 26 janvier 2016.

En France, une IVG peut être pratiquée **avant la fin de la douzième semaine de grossesse**, soit avant la fin de la quatorzième semaine après le début des dernières règles (14 semaines d'aménorrhée).

Aménorrhée = absence de règles.

Les délais à ne pas dépasser, les dates à respecter :

Semaines d'aménorrhée	Vos dates et vos rendez-vous	Semaines de grossesse
1		
2		
3		1
4		2
5		3
6		4
7		5
8		6
9	Date limite IVG médicamenteuse	7
10		8
11		9
12		10
13		11
14	Date limite légale de l'IVG chirurgicale	12

Libre choix de la femme
La femme est seule juge des raisons de sa demande d'IVG et elle est libre de sa décision.

Il n'y a plus de délai de réflexion obligatoire entre la consultation de demande d'IVG de la femme et la consultation durant laquelle une confirmation écrite de sa décision lui sera demandée.
Le délai de prise en charge va dépendre des disponibilités du lieu d'accueil de la femme.

Comment se pratique une IVG ?

Le choix de la méthode

Il existe deux techniques pour réaliser une IVG. La technique utilisée dépend principalement de l'âge de la grossesse. Le choix des patientes se fera avec l'aide du médecin lors de la première ou de la seconde consultation médicale.

L'IVG médicamenteuse

Elle peut être pratiquée jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.

La méthode consiste à prendre deux médicaments différents (comprimés) : le 1er en présence du médecin au cours d'une consultation, puis le second comprimé lors de l'hospitalisation de jour, 48h plus tard. Une visite de contrôle est réalisée 15 jours plus tard afin de vérifier que la grossesse est bien interrompue.

Les deux consultations de prise des médicaments :

• La consultation de prise de la mifépristone (Mifégyne)
Ce médicament interrompt l'évolution de la grossesse. Il bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin.
A l'issue de cette première étape, il peut survenir des saignements plus ou moins importants. Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade.
Il vous sera demandé de signer une confirmation de demande d'IVG lors de cette consultation.

• La consultation de prise du misoprostol (Cytotec), de 36 à 48h plus tard.
L'hospitalisation :
Vous êtes alors accueillie en Hôpital de jour, pour une durée de quelques heures. Vous êtes installée dans une chambre que vous partagez avec deux autres femmes. Le médicament vous est donné dès votre arrivée.
Ce médicament augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf. Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles des règles, parfois plus fortes. Des antalgiques, qui agissent contre la douleur, sont le plus souvent prescrits.

Les saignements peuvent parfois se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :
• le plus souvent, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 2 à 4 heures suivant la prise du misoprostol ;
• plus rarement, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise du misoprostol.
Les saignements vont durer en général une dizaine de jours.

Cette méthode ne nécessite donc ni anesthésie ni intervention chirurgicale.

L'IVG chirurgicale

Elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 12ème semaine de grossesse, soit 14 semaines après le début des dernières règles ; elle est pratiquée obligatoirement en établissement de santé.

La méthode

La technique chirurgicale consiste en une aspiration de l'œuf, précédée d'une dilatation du col de l'utérus :
- l'ouverture du col utérin peut être facilitée par l'administration d'un médicament;
- une canule de calibre adapté à l'âge de la grossesse, introduite par le médecin dans l'utérus, est reliée à un système permettant l'aspiration du contenu de l'utérus.

L'anesthésie

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. C'est vous qui choisissez avec l'aide du médecin le mode d'anesthésie le mieux adapté à votre situation. Il vous sera remis un guide sur l'anesthésie à l'issue de cet entretien et vous devrez signer un consentement.

L'hospitalisation

Une hospitalisation de quelques heures est suffisante, le plus souvent, pour une IVG, même si elle est pratiquée sous anesthésie générale. L'intervention se déroule dans un bloc opératoire et dure une dizaine de minutes.
Il vous sera demandé de signer une confirmation de demande d'IVG lors de cette consultation. Au moment de votre sortie, des conseils vous seront donnés oralement et par écrit (notamment, être accompagnée et ne pas conduire si vous avez eu une anesthésie générale).

ATTENTION
Les saignements ne sont pas le signe que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable que vous vous rendiez comme prévu à la consultation de contrôle.

Inconvénients - Risques

Comme toute intervention, une IVG comporte des inconvénients et peut présenter certains risques exceptionnels.

Pour l'IVG chirurgicale

Les principales complications, rencontrées dans moins de 1% des cas, sont immédiates (par ex. hémorragies) et seront prises en charge par le personnel du service.
La survenue d'une infection utérine ou d'une rétention ovulaire (fragments de la grossesse) est possible après une aspiration, d'où l'importance de réaliser une visite de contrôle.

Pour l'IVG médicamenteuse

Les principaux inconvénients sont le risque d'hémorragie abondante qui peut nécessiter la réalisation d'une aspiration (ou curetage) en urgence.
Une rétention d'une partie de l'œuf ou même une grossesse persistante peut se voir dans moins de 5% des cas. En cas de rétention, une aspiration peut être nécessaire pour évacuer de l'utérus les fragments restants.

Quelle que soit la technique

Les complications précédemment décrites n'entraînent plus actuellement de difficultés pour être à nouveau enceinte.
Dans les deux types d'interruption, il existe très exceptionnellement un risque de transfusion sanguine, voire un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'acte. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements médicamenteux que vous prenez.

Toutes les femmes ne sont pas égales devant la douleur, cela dépend de leur histoire, du sens de cette grossesse et de son interruption, de leur état émotionnel et aussi de leur seuil de perception de la douleur.

Si vous avez besoin de précisions, n'hésitez pas à poser vos questions à la sage-femme ou au médecin lors des différentes consultations.

Consultation médicale : l'entretien médical

La consultation médicale est soumise au secret professionnel : tout ce que vous confiez au médecin reste confidentiel.
Le médecin vous accueille, remplit un dossier sur l'ordinateur, qui vous suivra tout au long de votre parcours dans le service.
Puis il réalise un examen gynécologique et une échographie pour dater précisément la grossesse (sauf si vous en avez faite une avant de venir).

Le dossier

Les questions que l'on vous pose permettent de vous connaître, de repérer des contre-indications à la prescription de moyens contraceptifs, de vous aider à faire le choix d'une méthode d'IVG et d'un moyen de contraception.
Le médecin peut répondre à vos questions, n'hésitez pas à les lui poser.

L'examen gynécologique

C'est un examen qui ne doit jamais être douloureux même s'il est inconfortable du fait de la gêne et de la pudeur.
Il est indispensable car il permet de vérifier qu'il n'y ait pas d'infection. Un examen de dépistage, appelé frottis ou prélèvement vaginal, peut être réalisé si nécessaire (ces examens servent à repérer des lésions qui ne sont pas vues directement et à prescrire un traitement adapté).

L'échographie

Le médecin réalise une échographie par voie abdominale (la sonde de l'appareil est placée sur le ventre) ou endovaginale (la sonde de l'appareil est placée dans le vagin). Le but est d'avoir une image la plus nette possible afin de dater précisément la grossesse. Cette précision permet de prévoir la méthode pour réaliser l'IVG.
Cet examen est de courte durée ; vous n'êtes pas obligée de regarder l'écran et aucun son n'est perceptible. Cependant si vous souhaitez que l'on vous explique les images qui sont sur l'écran, le médecin est disponible pour le faire.

Fin de la consultation

Le médecin vous informera des méthodes possibles pour réaliser l'IVG.
Un formulaire du CHU vous sera remis afin de vous donner les informations que l'on donne à tout patient avant d'être hospitalisé. Vous le lirez puis vous le signerez.
La contraception choisie vous sera prescrite ce jour-là et devra être débutée le soir même ou au plus tard le lendemain matin.
Les dates d'hospitalisation vous seront ensuite données par les secrétaires.

Entretien avec la sage-femme

La sage-femme évoquera avec vous le déroulement de l'IVG selon la méthode que vous aurez choisie en accord avec le médecin.
C'est également un temps d'échange autour de la contraception pour vous permettre de décider au mieux en fonction de vos besoins et de pouvoir la mettre en place dans le temps d'hospitalisation selon votre choix (pose de DIU (Dispositif Intra-Utérin), implant contraceptif, pilule, anneau, préservatif selon votre choix).
C'est un moment d'écoute et de dialogue durant lequel une proposition d'assistance sur le plan social, une écoute, un soutien psychologique seront faites en fonction de votre situation.

Des consignes vous seront données en fonction de la méthode que vous aurez choisie, et cela afin que votre accueil se passe au mieux le jour de l'hospitalisation (voir ci-après, P. 10 et P. 11) :

Prise en charge sociale

Au CHU de Montpellier, une assistante sociale peut également se rendre disponible si nécessaire pour vous apporter des informations et des conseils appropriés à votre situation.
En cas d'absence de couverture sociale c'est aussi l'assistante sociale qui peut vous accompagner dans les démarches nécessaires à la prise en charge de l'IVG.

secrétariat du service social :
04 67 33 58 33

Soutien psychologique

Le jour de votre venue dans le service d'orthogénie, une rencontre avec une des psychologues du service vous est proposée. Vous pouvez en effet bénéficier gratuitement d'un temps pour évoquer votre situation si vous en ressentez le besoin: avant, pendant et/ou après.

Deux psychologues interviennent au sein du service :
Gaëlle de Decker : Lundi, Jeudi et Vendredi
Gwenaëlle Frin : Mardi, Mercredi matin et Vendredi

Nous sommes joignables au :
04 67 33 64 44

Pourquoi ?

Parler à une personne qui vous écoute sans parti pris peut vous aider à y voir plus clair. Le but est de vous accompagner à la fois dans votre décision et dans le vécu de celle-ci.
Nous vous proposons un échange : si nous n'avons pas «LA» solution, nous pouvons vous aider à réfléchir à la vôtre
Dans le respect de la confidentialité, nous pouvons vous recevoir en entretien individuel ou en couple.

• Cet entretien a pour but de **vous accompagner** à la fois dans votre décision et dans le vécu psychologique de cette IVG. Si vous êtes hésitante sur la décision, nous pouvons vous accompagner dans vos questions et dans votre choix, simplement en vous permettant d'exprimer ce qui fait éventuellement difficulté pour vous. Ces entretiens sont aussi bien destinés aux femmes, qu'aux hommes ou aux couples.

• Si votre décision est claire, elle peut néanmoins soulever pour vous des questions. Ce temps nous paraît important pour que vous puissiez vivre cet avortement non pas en le subissant, mais plutôt en repérant autant que faire se peut les questions qu'il dégage pour vous, en vous permettant d'être acteur de ce choix, c'est à dire de pouvoir l'intégrer dans votre histoire personnelle, ou votre histoire de couple.

• Le vécu psychologique d'une interruption de grossesse est différent pour chaque femme. C'est ce vécu qu'il nous paraît important de formuler surtout s'il est douloureux. Votre souhait le plus souvent est justement de ne pas parler, ou de parler le moins possible de ce qui fait mal, voire de nier que ça fait mal.
Or ne pas « dire », en toute circonstance équivaut à ne pas se débarrasser de ce qui peut être douloureux, autre manière de garder cette douleur refoulée, donc intacte, et toujours active profondément.

Un espace de parole vous est ouvert. C'est à vous de décider de l'utiliser ou pas.

Entretiens après l'IVG

Si vous souhaitez - même à distance de l'IVG - faire le point sur le vécu de cette décision, de ce moment, vous pouvez vous adresser à nous.

Le jour de l'intervention : admission en hôpital de jour

Vous devez ramener votre pièce d'identité ainsi que votre carte de groupage si elle n'a pas été donnée avant.

Déroulement de la journée

Apres être passée au secrétariat d'orthogénie vous serez dirigée en hôpital de jour où vous allez être installée dans une chambre à 3 lits après un entretien dans le bureau de la sage-femme ou de l'infirmière.
Des comprimés destinés à dilater votre col vous seront administrés et des antalgiques en fonction des prescriptions et protocoles ainsi que des antibiotiques s'il s'agit d'une IVG chirurgicale.

Si vous passez au bloc opératoire pour la **méthode chirurgicale** vous devrez à votre arrivée en chambre, vous mettre en tenue de bloc avec le kit qui vous sera remis (aucune affaire personnelle ne doit entrer dans le bloc opératoire).
Apres avoir revêtu votre tenue vous pourrez vous installer dans le lit et attendre que les brancardiers viennent vous chercher pour vous accompagner au bloc ; cela peut parfois prendre un peu de temps.
Au bloc opératoire l'intervention durera une dizaine de minutes puis vous serez surveillée au moins une heure en salle de réveil. Vous reviendrez ensuite dans le service où un repas vous sera servi et où vous serez encore surveillée quelques heures avant votre sortie.
Vous serez autorisée à sortir lorsque la sage-femme et l'anesthésiste seront passés vous voir et que votre accompagnant sera arrivé.

Pour la **méthode médicamenteuse** vous n'avez pas besoin d'être à jeun il est même conseillé de ne pas avoir l'estomac vide afin de lutter contre les nausées. Vous serez également installée dans une chambre à 3 lits mais vous aurez le droit de vous promener, la marche favorisant parfois l'efficacité des comprimés.
Nous vous surveillerons environ 4h après la prise des comprimés et vous laisserons sortir en fonction de l'évolution, que l'expulsion ait été constatée ou non. Une échographie de contrôle sera réalisée 10 à 15 jours après

Toute l'équipe sera présente le jour de votre hospitalisation pour répondre à d'éventuels questionnements.

ATTENTION
Le service peut parfois être surchargé et les délais peuvent être longs.
Il est nécessaire d'en tenir compte pour prendre les rendez-vous.
Si vous envisagez de ne pas vous rendre à un rendez-vous déjà fixé,
il est indispensable de nous téléphoner pour l'annuler :
la place rendue disponible sera utile à une autre femme.

Secrétariat : 04 67 33 64 43

L'après IVG

La consultation de contrôle

Une visite de contrôle est absolument nécessaire après l'IVG. Elle permet de s'assurer que la grossesse est bien interrompue et qu'il n'existe pas de complication.

Le contrôle peut être fait avec votre médecin ou gynécologue habituel, ou dans le service.

La contraception

Des informations détaillées vous ont été apportées par le médecin et la sage-femme du service que vous avez rencontrés. Ils peuvent vous aider à choisir la méthode la plus adaptée à votre situation. Voici quelques moyens de contraception dont vous pouvez parler ensemble :

Le dispositif intra-utérin- DIU (stérilet) y compris pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfants
La pilule- contraception hormonale orale
L'implant sous-cutané
Le préservatif féminin
Le préservatif masculin
L'anneau contraceptif
les patchs contraceptifs (patchs cutanés)
Le diaphragme
La cape cervicale
Les spermicides

Aucune méthode de contraception n'est contre-indiquée après une IVG (sauf le dispositif intra-utérin – DIU, si l'avortement a comporté un épisode infectieux). Les méthodes nécessitant des manipulations vaginales (anneau vaginal, cape cervicale…) ne sont toutefois pas recommandées immédiatement après l'intervention, pendant le premier cycle suivant l'IVG.

Une contraception peut être mise en place immédiatement après la réalisation de l'avortement.

Un dispositif intra-utérin (au cuivre ou à la progestérone) peut être posé en fin d'aspiration pour une IVG instrumentale (sauf en cas d'épisode infectieux).
Une contraception hormonale, oestroprogestative (pilule, patch) ou progestative (pilule, implant) peut être débutée :
le jour même ou le lendemain d'une IVG instrumentale ;
le jour de la prise du misoprostol pour une IVG médicamenteuse .
Les préservatifs masculins peuvent être utilisés dès la reprise des rapports sexuels.
Les préservatifs sont les seuls contraceptifs qui protègent des infections sexuellement transmissibles dont le VIH-Sida.

Contacts utiles

Lieux (accès gratuit)

Centre de PMI Ovalie (grand M de Montpellier) :
191, rue Louis Aragon
34000 MONTPELLIER
04 99 51 34 00

Centre de PMI de la Paillade : **04 99 74 30 10**

Maison médicale Paul Valery : (accès gratuit aux mineures)
271 Allée du bon accueil
34090 MONTPELLIER
04 67 52 02 76

Mouvement français pour le planning familial
48 Boulevard Rabelais - 34000 Montpellier
Lundi et Mercredi de 10h à 17h
Mardi de 10h à 16h
Jeudi et Vendredi de 10h à 14h
04 67 64 62 19

Annexe 3 : Procédure IVG du Centre Hospitalier de Carcassonne

I - OBJET et DOMAINE D'APPLICATION

Ce protocole a pour objet de décrire la prise en charge des IVG par méthode médicamenteuse au CH Carcassonne.

II - DEFINITION ET ABREVIATION

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

III- REFERENCE

HAS 2010
Protocoles Montpellier 2016

IV - DOCUMENTS ASSOCIES

GO_ENR_002 Ordonnance NFS, coagulation.
GO_ENR_005 Ordonnance groupe, RAI.
GO_ENR_006 Ordonnance Béta HCG quantitatif.
GO_ENR_007 Fiche d'information et de programmation intitulée « Information sur l'IVG par méthode médicamenteuse ».
GO_ENR_008 Formulaire de consentement.

