



HAL
open science

Interruption médicale de grossesse pour motif psychosocial : analyse rétrospective des demandes dans un centre de diagnostic prénatal à Marseille entre 2007 et 2021

Claire Mahiou

► **To cite this version:**

Claire Mahiou. Interruption médicale de grossesse pour motif psychosocial : analyse rétrospective des demandes dans un centre de diagnostic prénatal à Marseille entre 2007 et 2021. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03632065

HAL Id: dumas-03632065

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03632065v1>

Submitted on 6 Apr 2022

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.

**Interruption médicale de grossesse pour motif psychosocial : analyse
rétrospective des demandes dans un centre de diagnostic prénatal à
Marseille entre 2007 et 2021**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2022

Par Madame Claire MAHIOU

Née le 13 septembre 1994 à Suresnes (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Président

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur

Madame le Docteur LE TREUT Laure

Assesseur

Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul

Directeur

**Interruption médicale de grossesse pour motif psychosocial : analyse
rétrospective des demandes dans un centre de diagnostic prénatal à
Marseille entre 2007 et 2021**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 5 Avril 2022

Par Madame Claire MAHIOU

Née le 13 septembre 1994 à Suresnes (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence

Président

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur

Madame le Docteur LE TREUT Laure

Assesseur

Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Asseseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur

NAZARIAN Serge

31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Madame le Professeur Florence BRETELLE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie d'avoir initié ce projet de recherche au sein de votre service, et ainsi permis que je puisse mener ce travail sur un sujet aussi passionnant. Merci pour votre regard critique. Votre expérience de gynécologue-obstétricienne apportera une grande richesse aux discussions que peut initier ce travail, et j'ai hâte de pouvoir échanger avec vous.

A Monsieur le Professeur Jean NAUDIN,

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury.

Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements, qui ont nourri ma réflexion et ma pratique, et je garde un excellent souvenir de nos discussions lors de mon passage dans votre service, toujours riches et source de nombreux questionnements philosophiques et éthiques. C'est une chance que votre regard sur mon travail de thèse puisse continuer à nourrir ces réflexions.

A Madame le Docteur Laure LE TREUT,

Je te remercie d'avoir accepté de participer au jury de ma thèse.

Merci pour ta présence et ton accompagnement attentif et bienveillant lors de mon stage dans ton service. J'ai beaucoup appris à tes côtés et je te serai toujours reconnaissante de m'avoir poussée à initier dès à présent ma formation en thérapie familiale.

A Monsieur le Docteur Raoul BELZEAUX,

Je te remercie pour ton accompagnement tout au long de ce travail.

Tu m'as donné l'occasion de travailler sur un sujet pour lequel j'ai développé un très vif intérêt. Par la finesse de ton raisonnement, et grâce à ta disponibilité, tu m'as permis de mener à bien un projet dans lequel il n'était pas facile de se lancer. La confiance que tu m'as accordée a aussi été un élément majeur pour moi. J'espère pouvoir continuer à apprendre et travailler à tes côtés.

A tous les professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail, sans l'aide desquels le projet de recherche que nous avons mené n'aurait pas pu aboutir.

Je tiens particulièrement à adresser mes remerciements à : Madame le Docteur Sophie TARDIEU, Madame le Docteur Hélène HECKENROTH, Madame Halima BEN MOUIS, Madame Sophie PSALTI, Madame Elodie MAURIN et Madame Martine LE BRIS.

Je tiens aussi à remercier tous les professionnels rencontrés au cours de mon internat, qui m'ont transmis leurs savoirs et leur expérience, et qui m'ont accompagnée tant sur le plan professionnel que personnel. A l'équipe d'Antares, à celle de l'Unité 1 du Dr Chabannes et à lui-même, au Dr Charre, à l'équipe du CMPPu, à l'équipe ULICE, à toute l'équipe du DSA, et au Dr Zinno.

Merci à mes parents, pour votre amour et votre soutien indéfectible.

A ma famille,

A mes amis,

Merci de m'entourer et de me soutenir, de près comme de loin, et soyez assurés de l'affection et de la reconnaissance que j'ai pour chacun d'entre vous.

Merci à Cécile, Béné, Zoé et Andres pour vos relectures fines et attentives de ces pages, et l'aide indispensable que vous m'avez apportée tout au long de la rédaction de cette thèse.

Table des matières

INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	9
I. Objectifs et hypothèses de la revue systématique de la littérature	9
II. Méthodes.....	9
1. Stratégie de recherche bibliographique.....	9
2. Processus de sélection des études	10
III. Résultats	11
1. Résultats de la recherche systématique.....	11
2. Articles sélectionnés.....	14
3. Synthèse des résultats.....	24
IV. Discussion	35
1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes formulant des demandes d’IMG pour motif psychosocial	35
2. Difficultés posées par les multiples catégories d’indications et par l’approche équivoque du « motif psychosocial »	36
3. Questions soulevées par la disparité des pratiques et les décisions de refus	37
4. Place des violences et perspectives de prévention.....	39
5. Méconnaissance du devenir des femmes après l’annonce de la décision	40
6. Limites de la revue de la littérature	40
V. Conclusion de la revue de la littérature	42
PARTIE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE CLINIQUE.....	44
I. Objectifs	44
II. Matériel et méthodes	45
III. Résultats	47
1. Résultats des caractéristiques pour l’ensemble des patientes.....	47
2. Données sur le parcours de soins de l’évaluation d’une demande d’IMG pour motif psychosocial	56
3. Avis de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et issues des demandes	60
4. Motifs des refus ou des acceptations de la demande.....	64
5. Comparaison entre les acceptations et les refus de la demande	66
6. Comparaison avec les résultats de la revue de la littérature.....	69
IV. Discussion	71

1. Contextes psychosociaux et prévalence des diagnostics psychiatriques.....	71
2. L'importance de l'approche contextuelle	77
3. Questionnements éthiques	78
4. Rôles du psychiatre et du comité pluridisciplinaire	79
5. Forces et limites.....	80
6. Bilan de l'étude et perspectives	82
V. Conclusion de la 2ème partie.....	84
CONCLUSION GENERALE	85
Références.....	89
Annexe 1 : Check-list IMG psychosociale pour péril maternel : CPDPN Timone-Conception	96
Annexe 2 : Attestation de gravité en vue d'une IMG pour pathologie maternelle	97
Annexe 3 : Demande maternelle d'IMG d'indication maternelle.....	98
Annexe 4 : Avis favorable du comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille	99
Annexe 5 : Grille d'évaluation dossiers parcours IMG psychosociale.....	100
Annexe 6 : Le score EPICES.....	108
Annexe 7 : Check-list entretien psychiatrique	109
Annexe 8 : Informations pratiques sur le déroulement d'une IMG.....	113
Abréviations	115

J'ai fini de mettre en mots ce qui m'apparaît comme une expérience humaine totale, de la vie et de la mort, du temps, de la morale et de l'interdit, de la loi, une expérience vécue d'un bout à l'autre au travers du corps.

Annie Ernaux, *L'événement*, 2000.

INTRODUCTION

Depuis le début du 20^{ème} siècle en France, de nombreuses lois se sont succédé pour limiter ou étendre l'interruption volontaire de grossesse ; ces lois ont été largement influencées par les contextes socio-politiques dont elles étaient contemporaines, faisant de la question de l'avortement, un enjeu sociétal complexe.

Au sortir de la Première Guerre mondiale, par la loi du 31 juillet 1920 (1), la pratique de l'avortement ainsi que l'utilisation ou la promotion de la contraception sont devenues des fautes délictuelles, passibles d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement (2).

Les sanctions encourues en cas d'interruption volontaire de grossesse se sont ensuite durcies sous le régime de Vichy, alors que le gouvernement avait pour ambition de mener une politique de repeuplement du pays en favorisant la natalité. En 1942, l'avortement est ainsi déclaré « crime contre la sûreté de l'Etat »¹ (3). La loi de 1942 est finalement abrogée à la Libération mais l'avortement n'en restera pas moins un délit et sera encore sévèrement réprimé pendant 30 ans (2).

Ces mesures législatives très répressives ont eu pour effet, dans les années qui ont suivi leur adoption, d'accroître le nombre d'avortements clandestins - jusqu'à 300 000 gestes par an - dans des conditions sanitaires précaires qui mettaient en jeu la vie de ces femmes (4). Les inégalités sociales étaient donc manifestes, entre les femmes ayant les possibilités financières de partir à l'étranger pour se faire avorter, et celles contraintes de rester en France et de pratiquer un avortement clandestin.

Face à ces constats, et dans un contexte de libéralisation des mœurs au moment de « mai 68 », de nombreuses femmes se sont mobilisées pour faire reconnaître le droit à disposer de leur corps et le droit à l'avortement. La première véritable victoire de ces femmes, qui appartenaient pour beaucoup aux mouvements féministes, fut l'adoption de la « loi Neuwirth » en 1967 autorisant la contraception (5). Puis, le 5 avril 1971, sous l'impulsion du mouvement féministe MLF (Mouvement de Libération des Femmes), le journal Le Nouvel Observateur publie le « manifeste des 343 ». Il s'agit d'une pétition signée par 343 femmes, dont de nombreuses personnalités, qui déclaraient publiquement avoir déjà eu recours à

¹ Les femmes y ayant recouru ou l'ayant pratiqué risquent alors la peine de mort ; ce fut le cas de Marie-Louise Giraud, guillotinée en 1943 pour avoir pratiqué 27 avortements.

l'avortement. L'objectif de ce manifeste était de lever le tabou et de mobiliser le gouvernement sur la question (6). En 1972, le procès de Bobigny a continué de mobiliser la société au sujet de l'avortement².

En 1975, Simone Veil, ministre de la Santé, défend devant l'Assemblée Nationale le projet de loi visant à légaliser l'avortement sous certaines conditions (7). Au terme de débats houleux, la loi est finalement votée à titre provisoire pour 5 ans et entérinée le 31 décembre 1979. Celle-ci a depuis subi plusieurs évolutions.

Dès l'adoption de la loi Veil de 1975, une distinction législative notable est faite entre l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et l'interruption volontaire de grossesse "pratiquée pour motif thérapeutique", appelée dans le milieu médical interruption thérapeutique de grossesse (ou ITG, qui deviendra en 1999 interruption médicale de grossesse ou IMG) (8).

La femme enceinte « que son état place dans une situation de détresse » peut demander l'interruption de sa grossesse avant la fin de la dixième semaine de gestation. On parle alors d'interruption volontaire de grossesse (IVG) (8).

La loi du 4 juillet 2001 allonge ensuite le délai légal de l'IVG à 12 semaines de grossesse (9) et à partir de la loi du 4 août 2014, l'IVG peut dans ce délai se faire sans conditions. La notion de détresse n'est alors plus requise ; dans le délai imparti des 12 semaines, l'IVG est possible pour toute femme enceinte « qui ne veut pas poursuivre sa grossesse » (10).

Depuis août 2020, une proposition de loi pour allonger à nouveau le délai légal de l'IVG, de 12 à 14 semaines de grossesse, a fait l'objet d'un examen par le parlement. Le 23 février 2022 l'Assemblée Nationale a adopté le projet de loi de manière définitive après échec de la commission mixte paritaire, et la nouvelle loi a été promulguée le 2 mars 2022 (11).

Cependant, dès la loi de 1975, si le motif de la demande est thérapeutique, l'interruption de grossesse est possible sans limite de terme dès lors "que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic." (8). Dans la pratique médicale, on parle d'interruption

² C'est « l'histoire de Marie-Claire Chevalier, violée à 16 ans et dénoncée par son violeur à la police pour s'être fait avorter. Un cas flagrant d'injustice, de maltraitance et de discrimination sociale » Gisèle Halimi - *Une farouche liberté* (6). Cette jeune fille fut jugée avec sa mère et ses trois « complices » et défendue par l'avocate Gisèle Halimi, qui fit de ce procès un grand événement médiatique. La victoire du procès « a consacré l'éclatement de la loi de 1920, et rompu le tabou lié à l'avortement ».

médicale de grossesse pour motif maternel ou fœtal, désignations communément abrégées dans l'usage médical par les expressions IMG fœtale et IMG maternelle.

Le cadre légal de l'évaluation des demandes d'IMG s'est précisé au fil des années. La loi de 1975 stipule que deux médecins « l'un exerçant dans un établissement de santé, l'autre devant être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel » (7) doivent attester de la validité de la demande au regard des conditions précitées dans la loi.

Avec le développement du diagnostic prénatal et la création des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)³ en 1994, il est ensuite exigé dans les cas d'une interruption de grossesse pour motif fœtal que l'un des deux médecins exerce son activité dans un CPDPN.

Depuis la loi de bioéthique du 4 juillet 2001 (9), un avis consultatif rendu par une équipe pluridisciplinaire est requis. Pour une IMG fœtale, c'est l'équipe d'un CPDPN qui donne cet avis. Pour une IMG maternelle, la composition de cette équipe a évolué et doit aujourd'hui se composer d'au moins un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique membre d'un CPDPN, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin ou une sage-femme choisie par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte doivent exercer leur activité dans un établissement de santé. (12) (Article L-2213 du Code de la Santé Publique).

Enfin, les évolutions législatives ont également concerné les femmes mineures, que l'interruption de grossesse soit volontaire ou médicale. Jusqu'en 2001, le consentement de l'une des personnes qui exerçaient l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal était requis. Ce n'est plus le cas depuis la loi de bioéthique, même s'il est stipulé que la personne mineure doit alors se faire accompagner par la personne majeure de son choix (9). Le consentement de la femme est strictement obligatoire, qu'elle soit mineure ou majeure.

³ Les CPDPN constituent des équipes pluridisciplinaires de praticiens ayant des compétences cliniques ou biologiques en matière de diagnostic prénatal. Ces équipes travaillent au sein d'établissements de santé disposant d'une unité d'obstétrique.

Concernant les interruptions médicales de grossesse, l'Agence de Biomédecine a recensé en 2019 en France 7067 attestations de particulière gravité délivrées pour motif fœtal (9,4/1000 naissances) et 291 pour motif maternel (0,4/1000 naissances) (13).

L'analyse des indications ayant conduit à la délivrance d'une attestation pour motif maternel montre que les pathologies obstétricales (liées à la grossesse) représentent 30,2% des attestations et les pathologies maternelles (hors psychiatrie) pré-conceptionnelles ou diagnostiquées en cours de grossesses 26,5%.

La détresse psychologique - qu'il y ait ou non présence d'une anomalie fœtale- et les pathologies psychiatriques maternelles pré-conceptionnelles ou découvertes en cours de grossesse représentent, elles, 44,3% des indications. Parmi les IMG réalisées pour motif maternel, ces deux dernières causes, communément regroupées dans la pratique médicale sous le nom d'IMG pour motif psychosocial, sont donc fréquemment retrouvées.

Si certaines pathologies somatiques maternelles sont reconnues comme pouvant mettre en péril la santé de la femme, la prise en compte de la détresse psychosociale suscite davantage de discussions. Aussi, le fait que cette détresse ne soit pas clairement mentionnée dans la loi et qu'il n'existe pas de consensus autour de sa définition, met en difficulté les professionnels en charge de l'évaluer. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), indique que l'IMG maternelle pour motif psychosocial est « mal connue des services de gynécologie-obstétrique » et qu'elle concerne « des femmes en situation de danger personnel, de violences, de difficultés psychologiques majeures ou d'extrême précarité, rendant impossible la poursuite de leur grossesse alors même qu'elles dépassent le délai légal de l'IVG de 14 semaines d'aménorrhée » (14).

L'enjeu est de prendre en compte le changement de paradigme de la notion de santé, qui ne doit pas être vue comme l'absence de maladie, mais comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » tel que la définit l'OMS (15).

Les données de la littérature sont rares au sujet des IMG pour motif maternel, et le sont encore davantage pour les IMG pour motif psychosocial. Les études sont principalement théoriques, ciblées sur les questionnements éthiques en jeu, ou présentent des études de cas cliniques isolés. Compte-tenu de l'absence de définitions harmonisées, des évolutions législatives constantes, et de l'absence de données claires sur le sujet, les études sont bien souvent marquées par la subjectivité des auteurs et difficilement comparables.

L'ensemble de ces constatations nous a donc conduits à nous demander quels étaient les éléments permettant de mieux caractériser la notion de « motif psychosocial », en nous appuyant sur la place des pathologies psychiatriques, du contexte psychosocial et des violences dans les décisions prises pour les demandes d'IMG pour motif psychosocial. Aussi notre objectif est de contribuer à une harmonisation dans les pratiques, et d'aider les professionnels à une meilleure reproductibilité dans leur prise de décision.

Pour répondre à cette question, nous ferons dans un premier temps un état des lieux des connaissances actuelles sur l'IMG pour motif psychosocial, en réalisant une revue exhaustive de la littérature.

Dans un second temps, nous présenterons l'étude que nous avons menée en nous appuyant sur le protocole de soins mis en place par un CPDPN de Marseille depuis janvier 2021 pour l'évaluation des demandes d'IMG pour motif psychosocial. Dans cette étude, nous analyserons précisément les demandes et les décisions prises, au regard de critères cliniques, affectifs et sociaux, en essayant d'en dégager à la fois des réflexions pour éclairer les pratiques professionnelles et des axes d'approfondissement pour de futures recherches.

PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Objectifs et hypothèses de la revue systématique de la littérature

Une première analyse de la littérature nous a permis d'observer qu'il existait peu de données objectives sur l'IMG pour motif psychosocial. Les approches sont souvent théoriques, ciblées sur les questionnements éthiques, ou présentent des études de cas cliniques isolés. On a trouvé quelques revues de la littérature récentes dans la littérature grise (thèses) (16)(17) mais elles font état de résultats d'études hétérogènes difficilement comparables entre elles, qu'il s'agisse de méthodologies distinctes ou de différences de contextes législatifs et socio-politiques entre les pays et entre les époques. Ces dernières peuvent comporter des définitions différentes ou imprécises de l'interruption médicale de grossesse pour motif psychosocial.

L'objectif de notre revue exhaustive de la littérature est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques actuelles, en identifiant d'une part les principales indications, et notamment les indications psychiatriques et les situations de violence amenant à une demande d'IMG, et d'autre part les caractéristiques des patientes faisant ces demandes. Par ce travail, nous formulerons des hypothèses au sujet de données non retrouvées dans ces études, mais dont la prise en compte pourrait participer à une meilleure compréhension des demandes d'IMG pour motif psychosocial par les professionnels, et améliorer la prise en charge des patientes concernées.

II. Méthodes

1. Stratégie de recherche bibliographique

Une recherche systématique de la littérature scientifique a été faite sur l'interface PubMed (base de données MEDLINE) avec la recherche de paradigme suivante (Title/Abstract) : ((therapeutic abortions) OR (therapeutic abortion) OR (induced abortions) OR (induced abortion) OR (terminations of pregnancy) OR (termination of pregnancy) OR (interrupted pregnancies) OR (interrupted pregnancy) OR (medical termination of pregnancy) OR (medical terminations of pregnancy) OR (legal abortions) OR (legal abortion)) AND

((maternal OR psychosocial OR psychiatric OR social) AND (reasons OR indications OR reason OR indication)) OR (mental health) OR (mental disorder))

Elle s'est portée sur les articles publiés entre 2001 (année de la 1^{ère} loi de bioéthique introduisant la nécessité d'un avis consultatif et intérêt de cibler les études récentes) et le 13 février 2022.

Les listes de références et les bibliographies des articles pertinents, extraits des recherches dans les bases de données, ont été recherchées manuellement pour trouver d'autres articles éligibles. Nous avons aussi complété la recherche avec la base de données Sudoc (travaux de thèse).

2. Processus de sélection des études

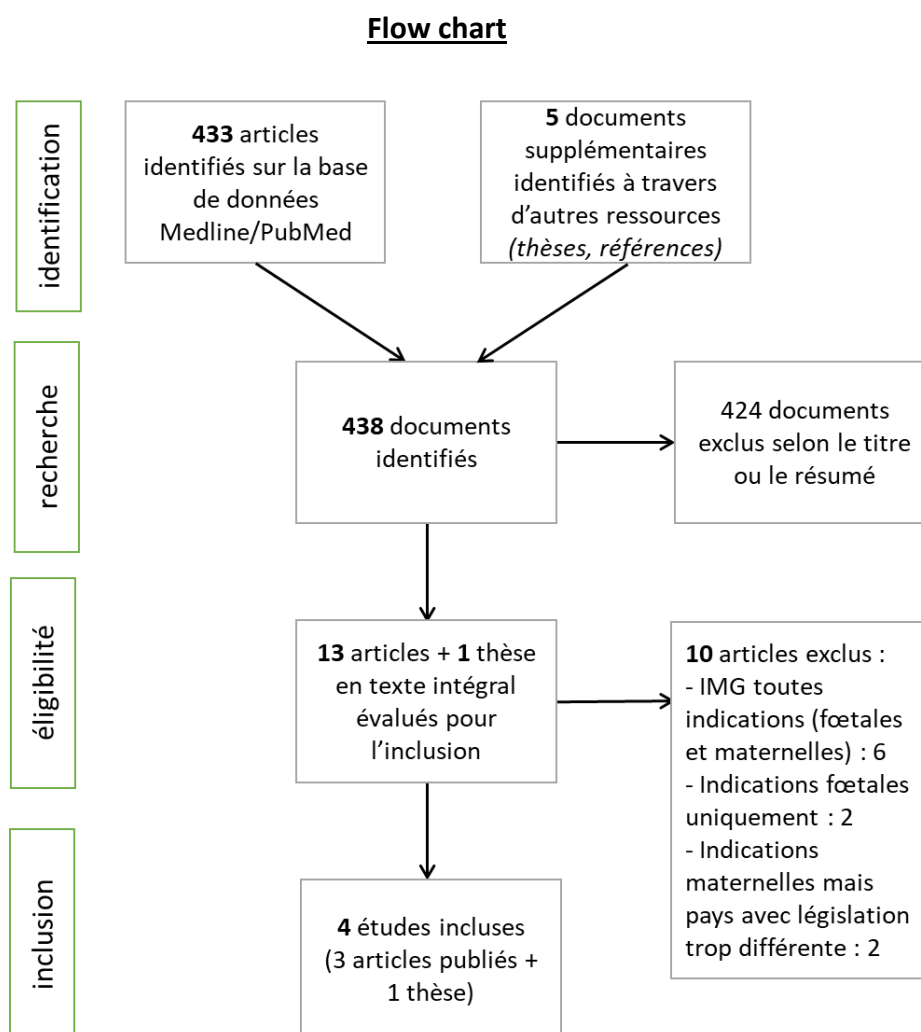
Notre sujet d'étude est l'ensemble des IMG maternelles pour motif psychosocial c'est-à-dire des IMG maternelles en excluant celles pour indications obstétricales ou somatiques maternelles directes. Nous avons cependant choisi d'évaluer pour l'éligibilité à l'inclusion, les études ciblant les IMG maternelles de toutes indications, dans la mesure où elles étaient susceptibles d'apporter des informations substantielles sur les indications psychosociales.

- Critères d'inclusion : les articles présentant une méthodologie et une population d'étude précise, les études observationnelles prospectives ou rétrospectives analysant les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des patientes ayant vécu ou fait la demande d'une IMG pour motif maternel, ainsi que leurs indications.
- Critères d'exclusion : les revues de la littérature, les enquêtes de pratiques auprès des professionnels, les sondages et enquêtes d'opinion auprès de la population générale, les études concernant les pays en voie de développement ou les pays dont la législation concernant l'avortement serait trop différente de celle de la France, les études ciblant les IVG, les IMG toutes indications confondues (foétales et maternelles) ou les IMG pour motif foetal, les études ciblant les aspects pratiques obstétricaux de l'interruption médicale de grossesse ou ses répercussions psychologiques et psychiatriques.

III. Résultats

1. Résultats de la recherche systématique

Nous avons identifié 433 articles par la base de données via la recherche des termes dans les titres et résumés des publications, ainsi que cinq articles additionnels. Nous avons exclu 385 articles à la lecture du titre. Sur les 39 documents restants, 14 ont été sélectionnés selon leur résumé. Après lecture des articles entiers seulement quatre articles ont été inclus, trois articles et une thèse de médecine française aux méthodologies similaires (Flow Chart).