V - DOCUMENTS ASSOCIES

IVG, Misoprostol, Cytotec, Mifépriston, Mifégyne

VI - DESCRIPTION

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la méthode, médicamenteuse ou chirurgicale, et recevoir une information détaillée.

La prise en charge de l'IVG médicamenteuse peut se faire soit en établissement de santé jusqu'à 9 SA (public ou privé), soit hors établissement de santé par des médecins de ville jusqu'à 7 SA.

En préalable : 1ère consultation avec le médecin ou la sage-femme comprenant :

- entretien médical
- échographie de datation
- bilan sanguin : NFS, Coag, BhCG ; RAI et Groupe sanguin (ordonnances pré établies Annexes 1 et 2)
- Informations et prescription de la contraception
- Remise de la fiche d'information et de programmation (Annexe 4)
- Informations sur les modalités de l'IVG
- Ordonnance de contrôle BhCG à faire 48 h avant la consultation de contrôle (Annexe 3)
- Prescription des antalgiques

Modalités pratiques :

• Dans tous les cas, lors de la 2ème consultation :

- le **formulaire de consentement** est signé par la patiente (annexe 5) ; 1 exemplaire est remis à la patiente, l'autre est mis dans le dossier.

- les **3 cp de Mifégyne** (RU) sont alors donnés par le consultant et pris devant lui en consultation.

A la fin de cette consultation le dossier IVG doit être complet et comprendre :

- l'observation médicale sur CROSSWAY
- le formulaire de consentement signé par la patiente
- la copie de la fiche d'information et de programmation
- le carton de pré-admission et les étiquettes
- le bilan sanguin et le GS récupérés.

• **Avant 7 SA** : Le médecin ou la sage-femme donne à la patiente les 2cp de Cytotec (misoprostol) qu'elle doit prendre 48h après. Si absence de saignements dans les 3 heures suivant la prise médicamenteuse, la patiente revient aux urgences gynécologiques prendre 2 autres comprimés de Cytotec*.

• **Après 7 SA** : hospitalisation à 9h30 dans le service maternité (ch 80)
(2 patientes au maximum chaque jour) avec prise de 2cp de Cytotec* (misoprostol) à l'entrée, à renouveler systématiquement 3 heures après. La patiente reste hospitalisée au moins 3 heures.
Il n'est pas nécessaire que la patiente soit à jeun.

Si la patiente vomit <1h après la prise, lui redonner 2cp de Cytotec* par voie vaginale.

Prescrire systématiquement des antalgiques selon le protocole « antalgiques IVG med. » dans Crossway.

• **2 Cas particuliers avant 7 SA nécessitant une hospitalisation** :

- **Groupe rhésus négatif**:

Les 2 cp de cytotec, à prendre 48h après la prise de Mifégyne, sont donnés à la patiente au moment de la consultation. Ils sont pris au domicile à 9h30 du matin. La patiente est hospitalisée à 12h30 (chambre 82) pendant **30 minutes** pour l'injection de Rophylac* 200 µg IV que l'on trace dans le dossier et la surveillance d'une éventuelle allergie.

- **Autres cas particuliers** :

Patiente fumeuse de plus de 40 ans, domicile éloigné du CH (distance >1 heure de voiture ou pas de moyen de locomotion simple), femme inquiète, problèmes psycho-sociaux à aborder, facteurs de risques hémorragiques… : **hospitalisation, à 9h30, pendant 3 heures, chambre 80.**

Si la patiente ne présente aucune métrorragie 3 heures après les 2 comprimés de Cytotec*, lui en redonner deux autres sans changer l'horaire de sa sortie.
Si la patiente vomit <1h après la prise, lui redonner 2cp de Cytotec* par voie vaginale.

Modalités administratives :

- Au décours de la première consultation médicale, le médecin ou la sage-femme écrit dans l'observation la conduite à tenir choisie par la patiente et en informe systématiquement la secrétaire médicale.

- Le médecin ou la sage-femme remet à la patiente la fiche d'information et de programmation qu'elle doit remettre aux agents administratifs afin de mettre son dossier à jour. L'agent administratif prépare une PA (pré-admission). Dès lors, la patiente n'aura plus à se présenter au bureau administratif.

- Si la patiente doit être hospitalisée, le médecin ou la sage-femme l'inscrit dans RDVWIN planning « MA cons.orthogénie » à la date de sa venue, prépare le dossier et l'achemine au secrétariat de gynécologie.

Horaires d'hospitalisation à respecter impérativement :

- 2 créneaux à 9h30 pour les hospitalisations de 3h dans un lit chambre 80, secteur grossesses pathologiques.
- 1 créneau à 12h30 pour une hospitalisation de 30 minutes sur un fauteuil chambre 82 (pour les patientes RH négatif).

- La patiente se présente au 1er étage pour son hospitalisation. Elle sonne à la porte d'entrée et demande à voir l'aide-soignante ou la sage-femme du secteur rose en disant qu'elle vient pour une hospitalisation.

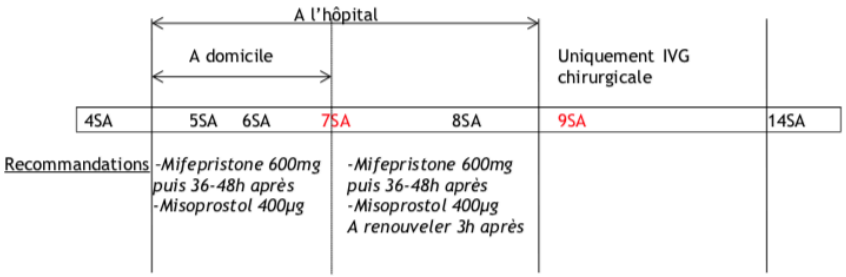
- La secrétaire médicale dépose les dossiers pour hospitalisation et/ou injection de Rophylac dans la bannette bleue prévue à cet effet dans le bureau des SF du secteur rose.

- Les patientes ont comme consigne, lors de la consultation de prise de Myfégyne*, de se présenter aux urgences gynéco en cas de problème.

A la sortie :
Vérifier systématiquement
- la contraception, à débuter le jour même
- le rendez-vous de contrôle : entre le 14 ème et 21 ème jour post IVG.
- l'ordonnance de BhCG à faire 48h avant la visite de contrôle
- les antalgiques

Mettre le dossier dans le chariot des sorties du service.

La visite de contrôle : entre le 14e et le 21e jour post-IVG.
Permet de vérifier :
- l'efficacité de la méthode par une décroissance d'au moins 80% du taux BhCG. Si mauvaise décroissance => contrôle échographique
- la contraception



Cotation de l'acte : dans **WEBCAD et** WEBDIAG

- pour les RU hospitalisés à faire par la sage-femme du secteur d'hospitalisation
- pour les RU ambulatoires à faire par le consultant qui voit la patiente.

Annexe 4 : Procédure IVG du Centre Hospitalier de Millau

OBJET :

- Prise en charge pour une interruption volontaire de grossesse chirurgicale.
  Terme limite 14 semaines d'aménorrhée.

SECTEURS D'APPLICATION :

- Service de chirurgie ambulatoire
- Service de gynécologie-obstétrique

ACTEURS CONCERNES :

- Gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, IDE chirurgie ambulatoire, sage-femme, assistant social

DEFINITIONS - TERMINOLOGIE :

- IVG : interruption volontaire de grossesse.
- DIU : Dispositif Intra Utérin.

GROUPE DE REDACTION :

- Service de gynécologie-obstétrique.

BIBLIOGRAPHIE - DOCUMENTS DE REFERENCE :

- Légifrance : loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

MOTS CLES :

- IVG chirurgicale.

CONTENU DU PROTOCOLE :

1. **Informations préalables à l'IVG**

- ✓ Dosage hormonal et échographie de datation précise.
- ✓ Groupe sanguin Rhésus, la prescrire s'il n'y en a pas.
- ✓ RAI

2. **Consultation médicale**

Réalisée par le médecin

- ✓ Si la patiente majeure souhaite rencontrer l'Assistante Sociale ou le Psychologue, le délai sera de 48 h
  Pour une patiente mineure, l'entretien avec l'Assistante Sociale est obligatoire (annexe 2)
- ✓ Information sur la contraception, les IST et le VIH

Remise du dossier guide (mis à jour une fois par an)

- ✓ Programmation de l'hospitalisation
  Programmation de la consultation d'anesthésie si IVG chirurgical
- ✓ Donner -l'attestation de 1ere consultation (annexe 1)
  -l'information concernant les différentes méthodes d'IVG, les lieux de réalisation possible d'IVG, les risques et les effets secondaires
- ✓ Examen médical complet à noter dans le dossier

3. **Consultation psychosociale obligatoire pour les mineures et proposée aux majeures**

- ✓ Se déroule entre les deux consultations médicales
- ✓ Cet entretien est généralement réalisé au sein du centre de planification. En l'absence de la personne référente du centre de planification (conseiller conjugal ou assistant social), il est convenu que c'est l'assistant social du Centre hospitalier, référent du service de gynécologie ou un autre assistant social du CH en son absence, qui mène cet entretien obligatoire.
- ✓ **Contenu de l'entretien** :
  - proposition d'une assistance sur le plan social, écoute, soutien psychologique.
  - possibilité de garder le secret à l'égard du représentant légal du mineur. Cependant il doit être recherché avec la patiente son consentement afin de prévenir ses représentants légaux. Si elle ne consent pas, l'anonymat sera conservé.
  - Délivrance de l'attestation d'entretien psycho social (Annexe 2) : original donné à la patiente, une copie dans le dossier médical, une copie dans le dossier social.
  - **Si la patiente mineure souhaite garder le secret** : établissement de l'attestation de consentement écrit du majeur accompagnant autre que le parent (Annexe 3) : original donné à la patiente, une copie dans le dossier médical, une copie dans le dossier social. **Si le majeur n'était pas présent lors de l'entretien psycho-social, l'attestation de consentement écrit du majeur accompagnant autre que le parent devra être signée le jour de la deuxième consultation médicale.**

4. **Deuxième consultation, une semaine révolue après la première consultation**

- ✓ Entretien médical.
- ✓ Si elle maintient sa demande : Faire signer l'autorisation par la patiente (Annexe 4), conserver l'original au dossier, lui donner une copie
- ✓ Si elle mineure :
  - Accompagnée par un représentant légal : faire signer le consentement écrit du parent accompagnant (Annexe 5)
  - Accompagnée par un majeur de son choix autre que son parent : faire signer le consentement écrit du majeur accompagnant autre que le parent (Annexe 3) dans le cas ou il n'a pas pu être établi lors de la consultation psychosociale. **La mineure doit être accompagnée par le majeur à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation.**
- ✓ Prescrire contraception.

- ✓ Vérifier carte de groupe sanguin et prescription s'il n'y en a pas.
- ✓ Consultation anesthésiste le jour même avec bilan pré-opératoire

- ✓ **Prise de miféprístone** = mifégyne ®600 mg, à l'issue de cette deuxième consultation, en présence de la sage femme et informations données à la patiente sur les évènements possibles jusqu'au jour de l'hospitalisation. (annexe 6)

5. Hospitalisation en service de chirurgie ambulatoire

- ✓ Entrée à jeun, l'heure sera définie en fonction du programme opératoire et communiquée à la patiente, lors de son appel la veille de l'intervention.
- ✓ Si patiente mineure : présence à l'entrée et à la sortie de la personne majeure accompagnante ayant signé le consentement.
- ✓ Donner prémédication (si prescrite sur la feuille d'anesthésie).
- ✓ Donner 2 comprimés de MISOPROSTOL (Cytotec®/Gymiso®), 1 h avant, per os Surveillance postopératoire habituelle.
- ✓ Si patiente de groupe sanguin Rhésus négatif, injection d'une dose de 200 µg de ROPHYLAC® (immunoglobulines anti-D) en intraveineux lent.
- ✓ Départ autorisé le jour même après passage et/ou accord de l'anesthésiste et du gynécologue.
- ✓ Conseils de sortie à donner : importance ++ de la visite de contrôle 14 à 21 jours après l'IVG. Vérifier qu'une contraception soit prescrite.
- ✓ Proposition d'un entretien psycho-social par l'assistant social du CH.

6. Consultation (14 à 21 jours après l'hospitalisation)

- ✓ 10 jours après intervention : échographie vérifiant la vacuité utérine.
- ✓ Vérification de l'absence d'infection.
- ✓ Pose DIU éventuellement (si vacuité utérine à l'échographie).
- ✓ Vérification de la tolérance et de l'observance de la contraception.

Annexes :

- Annexe 1 : Attestation de première consultation.
- Annexe 2 : Attestation de consultation psychosociale en vue de la pratique d'une IVG
- Annexe 3 : Consentement écrit du majeur accompagnant autre que le parent
- Annexe 4 : Attestation de seconde consultation
- Annexe 5 : Consentement écrit du parant accompagnant
- Annexe 6 : Formulaire de consentement

Objet :

- Décrire le déroulement de la prise en charge en service de gynécologie-obstétrique des patientes bénéficiant d'une I.V.G. par voire médicamenteuse.

Secteurs d'application :

- Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Millau.

Acteurs concernes :

- Médecins Gynéco-Obstétriciens, sages-femmes du Centre Hospitalier de Millau.
- Service social hospitalier

Definitions - Terminologie :

- I.V.G. médicamenteuse à l'hôpital < 9 S.A.

Groupe de redaction :

- Service de Gynécologie - Obstétrique.

Bibliographie - documents de reference :

- Légifrance : loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

Mots cles :

- IVG < 9 SA

Contenu du protocole :

1. Informations préalables à l'IVG

- ✓ Dosage hormonal et échographie de datation précise.
- ✓ Groupe sanguin Rhésus, RAI

2. Consultation médicale

Réalisée par le médecin ou la sage-femme

- ✓ Si la patiente majeure souhaite rencontrer l'Assistante Sociale ou le Psychologue, le délai pour la prise de MIFEGYNE sera de 48 h, sinon la prise de MIFEGYNE pourra se faire le jour même de la consultation
Pour une patiente mineure, l'entretien avec l'Assistante Sociale est obligatoire (annexe 2), la MIFEGYNE pourra donc être donnée 48 heures après cet entretien

- ✓ Information sur la contraception, les IST et le VIH
  Remise du dossier guide (mis à jour une fois par an)

- ✓ Programmation de l'hospitalisation (non obligatoire pour les majeures)
  Programmation de la consultation d'anesthésie si IVG chirurgical

- ✓ Donner -l'attestation de 1ere consultation (annexe 1)
  -l'information concernant les différentes méthodes d'IVG, les lieux de réalisation possible d'IVG, les risques et les effets secondaires

- ✓ Examen médical complet à noter dans le dossier
  Si IVG à domicile, feuille d'information service à remettre dans le classeur IVG.

- ✓ Vérifier la carte de groupe sanguin, la prescrire s'il n'y en a pas.
  Prescrire Rhophylac® si Rhésus négatif. (uniquement pour les patientes qui ne seront pas hospitalisées)

- ✓ **Prise de mifépristone** = mifégyne ®600 mg, à l'issue de cette consultation, en présence de la sage-femme et informations données à la patiente sur les évènements possibles jusqu'au jour de l'hospitalisation. (annexe 4)

3. Consultation psychosociale obligatoire pour les mineures et proposée aux majeures

- ✓ Cet entretien est généralement réalisé au sein du centre de planification. En l'absence de la personne référente du centre de planification (conseiller conjugal ou assistant social), il est convenu que c'est l'assistant social du Centre hospitalier, référent du service de gynécologie ou un autre assistant social du CH en son absence, qui mène cet entretien obligatoire.
- ✓ **Contenu de l'entretien** :
  - proposition d'une assistance sur le plan social, écoute, soutien psychologique
  - possibilité de garder le secret à l'égard du représentant légal du mineur. Cependant il doit être recherché avec la patiente son consentement afin de prévenir ses représentants légaux. Si elle ne consent pas, l'anonymat sera conservé.
  - Délivrance de l'attestation d'entretien psycho social (Annexe 2) : original donné à la patiente, une copie dans le dossier médical, une copie dans le dossier social.
  - **Si la patiente mineure souhaite garder le secret** : établissement de l'attestation de consentement écrit du majeur accompagnant autre que le parent (Annexe 3) : original donné à la patiente, une copie dans le dossier médical, une copie dans le dossier social. **Si le majeur n'était pas présent lors de l'entretien psycho-social, l'attestation de consentement écrit du majeur accompagnant autre que le parent devra être signée le jour de la deuxième consultation. Le majeur accompagnant doit être présent à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation.**

4. Hospitalisation

36 à 48 heures après la prise de mifépristone : (annexe 7)

- **Patient mineure : le majeur accompagnant doit être présent à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation.**
- Entrée à 8 h 30
  - Installation en chambre.
  - Montrer le bassin pour récupérer le sac ovulaire.
  - Prise des constantes.
  - Interrogatoire et vérification du groupe sanguin.
  - Prise du misoprostol = Gymiso® 400 µg :
    Si < à 7SA : 2cp en sublingual et si ≥ à 7 SA : 2 cp en intra-vaginal.
  - Surveillance 3 heures.
  - Penser à poser le patch Emla vers 10 h si implant choisi en méthode de contraception.
  - Injection de Rhophylac ®aux patientes de Rhésus négatif.