Il peut être intéressant de préciser que les 10 articles exclus à la suite de leur lecture étaient des études rétrospectives observationnelles, ils concernaient pour la plupart des IMG foetales et maternelles, mettant l'accent sur les pathologies foetales ou concernant des pays aux législations trop éloignées de la nôtre. Ils n'apportaient pas assez d'informations pertinentes

et comparables pour faire l'objet de la revue de la littérature. On retrouve deux articles français (18) (19), trois articles allemands (20) (21) (22), un article hollandais (23), un article australien (24), un article turc (25), un portugais (26) et un suisse (27). Parmi eux certains nous ont cependant permis de retenir quelques informations :

1. Article français, Nguyen et al 2013 (18) : L'article s'intéresse uniquement aux **refus d'IMG** (foetales et maternelles) et à leur issues. Il utilise les données de l'Agence de Biomédecine et étudie 573 refus avec 100 cas d'indications maternelles (17,4%) dont les motifs se répartissent ainsi : 33 cas de pathologies psychiatriques, 8 motifs sociaux, 7 échecs d'IVG, 10 cas de délai légal de l'IVG dépassé, 5 grossesses survenues sous contraception, 23 cas de pathologies maternelles et 4 sans détails.

2. Article allemand, Kiver et al 2019 (20) : Cette étude s'intéresse aux IMG foetales et maternelles (≥ 14 semaines de grossesse) dans un contexte législatif similaire à celui de la France, elle présente 1476 cas étudiés entre 2000 et 2017. L'étude retrouve 3,9% d'indications maternelles (68 cas) dont le détail est le suivant : contextes de violences difficile à évaluer étant donné que les dossiers sont souvent scellés pour protéger les victimes, seuls 4 cas étaient accessibles. 25 cas documentés comme des dépressions cliniques et des risques de suicide. 4 cas représentent des patientes présentant un diagnostic psychiatrique invalidant avec le sentiment d'être inapte à être enceinte/mère. 5 autres cas étaient dus à un abus grave de drogues et d'alcool pendant la grossesse. Les maladies maternelles et les pathologies obstétricales représentent 26 cas.

Les caractéristiques des patientes telles que l'âge maternel, la gestité et la parité⁴ sont représentées mais sont celles des IMG maternelles toutes indications confondues.

3. Article hollandais, Van Eerden et al, 2014 (23) : Il étudie les IMG maternelles entre 22 et 27 semaines de grossesse (aux limites de la viabilité foetale⁵), de 2000 à 2009. Cet article donne l'exemple d'une étude dans le contexte d'un pays à la législation trop différente où l'IVG est

⁴ La gestité est le nombre de grossesses confirmées. La parité est le nombre d'accouchements après 20 semaines de grossesse. On considère les grossesses multiples comme une grossesse simple en termes de gestité mais non en termes de parité.

⁵ Limite de terme gestationnel à partir duquel le fœtus s'il naît peut potentiellement survivre, sous couvert de soins intensifs continus et de risques de séquelles. Il n'existe pas, dans la législation française, de définition normative du seuil de viabilité, contrairement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui propose un seuil à 22 semaines d'aménorrhée ou un poids du fœtus de 500 grammes (28).

autorisée jusqu'à 22 semaines de grossesse (24 SA⁶) et où l'interruption de grossesse pour motif social n'est pas autorisée passé ce délai. Les IMG maternelles dans l'étude représentent 1/1000 naissances. Ils relèvent 117 grossesses interrompues dont 31 pour HTA gravidique, 29 pour rupture prématurée des membranes et 17 « autres » dont 3 cas de pathologies psychiatriques.

4. Article Australien, Barrett et al, 2011 (24) : Cet article s'intéresse aussi aux IMG maternelles dans un pays à la législation trop différente de la nôtre, dans une région d'Australie où l'IVG est illégale lors de l'étude quel que soit le terme, en dehors de certaines conditions précises. Elle concerne donc des âges gestationnels allant de 6 à 23 SA ce qui ne correspond pas aux âges gestationnels de l'IMG en France. Elle s'intéresse cependant aux troubles psychiatriques et retrouve 23,1% de motifs psychiatriques (24/104) dont 16 cas de pathologie psychiatrique préexistante (66%) : 6 cas d'épisodes dépressifs majeurs, 2 cas de schizophrénies, 4 cas de troubles bipolaires, 1 cas de trouble anxieux, 3 cas de troubles mixtes et 8 autres cas. Pour la catégorie psychiatrique l'âge maternel moyen est 26 ans (de 15 à 37 ans) et l'âge gestationnel moyen de 13,52 SA (de 6 à 19 SA).

⁶ SA : Semaines d'aménorrhée : Permet un calcul du terme de la grossesse en fonction du dernier jour des règles, différent du nombre de semaines de grossesse qui est calculé en fonction du jour de la conception : par exemple 12 semaines de grossesse = 14 SA.

2. Articles sélectionnés

1) Interruptions médicales de grossesse pour motifs maternels : étude rétrospective multicentrique des indications dans la période entre la loi sur l'interruption de grossesse de 2001 et la nouvelle loi de bioéthique

Auteurs, revue, date : Piel, B., E. Azria, J.-F. Oury, L. Carbillon, et L. Mandelbrot. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Juin 2013. (28)

Objectifs : Identifier les indications ainsi que leurs proportions respectives à l'origine des interruptions médicales de grossesse pour mise en péril de la santé de la femme.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle multicentrique sur dossiers. Elle analyse toutes les interruptions médicales de grossesse d'indication maternelle répertoriées du 1er mars 2001 au 31 juillet 2010, dans les maternités de 4 centres hospitalo-universitaires du Nord Parisien.

Lorsque plusieurs indications étaient intriquées, l'indication prédominante était retenue pour la classification, « c'est à dire celle pouvant motiver une interruption de grossesse à elle seule ». Les cas de rupture prématurée des membranes avant la viabilité fœtale ont été exclus car l'indication concernait plutôt le fœtus que la mère.

Échantillon : 103 cas d'interruption médicale de grossesse pour motif maternel ont été étudiés.

Principaux résultats :

L'incidence annuelle est de 1,1 pour 1000 naissances et il n'y a pas de différence d'incidence entre les sites. Il n'y a pas d'augmentation de l'incidence au cours des années.

Les indications sont réparties ainsi :

- 22% de pathologies maternelles somatiques
- 21% d'indications psychosociales
- 21% de pathologies psychiatriques
- 20% de complications obstétricales avant la viabilité fœtale
- 16% de grossesses issue d'un viol

Dans 16% des cas plusieurs indications sont associées.

Dans la catégorie des indications psychosociales on retrouve des situations de polytoxicomanie majoritairement, ainsi que des cas de situation irrégulière ou précarité

associées à une infection par le VIH (sans immunodépression sévère), un cas de situation irrégulière avec grande précarité et des cas de patientes mineures.

Dans les pathologies psychiatriques on observe des cas de risques suicidaires, de psychoses chroniques, de retards mentaux, de troubles dépressifs, un cas de traitement neuroleptique lourd et 2 cas non précisés.

Dans la catégorie viols on retrouve une majorité de viols sur mineures (11 cas sur 16).

- Caractéristiques des patientes :

Toutes indications confondues, l'âge maternel médian est de 27,8 ans (12 à 40 ans). Les âges sont significativement plus élevés dans la catégorie pathologies maternelles somatiques et obstétricales, et significativement moins élevés dans la catégorie viols.

De même la gestité (médiane de 2) est significativement plus importante dans la catégorie pathologies obstétricales et moins élevée dans la catégorie viol.

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour la parité (médiane à 1) ou le nombre d'IVG antérieur (médiane de 0), hormis pour les grossesses issues de viol dont aucune n'a d'antécédent d'IVG.

La grossesse est considérée comme non désirée dans 49% des cas, avec une différence significative pour les indications psychosociales et les viols où le pourcentage est plus important (82 et 100%, à noter qu'elle était non désirée dans tous les cas d'indication psychosociale où l'information était clairement renseignée, reste des données manquantes), et pour les pathologies maternelles et obstétricales où il est moins important (22 et 10%).

- Caractéristiques des IMG :

On retrouve un âge gestationnel médian global à 21,5 SA (de 7,7 à 34,7), celui-ci est significativement inférieur pour les pathologies somatiques maternelles et supérieur pour les pathologies obstétricales. Il y a plus d'IMG décidées avant 14 SA et moins d'IMG pratiquées après 24 SA dans les contextes de pathologies somatiques maternelles. Il y a plus d'IMG pratiquées après 24 SA dans le contexte de pathologies obstétricales.

Une deuxième indication maternelle est associée dans 16% des cas sans différence significative entre les groupes. Une deuxième indication fœtale est présente dans 22% des cas, avec une différence significative dans la catégorie pathologies psychiatriques et viols où elle est de 0% et dans la catégorie obstétricale où elle est plus élevée (70%).

Toutes catégories confondues un des signataires du certificat est non-gynécologue dans 68% des cas, chiffre plus important dans la catégorie pathologies psychiatriques (94%) et moins important dans la catégorie pathologies obstétricales.

Elles sont plutôt réalisées par voie naturelle (88%) sans différence significative entre les groupes.

2) Interruptions médicales de grossesse pour indications maternelles : analyse rétrospective en Normandie Occidentale (2010-2019)

Auteurs, revue, date : C. Le Grand, J. Huet, M. Dreyfus, et G. Benoist. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. Mars 2021. (29)

Objectifs : Faire un état des lieux des interruptions médicales de grossesse pour motif maternel. Décrire la fréquence et les indications de ces interruptions de grossesse et les comparer aux dernières données nationales de l'agence de biomédecine.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle sur dossiers : elle analyse toutes les IMG pour motif maternel évaluées par le centre de diagnostic prénatal de Caen (soit toutes les demandes de la région Normandie Occidentale) entre le 1er janvier 2010 et le 1er août 2019.

Les demandes d'IMG refusées par le CPDPN sont également répertoriées.

Les motifs ont été recueillis, ainsi que le terme et le mode d'accouchement. Les indications sont classées en 3 catégories : cause psychosociale ou psychiatrique, pathologie obstétricale, et pathologie maternelle somatique.

Les cas de rupture prématurée des membranes avant la viabilité fœtale sont exclus dans la mesure où le motif peut relever d'une indication fœtale comme d'une indication maternelle.

Échantillon : 31 cas d'interruption médicale de grossesse pour raison maternelle ont été étudiés et 9 refus ont été recensés sur la période concernée (avec 2 refus acceptés par un autre CPDPN qui semblent comptabilisés aussi dans les 31 cas d'IMG).

Principaux résultats :

31 cas d'IMG maternelles ont été recensés au CHU de Caen. 24 IMG ont été réalisées au CHU de Caen (1 IMG pour 1200 naissances, et 2,5% de l'ensemble des IMG sur la période) et 7 dans les maternités de la région (Guyane incluse).

Les indications sont réparties ainsi :

- 23% d'indication « d'ordre psychologique »

- 29% d'indication obstétricale

- 48% liées à une affection somatique non obstétricale

Les IMG décrites par les auteurs de l'article comme relevant d'indications "d'ordre psychologique", sont représentées en majorité par les pathologies addictives, les états dépressifs sévères et les grossesses issues de viols.

Les 7 cas d'IMG effectives « d'ordre psychologique » sont ensuite qualifiés d'indications « psychosociales et psychiatriques » et sont répertoriés dans leur tableau :

1. Trouble psychiatrique et addiction alcoolique majeure (16 SA)
2. Troubles psychologiques sévères, contexte de retard mental sous curatelle (18 SA)
3. Dépression sur douleurs neuropathiques chroniques (hémiplégie néonatale) (18 SA)
4. Dépression sévère avec tentative d'autolyse (20 SA)
5. Dépression sévère avec automutilations et poly-toxicomanie (22 SA)
6. Troubles psychologiques sévères et grossesse issue d'un viol (27 SA)
7. Troubles psychologiques sévères et grossesse après inceste (32 SA)

55% des femmes étaient primipares, il n'y avait aucun antécédent d'IMG.

Le terme moyen des IMG maternelles toutes indications confondues est de 19 SA (7 à 32 SA). Ces IMG maternelles sont plus souvent réalisées au 2^{ème} trimestre (68%, concernant les causes obstétricales et psychologiques). Les IMG réalisées au 1^{er} trimestre (29%) sont majoritairement des pathologies maternelles préexistantes. 3% des IMG ont été réalisées au 3^{ème} trimestre.

Elles sont plutôt réalisées avec naissance par les voies naturelles : 74% des cas, contre 26% d'aspirations endo-utérines (uniquement avant 15 SA).

9 refus ont été recensés sur la période d'étude. Toutes ces demandes étaient liées à une cause psychosociale ou psychiatrique (sauf une demande dans un contexte de lymphome oculaire dont le traitement pouvait finalement être différé).

Ces demandes étaient toutes formulées après 14 SA, majoritairement dans des contextes de découverte tardive de grossesse (après le délai légal de l'IVG).

Lorsque la demande était faite pour raisons psychosociales, elle était évaluée par l'équipe pluridisciplinaire dont le psychologue, mais l'avis du psychiatre n'était demandé qu'en cas de nécessité donc non systématique. Le recours à l'expertise d'un psychiatre a été nécessaire dans tous les cas de refus.

Les issues de ces 9 refus sont : 2 IMG acceptées par un autre CPDPN (qu'ils ont comptabilisé aussi dans leurs cas), 3 IVG à l'étranger, 2 perdues de vue, une mort foetale in utero et une naissance vivante.

Détail des refus :

- 2 Grossesses issue de viol à 27 SA et 32 SA : toutes les 2 acceptées par un autre CPDPN
- 2 contextes socio-économique défavorable à 25 SA et 20 SA : une MFIU⁷ et une naissance vivante
- 2 contextes d'anxiété, liés à une séparation et une découverte d'agénésie de la main du fœtus à 26 et 28 SA : une perdue de vue et une IVG à l'étranger
- 1 contexte de polytoxicomanie à 19 SA : perdue de vue
- 1 cas de pharmacodépendance sur lombalgie chronique (16 SA) et 1 cas de lymphome oculaire (25 SA) : 2 IVG à l'étranger

3) Interruptions médicales de grossesse pour mise en péril grave de la santé de la femme.

Analyse de 122 demandes à la clinique Jules-Verne de Nantes de 2005 à 2009.

Auteurs, revue, date : Branger, B., G. Dabouis, R. Jegoudez, C. Launay-Bourrillon, I. Grimaud, D. Berthiau, G. Durand, P. David. *Éthique & Santé*. Septembre 2018. (30)

Objectifs : Décrire les pratiques concernant les interruptions médicales de grossesse pour motif psychosocial à la clinique de Jules Verne à Nantes et catégoriser les demandes ainsi que leurs issues.

Méthodes : Il s'agit d'une analyse rétrospective observationnelle sur dossiers. Elle étudie les demandes d'interruption médicale de grossesse pour raison psychosociale effectuées de 2005 à 2009 et évaluées dans le cadre légal d'une commission pluridisciplinaire à la clinique Jules Verne.

L'analyse se faisait au regard d'un contexte de précarité économique ou sociale, de conduites addictives ou de violences, ces termes ayant été construits à posteriori après analyse de notes de dossiers. Les auteurs distinguaient 3 types de précarité : économique sociale et sanitaire. Un score de 0 (pas de précarité) à 3 (tous les types de précarité) a été calculé. En considérant la précarité sociale : repérée par l'isolement social, la précarité économique : absence de revenus ou dépendance économique dans un milieu pauvre ou revenus de travail avec une

⁷ Mort Foetale In Utero

prise en charge de plusieurs personnes et la précarité sanitaire : mauvais état de santé avec recours ou non au système de soins.

Les IMG maternelles d'indications somatiques ou obstétricales sont exclues de l'étude.

Échantillon : 122 demandes d'IMG pour raison psychosociale ont été étudiées.

Principaux résultats :

Le nombre de demandes d'IMG psychosociales est de 15 à 33 par an et décroît au cours des années sur la période concernée.

L'âge maternel moyen est de 25 ans (13 à 45 ans). L'âge gestationnel médian au moment de la réalisation de l'IMG est de 18 SA (14 à 24 SA).

Sur les 90 données renseignées concernant la vie de couple, 80% des femmes sont célibataires, 11% sont pacsées, mariées ou veuves, et 8% sont divorcées. Sur les 102 données recueillies à propos du lieu de vie 50% vivent seules, 18% vivent en couple et 31% vivent chez leurs parents.

47% des femmes sont nullipares. Pour les multipares la gestité moyenne est de 3 grossesses antérieures et 36 % d'entre elles présentent un antécédent d'IVG. Il y a un antécédent d'IMG foetal.

Un contexte de précarité est noté dans 88,5% des cas avec une prédominance de précarité économique et sociale. Le score de précarité calculé selon leur méthode présente une moyenne de 1,4 (0 à 3). Dans plus 80% des cas elle concerne 2 types de précarité.

Ils relèvent 28,6% de problèmes psychiatriques et psychologiques dont "psychoses et traitements antipsychotiques, dépressions ou "déprimés", troubles bipolaires, tentatives de suicide avant ou pendant la grossesse, détresse psychologique ou vécu difficile de la grossesse (dont une avec un antécédent de viol), handicap mental, confusion, suivi psychologique et psychiatrique, anorexie".

Dans 25,1% des cas les violences sont constitutives de la vie de la femme avec notamment des disputes fréquentes, des violences verbales et des viols. Des plaintes avaient été déposées dans 2 cas. Une femme a été assassinée par le géniteur quelques temps après.

Des problèmes addictifs sont notifiés dans 5,7% des cas.

Dans 68% des demandes des problèmes de contraception sont déclarés : échecs ou oublis de contraception majoritairement, quelques absences de contraception et problèmes de cycles pouvant retarder le diagnostic de grossesse. Dans 4 cas la grossesse était initialement prévue,

mais la situation personnelle a ensuite changé (violences nouvelles ou départ du domicile du compagnon).

1,6% de dénis de grossesse sont retrouvés (2 cas).

La demande émane de la femme dans 80% des cas et de la famille dans 15% des cas.

Les motifs finaux retenus pour la demande sont répartis ainsi (une méthode statistique d'analyse des correspondances multiples a été utilisée par les auteurs pour la catégorisation) :

- 45% de Précarité
- 31% pour problèmes de fertilité / contraception
- 12% de violences
- 8% de problèmes « psychologiques »
- 3% d'addictions
- 1% de pathologie somatique associées

Un tableau présente une comparaison des différentes caractéristiques de patientes réparties en 3 groupes selon les âges : < 20 ans ; 20-29 ans ; > 30 ans

Les 2 seules différences significatives observées sont la nulliparité qui est de 100% chez les moins de 20 ans et de 14% chez les plus de 30 ans, et le fait que la demande émane de la femme (56% chez les moins de 20 ans et plus de 90% chez les autres femmes). Les 3 groupes sont statistiquement comparables concernant les autres caractéristiques (domicile, AG, contraception, précarité, violences, problèmes psychologiques, refus de la commission, délais).

Sur les 63 données disponibles le délai moyen entre la date de contact et la date de la commission est de 3,1 jours (0 à 18 jours) et entre la date de contact et la date de l'IMG de 8,1 jours (3 à 23 jours).

96% des demandes d'IMG ont été acceptées. 113 IMG ont finalement été réalisées sur les 117 accords (4 absences au rendez-vous et 1 changement d'avis).

Détail des 5 refus :

- Patiente de 14 ans à 23 SA : "pas de précarité, refus en fonction du terme"
- Patiente de 17 ans à 16 SA (accident de préservatif) : "motif du refus non noté"
- Patiente de 21 ans à 18 SA (oubli pilule, main courante déposée pour violence) : "pas de détresse sociale perçue par la commission, selon le dossier il était difficile d'apprécier la détresse psychologique"

- Patiente de 42 ans à 20 SA (antécédents de dépression et de violences, sous antidépresseur, tabagisme, santé précaire) : “ne formule pas clairement sa demande”

- Patiente de 40 ans à 15 SA (6 enfants vivants, de géniteurs différents, le dernier âgé d’un an, difficultés économiques, accident de contraception) : “incertitude de la femme concernant la décision”

Ces 5 femmes ont ensuite été perdues de vue.

4) Interruptions médicales de grossesse pour cause psychosociale : étude rétrospective des demandes entre 2007 et 2018 au CHU d’Angers

Auteur, revue, date : Thèse de Yénofa Rousselot, Université d’Angers. 2020. (31)

Article : Riquin Elise, Thomas Le Nerzé, Yénofa Rousselot et al., « Medical Termination Of Pregnancy For Psychosocial Reasons » Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. Juin 2021. (32)

L’analyse des demandes n’est pas publiée dans une revue scientifique mais dans une thèse de médecine, un article a été publié sur le même sujet par la même équipe mais ne reprend pas les résultats de l’étude. Un e-mail a été envoyé aux auteurs à ce propos.

Objectifs : L’objectif principal est de décrire précisément une cohorte de patientes ayant fait une demande d’interruption médicale de grossesse pour motif psychiatrique ou psychosocial. Les objectifs secondaires sont de dégager le rôle du psychiatre, appréhender les concepts de souffrance et de péril psychosociaux, et identifier ce qui a pu être proposé aux femmes qui auraient obtenu un refus à leur demande.

Méthodes : Il s’agit d’une analyse rétrospective sur dossiers : toutes les femmes ayant fait une demande d’IMG pour raison psychosociale entre 2007 et 2018 au CHU d’Angers ont été incluses. Lorsque plusieurs indications étaient intriquées, les cas étaient classés selon l’indication qui justifiait en priorité la demande d’IMG selon la patiente.

Les associations entre l’accord ou le refus de l’IMG et les différentes variables ont été testées.

Échantillon : 15 demandes d’IMG psychosociale ont été étudiées.

Principaux résultats :

Il y a eu 15 demandes d’IMG pour “raison psychologique, psychiatrique ou sociale” sur la période étudiée, soit une à 3 demandes formulées chaque année.

L’âge maternel médian est de 34 ans (de 12 à 44 ans). 3 patientes étaient mineures (12 ; 12,5 et 16 ans).

Le terme médian au moment de la découverte de la grossesse est de 20,5 SA (de 3 à 26 SA).

Le terme médian au moment de la demande d'IMG est de 21,5 SA (de 15 à 28 SA).

Concernant les caractéristiques des patientes :

40% d'entre elles n'ont pas de logement personnel (domicile des parents, internat, famille d'accueil, foyer et association caritative).

46,7% des femmes ont au moins un antécédent d'accouchement. 13,3% des patientes présentent un antécédent de fausse couche spontanée, et 13,3% un antécédent d'IVG (2 patientes). 6,7% (1 femme) présente un antécédent d'IMG foetale.

27,6% (4 femmes) étaient ou pensaient être sous contraception. Pour 27% des patientes il s'agit d'une grossesse issue d'un premier rapport sexuel (4 femmes). Pour 6,7% (1 femme) il s'agit d'une grossesse initialement désirée.

27,6% des grossesses étaient issues de viol, sur ces 4 grossesses un viol a été révélé après l'IMG (patiente mineure victime d'inceste).

Dans 66,7% des cas on retrouve un déni de grossesse (10 femmes).

Concernant le géniteur :

66,7% des femmes (10 patientes) étaient en couple avec le géniteur au moment de la conception, dont 2 ruptures à la suite de l'annonce de la grossesse. Dans 3 situations le géniteur présente un handicap connu. La demande d'IMG est conjointe avec le géniteur pour 5 cas (33,3%).

Les indications sont réparties ainsi (raison principale de la demande) :

- 26,7% de pathologies psychiatriques : n=4
- 20% de détresse psychologique liée à une pathologie somatique n=3
- 20% pour jeune âge de la patiente : n=3
- 13,3% de déficience mentale : n=2
- 6,7% de précarité économique et sociale : n=1
- 6,7% de contexte socio-culturel et religieux : n=1
- 6,7% d'erreur de contraception : n=1

Pour les pathologies psychiatriques on retrouve un trouble bipolaire, une schizophrénie équilibrée, un épisode dépressif caractérisé en lien avec le décès d'une mère et des idées suicidaires en lien avec la grossesse.

Les 3 patientes mineures présentent toutes une grossesse issue d'un viol, 2 ont été victimes d'inceste et la troisième victime de viol par son petit ami.

Les 3 détresses psychiques liées à une pathologie somatique concernent une sclérose en plaque invalidante, une myasthénie bien stabilisée et un cancer de la thyroïde (crainte de récurrence).

L'erreur de contraception concerne une patiente pensant être sous dispositif contraceptif qui aurait été posé après son dernier accouchement. Celui-ci n'avait pas été retrouvé. Elle avait déjà 4 enfants et 8 antécédents de grossesse.

Principaux éléments de l'examen psychiatrique :

Dans 40% des cas (6 femmes) on retrouve des antécédents psychiatriques connus (schizophrénie, bipolarité, deuil pathologique, état de stress post-traumatique et dépression récidivante).

Dans 20% des cas un risque auto-agressif est identifié (3 femmes) et dans 20% des cas un risque d'agressivité sur le fœtus est mis en avant.

Chez 76,3 % des femmes un syndrome anxiodépressif réactionnel à la grossesse est retrouvé (11 femmes). Dans 13,3 % des cas un état de dissociation a été relevé (2 femmes), de même pour 13,3 % des femmes les capacités de discernement ont été estimées altérées.