Si algies :
- Ne pas hésiter à calmer, si douleurs dire à la patiente d'appeler.
- En première intention : Ibuprofène 400 mg.
- En seconde intention : 1cp Lamaline (=Tramadol = Contramal = Topalgic 50 mg), ou Codeïne.

Si vomissements :
- De suite après l'absorption de gymiso®, redonner 2 comprimés de gymiso®.
- Par la suite donner 1 comprimé de Primpéran® et si insuffisant une ampoule primpéran® IVDL.

- Si pas de saignements, ni douleurs, ni vomissements et expulsion non constatée :
  - Patiente souhaite rester : lui redonner 2 cp de gymiso ®et surveiller encore 3 heures.
  - Patiente souhaite sortir, lui donner 2 cp de gymiso® à prendre de suite ou 2 cp de gymiso ®à prendre le soir chez elle.

- Si expulsion constatée, sortie vers 12 h.

- Sortie avec ordonnance d'Ibuprofène pour 48 heures + Tardyféron B9®.
- Conseils de sortie à donner : reprise de contraception orale dès le 1er jour de l'I.V.G., et importance ++ du RDV de contrôle 14 à 21 jours après l'I.V.G.

5. Consultation :

- ✓ contrôle 14 à 21 jours après l'hospitalisation.
- ✓ Echographie qui vérifie la vacuité utérine,10 jours après (avant la consultation)
- ✓ Vérification de l'expulsion complète du sac ovulaire.
  Vérification de l'absence d'infection.
- ✓ Pose du D.I.U. si vacuité utérine à l'échographie.
- ✓ Vérification de la tolérance et de l'observance de la contraception.

CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU
www.ch-millau.fr

Service de gynécologie obstétrique

PROTOCOLE A RESPECTER, IVG MEDICAMENTEUSE

- **Première consultation médicale préalable à l'Interruption Volontaire de grossesse**

- Informations concernant les différentes méthodes d'Interruption Volontaire de Grossesse, les lieux de réalisation possible de l'IVG, les risques et les effets secondaires possibles.
- Informations sur la possibilité de bénéficier d'un entretien psychosocial si vous êtes majeure et de l'obligation de cet entretien si vous êtes mineure.
- Informations sur les différents modes contraceptifs et sur les moyens de prévention et de dépistage des IST et VIH.

- **Consultation psychosociale obligatoire si vous êtes mineure et proposée si vous êtes majeure**

- Cette consultation se déroule à la demande de la patiente
- Elle a lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social, avec une conseillère conjugale agrée. Le médecin vous orientera vers la personne adaptée.
- Proposition d'une assistance sur le plan social, écoute, soutien psychologique, des informations ou des conseils appropriés à votre situation. Ce moment d'écoute peut être important et vous aide dans une période difficile.
- Possibilité d'exprimer le souhait de garder le secret à l'égard de son représentant légal pour les mineures
- Délivrance d'une attestation d'entretien obligatoire pour les mineures et du livret d'information national.

Prise des comprimés

- La sage-femme vous donnera 3 comprimés de MIFEGYNE que vous prendrez avec elle. Ce médicament interrompt la grossesse en bloquant l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse, il favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col. A l'issue de cette première étape, il peut survenir des saignements, exceptionnellement l'œuf peut être déjà évacué à ce stade.
- 36 à 48h après 2 possibilités : interruption de grossesse chez vous ou hospitalisation dans le service

- **Hospitalisation**

- Se présenter au service au 1er étage, service orthogénie, entre 8h et 9h avec les étiquettes que vous aurez fait au bureau des admissions (rez-de-chaussée). Pour les mineures qui en auraient besoin, le service social hospitalier est à votre disposition pour vous soutenir dans cette démarche.
- Installation dans une chambre
- Prise de MISOPROSTOL, médicament qui provoque des contractions et l'expulsion de l'œuf. Si les contractions, à type de douleurs de règles sont fortes, des antalgiques vous seront remis. L'expulsion de l'œuf se produit environ dans les 4 heures après la prise du médicament.
- La sortie se déroule après l'expulsion. Les saignements durent généralement une 10ène de jours.
- Possibilité d'un entretien psycho-social par l'assistante sociale du service.

- **Au retour chez vous**

- Si vous saignez trop, si les douleurs deviennent insupportables, si votre température dépasse 38°5 ou si surviennent des manifestations inhabituelles non décrites ci-dessus :
  - La journée : appeler le secrétariat de gynécologie 05 65 59 31 44, les sages-femmes 05 65 59 33 04 ou le cabinet du Dr Mejane 05 65 61 04 98
  - La nuit, les week-ends : le 05 65 59 33 04 ou le portable du Dr Mejane 06 70 35 59 23

- **La visite de contrôle**

- Elle doit intervenir entre le 14ème et le 21ème jour après la 1ère prise de médicament. Cette consultation est absolument nécessaire, vous serez examinée et une échographie ou un examen sanguin de contrôle sera pratiqué. En cas d'échec (si la grossesse se poursuit), il est impératif de recourir à la technique chirurgicale. Lors de cette consultation, il sera vérifié que la femme dispose d'un moyen contraceptif adapté à sa situation et de la possibilité d'un entretien psychosocial si elle le souhaite.

CENTRE HOSPITALIER DE MILLAU 265 Bd Achille Souques 12100 MILLAU
Tél Standard : 05.65.59.30.00
Tel Secrétariat service de gynécologie : 05.65.59.31.44

Annexe 5 : Procédure IVG du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan

SERVICE ORTHOGENIE

De 8h - 15h30 :
☎ 04 68 61 87 33
Urgences Gynécologiques
Nuit et Week-end
☎ 04 68 61 61 60

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

Madame : ..... Date : .....

Vous êtes amenée à demander une interruption volontaire de grossesse (IVG). La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les conditions et les différentes modalités possibles de cet acte, leurs avantages et inconvénients potentiels.

Quelles sont les conditions pour pouvoir réaliser une IVG ?

Une IVG peut être pratiquée légalement à votre demande jusqu'à 12 semaines de grossesse (ou 14 semaines depuis le début des dernières règles).

Deux consultations avec le médecin sont nécessaires avant une IVG. Un délai de réflexion d'une semaine est obligatoire entre ces deux consultations. Plus la première consultation a lieu tôt et plus cela laisse de possibilités concernant la technique utilisée.

La visite avec le médecin peut être l'occasion du dépistage d'autres problèmes de santé, de maladies sexuellement transmises dont le virus VIH (virus du SIDA) ou de l'hépatite B et de la réalisation de frottis du col de l'utérus. N'hésitez pas à parler au médecin de vos interrogations ou de manifestations anormales : pertes, brûlures, démangeaisons, ou douleurs.

Entre les deux consultations, un entretien avec une conseillère conjugale vous sera proposé. Une attestation de consultation vous sera alors délivrée.

Si vous êtes mineure, cet entretien est obligatoire. Si vous souhaitez garder le secret, vous devez vous faire accompagner dans votre demande d'IVG par une personne majeure de votre choix.

Comment pratique-t-on une interruption de grossesse ?

L'IVG peut se faire de deux manières principales en fonction du nombre de jours de grossesse et de vos préférences :

- la méthode instrumentale (par aspiration) : il s'agit d'aspirer le contenu de l'utérus sous anesthésie locale ou générale. Cette méthode est possible jusqu'à une durée de grossesse assez avancée (12 semaines de grossesse).

- la méthode médicamenteuse : deux médicaments sont administrés successivement à deux jours d'intervalle. Après la prise du deuxième médicament, l'expulsion de la grossesse se fait naturellement. Cette méthode n'est possible habituellement que jusqu'à 6 semaines de grossesse et 6 jours (8 semaines d'aménorrhée et 6 jours).

www.ch-perpignan.fr
20, avenue du Languedoc. BP.49954 - 66046 PERPIGNAN CEDEX 9 - TEL 04.68.61.66.33 - Mail : ch.perpignan@ch-pepignan.fr
N° Etablissement : 660000084

L'IVG comporte-t-elle des inconvénients ou des risques ?

Comme toute intervention, une IVG comporte des inconvénients et peut présenter certains risques exceptionnels.

- Pour l'IVG par aspiration : les principales complications, rencontrées dans moins de 1 % des cas, sont **la perforation utérine** lors de la dilatation du col ou lors de l'aspiration, la déchirure du col de l'utérus et **l'hémorragie** pendant l'aspiration. Très exceptionnellement, des plaies graves des organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins, voies urinaires notamment) peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire d'une cœlioscopie, voire d'une ouverture de l'abdomen. La survenue d'une infection utérine ou d'une rétention ovulaire (de fragments de la grossesse) est possible après une aspiration.
- Pour l'IVG médicamenteuse : les principaux inconvénients sont le risque d'hémorragie abondante qui peut nécessiter la réalisation d'une aspiration (ou curetage) en urgence. Une rétention d'une partie de l'œuf ou même une grossesse persistante peut se voir dans moins de 5 % des cas. En cas de rétention, une aspiration peut être nécessaire pour évacuer de l'utérus les fragments restants.

Du fait d'un risque malformatif provoqué par le médicaments, il est déconseillé de poursuivre la grossesse en cas d'échec de la méthode médicamenteuse.

- Quelle que soit la technique : les complications précédemment décrites peuvent entraîner de manière exceptionnelle des difficultés pour être à nouveau enceinte. Dans les deux types d'interruption, il existe très exceptionnellement un risque de **transfusion sanguine, voire un risque vital ou de séquelles graves.**

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

Avant l'IVG :

- deux consultations sont obligatoires. La première doit être effectuée le plus tôt possible et **un délai de réflexion** doit être respecté entre ces deux consultations. Un certificat de consultation doit être établi par le médecin si la consultation n'est pas effectuée dans le centre qui pratiquera l'IVG ;
- une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention si une méthode par aspiration a été décidée, même en cas d'intervention sous anesthésie locale ;
- pensez à apporter votre carte de groupe sanguin si vous en possédez une.

Après l'IVG :

- à votre sortie, vous devrez débuter le soir même la contraception prescrite s'il s'agit d'une pilule. Dans les autres cas, suivez scrupuleusement les recommandations du médecin ;
- vous devez consulter en urgence si vous présentez l'un des symptômes suivants :

  - forte douleur abdominale ;
  - fièvre supérieure à 38 °C ;
  - saignements plus abondants que des règles ;
  - pertes vaginales malodorantes ;
  - malaise ;
- vous devez vous rendre à la consultation de contrôle qui permet de vérifier l'absence de complication de l'interruption ou de rétention de la grossesse ;
- vous devez prévoir le renouvellement ou le contrôle de votre contraception au cours d'une visite gynécologique une fois par an.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit en utilisant la case suivante.

Questions et commentaires :

LES SUITES NORMALES APRES UNE IVG MEDICAMENTEUSE :

1. **Les saignements :**

Des saignements peuvent survenir après la sortie d'hospitalisation, qui s'apparentent à des règles, ils peuvent durer trois semaines, et sont réévaluées avec le médecin lors de la visite de contrôle.

2. **La douleur :**

Des douleurs pelviennes d'intensité moyenne sont courantes après une IVG médicamenteuse. Elle doivent être calmées par les médicaments qui vous sont prescrits à la sortie.

3. **La contraception :**

A votre sortie, vous devrez débuter le soir même la contraception prescrite s'il s'agit d'une pilule. Dans les autres cas, suivez scrupuleusement les recommandations de la sage femme.

LES COMPLICATIONS POSSIBLES APRES UNE IVG EDICAMENTEUSE

1. **L'hémorragie :**

Un saignement nécessitant de changer de protection toutes les 30 minutes pendant 2 heures (soit 4 protections en 2 heures) nécessite de reconsulter aux urgences gynécologiques.

2. **L'infection :**

Une forte douleur abdominale, une fièvre supérieure à 38°C ou des pertes vaginales malodorantes font suspecter une infection et nécessitent de reconsulter aux urgences gynécologiques. Pour prévenir de l'infection, il est nécessaire de respecter les règles d'hygiène pendant 3 semaines : pas de bain, pas de piscine, pas de port de tampons hygiéniques, relations sexuelles protégées par préservatifs.

3. **L'échec :**

Présent dans 4,6 % des cas. L'échec est diagnostiqué au moment de la consultation de contrôle du 21eme jour, d'où la nécessité de bien venir à ce rendez-vous.
Nous insistons sur le fait qu'en cas d'échec de la méthode médicamenteuse, il est fortement déconseillé de poursuivre la grossesse compte tenu des risques malformatifs liés à la prise médicamenteuse.

LES SIGNES NECESSITANT DE RECONSULTER EN URGENCE SONT :

Forte douleur abdominale
Fièvre supérieure à 38°C
Saignements plus abondants que des règles
Pertes vaginales malodorantes
Malaise

Service d'orthogénie 8h-15h30 : 04-68-61-87-33

Urgences gynécologiques nuit et WE : 04-68-61-61-60

FROM:CENTRE I.V.G TO:004676777111 12/07/2017 14:43:27 #141 P.003/013

Hôpital Saint-Jean
Urgences nuit & Week end
04.68.61.62.62 - 04.68.61.62.63

SERVICE D'ORTHOGENIE
Sages-Femmes et Conseillères conjugales :
– Cathy LAHIRE
☎ ***04.68.61.87.33***
Service de Planification ouvert de 8h à 16h sans interruption

DEROULEMENT PRATIQUE (RU) : 3 Rendez-Vous

1° - PREMIER RDV le ..... /...../..... à .....heures

➔ Faire votre admission. Passer au bureau d'accueil de la consultation de Gynécologie avec **le bon bleu**, la **carte vitale** & **51,58 Euros (sauf si CMU).**

- CARTE DE GROUPE SANGUIN OBLIGATOIRE -

➔ Se rendre **au Centre de Planification** pour prise de 3 comprimés de Mifégyne (par voie orale) donnés par la sage-femme. (Important d'avoir déjeuné)

Evènements possibles : ✧ douleurs (Spasfon, Paracétamol peuvent être utilisés)
✧saignements possibles
✧nausées

PRECAUTIONS A PRENDRE
Ne pas s'éloigner du centre référent pendant une semaine.
Pas de bain, pas de tampon, pas de rapport sexuel.

2° - HOSPITALISATION le ..... / ...../ ..... **(IMPORTANT D'AVOIR DEJEUNE)**

Se présenter au secrétariat de la CHIRURGIE AMBULATOIRE
1°étage du Nouvel Hôpital

NE PAS OUBLIER les affaires de toilette, une tenue décontractée, slip et serviettes périodiques.
↳ N'amenez ni bijoux, ni valeurs le jour de l'hospitalisation

De à

Tout retard à l'entrée entraînera des dysfonctionnements dans la prise en charge

DEPART validé par la sage femme dans le service.

△! **Après votre hospitalisation, si saignements trop abondants, se rendre directement aux Urgences à la Maternité**

3° - ECHOGRAPHIE de Contrôle (15 à 21 jrs après) le ..... /...../.....à

POUR EVITER TOUTE INFECTION VOUS ETES OBLIGEES DE DEBUTER UNE PILULE LE JOUR DE L'HOSPITALISATION

Lu et approuvé, le

Signature

CENTRE HOSPITALIER MARECHAL JOFFRE / HOPITAL SAINT JEAN / CCMPPA / IMFSI
[illegible]

Hôpital Saint-Jean
Urgences nuit & Week end
04.68.61.62.62 - 04.68.61.62.63

SERVICE D'ORTHOGENIE
Sages-Femmes et Conseillères conjugales :
Cathy LAHIRE
☎ 04.68.61.87.33
Service de Planification ouvert de 8h à 16h sans interruption

INTERVENTION CHIRURGICALE :
3 IMPERATIFS A RESPECTER

1° - Faire votre **PRE-ADMISSION** à l'entrée de la consultation de Gynécologie
- Avec le Certificat d'Admission **(bon bleu)**
- la Carte Vitale
- Régler 76,66 Euros ou CMU

2° - Rendez-vous avec **L'ANESTHESISTE**
en consultation (Rez de Chaussée du Nouvel Hôpital) **le ...../...../.....à**

3° - Rendez vous avec LA SAGE FEMME le.....à .....
pour délivrance des médicaments avant l'intervention :
1 cp de MYFEGYNE le à

1 cp de . . . . le à (à laisser fondre dans la joue)

JOUR D'ENTREE **le... ...../...../..... à 7 HEURES PRECISES**

Se présenter en salle d'attente de la CHIRURGIE AMBULATOIRE – 1° étage du Nouvel Hôpital

Intervention annulée en cas de retard

- N'amenez ni bijoux, ni valeurs le jour de l'hospitalisation
- Vous risquez d'avoir des saignements Pensez à mettre une serviette périodique.

Très Important

- A JEUN à partir de minuit (ni boire, ni manger, ni fumer, ni manger de chewing-gum.)
- DOUCHE à la Bétadine Rouge, la veille et le jour de l'intervention(à la maison).
- PAS DE MAQUILLAGE, PAS DE VERNIS A ONGLES

Votre sortie s'effectuera à partir de 16 h après un entretien avec la sage femme (sauf contre indication)

Vous n'êtes pas autorisée à sortir seule.

- Prévoir une personne qui restera auprès de vous durant la nuit suivant votre anesthésie
- Prévoir, 1 mois après, un contrôle chez votre gynécologue ou chez votre médecin.