Dans 53,3% des cas une ambivalence dans la demande a été notée.

40% des demandes ont été acceptées à l'issue de la RCP (6 demandes).

L'analyse de la décision d'accord ou de refus de l'IMG selon les différentes caractéristiques retrouve de manière significative :

- Une proportion plus élevée d'acceptation de la demande d'IMG lorsque la grossesse est issue d'un viol ou qu'elle est issue des premiers rapports sexuels (100%) ou encore lorsque le contexte de survenue de la grossesse était traumatisant (71%).
- Une proportion plus importante de refus lorsque la patiente a un logement personnel (89%), présente des antécédents psychiatriques maternels (100%), un investissement psychique de la grossesse (100%), une ambivalence dans sa demande (100%), ou bien la capacité à envisager d'autres alternatives (89%).

Sur les 9 refus il y a eu 4 accouchements avec reconnaissance de l'enfant, 2 accouchements sous X, 1 perdue de vue, 1 IVG à l'étranger (Bulgarie) et 1 IMG pour motif fœtal à 32 SA.

Le détail des refus est le suivant :

- 3 accouchements avec reconnaissance de l'enfant pour 3 des 4 motifs psychiatriques :
Schizophrénie équilibrée : hospitalisation en unité kangourou pour 10 jours
Idées suicidaires : retrait de la demande après soins psychiatriques en urgence

Episode anxiodépressif avec infidélité du conjoint et décès de la mère : travail du lien mère-enfant hebdomadaire

- 1 accouchement avec reconnaissance de l'enfant dans un contexte de pathologie somatique (cas de myasthénie)
- 1 perdue de vue dans le cas d'erreur de contraception (la patiente pensait aller à l'étranger)
- 2 cas d'accouchement sous X : contextes de précarité psychosociale et de cancer associé à un vécu abandonnique
- 1 IVG à l'étranger à 20 SA pour un des motifs psychiatriques (trouble bipolaire)
- 1 IMG foetale à 32 SA dans un contexte de pathologie somatique (SEP maladie chronique inflammatoire, la patiente avait initialement accepté l'accouchement sous X)

46,7% des femmes (7/15) ont continué un suivi psychiatrique après la RCP. Il y a eu peu de retour sur les suites à distance de l'IMG.

3. Synthèse des résultats

Les 4 articles sélectionnés n'ont pas le même objet principal d'étude. Les 2 premiers (Paris et Caen) étudient les IMG maternelles de toutes indications tandis que les 2 suivants (Nantes et Angers) étudient seulement les IMG maternelles pour motif psychosocial. De même les 2 premiers articles étudient les cas effectifs alors que les 2 suivants étudient des demandes d'IMG. Cependant pour les 2 premiers le détail des indications que l'on peut qualifier de psychosociales est donné et nous permet une reconstruction à posteriori de la typologie de ces demandes psychosociales. De même dans le second article (Caen) les refus sont recueillis ce qui nous permet aussi d'étudier l'issue des demandes.

1) Proportion et nombres d'IMG maternelles et de motif psychosocial

Les études de Piel (Nord-Parisien) et Le Grand (Caen) nous permettent de comparer la proportion de cas d'IMG psychosociales parmi les IMG maternelles. Nous avons aussi présenté une comparaison avec les chiffres de l'agence de la biomédecine (relevé de 2016 et dernier relevé annuel paru sur l'année 2019). Ce n'est que depuis 2016 que l'ABM relève les indications des IMG maternelles. (Tableau 1)

Tableau 1 : Cas d'IMG maternelles et psychosociales

Etudes	Ville et dates	Durée de l'étude	Cas d'IMG maternelles		Cas d'IMG psychosociales		Proportion psychosociales / maternelles (%)
			N	/1000 naissances	N	/1000 naissances	
Piel B et Al, 2013	Nord-Parisien 2001-2010	9 ans	103	1,1	59	0,63	57%
Le Grand C et Al, 2021	Caen 2010-2019	8 ans	31	0,8	7	0,18	22%
Agence de la biomédecine	France entière 2016	1 ans	321* ⁸	0,4*	85*	0,11	26,5%
Agence de la biomédecine	France entière 2019	1 ans	291*	0,4*	122*	0,17	42%

Le nombre d'IMG maternelles rapporté à 1000 naissances est de 1,1 pour l'étude du Nord-Parisien, 0,8 pour Caen et de 0,4 pour l'agence de biomédecine. Le nombre d'IMG psychosociales rapporté à 1000 naissances était similaire pour Caen et l'agence de biomédecine (0,18 et 0,17), mais supérieur pour le Nord-Parisien (0,63).

Les proportions d'IMG psychosociales par rapport aux IMG maternelles toutes causes confondues sont proches pour l'étude parisienne et celle de l'agence de biomédecine de 2019 (57% et 42%). Elles sont inférieures pour l'étude de Caen et l'agence de biomédecine de 2016 (22% et 26,5%).

2) Caractéristiques des patientes faisant une demande d'IMG pour motif psychosocial

a) Les âges maternels et gestationnels

L'âge maternel est recueilli dans 3 des 4 études. La comparaison entre les études n'est pas évidente car certaines utilisent les médianes, d'autres les moyennes. En revanche la comparaison des extrêmes d'âge est possible, elles sont tout à fait similaires et l'on note dans les 3 études concernées que les grands extrêmes d'âges de période de fertilité d'une femme

⁸ Attestations de particulière gravité délivrées pour motif maternel, et non pas IMG effectives. Seul le nombre effectif d'IMG maternelles toutes indications confondues pour 2019 est connu, il est de 264, soit 90,7 % des attestations délivrées.

y sont représentés, c'est à dire pour Piel B. de 12 à 39 ans, pour Branger B. de 13 à 45 ans et pour Rousselot Y de 12 à 44 ans. (Tableau 2)

Tableau 2. Ages maternels et gestationnels des IMG psychosociales

Etudes	Ville, dates	Age maternel (années)			Age gestationnel (SA)	
		Médian	Moyen	Extrêmes	Médian	Extrêmes
Piel B et Al, 2013	Nord-Parisien 2001-2010	27,8 ⁹	NR	12-39	21,5 SA	11-34,7
Le Grand C et Al, 2021	Caen 2010-2019	NR	NR	NR	20 SA ¹⁰	16-32
Branger B et Al, 2018	Nantes 2005-2009	NR	25,3 (+/-8,4)	13-45	18 SA	14-24
Rousselot Y, 2021 (Thèse)	Angers 2007-2018	34	29,9 (+/-10,6)	12-44	21,5 SA	15-28

L'âge gestationnel médian varie selon les études de 18 à 21,5 semaines d'aménorrhée, avec des extrêmes concernant les IMG pour motif psychosocial allant de 11 à 34,7 semaines d'aménorrhée.

Les IMG très tardives sont représentées en majorité par des cas de grossesses issues de viols (dont incestes). Effectivement chez Piel on note que l'IMG réalisée à 34,7 SA se trouve dans la catégorie des viols, chez Le Grand les 2 IMG réalisées après 22 SA (à 27 SA et 32 SA) sont des grossesses issues de viol, et chez Rousselot les 4 IMG réalisées après 21 SA sont des grossesses issues de viols.

L'étude de Nantes qui présente des chiffres globalement inférieurs est la seule qui analyse les pratiques d'une équipe pluridisciplinaire ayant fixée une limite d'acceptation des demandes à 22 SA "pour des raisons personnelles à certains médecins reliées essentiellement à la nécessité d'un fœticide pour interrompre la grossesse au-delà". Ils précisent cependant que

⁹ Il s'agit chez Piel et Al des IMG **maternelles** (et non psychosociales). Pour cette étude l'âge maternel médian des IMG d'indication psychosociale et psychiatrique étaient comparable, mais celui des indications de viol était significativement inférieur (18,7 ans ; 12-29). L'âge gestationnel médian était comparable pour les catégories psychosociales, psychiatriques et viols.

¹⁰ 20 SA pour les IMG psychosociales et psychiatriques en prenant en compte les 2 cas acceptés par un autre CPDPN, sinon 18 SA. Il s'agit pour les deux premières études des âges gestationnels au moment de la réalisation de l'IMG, et pour les 2 suivantes de l'âge au moment de la demande d'IMG.

cette limite a été dépassée dans 4 situations particulièrement graves concernant des femmes âgées de 14, 17, 18 et 36 ans, dont 3 indications psychiatriques et une grossesse à la suite d'un viol par le compagnon de la mère d'une patiente.

b) Les antécédents gynéco-obstétricaux

Les antécédents gynéco-obstétricaux n'étaient pas clairement analysés dans toutes les études mais présentent des chiffres plutôt bas.

On retient que dans les 4 études environ la moitié des femmes n'avaient jamais accouché.

Les nombres d'IVG antérieurs étaient comparables dans les études de Nantes et d'Angers (17,8 et 13,3 % avaient au moins un antécédent d'IVG). (Tableau 3)

c) Autres caractéristiques des patientes et de leur demande

D'autres caractéristiques des patientes ou de la grossesse, telles que la vie de couple, le lieu de vie ou bien le statut de la grossesse des patientes formulant des demandes d'IMG pour motif psychosocial sont décrites dans l'étude de B. Branger et dans la thèse de Y. Rousselot. Les résultats principaux sont présentés et comparés dans le tableau 4.

Tableau 3. Antécédents gynéco-obstétricaux

Etudes	Ville, dates	Grossesses antérieures	Accouchements antérieurs		IVG antérieurs
			Médiane	% de nullipares	
Piel B et Al, 2013	Nord-Parisien 2001-2010	Médiane 2 ¹¹ (viols 1)	0	< 50%	Médiane 0
Le Grand C et Al, 2021	Caen 2010-2019	NR	0	55%	NR
Branger B et Al, 2018	Nantes 2005-2009	Moyenne 3 pour les multipares	0	47%	17,8% ≥ 1 + 1 atcd IMG foetale
Rousselot Y, 2021 (Thèse)	Angers 2007-2018	NR	0	55,3%	13,3% ≥ 1 + 1 atcd IMG foetale

¹¹ * Pour Piel et Le Grand, il s'agit des IMG maternelles toutes indications confondues, chez Piel les résultats étaient cependant statistiquement comparables pour les catégories psychosociales et psychiatriques.

Tableau 4. Caractéristiques des patientes formulant une demande d’IMG pour motif psychosocial

	Branger B et Al, 2018 Nantes 2005-2009	Rousselot Y, 2021 (thèse) Angers 2007-2018
Vie de couple	<ul style="list-style-type: none"> - 59% célibataires - 8,2% mariées pacsées veuves - 5% divorcées - 26,2% <i>données manquantes</i> 	53,3% en couple
Lieu de vie	<ul style="list-style-type: none"> - 41,2% vivent seules - 15,6% vivent en couple - 26,2% vivent chez leurs parents - 16,4% <i>données manquantes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - 60% vivent seules ou en couple - 40% n’ont pas de logement personnel (parents, internat, foyer)
Sous contraception avec échec ou oubli	47,5% <i>31,2% données manquantes</i>	27,6%
Grossesse non désirée	96,8%	93%
Déni de grossesse	1,6%	66,7%
Demande d’IMG	<ul style="list-style-type: none"> - 80% faite par la femme - 15% faite par la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - 66,7% faite par la femme seule - 33,3% demande conjointe géniteur

D’autres données isolées étaient étudiées, telles que le délai entre la 1ère date de contact et la RCP ou la date de l’IMG, dans l’étude de Nantes. La thèse faite à Angers donnait d’autres éléments de l’examen psychiatrique tels que les antécédents psychiatriques, le risque de foeticide, la présence d’un état de dissociation ou de capacités de discernement altérées.

3) Issues des demandes

a) Proportions d’accords et de refus

Les accords et les refus étaient spécifiés dans les études ciblant les IMG pour motif psychosocial soit celles de Nantes et de Angers. Un calcul à posteriori avec les chiffres présentés dans l’étude nous permet de reconstruire les pourcentages d’accords et de refus de l’étude faite à Caen.

Les proportions de refus sont semblables à Caen et Angers (respectivement 61,5% et 60%). Les 2 refus de Caen acceptés secondairement par un autre CPDPN sont comptabilisés ici dans les refus.