Lu et approuvé, le

Signature

LES SUITES NORMALES APRES UNE IVG CHIRURGICALE :

1. **Les saignements :**

Des saignements peuvent survenir après la sortie d'hospitalisation, qui s'apparentent à des règles, ils peuvent durer une semaine.

2. **La douleur :**

Des douleurs pelviennes d'intensité moyenne sont courantes après une IVG chirurgicale. Elle doivent être calmées par les médicaments qui vous sont prescrits à la sortie.

3. **La contraception :**

A votre sortie, vous devrez débuter le soir même la contraception prescrite s'il s'agit d'une pilule. Dans les autres cas, suivez scrupuleusement les recommandations de la sage femme.

LES COMPLICATIONS POSSIBLES APRES UNE IVG CHIRURGICALE :

1. **L'hémorragie :**

Un saignement nécessitant de changer de protection toutes les 30 minutes pendant 2 heures (soit 4 protections en 2 heures) nécessite de reconsulter aux urgences gynécologiques.

2. **L'infection :**

Une forte douleur abdominale, une fièvre supérieure à 38°C ou des pertes vaginales malodorantes font suspecter une infection et nécessitent de reconsulter aux urgences gynécologiques. Pour prévenir de l'infection, il est nécessaire de respecter les règles d'hygiène pendant 3 semaines : pas de bain, pas de piscine, pas de port de tampons hygiéniques, relations sexuelles protégées par préservatifs.

LES SIGNES NECESSITANT DE RECONSULTER EN URGENCE SONT :

Forte douleur abdominale
Fièvre supérieure à 38°C
Saignements plus abondants que des règles
Pertes vaginales malodorantes
Malaise

Service d'orthogénie 8h-15h30 : 04-68-61-87-33

Urgences gynécologiques nuit et WE : 04-68-61-61-60

1- Méthode par aspiration

Cette méthode est possible quel que soit l'âge de la grossesse dans la limite des délais légaux 12 semaines de grossesse maximum (soit 14 semaines d'aménorrhée).

Elle se réalise en milieu hospitalier de manière ambulatoire (séjour de quelques heures à l'hôpital sans hospitalisation)
Elle nécessite de dilater le col de l'utérus pour pouvoir introduire une canule d'aspiration de diamètre adapté à l'âge de la grossesse. Il est nécessaire de prendre un médicament 2 jours avant et le jour même, quelques heures avant l'intervention, pour faciliter l'ouverture du col utérin.

L'intervention peut se réaliser sous anesthésie locale ou générale. Vous pourrez discuter avec le médecin du mode d'anesthésie le mieux adapté à votre situation. En cas d'anesthésie générale, une consultation avec l'anesthésiste est également nécessaire avant l'intervention.

2- Méthode médicamenteuse

La méthode médicamenteuse consiste à prendre un premier médicament, la mifépristone, qui prépare l'utérus à se contracter et favorise l'ouverture du col de l'utérus. Un saignement peut survenir après la prise de ce premier médicament. Cela ne veut pas dire que la grossesse est déjà arrêtée. Il faut donc impérativement prendre la deuxième partie du traitement même si un saignement se produit.

Deux jours plus tard, un autre médicament (les prostaglandines), pris par la bouche ou par voie vaginale, provoque des contractions de l'utérus et l'expulsion de la grossesse. L'expulsion se manifeste par des saignements plus abondants que des règles normales.

La prise des prostaglandines (le deuxième médicament qui provoque l'expulsion) se fait généralement au cours d'une hospitalisation courte de 4 heures au cours de laquelle on peut vous donner des médicaments en cas de douleur provoquée par les contractions.

Sous certaines conditions et si vous le souhaitez,les prostaglandines et le traitement contre la douleur pourront vous être remis pour que vous le preniez à votre domicile, donc sans hospitalisation.

Une visite de contrôle est indispensable dans les 21 jours qui suivent la prise des médicaments pour s'assurer que l'interruption a bien eu lieu et qu'elle est bien complète.

Dans tous les cas

Si votre groupe sanguin est rhésus négatif, vous devrez recevoir une injection de gamma-globulines anti-D pour éviter des complications lors d'une prochaine grossesse. Pensez à apporter votre carte de groupe sanguin, sinon une nouvelle prise de sang sera nécessaire pour le vérifier.

L'IVG doit rester une décision exceptionnelle. Une contraception efficace est donc indispensable après une IVG. Elle doit être débutée le jour même de l'IVG.

Un contrôle gynécologique régulier doit être effectué, généralement une fois par an, par le gynécologue ou le médecin traitant.

Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVE PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_266	Version 1	Date d'application 18/10/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DE PLUS DE 15 ANS OU DE POIDS SUPERIEUR A 50KG EN DEMANDE D'IVG MEDICAMENTEUSE/GROSSESSE ARRETEE		

I- OBJET et DOMAINE D'APPLICATION

Ce document vise à préciser les modalités de prise en charge des patientes en demande d'IVG médicamenteuse par le service d'orthogénie et le service de chirurgie ambulatoire.

II- DEFINITION ET ABREVIATIONS

- **AS** : Aide-Soignant
- **Cp** : Comprimé
- **CGS** : Carte de Groupe Sanguin
- **DSI** : Dossier de Soins Informatisé
- **EVA** : Evaluation Visuelle Analogique
- **Gr Rh** : Groupe Rhésus
- **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat
- **Ig Anti-D** : Immunoglobuline Anti-D
- **IM** : IntraMusculaire
- **IV** : IntraVeineux
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **RAI** : Recherche d'Agglutinines Irrégulières
- **Rh** : Rhésus
- **RU 486** : Mifépristone (Mifégyne®)
- **SA** : Semaine d'Aménorrhée
- **SF** : Sage-Femme
- **TA** : Tension Artérielle
- **T°** : température
- **Ttt** : Traitement
- **UCA** : Unité de Chirurgie Ambulatoire

III- REFERENCES

- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, dite loi Veil
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
- Dossier guide IVG : http://www.sante.gouv.fr/le-dossier-guide-ivg.html

IV- DOCUMENTS ASSOCIES

- **HEMO_PROC_013** : Transfusion programmée, avant la transfusion

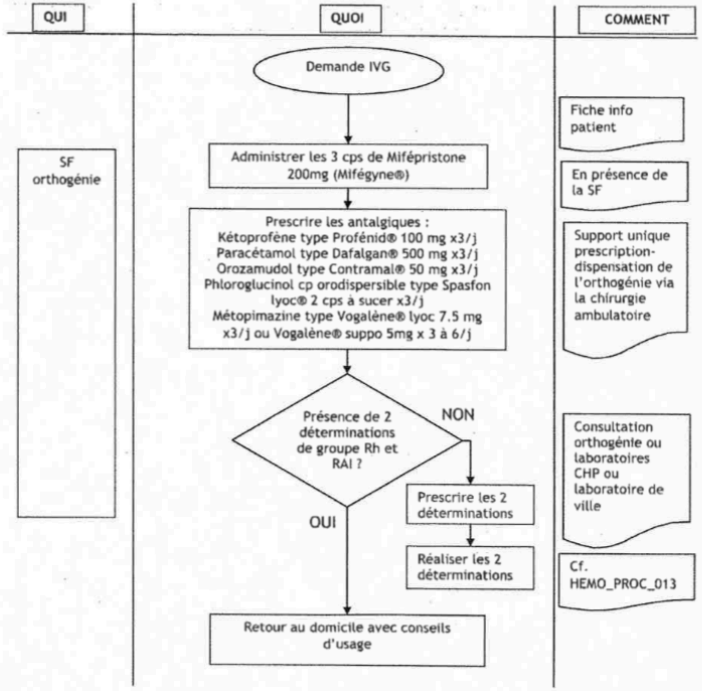
Documents internes au service :

- Feuille de prescription médicale spécifique orthogénie validée en novembre 2014
- Dossier de suivi IVG

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVE PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_266	Version 1	Date d'application 18/10/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DE PLUS DE 15 ANS OU DE POIDS SUPERIEUR A 50KG EN DEMANDE D'IVG MEDICAMENTEUSE/GROSSESSE ARRETEE		

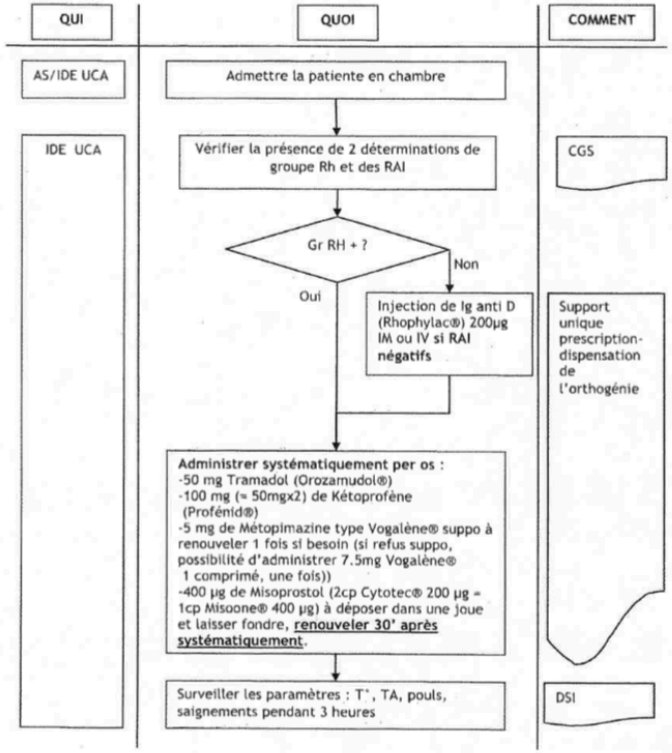
V- DESCRIPTION

Logigramme 1 : Prise en charge initiale en orthogénie



Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVE PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_266	Version 1	Date d'application 18/10/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DE PLUS DE 15 ANS OU DE POIDS SUPERIEUR A 50KG EN DEMANDE D'IVG MEDICAMENTEUSE/GROSSESSE ARRETEE		

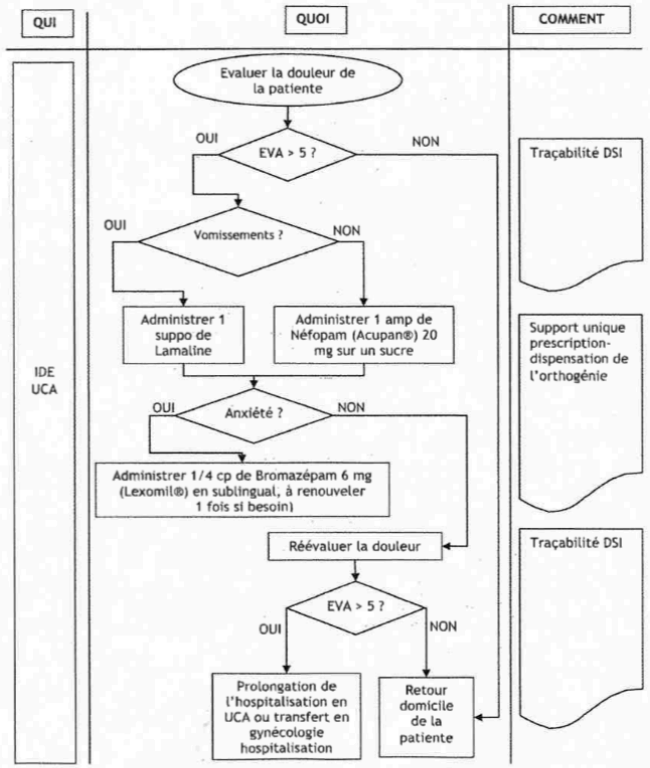
Logigramme 2 : Prise en charge en chirurgie ambulatoire (48 heures après la prise de Mifégyne)



Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVE PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_266	Version 1	Date d'application 18/10/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DE PLUS DE 15 ANS OU DE POIDS SUPERIEUR A 50KG EN DEMANDE D'IVG MEDICAMENTEUSE/GROSSESSE ARRETEE		

Logigramme 3 : prise en charge de la douleur en chirurgie ambulatoire

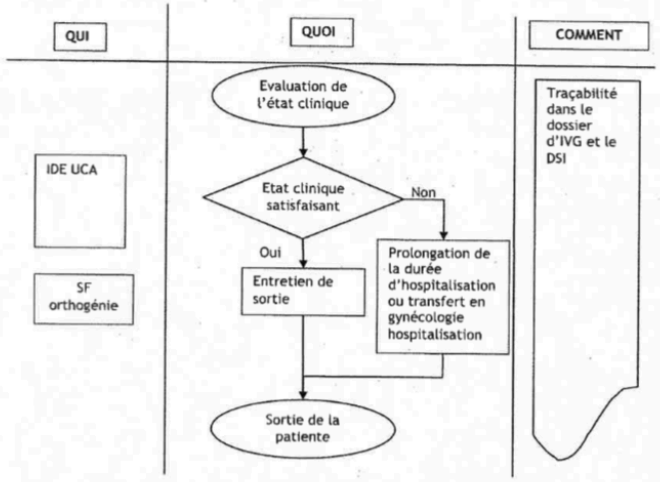


Emetteur	Cellule qualité	Page :	4/7

Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVE PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_266	Version 1	Date d'application 18/10/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DE PLUS DE 15 ANS OU DE POIDS SUPERIEUR A 50KG EN DEMANDE D'IVG MEDICAMENTEUSE/GROSSESSE ARRETEE		

Logigramme 4 : Validation de la sortie

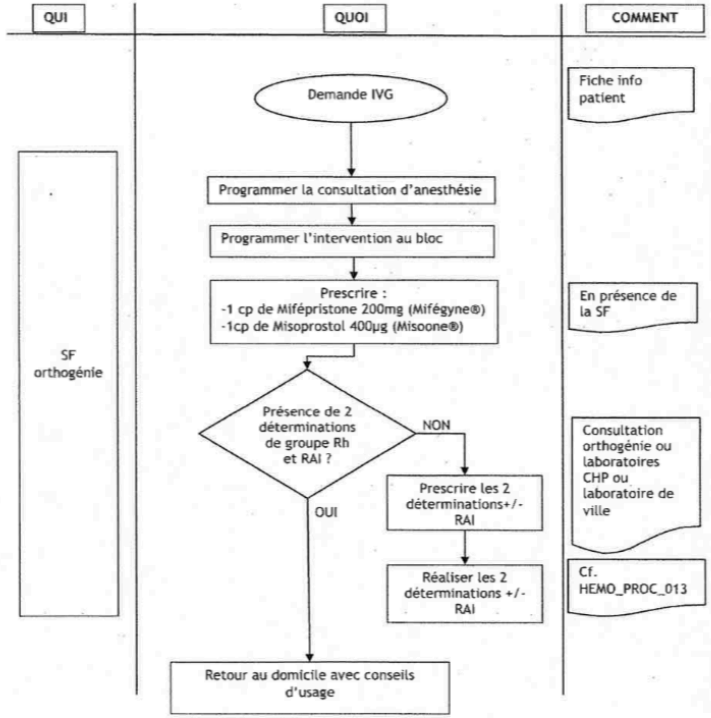


Emetteur	Cellule qualité	Page :	5/7

Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVÉ PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_291	Version 1	Date d'application 25/11/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES EN DEMANDE D'IVG CHIRURGICALE		

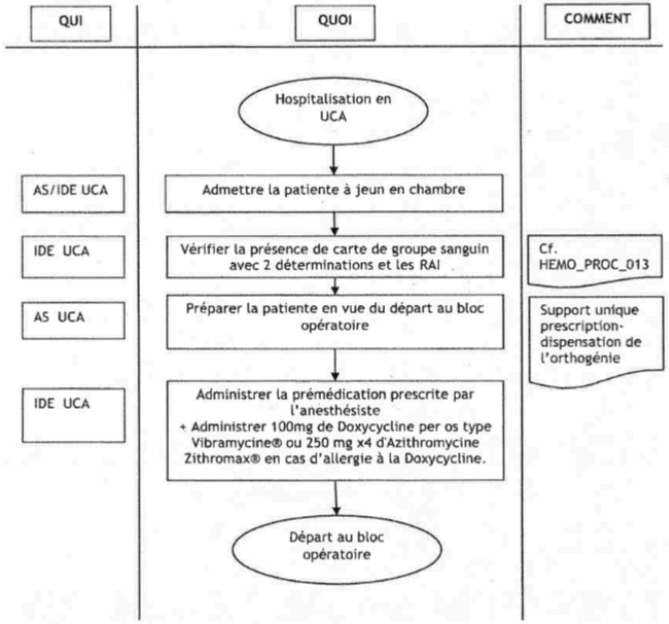
Logigramme 1 : Prise en charge initiale en orthogénie



Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVÉ PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_291	Version 1	Date d'application 25/11/2016
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES EN DEMANDE D'IVG CHIRURGICALE		

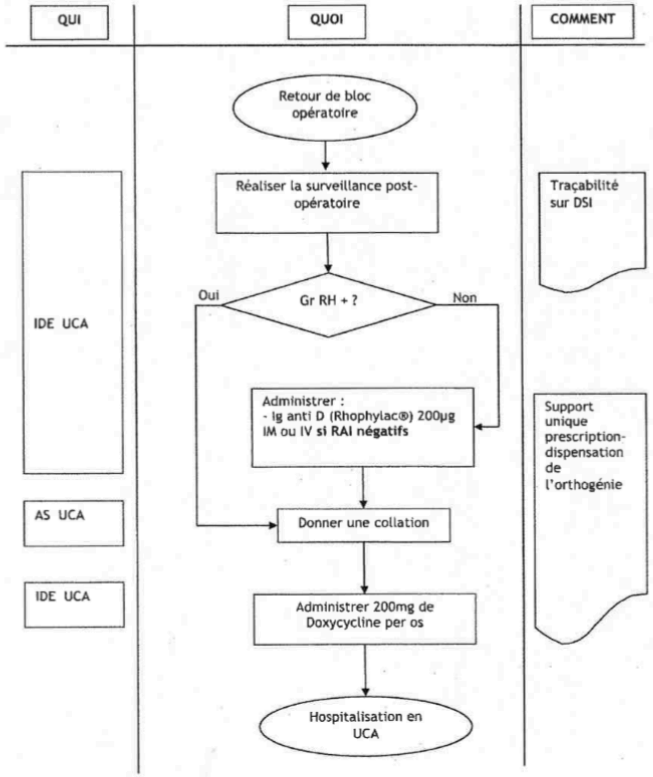
Logigramme 2 : Prise en charge en chirurgie ambulatoire (36 heures après la prise de Mifégyne)



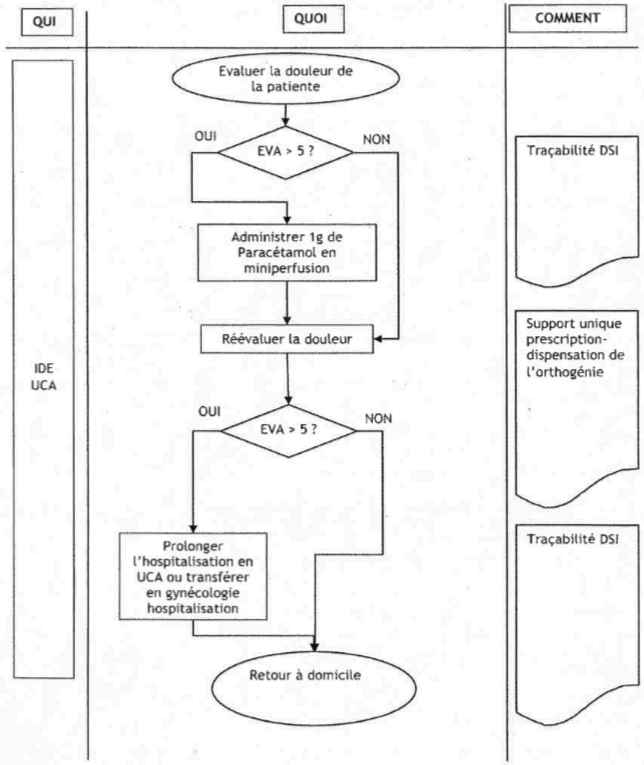
Prise en charge au bloc opératoire :

Pour des raisons de retentissement psychologique, de préparation médicamenteuse du col de l'utérus et de risque hémorragique majoré avec l'évolution de la grossesse, il est primordial de respecter le jour de programmation de l'intervention, **même en cas de grève du personnel hospitalier.**

Logigramme 3 : retour de bloc



Logigramme 4 : prise en charge de la douleur en chirurgie ambulatoire

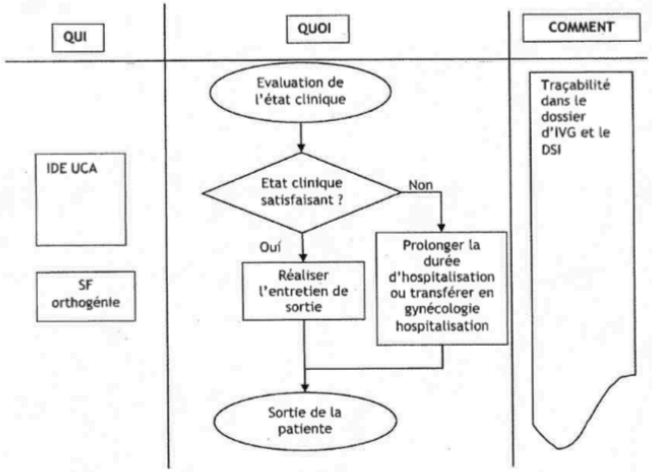


FROM:CENTRE L.V.G TO:0046767771 12/07/2017 14:56:27#141 P.012/013

Document interne - Propriété du Centre Hospitalier de Perpignan

Centre Hospitalier de Perpignan	APPROUVE	PROTOCOLE	Qualité
Codification PROT_291	**Version** 1	**Date d'application** 25/11/2016	
PRISE EN CHARGE DES PATIENTES EN DEMANDE D'IVG CHIRURGICALE			

Logigramme 5 : Validation de la sortie



Annexe 6 : Procédure IVG de la clinique Saint-Louis

CAP SANTÉ – GROUPE PRIVÉ RÉGIONAL D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	Polyclinique Pasteur - HAD Pasteur Polyclinique des 3 Vallées - Clinique Saint Louis SSR Le Colombier - SSR Les Châtaigniers	Processus : **Management de la prise en charge du patient en secteur à risques**
Date de mise à jour : **03/04/2017**	**CONDUITE A TENIR POUR UNE IVG PAR MYFEGYNE**	Référence : **P15.2/PR IVG**
Version : **2**		Page **1** sur **4**
Etablissement(s) concerné(s) : Clinique Saint-Louis		

Rédacteur	Approbateur	Destinataire
Fonction : SF référente Maternité Nom : M. ARNOLD SMITH	Fonction : Gynécologues-obstétriciens : Nom : Dr A-M. MOUTTE BADER Dr S LIEBENS Dr G MAISTRE Dr M LABAKI Fonction : RAQGR Nom : E. BOUSQUET	L'ensemble des professionnels de la Maternité

I - Objet de la procédure

- Répondre aux attentes des patientes réalisant un IVG en leur assurant un accompagnement lisible leur garantissant la sécurité médicale et le confort attendu.
- Satisfaire aux recommandations et textes de loi régissant la pratique des IVG en établissement de santé.

II – Domaine d'application

Responsabilités :

- Gynécologues obstétriciens ;
- Sages-femmes ;
- secrétaire

III – Les références

- Loi n°1975-17 du 17 janvier 1975
- Loi n°2001-588 du 04 janvier 2001
- Loi n°2017-86 du 27 janvier 2017
- Décret n°2002-797 du 03 mai 2002
- Décret n°2002-799 du 03 mai 2002
- Circulaire DGS/DHOS n°2003-356 du 16 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 04 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception.
- Circulaire CNAM-49/2003 du 24 mars 2003 relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineures sans consentement parental.
- Circulaire n°DGS/DHOS/dss/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des IVG
- Recommandations HAS, « Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines », Mars
- Recommandations pour la pratique clinique Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français 2016

IV – Documents associés

- Dossier guide IVG – 2015 – Ministère de la Santé
- Demande d'IVG et consentement éclairé de la patiente

CAP SANTÉ – GROUPE PRIVÉ RÉGIONAL D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	Polyclinique Pasteur - HAD Pasteur Polyclinique des 3 Vallées - Clinique Saint Louis SSR Le Colombier - SSR Les Châtaigniers	Processus : **Management de la prise en charge du patient en secteur à risques**
Date de mise à jour : **03/04/2017**	**CONDUITE A TENIR POUR UNE IVG PAR MYFEGYNE**	Référence : **P15.2/PR IVG**
Version : **2**		Page **2** sur **4**
Etablissement(s) concerné(s) : Clinique Saint-Louis		

- Attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant pour les mineurs n'ayant pas d'autorisation parentale
- Fiche de consignes post IVG
- dossier IVG de la clinique
- Attestation de 1ère consultation médicale
- Attestation entretien psycho-social
- Conduite à tenir pour une IVG par Myfégyne
- Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une IVG médicamenteuse
- Bulletin statistique d'interruption volontaire de grossesse - CERFA N°12312 03

V - Historique des modifications

Version	*Date*	*Nature de la modification*	Page
1	Février 2015		
2	Avril 2017	Mise à jour règlementaire – suppression du délai légal de réflexion	

VI – Description

A- Demande d'IVG

- Si une patiente demande une IVG : la secrétaire programme un RDV au plus tôt ou oriente vers un autre centre IVG.
- Le gynécologue reçoit la patiente en consultation et prend en compte la demande d'IVG

B- Première consultation (par le gynécologue) :

- Datation de la grossesse par échographie ;
- Information sur les techniques d'IVG et les risques liés à celles-ci ;
- Remise du livret dossier guide IVG - 2015 ;
- Renseignement du dossier IVG avec antécédents, allergies, traitement médicamenteux,....
- Compléter l'attestation d'information donnée à la patiente une information claire, loyale et appropriée sur l'intervention, le traitement, les conséquences, les risques et les bénéfices de l'intervention et sur le risque de contraction d'une infection nosocomiale malgré toutes les précautions prises.
- Faire compléter la demande d'IVG et consentement éclairé signée par la patiente
- Attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant pour les mineurs n'ayant pas d'autorisation parentale
- Prescription des bilans éventuels (groupe sanguin, pré opératoire...) ;
- Ouverture du dossier IVG de la clinique
  - Attestation de 1ère consultation médicale renseignée
  - Photocopie de l'échographie de datation (mesures doivent être inférieures à 90 mm pour le LCC, et inférieure à 30mm pour le BIP qui sera mesuré à partir de 11 SA)
  - **si médicamenteuse** : Prescription de la mifepristone 200mg sur cahier souche
  - **si chirurgicale** : Programmation de la date d'intervention + rédaction de la FMH + fiche ATNC + faire signer à la patiente « demande d'IVG et consentement éclairé de la patiente ».
- Programmation d'un RDV avec la sage-femme dédiée.

C- Deuxième consultations (par la sage-femme de la Clinique dédiée) :

- Entretien pour confirmation de la demande d'IVG ;
- Vérification des documents du dossier :
  - 1ère attestation médicale signée par le médecin
  - Demande d'IVG et consentement éclairé signée par la patiente
  - Echographie de datation de grossesse
  - +/- prescription mifepristone signée par le médecin
  - Accord des parents ou de l'adulte accompagnant pour les mineures.
  - Carte de groupe sanguin
- Information sur le déroulement de l'IVG en fonction de la méthode choisie ;
- Orientation proposée vers un entretien psycho-social (conseillère conjugale, médecin psycho périnatalité) : **obligatoire pour les mineures**

- Pour IVG chirurgicale : Prise de RDV pour consultation pré-anesthésie (idéalement 48h avant intervention) au secrétariat et remise du questionnaire pré-anesthésie à remplir et retourner à l'anesthésiste le jour de la consultation
- Prescrire le Rhophylac® pour les patientes rhésus négatif ;
- S'assurer que la patiente a bien accès à des antalgiques (doliprane, ibuprofen) dans le cas contraire en prescrire ;
- Si IVG médicamenteuse : prise de la mifepristone (1 comprimé de 200 mg) per os par la patiente en présence de la sage-femme et donner le RDV pour l'hospitalisation de 4 heures dans les 24h à 48 heures. (Eviter les prises le jeudi et vendredi sauf accord du gynéco-obstétricien de garde le week-end suivant) ;
- Faire la pré admission en vérifiant que les droits soient bien ouverts ;
- Information et +/- prescription de la contraception.
- Pré remplissage du bulletin statistique IVG de l'ARS (CERFA N°12312 03)
- Rédaction d'une transmission pour la sage-femme de garde qui gérera la surveillance en hospitalisation dans le dossier de la patiente.

D - Entretien psycho-social avec la conseillère conjugale ou l'assistant social : obligatoire pour les mineures

Une attestation est réalisée pour les patientes mineures et intégrée dans le dossier
Et un retour à la Sage-femme et Gynécologue pour confirmer, reporter ou annuler l'IVG.

E - Consultation anesthésiste pour IVG chirurgicale

Renseignement de la Fiche Médicale d'Hospitalisation, notamment avec antécédents, allergies, traitement médicamenteux,....
Information sur les risques liés à l'anesthésie
Compléter l'attestation d'information donnée à la patiente une information claire, loyale et appropriée sur l'anesthésie et ses suites dans le cadre de son intervention chirurgicale

F- Hospitalisation (sage-femme de garde, gynéco-obstétricien) :

- Accueil de la patiente dans le service Maternité ;
- Validation de la pré admission + édition d'étiquettes (pas de passage par l'accueil par souci de discrétion) ;
- **Pour une IVG médicamenteuse** : appliquer les protocoles suivants :
  - Prise en charge d'une IVG médicamenteuse
  - Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une IVG médicamenteuse
- **Pour une IVG chirurgicale** :
  - Préparer la patiente pour son départ au bloc opératoire selon protocole général ;
  - Mettre en place une voie veineuse périphérique.
  - 2co de Misoprostol 200mg en intravaginal sont placés 3h avant l'intervention
  - Surveillance post opératoire selon protocole général + surveillance métrorragies ;
- Injection du Rhophylac® pour les patientes rhésus négatif ;
- Prescription de la contraception ou vérification de la compréhension si prescription déjà faite par le médecin ;
- Remise du formulaire de consignes post-IVG
  Prise de RDV au secrétariat des gynécologues-obstétriciens dans les 14 à 21 jours.

Annexe 7 : Procédure IVG de la clinique Sainte-Thérèse

1) OBJET

L'Interruption Volontaire de Grossesse par la technique chirurgicale est pratiquée dans un délai maximum de 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhées.
Elle est réalisée sous anesthésie générale en ambulatoire, hospitalisation pendant 4 heures.

2) RESPONSABILTES

- Les Gynécologues et les Anesthésistes
- Pour application : Les Sages-Femmes

3) REFERENCES

- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi « Veil ») modifiée et actualisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 et l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003
- Code de la Santé Publique : Articles L.2212-1 à L.2212-11 (IVG avant la fin de la 12ème semaine de grossesse) ; Articles R 2212-4 à R2212-19 (pratique des IVG dans les établissements de santé)
- Convention relative à la prise en charge des IVG entre la Polyclinique Sainte Thérèse et les Hopitaux du Bassin de Thau, du 12/12/2013. (Annexe 1)

4) SITUATION CONCERNEE

La méthode chirurgicale s'applique à toute patiente désirant une interruption volontaire de grossesse et remplissant toutes les conditions légales requises.
Dans tous les cas où cela est possible, le choix entre la méthode médicamenteuse et chirurgicale doit être donné à la patiente.

La technique chirurgicale se déroule sous anesthésie locale ou générale le plus souvent, elle consiste en une aspiration de l'œuf, précédée d'une dilatation du col de l'utérus.
L'intervention se déroule dans un bloc opératoire et dure une dizaine de minutes.

5) MODALITES DE PRISE EN CHARGE

a) **Premier contact :**

- La patiente s'adresse directement à un des gynécologues de la Clinique, ils pratiquent tous les IVG,
- ou la patiente s'est adressée à son médecin généraliste, qui l'oriente vers un gynécologue de le Clinique,
- ou la patiente s'est adressée au CHBT, qui n'a pas pu la prendre en charge (manque de place, grossesse supérieure à 12 SA), et qui l'oriente vers les gynécologues de la Clinique. (cf. Annexe 1)

☞ Conformément à la Loi, après ce 1er contact, un délai de réflexion de 7 jours est respecté avant la réalisation de l'IVG ; ce délai de réflexion pouvant être raccourci à 2 jours, si l'âge gestationnel est situé entre la 12ème et la 14ème semaine d'aménorrhées.

L'organisation de la prise en charge des demandes d'IVG au sein de la PST, permet de couvrir en totalité les demandes.
Les IVG par méthode instrumentale sont assurés par la Polyclinique Sainte Thérèse 6 jours/7, assurant aux patientes l'accessibilité à l'IVG.
Du lundi au vendredi, réalisation des IVG au Bloc général selon les plages opératoires des gynécologues (matin ou après-midi), le samedi matin réalisation des IVG au Bloc obstétrical.

La PST est en mesure de fixer rapidement, délai<7j un rendez-vous pour une consultation médicale préalable à l'IVG.

b) Programmation :

La date et l'heure de l'intervention sont fixées par le gynécologue en fonction de son jour opératoire et de son programme opératoire au sein de la clinique. Il transmet, par Time Wise au bloc opératoire les noms, prénoms et date de naissance de la patiente, et averti le service Maternité afin de mettre à jour le planning du bloc obstétrical.

La patiente effectue sa consultation pré anesthésie au moins 48H avant le jour de l'intervention, ainsi que sa pré-admission auprès du bureau des entrées.