A la clinique Jules Verne à Nantes le pourcentage de refus est très faible à 4,1 %. (Tableau 5)

Tableau 5. Demandes d'IMG pour motif psychosocial : accords et refus

Etudes	Ville et dates	Durée de l'étude	Demandes (N)	Accords N (%)	Refus N (%)
Le Grand C et Al, 2021	Caen 2010-2019	8 ans	13	5 (38,5%)	8 (61,5%)
Branger B et Al, 2018	Nantes 2005-2009	5 ans	122	117 (95,9%)	5 (4,1%)
Rousselot Y, 2021 (Thèse)	Angers 2007-2018	11 ans	15	6 (40%)	9 (60%)
Total			150	128 (83,3%)	22 (14,6%)

Dans l'étude de Caen, il existe une certaine confusion concernant le nombre de refus et le nombre d'IMG effectivement réalisées. Deux cas d'IMG sont comptabilisés à la fois dans les cas d'IMG réalisées et dans les refus, car ils ont été acceptés par un autre CPDPN. Ceci interroge quant à la conclusion que nous pouvons en tirer s'agissant notamment des proportions de refus et d'acceptation.

b) Les refus, motifs et issues

Nous avons présenté le détail des cas de refus dans la partie résultats de chaque article (à part pour l'étude de Paris où il n'était pas disponible).

La raison explicite des refus est tracée uniquement dans l'étude de Nantes. Les motifs des demandes d'IMG ayant entraîné un refus semblent variées : contextes socio-économiques défavorables, anxiété, dépression, schizophrénie, trouble bipolaire, addictions, violences, erreurs de contraception, détresses liées à des pathologies somatiques, et viols (2 demandes acceptées par un autre CPDPN).

Deux demandes ont été refusées par le centre de Caen puis acceptées par un autre, dans un contexte de grossesses issues de viols. Ce motif semble être, dans les autres centres, reçu comme raison suffisante à réaliser une IMG. Les termes étaient tous deux élevés à 27 et 32 SA

mais ce sont les termes de réalisation de l'IMG. Il peut y avoir un temps de latence ajouté pour faire la demande à un autre CPDPN.

L'âge gestationnel de ces demandes refusées peut sembler plus élevé ce qui serait en faveur de refus pour cause de terme avancé. Après calcul, pour les études de Nantes et de Angers l'âge gestationnel médian des refus est comparable à celui de l'ensemble des demandes (respectivement 18 SA et 21 SA). En revanche pour l'étude réalisée à Caen, l'âge gestationnel médian des refus est supérieur à celui des accords : âge gestationnel médian des refus de 25,5 SA contre 18 SA pour les IMG acceptées.

Une des équipes (Angers) a refusé toutes les demandes d'IMG pour indication psychiatrique, en préférant favoriser une prise en charge en urgence et un accompagnement mère-enfant. Parmi ces quatre refus, une patiente âgée de 19 ans et présentant un trouble bipolaire, est allée faire une IVG à l'étranger.

L'issue des refus est présentée dans le tableau 6 (page suivante).

On note que l'ensemble des 5 refus ont été perdus de vue dans l'étude de Branger. Pour les 2 autres études les chiffres sont différents. Les issues principales sont les naissances vivantes avec reconnaissance de l'enfant, les naissances sous X, les IVG à l'étranger et les patientes perdues de vue.

Deux des demandes d'IMG dans l'étude de Le Grand ont été acceptées par un autre CPDPN (2 grossesses issues de viol, demandes à 27 et 32 SA).

Tableau 6. Issues des refus des demandes pour motifs psychosociaux

Etudes	Ville et dates	Total	Perdus de vue	Naissances reconnues	Naissances sous X	IVG à l'étranger	IMG acceptée par un autre CPDPN	Autres
Le Grand C et Al, 2021	Caen 2010-2019	8	2	1	0	2	2	1 IMG foetale
Branger B et Al, 2018	Nantes 2005-2009	5	5	0	0	0	0	0
Rousselot Y, 2021 (Thèse)	Angers 2007-2018	9	1	4	2	1	0	1 MFIU ¹²

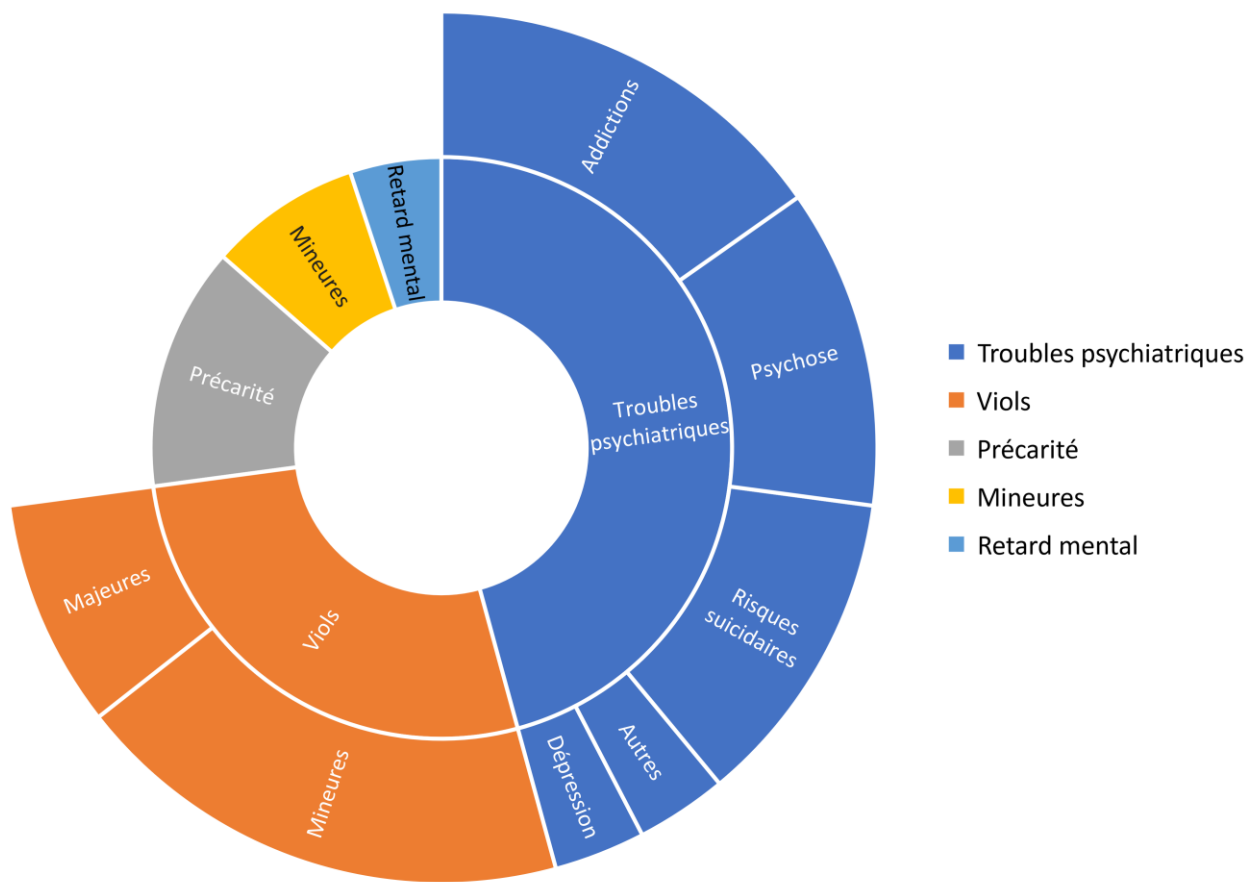
4) Les catégories d'interruptions médicales de grossesse pour motif psychosocial selon les indications

Bien que chacune des études ait utilisé des catégorisations différentes, nous avons, à partir des données, reconstruit une catégorisation des IMG pour motif psychosocial qui nous semblait être plus homogène. Nous nous sommes notamment concentrés sur les indications d'ordre psychosocial pour les deux premières études. Diagrammes 1 à 4. Pour l'étude de Nantes cela n'a pas été possible car les auteurs ont utilisé une méthode d'analyse des correspondances multiples pour établir les catégories de motifs de demande. Diagramme 5.

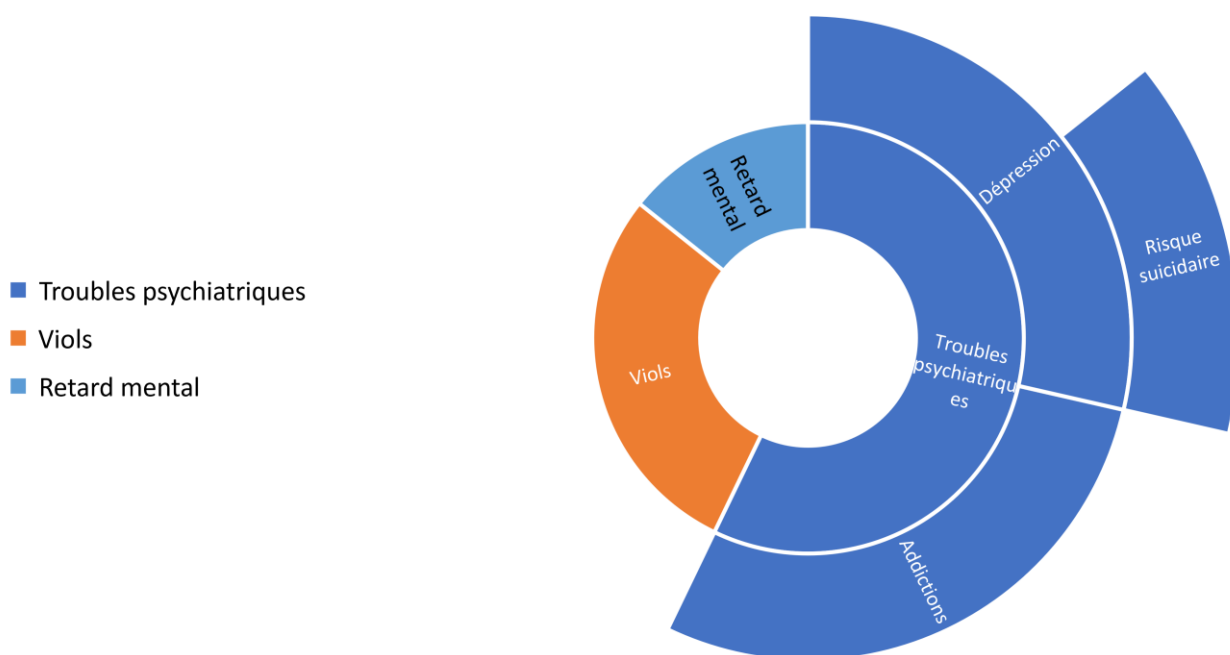
Il s'agit toujours pour les deux premières études des cas d'IMG tandis qu'il s'agit pour les deux autres des demandes d'IMG. Dans la mesure où 96 % des demandes ont été acceptées à Nantes, la répartition par indications des demandes et des cas peut se confondre. Cependant pour l'étude d'Angers aucune des demandes pour motif psychiatrique n'a été acceptée. Le diagramme des cas est donc bien différent (les viols y sont alors en grande majorité à 67 %) : Diagramme 4.