Il est prescrit à la patiente, la prise de 2 comprimés de Cytotec® vers 7h, avec un demi verre d'eau à son domicile, prescription privilégiée pour les nullipares et les grossesses supérieures à 10 SA.

c) Le jour de l'intervention :

- Si la patiente a fait sa pré-admission, elle monte directement au 2ème étage dans le service Maternité, sinon elle doit procéder à son admission en passant par le bureau des entrées ; le respect de la confidentialité est garanti, l'anonymat est proposé systématiquement.
- La patiente est prise en charge par l'infirmière ou la sage-femme du service, qui vérifie le dossier :
  - Date des dernières règles et âge de la grossesse,
  - Carte de groupe sanguin et Rhésus
  - Si patiente Rhésus négatif, prescription immunoglobuline anti-D (Rhophylac 200 µg).
  - Consultation pré-anesthésique
  - Bulletin statistique (obligatoire pour les IVG) (Annexe 2)
  - Inscription sur le livre des entrées,
  - Fiche « conseils anesthésie ambulatoire » (Annexe 3) mentionnant l'heure de sortie autorisée par l'anesthésiste et signée par la patiente au moment de la sortie.
  - Fiche « conseils post IVG chirurgicale » (Annexe 4), qui sera remise à la patiente lors de sa sortie.

- La patiente est ensuite accompagnée dans une chambre (253, 254 ou 257 selon le remplissage du service). L'IDE ou la sage-femme remet à la patiente : une chemise d'opérée, des sur chaussures et une charlotte.
- Le brancardier prend en charge la patiente pour l'amener au bloc opératoire du lundi au vendredi ; le samedi le brancardage est effectué par l'aide- soignante du bloc obstétrical.
- Quand la patiente est consciente, TA normale, elle est ramenée dans sa chambre.
- L'IDE du service est systématiquement avertie du retour de la patiente et effectue la surveillance des constantes : TA, pouls, saignements, évaluation de la douleur. Au minimum, 2 prises de constantes durant la surveillance post-opératoire.
- Une collation est servie à la patiente avant son départ
- Le temps de surveillance écoulé :
  - la patiente signe la feuille de recommandations de l'anesthésiste relative à l'AG qu'elle vient de subir.
  - Si la patiente est Rhésus négatif, la sage-femme ou l'IDE, injecte les immunoglobulines anti-D avant son départ.
  - La sage- femme ou l'IDE remet à la patiente : une ordonnance de prescription d'une pilule contraceptive à prendre le soir même ou le lendemain de l'IVG, la fiche de conseils post-IVG chirurgical.
  - La patiente peut rentrer chez elle accompagnée.

NB : Une prise en charge psychologique par Mme Laure, psychologue de la Clinique, est proposée aux patientes.

d) Consultation post-IVG

La patiente doit impérativement revenir en consultation au sein du centre de gynécologie-obstétrique de la Polyclinique Sainte Thérèse dans les 10 jours après l'intervention pour faire une échographie de contrôle.

PATIENTE MINEURE

La femme mineure a le droit d'avorter, avec ou sans le consentement du père, de la mère (ou du représentant légal).

La loi permet à toute femme enceinte, y compris mineure, qui s'estime placée dans une situation de détresse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse.

La femme mineure doit demander cette intervention elle-même, en dehors de la présence de toute personne.

☞ Avec le consentement des parents

Le consentement du père ou de la mère (ou du représentant légal) à la pratique de l'IVG est conseillé, il est désormais facultatif. Il est en effet important que la femme mineure soit soutenue par ses parents dans un moment difficile.

☞ Sans le consentement des parents

Cependant, si la femme mineure veut garder le secret vis-à-vis de ses parents ou si ce consentement n'est pas obtenu (refus des parents de donner leur consentement ou impossibilité de contacter l'un d'entre eux), l'IVG ainsi que les actes médicaux, notamment l'anesthésie et les soins qui leur sont liés, peuvent être pratiqués à sa seule demande.

Dans ces situations, la femme mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix.

Pour ces situations, l'IVG est prise en charge à 100% sans avance de frais.

Pour que l'IVG soit pratiquée
La femme mineure doit détenir les documents attestant de la réalisation des démarches obligatoires :

- les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin.
- l'attestation de consultation psycho-sociale.
- sa confirmation écrite de demande d'IVG.
- le consentement écrit de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal), ou l'attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant si la femme mineure ne dispose pas de ce consentement. (Annexe 5)

***NB** : pour l'ensemble des règles relatives à l'**IVG**, la situation des femmes mineures émancipées est assimilée à celle des femmes majeures.*

6) TRACABILITE DE L'ACTIVITE

Actes tracés dans le cahier du bloc obstétrical.
Bilan mensuel réalisé par la cadre sage-femme et envoyé au médecin de l'ARS.

7) EVALUATION ET SUIVI

Bilan annuel discuté en RMM.
Suivi mensuel des indicateurs :
- Nombre d'IVG médicamenteux,
- Nombre d'IVG chirurgicaux,
- Nombre d'IVG réalisés au de-là de 12 SA.

1) OBJET

La méthode d'IVG médicamenteuse repose sur l'association mifépristone / misoprostol, par prise orale à 48h d'intervalle.

La prise en charge médicamenteuses est réalisable jusqu'à 7 SA maximum, dans le service d'hospitalisation.

2) REFERENCES

- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi « Veil ») modifiée et actualisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 et l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003
- Code de la Santé Publique : Articles L.2212-1 à L.2212-11 (IVG avant la fin de la 12ème semaine de grossesse) ; Articles R 2212-4 à R2212-19 (pratique des IVG dans les établissements de santé)
- Recommandations de bonnes pratiques de l'HAS : « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse », décembre 2010.
- Convention relative à la prise en charge des IVG entre la Polyclinique Sainte Thérèse et les Hôpitaux du Bassin de Thau, du 12/12/2013.(Annexe 1)

3) RESPONSABILTES

- Gynécologues
- Pour application : les Sages-Femmes

4) SITUATION CONCERNEE

La méthode médicamenteuse s'applique à toute patiente désirant une interruption volontaire de grossesse et remplissant toutes les conditions légales requises.
Dans tous les cas où cela est possible, le choix entre la méthode médicamenteuse et chirurgicale doit être donné à la patiente.

Méthode médicamenteuse réalisable jusqu'à 7 SA, consiste en une 1ère prise de 3 comprimés de mifépristone (Mifégyne®) et une seconde prise 48h après de 2 comprimés de misoprostol avec une hospitalisation ambulatoire de 2 à 3h.

5) MODALITES DE PRISE EN CHARGE

a) Premier contact :

- La patiente s'adresse directement à un des gynécologues de la Clinique, ils pratiquent tous les IVG,
- ou la patiente s'est adressée à son médecin généraliste, qui l'oriente vers un gynécologue de le Clinique,

- ou la patiente s'est adressée au CHBT, qui n'a pas pu la prendre en charge (problème de logistique), et qui l'oriente vers les gynécologues de la Clinique. (cf. Annexe 1)

L'organisation de la prise en charge des demandes d'IVG au sein de la PST, permet de couvrir en totalité les demandes.
Les IVG par méthode médicamenteuse sont assurés par la Polyclinique Sainte Thérèse 7 jours/7, assurant aux patientes l'accessibilité à l'IVG.
La PST est en mesure de fixer rapidement, délai<7j un rendez-vous pour une consultation médicale préalable à l'IVG.

b) Programmation :

La date et l'heure de la 1ère prise de mifépristone sont fixées par le gynécologue, tenant compte de la disponibilité de la patiente. Il transmet les noms, prénoms et date de naissance de la patiente, au service Maternité afin de mettre à jour le planning du bloc obstétrical.

La patiente effectue sa pré-admission auprès du bureau des entrées.

c) Déroulement en 3 temps

1ère temps :

- Si la patiente a fait sa pré-admission, elle monte directement au 2ème étage dans le service Maternité, sinon elle doit procéder à son admission en passant par le bureau des entrées ; le respect de la confidentialité est garanti, l'anonymat est proposé systématiquement.

- La patiente est reçue par la sage-femme dans son bureau. Outre son écoute attentive et un accompagnement humain, la sage-femme propose à la patiente de (ré)évaluer sa contraception et l'incite à s'en approprier le choix ; une information détaillée, supports à l'appui, lui est également fournie .

- La patiente est prise en charge par la sage-femme du service, qui vérifie le dossier :
  - Date des dernières règles et de l'âge de la grossesse,
  - Carte de groupe sanguin et Rhésus
  - Si patiente Rhésus négatif, prescription immunoglobuline anti-D (Rhophylac 200 µg).
  - Bulletin statistique (obligatoire pour les IVG) (Annexe 2)
  - Inscription sur le livre des entrées,
  - formulaire de consentement avec un feuillet dossier et un feuillet à remettre à la patiente (Annexe 3)
  - La feuille de prescription (préalablement établie par le gynécologue au cabinet) (Annexe 4)
  - imprimé d'informations « déroulement de la méthode » (Annexe 5),

- A l'issue de cet entretien, la patiente prend la mifépristone en présence de la sage-femme.
- Toutes les recommandations et numéros utiles sont remis à la patiente
- Le rendez-vous est fixé pour la 2ème prise médicamenteuse et l'hospitalisation ambulatoire. La patiente est également informée de la possibilité de joindre la sage-femme par téléphone 24h/24.

- Le dossier médical de la patiente est conservé dans la pochette IVG RU du bureau du bloc obstétrical.

2ème temps

- La patiente est hospitalisée, chambre réservée aux IVG (253, 254 ou 257) durant 2 à 3 heures.
- La patiente prend 2 somprimés de misoprostol. Ceci provoque des pertes hémorragiques (éventuellement), des contractions utérines et l'expulsion de l'œuf dans les heures suivantes que la sage- femme contrôle.
- La sage- femme surveille les constantes : TA, pouls, saignements, évaluation de la douleur. Au minimum, 2 prises de constantes durant la surveillance.
- Une collation est servie à la patiente avant son départ
- Le temps de surveillance écoulé, la patiente peut rentrer chez elle.
- Si la patiente est Rhésus négatif, après 2 heures, la sage- femme lui injecte l'immunoglobuline anti-D.
- La sage-femme remet à la patiente la fiche « conseils post IVG médicamenteuse » (Annexe 6), qui sera remise à la patiente lors de sa sortie et fixe un rendez-vous dans les 10 jours suivant afin d'effectuer une échographie de contrôle.

NB : Une prise en charge psychologique par Mme Laure, psychologue de la Clinique, est proposée aux patientes.

3ème temps

La patiente doit impérativement revenir en consultation au sein du centre de gynécologie-obstétrique de la Polyclinique Sainte Thérèse dans les 10 jours après l'intervention pour faire une échographie de contrôle.

☞ En cas d'échec, la technique chirurgicale est impérative (Cf. procédure OBS-10 / indice 1), la sage-femme avertit le gynécologue et l'intervention est programmée.

PATIENTE MINEURE

La femme mineure a le droit d'avorter, avec ou sans le consentement du père, de la mère (ou du représentant légal).

La loi permet à toute femme enceinte, y compris mineure, qui s'estime placée dans une situation de détresse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse.

La femme mineure doit demander cette intervention elle-même, en dehors de la présence de toute personne.

☞ Avec le consentement des parents

Le consentement du père ou de la mère (ou du représentant légal) à la pratique de l'IVG est conseillé, il est désormais facultatif. Il est en effet important que la femme mineure soit soutenue par ses parents dans un moment difficile.

☞ Sans le consentement des parents

Cependant, si la femme mineure veut garder le secret vis-à-vis de ses parents ou si ce consentement n'est pas obtenu (refus des parents de donner leur consentement ou impossibilité de contacter l'un d'entre eux), l'IVG ainsi que les actes médicaux, notamment l'anesthésie et les soins qui leur sont liés, peuvent être pratiqués à sa seule demande.

Dans ces situations, la femme mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. (Annexe 7)

Pour ces situations, l'IVG est prise en charge à 100% sans avance de frais.

Pour que l'IVG soit pratiquée
La femme mineure doit détenir les documents attestant de la réalisation des démarches obligatoires :

- les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin.
- l'attestation de consultation psycho-sociale.
- sa confirmation écrite de demande d'IVG.
- le consentement écrit de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal), ou l'attestation de réalisation du choix de l'adulte accompagnant si la femme mineure ne dispose pas de ce consentement.

NB *: pour l'ensemble des règles relatives à l'**IVG**, la situation des femmes mineures émancipées est assimilée à celle des femmes majeures.*

6) TRACABILITE DE L'ACTIVITE

Actes tracés dans le cahier du bloc obstétrical.
Bilan mensuel réalisé par la cadre sage-femme et envoyé au médecin de l'ARS

7) EVALUATION ET SUIVI

Bilan annuel discuté en RMM.
Suivi mensuel des indicateurs :

- ✓ Nombre d'IVG médicamenteux,
- ✓ Nombre d'IVG chirurgicaux
- ✓ Nombre d'IVG réalisés au-delà de 12SA

EVALUATION	VALIDATION	APPROBATION
Marie-Christine COLLON **Cadre Sage-Femme** [redacted] (Données anomysées pour mise en ligne)	**Pour les Gynécologues :** **Dr.** [redacted] (Données anomysées pour mise en ligne)	**Dr Frantz BOUSQUET** **Président CME** [redacted] (Données anomysées pour mise en ligne)

Annexe 8 : Procédure IVG du Centre Hospitalier de Mende

hôpital Lozère

SERVICE ORTHOGENIE

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES SUR L'IVG MEDICAMENTEUSE

Vous êtes amenée à demander une interruption volontaire de grossesse (IVG), cette fiche a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin et la sage-femme afin de vous expliquer la méthode et les inconvénients potentiels.

La méthode

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents en présence de la sage-femme au CH de Mende :
• la **mifépristone en consultation** (3cp de Mifégyne®) ;
• une **prostaglandine** : le **misoprostol** (2cp de Gymiso®, avant 7SA) **ou le géméprost** (1 ovule de Cervageme®, après 7SA) **36 à 48 h plus tard lors d'une hospitalisation de 3 heures.**
La mifépristone interrompt la grossesse : elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin.
La prostaglandine augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf.

Si votre **groupe sanguin est rhésus négatif**, vous devrez recevoir **une injection de gamma-globulines anti-D** pour éviter des complications lors d'une prochaine grossesse.

Si vous le souhaitez, un entretien avec la **psychologue** et/ou **l'assistante sociale** du service vous sera proposé.
PENSEZ A APPORTER VOTRE CARTE DE GROUPE SANGUIN et VOS RESULTATS SANGUIN.

Après la prise de mifépristone : que peut-il se passer ?

Si vous **vomissez dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament**, vous devez contacter le service de gynécologie-orthogénie (04 66 49 49 56) afin de renouveler la prise si nécessaire.
Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles.
Quelquefois vous pouvez **saigner comme des règles**, vous sentir **fatiguée**.
Il est possible que vous ressentiez **quelques douleurs**.
Très rarement, vous pouvez **saigner plus abondamment, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles.**
Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade. Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu au rendez-vous suivant pour prendre la prostaglandine.

Après la prise de prostaglandine : que peut-il se passer ?

Après la prise de prostaglandine, il est préférable **d'être accompagnée** par la personne de votre choix à domicile. Vous pouvez boire et manger.
Les contractions utérines provoquent **des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes.** Des médicaments contre la douleur (paracétamol, Ibuprofène) vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.
Des nausées, vomissements ou diarrhées sont possibles.
Les **saignements** peuvent se produire très vite après la prise de prostaglandine mais parfois plus tardivement :

hôpital Lozère

SERVICE ORTHOGENIE

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de prostaglandine
- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de prostaglandine. Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

À TOUT MOMENT, vous devez appelez le service (04 66 49 49 56) et/ou consulter en urgence si vous présentez l'un des symptômes suivants :
- **forte douleur abdominale malgré la prise d'anti-douleur ;**
- **fièvre supérieure à 38 °C ;**
- **saignements persistants plus abondants que des règles;**
- **malaise.**

Les risques

Les principaux inconvénients sont :
- le risque **d'hémorragie abondante qui peut nécessiter la réalisation d'une aspiration chirurgicale en urgence**
- une **rétention d'une partie de l'œuf** ou même **une grossesse persistante** peut se voir dans moins de 5 % des cas. En cas de rétention, une aspiration chirurgicale peut être nécessaire.
- très exceptionnellement un risque de transfusion sanguine, voire un risque vital

Les suites immédiates de l'IVG

Avant la visite de contrôle
La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception efficace est donc indispensable après une IVG. **Une contraception vous a été prescrite et doit être commencée le jour même de la prise de prostaglandine**.

La visite de contrôle
Elle est absolument nécessaire et intervient **3 semaines après la prise de mifépristone**. Le médecin vérifie que la grossesse est bien interrompue (risque d'échec de la méthode inférieur à 5 %) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage ßHCG).
Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.

Suivi
Un contrôle gynécologique régulier doit être effectué, généralement une fois par an, par le gynécologue ou la sage-femme.

Les sites à consulter

www.ivg.gouv.fr, vous apporte des informations détaillées sur l'IVG et la contraception après une IVG.
www.choisirsacontraception.fr, vous apporte des conseils afin de choisir la méthode de contraception qui vous convient le mieux en fonction de votre mode de vie et de votre situation personnelle.

Je soussignée Madame.....avoir pris connaissance de ces informations sur l'IVG et les avoir comprises.

Date : Signature :

hôpitallozère

SERVICE ORTHOGENIE

Des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes peuvent être présentes. Des médicaments contre la douleur (paracétamol, Ibuprofène) vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.
Des **saignements** peuvent persister quelques jours après l'intervention peu abondants.

À TOUT MOMENT, vous devez appelez le service (04 66 49 49 56) et/ou consulter en urgence si vous présentez l'un des symptômes suivants :

- **forte douleur abdominale malgré la prise d'anti-douleur ;**
- **fièvre supérieure à 38 °C ;**
- **saignements persistants plus abondants que des règles;**
- **malaise.**

Les risques

Les principaux inconvénients sont (dans moins de 1 % des cas) :

- le risque de perforation utérine lors de la dilatation du col ou lors de l'aspiration, la déchirure du col de l'utérus et l'hémorragie
- la survenue d'une infection utérine ou d'une rétention ovulaire (de fragments de la grossesse)
- très exceptionnellement, des plaies graves des organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins, voies urinaires notamment) peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire d'une cœlioscopie, voire d'une laparotomie ; un risque de transfusion sanguine, voire un risque vital

Les suites immédiates de l'IVG

Avant la visite de contrôle
La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception efficace est donc indispensable après une IVG. **Une contraception vous a été prescrite et doit être commencée le jour même de l'intervention**.

La visite de contrôle
Elle est absolument nécessaire et intervient **3 semaines après l'aspiration utérine**. Le médecin vérifie la vacuité utérine et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage ßHCG).
Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.

Suivi
Un contrôle gynécologique régulier doit être effectué, généralement une fois par an, par le gynécologue ou la sage-femme.

Les sites à consulter

www.ivg.gouv.fr, vous apporte des informations détaillées sur l'IVG et la contraception après une IVG.
www.choisirsacontraception.fr, vous apporte des conseils afin de choisir la méthode de contraception qui vous convient le mieux en fonction de votre mode de vie et de votre situation personnelle.

Je soussignée Madame.....avoir pris connaissance de ces informations sur l'IVG et les avoir comprises.
Date : Signature :

hôpitallozère

SERVICE ORTHOGENIE

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES SUR L'IVG CHIRURGICALE

Vous êtes amenée à demander une interruption volontaire de grossesse (IVG), cette fiche a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin et la sage-femme afin de vous expliquer la méthode et les inconvénients potentiels.

La méthode

L'IVG chirurgicale consiste à aspirer le contenu de l'utérus après dilatation du col.

L'ouverture du col utérin peut être facilitée par **l'administration d'un médicament par voie orale 36 à 48 heures avant l'intervention (la mifépristone,** Mifégyne®), en consultation en présence de la sage-femme au CH de Mende, et **la prise de misoprostol par voie orale ou géméprost par voie vaginale** quelques heures avant l'intervention lors de votre hospitalisation.

Lors de l'intervention, une canule de calibre adapté au stade de la grossesse est introduite par le médecin gynécologue dans l'utérus pour aspirer le contenu utérin.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale.
Une **consultation avec l'anesthésiste** est nécessaire avant l'intervention.
PENSEZ A APPORTER VOTRE CARTE DE GROUPE SANGUIN et VOS RESULTATS SANGUIN.

Un **traitement antibiotique** vous sera administré pour la prévention des complications infectieuses le jour de votre hospitalisation.
Si votre **groupe sanguin est rhésus négatif**, vous devrez recevoir **une injection de gamma-globulines anti-D** pour éviter des complications lors d'une prochaine grossesse.

Une **hospitalisation ambulatoire** de quelques heures est suffisante pour une IVG. L'intervention dure une dizaine de minutes.

Si vous le souhaitez, un entretien avec la **psychologue** et/ou **l'assistante sociale** du service vous sera proposé.

Après la prise de mifépristone : que peut-il se passer ?

Si vous **vomissez dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament**, vous devez contacter le service de gynécologie-orthogénie (04 66 49 49 56) afin de renouveler la prise si nécessaire.
Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles.
Quelquefois vous pouvez **saigner comme des règles**, vous sentir **fatiguée**.
Il est possible que vous ressentiez **quelques douleurs**.
Très rarement, vous pouvez **saigner plus abondamment, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles.**
Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu au rendez-vous suivant.

Après l'aspiration utérine : que peut-il se passer ?

Après l'aspiration utérine, il est préférable **d'être accompagnée** par la personne de votre choix à domicile. Vous pouvez boire et manger.

Annexe 9 : Procédure IVG de la clinique La Garaud

Mode Opératoire Protocole Thérapeutique N°9	POLYCLINIQUE LA GARAUD	Page 1 sur 3
Création	IVG et IVG Médicamenteux extérieurs	Date :19 10 2004
Sources	Interne	

1 OBJET : *Description des modalités de prise en charge des IVG au sein de la polyclinique LA GARAUD.*
2. RESPONSABILITE : Médecins et Etablissement
3. EQUIPEMENTS
Feuillet de renseignement — Feuillet d'information
Feuillet de consentement — Convention type
Feuillet CERFA N°12312*01
4. LIEUX POSSIBLES D'EXECUTION DE LA TACHE : Cabinets Médicaux de la Polyclinique, Services d'hospitalisation et Services administratif
5. MODALITES D'EXECUTION DE LA TACHE

IVG Médicamenteux : 4 cas de figures

Demande spontanée du patiente :

⇨1er visite : Vœux d'IVG de la part de la patiente.
- Prise de contact avec information des méthodes médicales, chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques des effets secondaires potentiels, étude de l'état phycologiques, information de l'existence du planning familial et réorientation sur celui-ci le cas échéant.
- Datation de la grossesse par échographie au service radiologie.
- Remise d'une notice d'information sur l'action de MYFEGYNE* et le déroulement de la méthode médicamenteuse (la patiente devant ramener ce feuillet lors de la seconde visite)
- Ouverture du dossier médical

⇨2er visite :
- Après le délai de réflexion légal signature du consentement éclairé de l'acceptation de la méthode médicamenteuse
- Prise des comprimés en présence du praticien et dans son cabinet.
- Ouverture du passeport d'information et remplissage de la fiche de renseignement dans le secrétariat médical.
- Orientation vers le standard pour la prise en charge administrative.
- Demande systématique de la volonté ou non de divulgation de sa présence et inscription de sa volonté sur le dossier administratif

⇨3er visite : Hospitalisation pour une journée 48h après
- Prise d'antalgiques et de 2 comprimés de prostaglandine.
- Echographie de contrôle
- Explicatif orale de la part du praticien sur les méthodes de contraceptions existantes.
- Départ de la patiente (en cas « d'évacuation totale »)
- Si suspicion de résidus échographie de contrôle 15 jours après et visite du praticien.
- Renseignement du feuillet Cerfa par la patiente remis par les secrétaires médicales.

Patiente adressée par un cabinet extérieur ou le planning familial :

⇨1er visite :
- Vérification de la datation de la grossesse par échographie.
- Prise de contact avec informations et vérification du délai légal de réflexion.
- Prise des comprimés en présence du praticien et dans son cabinet.
- Ouverture du dossier médical
- Ouverture du passeport d'information et remplissage de la fiche de renseignement dans le secrétariat médical.
- Orientation vers le standard pour la prise en charge administrative.
- Demande systématique de la volonté ou non de divulgation de sa présence et inscription de sa volonté sur le dossier administratif

Rédaction	*Vérification*	*Approbation*
Nom : Mme VANBAELINGHEM	Nom : DR GUERCI Chirurgien	Nom : Eric LAURENS (RAQ)
[redacted]	[redacted]	[redacted]

Ce document annule et remplace le mode Mode Opératoire **Protocole Thérapeutique** *N°9*, mise à jour n° Le mode Mode Opératoire **Protocole Thérapeutique** *N°9*,mise à jour n° , doit être détruite sur place
Chemin d'accès : C:\Documents and Settings\user\Mes documents\A V2 04 07 06\III PCP\Réf 26 à 43 parcours du patient OPC\Chapitre Médical Prot TTT\Mode Opératoire Médical\Mo N°9 IVG et IVG Médicamenteux extérieurs.doc

Mode Opératoire Protocole Thérapeutique N°9	POLYCLINIQUE LA GARAUD	Page 2 sur 3
Création	IVG et IVG Médicamenteux extérieurs	Date :19 10 2004
Sources	Interne	

- Idem 3ème visite précédente

IVG Chirurgical :

⇨1er visite : Vœux d'IVG de la part de la patiente.

- Prise de contact avec information des méthodes médicales chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques des effets secondaires potentiels, étude de l'état phycologique, information de l'existence du planning familial et réorientation sur celui-ci le cas échéant.
- Datation de la grossesse par échographie au service radiologie.
- Délais de réflexion.
- Ouverture du dossier médical
- Prise de rendez vous avec l'anesthésiste

⇨2er visite : Acceptation

- Après le délai de réflexion légal signature du consentement éclairé de l'acceptation de la méthode chirurgicale.
- Visite pré anesthésique.
- Ouverture du passeport d'information et remplissage de la fiche de renseignement dans le secrétariat médical.
- Orientation vers le standard pour la prise en charge administrative.
- Demande systématique de la volonté ou non de divulgation de sa présence et inscription de sa volonté sur le dossier administratif

⇨3er visite : Hospitalisation

- Intervention chirurgicale.
- Hospitalisation.
- Explicatif orale de la part du praticien sur les méthode de contraception existant.
- Départ de la patiente.
- Remplissage du feuillet Cerfa par la patiente remis par les secrétaires médicales.
- Envoi une par mois des feuillets à la DASS Cerfa 12312*01s.

Rédaction	*Vérification*	*Approbation*
Nom : Mme VANBAELINGHEM Secrétaire médicale	Nom : DR GUERCI Chirurgien	Nom : Eric LAURENS (RAQ)
[redacted]	[redacted]	[redacted]

Ce document annule et remplace le mode Mode Opératoire **Protocole Thérapeutique** *N°9*, mise à jour n° Le mode Mode Opératoire **Protocole Thérapeutique** *N°9*,mise à jour n° , doit être détruite sur place
Chemin d'accès : C:\Documents and Settings\user\Mes documents\A V2 04 07 06\III PCP\Réf 26 à 43 parcours du patient OPC\Chapitre Médical Prot TTT\Mode Opératoire Médical\Mo N°9 IVG et IVG Médicamenteux extérieurs.doc

Mode Opératoire Protocole Thérapeutique N°9	POLYCLINIQUE LA GARAUD	Page 3 sur 3
Création	IVG et IVG Médicamenteux extérieurs	Date :19 10 2004
Sources	Interne	

IVG Médicamenteux extérieurs

⇨1er visite :
Datation de la grossesse
Prise de contact avec information des méthodes médicales chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques des effets secondaires potentiels, :
Remise d'un dossier guide fourni par la DDASS
Remise d'une notice d'information sur l'action de MYFEGYNE* et le déroulement de la méthode médicamenteuse(la patiente devant ramener ce feuillet lors de la seconde visite)

⇨2er visite :
Après le délai de réflexion légal signature du consentement éclairé de l'acceptation de la méthode médicamenteuse
Prise des comprimés
Remise d'une fiche de liaison avec les numéros d'urgence de l'établissement signataire de la convention.
Remise d'une ordonnance d'antalgiques et de 2 comprimés de prostaglandine à prendre chez elle 48 heures plus tard.
Remise d'une ordonnance de contraception adaptée à la patiente

⇨3er visite :
Visite de contrôle 10 jours plus tard avec échographie.

⇨Envoi une par mois des fiches de liaison anonymisées accompagnée d'un exemplaire de consentement éclairé sans le nom.

⇨ Réalisation des statistiques un fois par an par l'établissement et envoi d'un exemplaire au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de la santé publique

6. ENREGISTREMENT : SAE

7. EVALUATION ET SUIVI : Une fois par mois envoi des feuillets à la DDASS Cerfa 12312*01s.

Rédaction	Vérification	Approbation
Nom : Mme VANBAELINGHEM Secrétaire médicale	Nom : DR GUERCI Chirurgien	Nom : Eric LAURENS (RAQ)
V[redacted]	[redacted]	[redacted]
Date :	Date :	Date :

Ce document annule et remplace le mode Mode Opératoire Protocole Thérapeutique N°9, mise à jour n° Le mode Mode Opératoire Protocole Thérapeutique N°9,mise à jour n° , doit être détruite sur place
Chemin d'accès : C:\Documents and Settings\user\Mes documents\A V2 04 07 06\III PCP\Réf 26 à 43 parcours du patient OPC\Chapitre Médical Prot TTT\Mode Opératoire Médical\Mo N°9 IVG et IVG Médicamenteux extérieurs.doc

MO Protocole thérapeutique N° 9.1	POLYCLINIQUE LA GARAUD	PAGE 1/1
Création	Interruption Volontaire de Grossesse Médicamenteuse extérieurs	Date : 27 octobre 2011
Sources	- L.2212-1 à 11 du Code de la santé publique	

1. OBJET : *Liste des éléments de preuves fournis par les cabinets médicaux externes.*

2. RESPONSABILITE : Médecins et Etablissement

3. EQUIPEMENTS : Convention type Feuillet de consentement Feuillet d'information

4. LIEUX POSSIBLES D'EXECUTION DE LA TACHE : Cabinets médicaux et services d'hospitalisation

5. MODALITES D'EXECUTION DE LA TACHE

IVG Médicamenteux extérieurs

⇨ 1ère visite :

Datation de la grossesse
Prise de contact avec information des méthodes médicales chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques des effets secondaires potentiels,
Remise d'un dossier guide fourni par l'ARS
Remise d'une notice d'information sur l'action de MYFEGYNE* et le déroulement de la méthode médicamenteuse (la patiente devant ramener ce feuillet lors de la seconde visite).

⇨ 2ème visite :

Après le délai de réflexion légal signature du consentement éclairé de l'acceptation de la méthode médicamenteuse,
Prise des comprimés
Remise d'une fiche de liaison avec les numéros d'urgence de l'établissement signataire de la convention.
Remise d'une ordonnance d'antalgiques et de 2 comprimés de prostaglandine à prendre chez elle 48 heures plus tard.
Remise d'une ordonnance de contraception adaptée à la patiente

⇨ 3ème visite : Visite de contrôle 10 jours plus tard avec échographie

- Le praticien envoi une fois par mois à la Direction de la Polyclinique LA GARAUD des fiches de liaison anonymisées accompagnées d'un exemplaire de consentement éclairé sans le nom.
- La direction, par l'intermédiaire de la SAE, réalise des statistiques une fois par an et dont un exemplaire est transmis au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de la santé publique.

6. ENREGISTREMENT : Synthèse annuelle

7. EVALUATION ET SUIVI : Suivant la synthèse annuelle

Rédaction	Vérification	Approbation
Nom : Melle J. PAUTY RAQ – Gestionnaire des risques	Nom : Dr H. COULONDRE Gynécologue obstétricien	Nom : Mme M.CRET Directrice
Visa :	Visa :	Visa :
Date :	Date :	Date :

C:\Users\PMSI\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\KDTLC22L\Mo PR TTT N9.1 V0 (002).doc

Annexe 10 : Procédure IVG de la clinique Le Languedoc

	Polyclinique LE LANGUEDOC *PROCEDURE*	**PR035** **V1**
Date d'application : Mai 2015	**PARCOURS POUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE IVG MEDICAMENTEUSE**	**Page 1 sur 3**

OBJECTIF : Organiser le suivi et la prise en charge d'une patiente dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

QUI	FAIT QUOI
Lors du 1er rendez-vous Le gynécologue	***Lors du 1er rendez-vous au cabinet libéral :*** ▪ Remplit le dossier IVG **(FO196-1)** ▪ Fait une échographie de datation de la grossesse et l'intègre dans le dossier IVG ▪ Prescrit, si nécessaire, groupe Rh ▪ Rédige la prescription de Mifégyne et de MisoOne et la met dans le dossier IVG ▪ Remplit l'attestation de 1ère consultation **(FO198)** ▪ Remet le dossier IVG à la patiente ▪ Oriente la patiente vers la sage-femme de consultation. *Si la sage-femme est absente, donne à la patiente le document de demande d'IVG et de recueil de son consentement **(FO197)** et les coordonnées de la sage-femme de consultation afin de prendre rendez-vous.* Si la patiente a déjà une échographie de datation, cette consultation est considérée comme la 2ème visite et le gynécologue remplira l'attestation de 2ème consultation **(FO198)**

Lors du 1er rendez-vous
 	
La sage-femme de consultation
	▪ Récupère le dossier IVG
	▪ Remet à la patiente :
	  ▪ le livret d'information IVG **(NO068)**
	  ▪ et l'informe sur le délai de réflexion
	  ▪ le document d'information **(NO069)** préalable
	▪ Informe la patiente de la possibilité d'avoir un entretien psychosocial pendant ce délai.
	*Si patiente mineure : cet entretien est obligatoire. La sage-femme donnera à la patiente les coordonnées de l'assistante sociale (qui, à l'issue de l'entretien) remplira l'attestation de consultation sociale **(FO137)** et/ou d'une conseillère conjugale ou lui proposera de prendre les rendez-vous.*
	▪ Remplit le dossier de pré-admission **(FO014)**, le remet à la patiente et lui demande de faire sa pré-admission au Bureau des Entrées
	▪ Donne rendez-vous à la patiente dans un délai minimum de 7 jours
	*Si la patiente, mineure, souhaite garder le secret à l'égard de ses parents ou de son représentant légal, la sage-femme l'informe de l'obligation d'être accompagnée d'une personne majeure (adulte proche ou membre du planning familial) et lui remet le document de désignation du majeur référent **(FO136)**.*