¹² MFIU : Mort foetale in utero

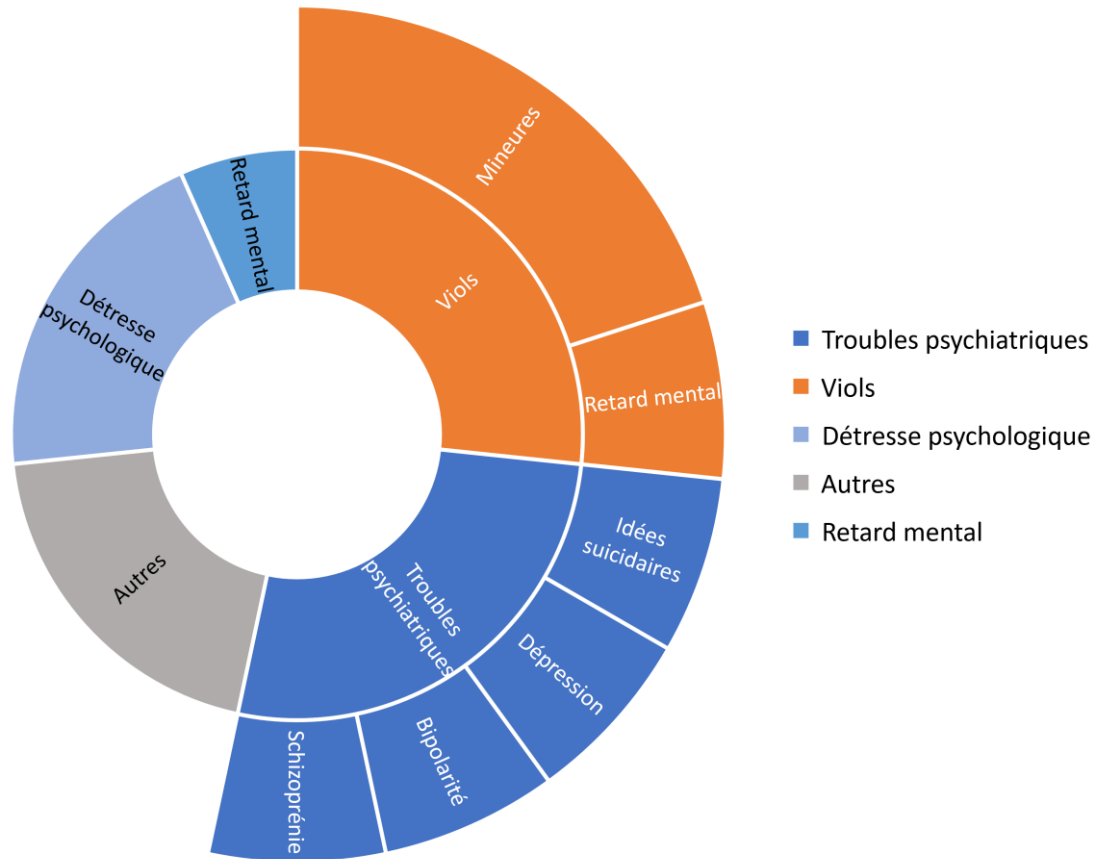
1. Nord-Parisien : 59 cas d'IMG pour motif psychosocial



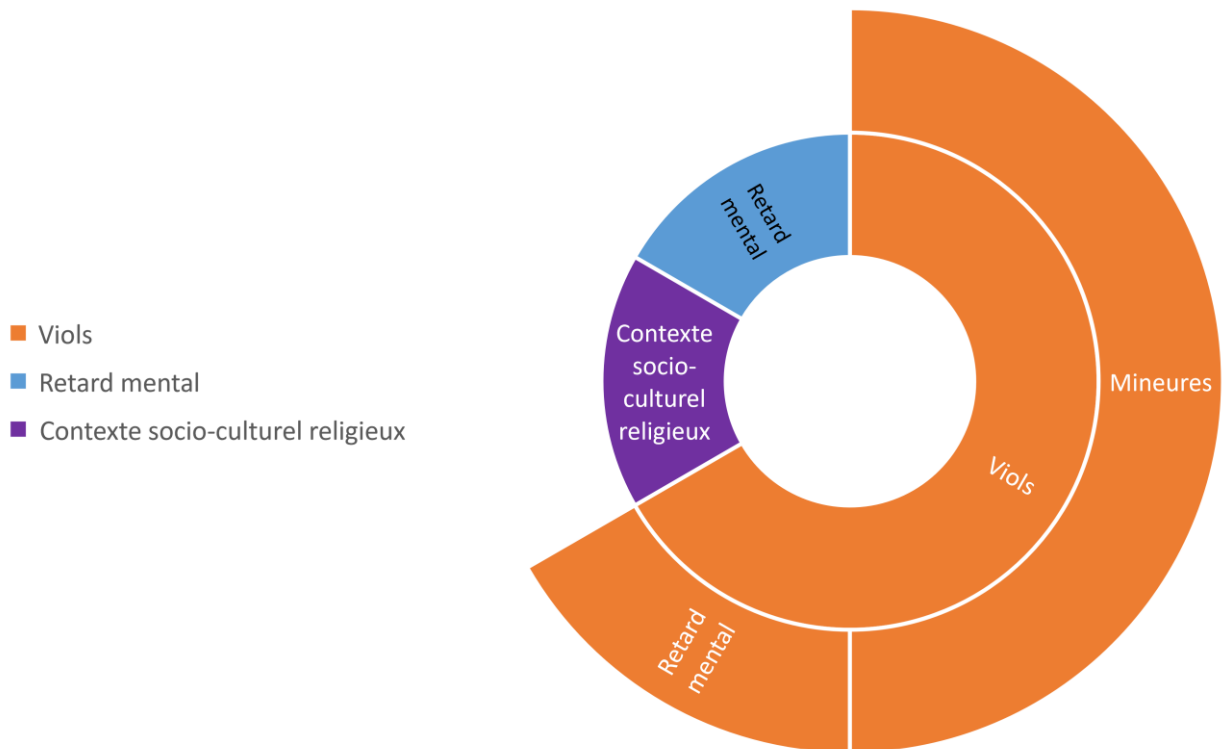
2. Caen : 7 cas d'IMG pour motif psychosocial



3. Angers : 15 demandes d'IMG pour motif psychosocial



4. Angers Bis : 6 cas d'IMG pour motif psychosocial

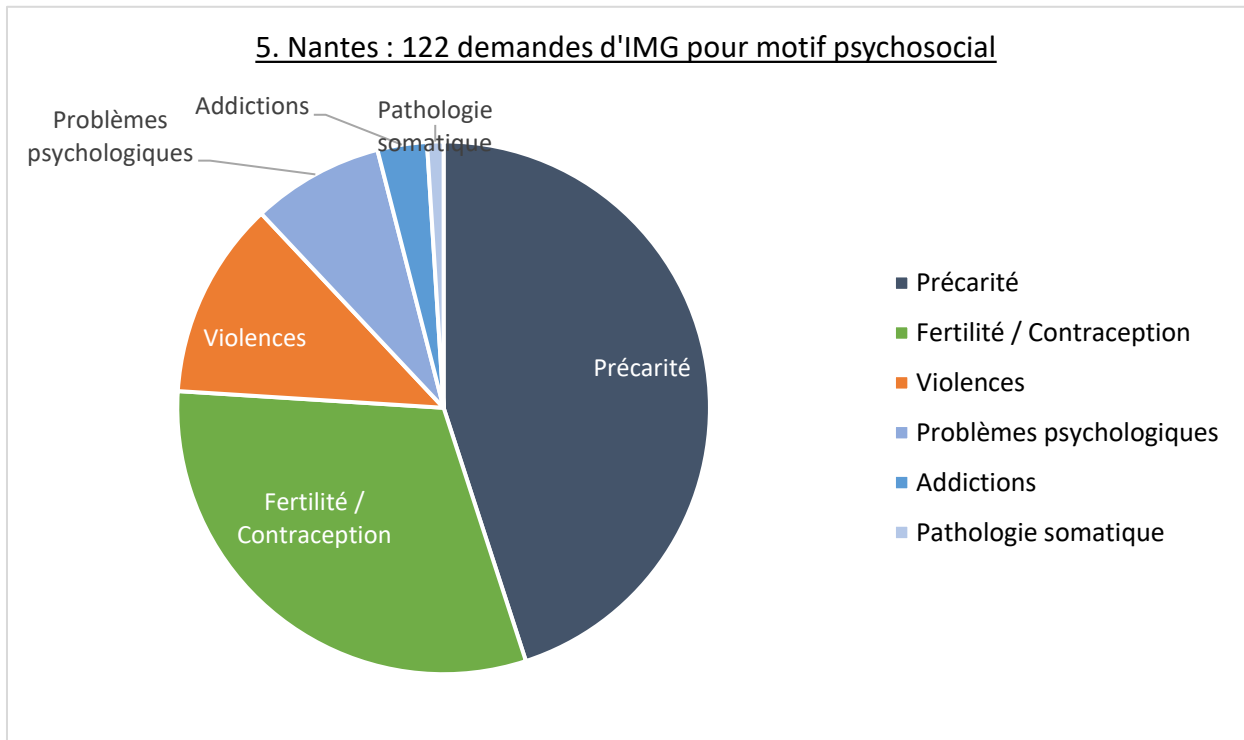


* Diagramme 3 : Autres = précarité, contexte socio-culturel, contraception. Détresse psychologique liée à une pathologie somatique.

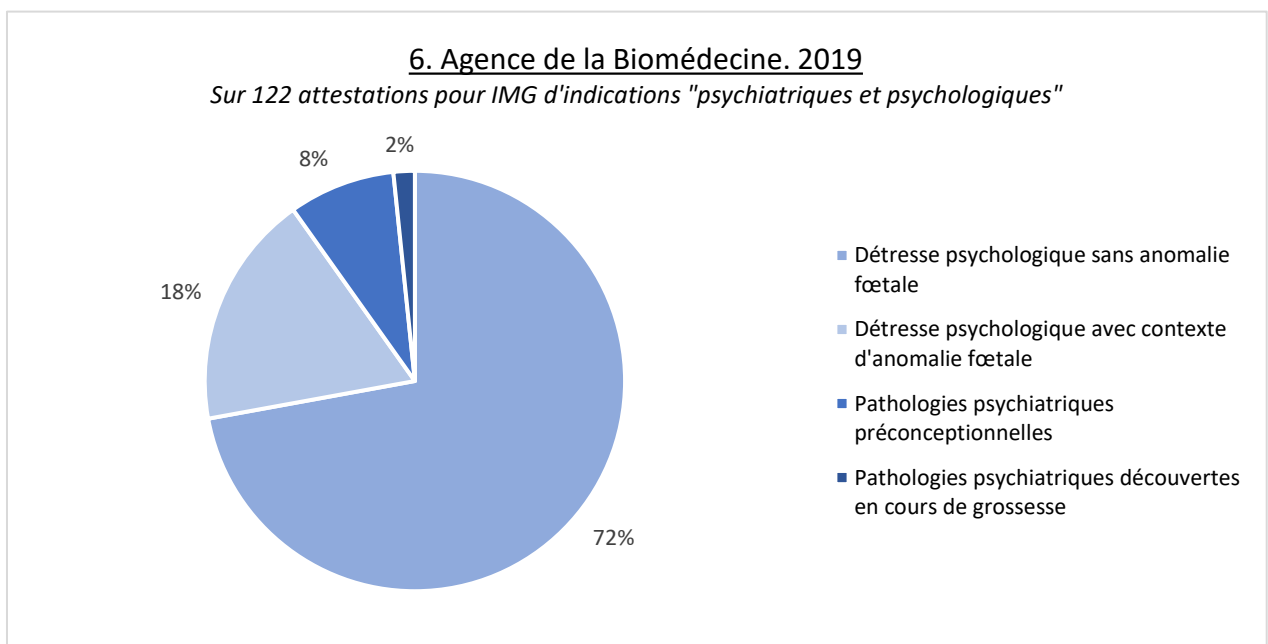
On voit dans l'ensemble des cas que les troubles psychiatriques et les viols, notamment sur personnes mineures, occupent une place majoritaire.

Nous avons représenté ci-dessous le diagramme des motifs de demande d'IMG de Nantes selon les catégories définies par les auteurs, les troubles psychiatriques ne sont pas précisés.

Diagramme 5.



Pour finir nous avons représenté les proportions des différentes catégories d'indications définies par l'Agence de Biomédecine en France pour l'année 2019. Diagramme 6.



IV. Discussion

Cette revue de la littérature nous a permis d'identifier les principales indications des IMG pour motif psychosocial et certaines caractéristiques des patientes demandant ce type d'IMG. Les quatre études sont similaires sur le plan méthodologique, il s'agit d'études rétrospectives observationnelles sur dossiers. On observe que l'IMG pour motif psychosocial représente une portion non négligeable des IMG d'indications maternelles mais qu'elle reste mal connue. L'importance de la prévalence des troubles psychiatriques et des violences apparaît ici. Cette étude nous permet aussi de pointer des disparités de pratiques entre les centres notamment concernant l'acceptation ou le refus des demandes.

1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes formulant des demandes d'IMG pour motif psychosocial

Nous avons vu que tous les âges des femmes en âge de procréer sont représentés. Les demandes ont lieu majoritairement au cours du 2^{ème} trimestre de grossesse, ce qui est en adéquation avec les données de l'agence de biomédecine qui montre dans le relevé de l'année 2019 que la quasi-totalité (98%) des attestations de particulière gravité pour motif maternel a été délivrée avant 27 SA (13). Elle précise « ceci peut être expliqué par le fait que, dans le contexte d'une pathologie obstétricale ou de la découverte d'une pathologie maternelle en cours de grossesse après 27 SA, la prise en charge va tenter de préserver la mère et l'enfant, au prix d'une prématurité, plutôt qu'une IMG tardive ».

Dans notre revue de littérature, nous avons pu relever que quelques demandes étaient plus tardives, allant jusqu'à 34,7 SA et une étude de cas cliniques menée dans le cadre d'une thèse a retrouvé une IMG à 38 SA réalisée dans un contexte de viol (17). Les IMG pour motif psychosocial tardives semblent être majoritairement des grossesses issues de viols.