	Polyclinique LE LANGUEDOC *PROCEDURE*	**PR035** **V1**
Date d'application : Mai 2015	**PARCOURS POUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE IVG MEDICAMENTEUSE**	**Page 2 sur 3**

QUI	FAIT QUOI
A partir de J + 7 La sage-femme de consultation	***Lors du 2ème rendez-vous :*** ▪ S'assure auprès de la patiente qu'elle a fait sa pré-admission ▪ S'entretient avec la patiente ▪ Complète le "dossier IVG" **(FO196-1 et FO196-2)** ▪ Récupère le document de demande d'IVG et de recueil de son consentement **(FO197)** *Si patiente mineure désirant garder le secret : elle récupère le document de désignation du majeur référent **(FO136)*** ainsi que la copie de la carte d'identité du majeur référent ▪ Appelle le gynécologue pour l'informer de la décision de la patiente ▪ Après accord du gynécologue, administre la Mifégyne à la patiente ▪ Vérifie le groupe sanguin ▪ Rédige une synthèse de cette 2ème consultation médicale **(FO200)** ▪ Remplit l'attestation de 2ème consultation **(FO198)** ▪ Donne rendez-vous pour l'hospitalisation 48 heures après ▪ Informe la patiente sur les différentes méthodes de contraception et lui remet le livret d'information **(NO075)**
J + 9 La sage-femme du service maternité	***Le jour de l'hospitalisation*** ▪ Administre à la patiente le MisoOne ▪ Remplit le compte rendu d'hospitalisation **(FO199)**, le donne à la patiente, après en avoir fait une copie qui sera classée dans le dossier IVG ▪ Rappelle à la patiente les précautions post-IVG et lui remet le document "Conseils après la sortie" **(NO074)** ▪ S'assure que le rendez-vous de contrôle a été pris
Le gynécologue	▪ Autorise la sortie ▪ Prescrit la contraception

Composition du dossier IVG :

- Dossier IVG **(FO196-1)** et résumé du dossier **(FO196-2)**
- Livret d'information **(NO068)**
- Information préalable **(NO069)**
- Attestation des consultations médicales **(FO198)**
- Synthèse de la 2ème consultation médicale **(FO200)**
- Demande et consentement éclairé de la patiente **(FO197)**
- Compte rendu d'hospitalisation d'orthogénie **(FO199)**
- Conseils après la sortie **(NO074)**
- Livret d'information sur la contraception **(NO075)**

Pour les patientes mineures :

- Attestation de consultation psycho-sociale **(FO137)**
- Désignation du majeur référent **(FO136)**

	Polyclinique LE LANGUEDOC ***PROCEDURE***	**PR036** **V1**
Date d'application : Mai 2015	**PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE POUR UNE IVG CHIRURGICALE**	**Page 1 sur 2**

OBJECTIF : Organiser le suivi et la prise en charge d'une patiente dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse chirurgicale

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
Le gynécologue	***Lors du 1er rendez-vous au cabinet libéral :*** ▪ Fait une échographie de datation de la grossesse ▪ Remplit l'attestation de 1ère consultation (FO198) ▪ Fait signer à la patiente le document de demande d'IVG et de recueil de son consentement (FO197) ▪ Prescrit, si nécessaire, groupe Rh ▪ Fixe la date d'intervention en fonction de l'âge de la grossesse ▪ Oriente la patiente au bureau des entrées pour y effectuer sa pré-admission ▪ Oriente la patiente vers la sage-femme et l'anesthésiste	Si la patiente a déjà une échographie de contrôle, cette consultation est considérée comme la 2ème visite et le gynécoloque remplira l'attestation de 2ème consultation (FO198)
La sage-femme	▪ Donne rendez-vous à la patiente dans un délai minimum de 7 jours (si possible, en fonction de l'âge de la grossesse) ▪ Lui remet le livret d'information IVG (NO068) ▪ Explique le délai de réflexion ▪ Propose un entretien psychosocial pendant ce délai	*Si la patiente est mineure,* l'entretien psychosocial est obligatoire. La sage-femme prend rendez-vous avec une conseillère conjugale et informe la patient mineure de l'obligation d'accompagnement par une personne majeure de son choix et lui remet le formulaire de désignation du majeur référent (FO136)
La sage-femme	***Lors du rendez-vous :*** ▪ S'entretient avec la patiente ▪ Remplit le "dossier IVG" (FO196) ▪ Récupère le document de demande d'IVG et de recueil de son consentement (FO197) ▪ Remplit l'attestation de 2ème consultation (FO198) ▪ Appelle le gynécologue pour l'informer de la décision de la patiente ▪ Donne la liste des documents à fournir lors de l'hospitalisation ▪ Vérifie le groupe sanguin ▪ Lui remet le document d'information préalable et de conseils après la sortie (NO069) ▪ Rédige la synthèse de la 2ème consultation médicale (FO200) ▪ Récupère la fiche de consultation d'anesthésie auprès du secrétariat des anesthésistes et la joint au dossier IVG	Informe la patiente sur les différentes méthodes de contraception Rappelle les précautions post-IVG *Si la patiente est mineure : elle récupère l'attestation de consultation psychosociale (FO137), le document de désignation du majeur référent (FO136) et une copie de la carte d'identité du majeur référent*

	Polyclinique LE LANGUEDOC ***PROCEDURE***	**PR036** **V1**
Date d'application : Mai 2015	**PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE POUR UNE IVG CHIRURGICALE**	**Page 2 sur 2**

QUI	FAIT QUOI	COMMENT
La sage-femme	***Le jour de l'hospitalisation :*** ▪ Transmet le dossier IVG aux IDE du service d'hospitalisation de la patiente ▪ Assure la préparation pré-opératoire de la patiente ▪ Propose un entretien avec la psychologue si elle le souhaite ▪ Remplit le compte rendu d'hospitalisation (FO199), le donne à la patiente après en avoir laissé une copie dans le dossier ▪ Vérifie le rendez-vous de contrôle au secrétariat des gynécologues et le fixe si besoin ▪ Vérifie si Rhophylac fait avant sortie	Informe la patiente sur les différentes méthodes de contraception Rappelle les précautions post IVG et lui remet les documents avec les conseils de sortie (NO074)
Le gynécologue	▪ Va voir la patiente avant l'intervention et s'entretient avec elle du choix de contraception ▪ Prescrit si besoin la contraception et lui rappelle les modalités de celle-ci ▪ Autorise la sortie de la patiente, soit après la visite en chambre soit après entretien avec la sage-femme ou l'IDE ▪ Rédige les différentes ordonnances ou/et arrêt de travail	
L'IDE	Réalise les soins de surveillance post-opératoire si retour de bloc après le départ de la sage-femme	Appelle la sage-femme de maternité si besoin
La psychologue	Effectue l'entretien si besoin	

Rédaction	Validation qualité	Approbation
C. ENKIRCHE *Sage-femme* Validé	LA. DAIRE *Coordinatrice Qualité GDR* Validé	*Gynécologues-obstétriciens* A. CHOPIN Validé
Cathy AMIEL *Sage-femme* Validé		S. COSCI Validé
N. ROBINET *Sage-femme référente* Validé		S. MAHMAL Validé
		S. ROBIN *DSI* Validé

N° version	Date	Nature des modifications
1	21/01/2015	Création

Annexe 11 : Procédure IVG de la clinique Saint-Roch

ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DES PATIENTES REALISANT UNE IVG A LA CLINIQUE SAINT-ROCH

I. Premier contact :

4 situations peuvent se présenter :

- La patiente s'adresse directement à son gynécologue à son cabinet et celui-ci pratique les IVG à la clinique Saint-Roch.
- La patiente s'adresse à son médecin (généraliste ou gynécologue) mais celui-ci ne pratique pas à la clinique :
  ✍ Il oriente la patiente vers un gynécologue connu de lui qui pratique à la clinique Saint-Roch ou vers un établissement de santé de Montpellier.
- La patiente s'adresse au Mouvement Français pour le Planning Familial et/ou au CHU de Montpellier puis est réorientée vers la clinique Saint-Roch (numéro de téléphone spécifique connu du MFPF et du CHU et communiqué à la patiente (cf. Document joint))
  ✍L'hôtesse d'accueil lui communique le nom d'un gynécologue en ville qui pratique les IVG à Saint-Roch et qui es en mesure de lui fixer rapidement (délai<7j) un rendez-vous pour une consultation médicale préalable à l'IVG.
- La patiente s'adresse directement à l'accueil de la clinique Saint-Roch pour une demande d'IVG
  ✍L'hôtesse d'accueil lui communique le nom d'un gynécologue en ville qui pratique les IVG à Saint-Roch et qui es en mesure de lui fixer rapidement (délai<7j) un rendez-vous pour une consultation médicale préalable à l'IVG.

NB : l'orientation par les hôtesses d'accueil est opérationnelle 7j/7 de 8H à 19H.

II. Consultation(s) médicale(s) préalable(s) à l'IVG :

Elles sont réalisées par le gynécologue en ville et dans la majorité des cas, l'échographie de datation de la grossesse est réalisée par le praticien lui-même à son cabinet. Les examens complémentaires (bilans sanguins), lorsqu'ils sont nécessaires sont effectués dans un Laboratoire du choix de la patiente.

A l'issue de la consultation, le médecin remet à la patiente :

- Un dossier médical Orthogénie complété (cf. document joint) (réalisé par SF et gynécologue réferents d'orthogénie sur St Roch, ce dossier médical spécifique IVG est utilisé depuis 2012 par tous les médecins qui pratiquent des IVG à la clinique Saint-Roch).
- Un dossier guide IVG à consulter en ligne :
  http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf
  édité par le Ministère de la Santé et des Solidarités : ce dossier guide comprend, entre autres, les dispositions légales de l'IVG, une information claire sur les différentes techniques d'IVG, ainsi qu'une information exhaustive sur les méthodes contraceptives.
- Le cas échéant, la méthode chirurgicale ayant été retenue, une fiche d'information à compléter ainsi que les coordonnées utiles pour prendre un rendez-vous de consultation pré anesthésie à la clinique.
  La date de l'intervention est communiquée à la patiente.
- Lorsque la méthode médicamenteuse a été retenue, les coordonnées directes de la sage-femme qui la recevra à la clinique Saint-Roch et qui l'accompagnera aux différentes étapes de son IVG médicamenteuse.

NB : les coordonnées de la sage-femme (dédiée à l'activité IVG au sein de la clinique) sont également communiquées aux patientes désireuses d'un entretien avant l'intervention.

III. Prise en charge à la clinique :

1. IVG chirurgicale :

La date et l'heure de l'intervention sont fixées par le médecin en fonction de son jour opératoire et de son programme opératoire au sein de la clinique. Il transmet, par fax au bureau des Admissions de la clinique, l'entrée prévue de la patiente.
La patiente effectue sa consultation pré anesthésie au moins 48H avant le jour de l'intervention.

Le jour J de l'intervention, la patiente se présente à l'Accueil puis effectue son entrée administrative au bureau des Admissions. Le respect de la confidentialité est garanti.La patiente se présente ensuite dans le service de Chirurgie Ambulatoire ; l'infirmière la prend alors en charge comme il se doit, dans son service.
Lorsqu'elle le juge nécessaire, l'infirmière peut également faire appel à la sage-femme dédiée à l'activité IVG de la clinique
L'infirmière remet à la patiente, avant sa sortie du service, une feuille de recommandations post-IVG (cf. document joint).

2. IVG médicamenteuse :

Les 2 rendez-vous, pour les prises de médicaments puis l'hospitalisation ambulatoire, sont directement pris par la patiente auprès de la sage-femme dédiée à l'activité IVG sur la clinique (numéro de ligne directe communiqué à la patiente par le médecin).

Lors de son premier passage, la patiente se présente au secrétariat du deuxième étage pour réaliser son entrée administrative
Le respect de la confidentialité est garanti.

La patiente est alors reçue par la sage-femme dans son bureau. Outre son écoute attentive et un accompagnement humain, la sage-femme propose à la patiente de (ré)évaluer sa contraception et l'incite à s'en approprier le choix ; une information détaillée, supports à l'appui, lui est également fournie .
A l'issue de cet entretien médico-psychosocial, la patiente prend la Mifépristone en présence de la sage-femme.
Toutes les recommandations et numéros utiles lui sont alors remis et le rendez-vous est confirmé pour son 2ème passage (prise de misoprostol et hospitalisation ambulatoire). La patiente est également informée de sa possibilité de joindre la sage-femme par téléphone du lundi au vendredi durant la journée.

Lors de son 2ème passage, la patiente se représente au secrétariat du deuxième étage pour réaliser son entrée administrative.

La patiente est à nouveau reçue par la sage-femme dans son bureau afin d'évaluer avec elle les effets de la première prise de médicaments. Elle est ensuite accompagnée dans sa chambre et la sage-femme la prend en charge dans son service (hospitalisation 6-7H).
Avant son départ, la sage-femme la reçoit individuellement et lui remet toutes les recommandations post-IVG (cf. document joint) et prend avec celle-ci le rendez vous pour la visite de controle avec son gynécologue au cabinet. Le vécu de la patiente à cette étape est également évalué . Selon la vulnérabilité de la patiente, un soutien psychologique lui est proposé

IV. La consultation médicale de contrôle :

Elle est réalisée par le gynécologue en ville 14 à 21 jours après l'IVG, qu'elle soit chirurgicale ou médicamenteuse.
Lorsqu'elle est nécessaire (après méthode médicamenteuse++) l'échographie de contrôle de la vacuité utérine est, dans la majorité des cas, réalisée par le médecin lui-même à son cabinet. D'autre part le choix de la contraception, en cours et/ou à venir, est à nouveau abordé avec la patiente.

NB : au cours de cette consultation, lorsqu'un échec de la méthode médicamenteuse est constaté par le médecin, il programme une intervention chirurgicale et en informe la sage-femme.

V. Information, éducation à la contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles :

A ce jour, ces actions sont menées de manière individuelle avec la patiente au cours des entretiens avec la sage-femme à la clinique (toute patiente ayant recours à l'IVG médicamenteuse) et au cours des consultations médicales avec le gynécologue à son cabinet (toutes les patientes).

Plusieurs supports sont utilisés pour ce faire :

- Le dossier guide IVG remis à toutes les patientes ayant recours à l'IVG ; l'Annexe 6 de ce livret apporte une information exhaustive sur les méthodes contraceptives, sur les méthodes de rattrapage ainsi qu'une conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.
- Les plaquettes d'information élaborées par les Laboratoires Pharmaceutiques, à la disposition des patientes dans le bureau de la sage-femme à la clinique.
- Les plaquettes d'information élaborées par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) également disponibles dans le bureau de la sage-femme.
- Le matériel de démonstration (plaquettes de pilules fictives, anneau contraceptif, stérilet…) fournis par les Laboratoires Pharmaceutiques et disponibles auprès de la sage-femme et/ou du médecin à son cabinet.

VI. Rapport d'activité annuel (cf. Annexe 3):

Il est élaboré en fin d'année grâce au recueil des données :

- des bulletins statistiques Cerfa établis pour chaque patiente ayant recours à une IVG (ces bulletins sont transmis au Médecin Inspecteur de la DRASS tout au long de l'année)
- Des entrées administratives des patientes ayant recours à l'IVG à la clinique Saint-Roch.

DOCUMENTS JOINTS

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : Depuis sa dépénalisation en 1975, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un évènement assez fréquent de la vie des femmes. Mais l'offre de soins ne permet pas toujours d'assurer un accès rapide à l'IVG dans le cadre d'un parcours fluide et adapté aux femmes. Il a alors été demandé dans chaque région d'élaborer des plans régionaux d'amélioration à l'accès à l'IVG.

Matériel et Méthodes : Une enquête de pratiques descriptive transversale au moyen d'un questionnaire en ligne a été menée auprès des 23 établissements d'orthogénie de la région Occitanie-Est au aux mois de juin et juillet 2017.

Résultats : 22 réponses complètes et 1 réponse incomplète ont été obtenues. Dix établissements sur 23 proposent un premier rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant l'appel. Cinq établissements sur 23 ne prennent pas en charge les demandes d'IVG tardives et ne proposent pas de solution de recours. La méthode médicamenteuse est disponible dans 21 établissements sur 22 et la méthode chirurgicale est disponible dans 22 établissements sur 22.

Discussion : L'offre de soins proposée sur le territoire présente des points forts : l'aspect technique de l'acte est maîtrisé, la confidentialité et la permanence des soins sont assurées et le contexte psychosocial est pris en compte. Des difficultés ont été notées dans la prise en charge des patientes vulnérables et dans l'organisation du parcours de soins IVG avec une incidence sur le choix des méthodes et des lieux de réalisation. Cette enquête a permis au réseau de périnatalité Occitanie-Ouest promouvant l'IVG ambulatoire d'élargir son champ d'action à la région Occitanie-Est.

Mots clefs : Interruption volontaire de grossesse – Pratiques – Orthogénie – Occitanie – Plan Régional – Réseau de santé

Discipline Administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine de Montpellier – 641 Av. du Doyen Gaston Giraud – 34090 Montpellier

Directrice de Thèse : Dr RACHEDI Nadia
Doctorant : PONCET Raphaël