Il n'y a pas de particularité pour les antécédents gynéco-obstétricaux qui sont similaires entre les quatre études ainsi qu'entre les IMG pour motif psychosocial et les IMG maternelles toutes indications confondues. Ce résultat est retrouvé par Kiver et al (20).

Concernant les facteurs sociodémographiques, il a été difficile de comparer les deux études s'intéressant spécifiquement aux IMG pour motif psychosocial dans la mesure où les formulations des critères étudiés étaient différentes. Cependant, il a été possible de dégager un contexte de précarité commun.

Les troubles psychiatriques retrouvés par les auteurs des quatre études sont variés. On observe des cas d'épisode dépressif, de trouble bipolaire ou schizophrénique, de trouble addictif, de risque suicidaire ainsi que quelques cas de handicap mental. Ils ne sont pas étudiés précisément. Cette variété de diagnostics psychiatriques est similaire dans les articles présentés au début de notre travail de Kiver et Barrett en Allemagne et en Australie (20) (24).

Nous avons finalement été marqués par les différences de définition ou de catégorisation entre les études, qui ont rendu les comparaisons difficiles. Cette hétérogénéité est en elle-même un point intéressant puisqu'elle met en relief le manque de définition précise des facteurs étudiés et du « motif psychosocial ». L'absence de cadre défini participe nécessairement à ce que la subjectivité de chacun interfère dans les choix de catégorisation et nuise à la clarté des indications.

2. Difficultés posées par les multiples catégories d'indications et par l'approche équivoque du « motif psychosocial »

Notre revue de la littérature a mis en évidence le fait que la catégorisation des différentes indications est différente d'une étude à l'autre, ce qui reflète l'hétérogénéité des pratiques et l'approche encore trop approximative de la notion de « motif psychosocial ».

Par exemple l'étude de Paris différencie les indications psychosociales, psychiatriques et considère à part les viols. Les addictions sont placées dans la catégorie des indications psychosociales et non dans celle des indications psychiatriques contrairement aux classifications du DSM et de la CIM. Dans l'étude de Caen la catégorie est définie comme "psychosociale ou psychiatrique" ou bien qualifiée d'indication "d'ordre psychologique", sans différenciation interne.

Dans l'étude de Nantes, les définitions d'IMG maternelles toutes indications confondues et d'IMG maternelles pour motif psychosocial sont également confuses. Dans cet article, il est difficile de discerner, à travers la catégorisation des motifs réalisée par analyse de correspondances multiples, quelle était par exemple la place des troubles psychiatriques et des grossesses issues de viols.

Aussi, dans l'étude parisienne, on remarque la présence d'une extrême inférieure de terme à 11 SA dans la catégorie « indications psychiatriques ». Au-delà de la question de la catégorisation, cet exemple est intéressant puisqu'à ce terme, les femmes pourraient avoir

recours à une IVG qui ne nécessiterait pas de passer par une décision collégiale. Le choix de catégoriser une interruption de grossesse réalisée avant la fin du délai légal de l'IVG comme une IMG peut répondre à la volonté des auteurs de mieux prendre en compte l'impact psychique de l'avortement sur la femme en considérant que le vécu est différent dans le cas où elle prend seule la décision d'avorter, de celui où l'avortement est considéré comme IMG et donc décidé de façon collégiale.

Faisant suite à cette idée, des tentatives récentes de la part de députés de faire inscrire dans l'article du CSP sur l'IMG la notion de détresse psychosociale indiquent que le « contexte psychosocial » prend peu à peu place dans la réflexion au sujet des indications d'interruption de grossesse. Sa définition est certes confuse mais il tend à être reconnu comme pouvant altérer gravement la santé de la femme (33) (14).

L'adoption récente par l'Assemblée Nationale de la loi allongeant le délai légal de l'IVG à 16 SA en est l'illustration (11). En effet, la proposition de cette loi s'est faite dans le contexte de la crise sanitaire du covid, durant laquelle il a été observé une augmentation des violences conjugales et des grossesses non désirées, ainsi qu'une moindre accessibilité aux soins et à l'IVG. Une demande avait alors été faite pour allonger en urgence le délai de l'IVG à titre dérogatoire le temps de la crise, mais elle avait été rejetée. Cependant le ministre de la Santé avait déclaré que le confinement en lui-même pouvait être considéré comme un motif psychosocial. "L'IMG n'est pas contrainte par le délai de douze semaines de grossesse. Il existe un risque psychosocial lié au confinement : la détresse, l'impossibilité matérielle de réaliser une IVG. Les gynécologues, les associations que j'ai interrogées me l'ont dit : cette mesure est de nature à remédier aux situations les plus problématiques." (34)

Ainsi, les motifs justifiant une IMG pour « motif psychosocial » ne sauraient être figés compte-tenu du caractère évolutif et de la difficile définition des éléments qui le caractérisent. Cependant, il semble intéressant de s'accorder, autant que faire se peut, sur des catégories d'indications afin de faciliter l'évaluation des demandes et les rendre plus reproductibles.

3. Questions soulevées par la disparité des pratiques et les décisions de refus

Nous venons de voir que les pratiques étaient manifestement bien différentes d'un centre à l'autre du fait de critères et de catégories variées, mais d'autres causes d'ordre éthique semblent également intervenir dans la disparité constatée. C'est également sur le plan

éthique que nous pouvons considérer les conséquences de l'hétérogénéité des pratiques et des décisions de refus (35).

Par exemple, un des quatre centres avait placé une limite pour l'évaluation des demandes à 22 SA « pour des raisons personnelles à certains médecins reliées essentiellement à la nécessité d'un fœticide pour interrompre la grossesse au-delà de 22 SA » (30). Il apparaît ici que les représentations personnelles des soignants ont des effets significatifs sur l'accessibilité de l'IMG pour les femmes. Puisque ces limites de termes sont différentes d'un centre à l'autre, il existe une inégalité territoriale qui interpelle. Le recours à l'IMG pour motif psychosocial devrait, comme l'est l'IVG, être soumis aux mêmes règles sur l'ensemble du territoire. Malheureusement l'accessibilité à l'IVG présente aussi des inégalités territoriales malgré une plus grande clarté sur le plan législatif (36).

Une autre conséquence immédiate de la disparité des pratiques se présente dans le cas où la femme voit sa demande refusée par un centre, puis acceptée par un autre. On peut alors imaginer la grande incompréhension que ces décisions opposées font naître. (29)

S'agissant des conséquences des refus, les inégalités de ressources entre les femmes deviennent manifestes puisque certaines auront la possibilité de pratiquer un avortement à l'étranger quand les autres devront s'en tenir à la décision du CPDPN.

Quoi qu'il en soit, le fait de se rendre à l'étranger représentera pour ces femmes une situation douloureuse faisant suite à un parcours déjà largement éprouvant. En France 2000 femmes seraient contraintes chaque année de se rendre à l'étranger pour avorter (notamment en Espagne, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas) (37). Pourtant ces chiffres ne prennent pas en compte celles qui auraient souhaité y aller mais n'ont pas pu faute de moyens.

Nous avons pu voir, dans les études d'Angers et de Nantes, que certaines décisions de refus avaient été prises du fait de l'ambivalence ou de l'incertitude de la patiente. Ces décisions interrogent car elles semblent considérer l'hésitation comme un motif de refus. Or, il s'agit pour la femme d'une décision difficile, qui soulève nécessairement en elle des questionnements multiples et une remise en question permanente, à l'origine d'avis contradictoires qui peuvent se succéder dans le temps. Il s'agit de dilemmes éthiques parfois irréconciliables et pour lesquels la femme doit faire un choix dans les plus brefs délais.

Enfin, il est intéressant de relever que nous n'avons eu accès qu'à peu d'informations concernant les motifs de refus. Ce manque de justification rend les décisions peu claires, et

autorise à penser qu'elles aient pu être prises au regard de la capacité de la femme à exprimer sa détresse plus que de critères tangibles. Dans un article traitant de l'éthique de l'IMG en France, Merg et Schmoll (35) décrivent une situation clinique où lors d'une même séance d'un CPDPN sont présentées « deux situations similaires au plan anatomique : il s'agit dans les deux cas d'une agénésie d'une main (absence de main) révélée par l'échographie fœtale. Les deux situations donnent lieu à deux évaluations différentes ». L'une des demandes est acceptée, l'autre refusée. On saisit bien les inégalités potentielles, toutes les femmes n'ont pas les mêmes moyens, psychiques, culturels ou économiques d'exprimer et de faire entendre leur détresse.

4. Place des violences et perspectives de prévention

Nous avons pu constater que la question des violences est peu explorée dans la revue de la littérature. Ceci interroge quant à la réelle prise en compte des violences dans l'évaluation de la demande d'IMG et pour le suivi des femmes, ce d'autant plus que les violences sont connues pour être souvent sous-estimées voire niées (38)(39)(40). Outre l'influence de la présence de violences sur la décision d'IMG pour motif psychosocial, il serait intéressant de réfléchir à la manière d'accueillir au mieux ces femmes et à l'accompagnement qui pourrait leur être proposé.

D'autre part, en amont, il serait important de réfléchir aux actes de prévention à mettre en œuvre pour éviter ces IMG qui, dans ce contexte, sont souvent tardives et traumatisantes à la fois pour les femmes et les soignants (41) (42). Si la contraception reste un levier de prévention globale de tous les types d'interruption de grossesse, celle-ci ne semble pas être une mesure suffisante pour prévenir les IMG tardives, dont les demandes d'IMG pour violences font partie. En effet, les chiffres des études s'intéressant aux antécédents gynéco-obstétricaux des femmes recourant à l'IMG pour motif psychosocial, ne montrent pas de différence avec la population générale ou même avec la population des femmes ayant bénéficié d'IMG pour cause somatique ou obstétricale. D'autres axes de prévention sont donc à envisager, qui feraient intervenir des acteurs de domaines autres que celui de la santé. On peut penser à la lutte contre les violences faites aux femmes et contre les inégalités sociales.

La prévention des violences faites aux femmes paraît primordiale ici, sans oublier bien sûr la prise en charge psychiatrique le cas échéant, ou encore l'accompagnement psychologique et social des femmes en situation de détresse.

5. Méconnaissance du devenir des femmes après l'annonce de la décision

Les informations disponibles au sujet des issues (accouchement sous X, accouchement avec reconnaissance, IVG à l'étranger, demande d'un autre avis...) et des suites à plus ou moins long terme de ces demandes d'IMG sont très faibles.

Nous nous sommes interrogés sur le manque de visibilité du suivi et de l'impact de l'interruption de grossesse sur les femmes.

Une étude publiée dans le JAMA Psychiatry a eu pour objectif d'évaluer le bien-être psychologique des femmes 5 ans après avoir reçu ou s'être vu refuser un avortement aux Etats-Unis. Dans cette étude, les auteurs montrent que par rapport au fait d'avoir un avortement, le fait de se le voir refuser peut être associé à un plus grand risque de conséquences psychiques négatives. Le bien-être psychique s'est amélioré avec le temps, de sorte que les deux groupes de femmes ont fini par converger (43). Ces résultats ne vont pas dans le sens des politiques qui limitent l'accès des femmes à l'avortement en se basant sur le fait que celui-ci nuit à la santé mentale des femmes. D'autres études ont montré des résultats similaires (44) (45) (46) et viennent mettre en doute les travaux plus anciens sur les effets psychiques négatifs de l'avortement à plus long terme.

Cette étude ne concerne pas spécifiquement les IMG mais il est possible de formuler l'hypothèse selon laquelle un tel résultat pourrait être retrouvé pour les demandes d'IMG. Il s'agirait en tout cas d'un axe de recherche à développer. Il apparaît dans tous les cas la nécessité d'améliorer les pratiques et le suivi des femmes concernées.

Les articles étudiés dans notre revue de la littérature laissent en effet apparaître de façon claire le manque de suivi psychologique, social ou psychiatrique pour ces femmes en situation de vulnérabilité, que la demande ait été refusée ou acceptée.

6. Limites de la revue de la littérature

Notre revue de la littérature est limitée dans sa puissance par le très faible nombre d'articles sélectionnés. Certes, les IMG pour motif maternel sont rares, ce qui explique en partie ce faible nombre, mais celui-ci peut aussi être en lien avec le tabou social entourant l'avortement.

Les articles sélectionnés présentent eux-mêmes des limites que les auteurs ont pu soulever, et d'autres qui nous apparaissent lors de la lecture.

On relève ainsi différents biais, de sélection, de classement et de confusion, de confirmation, des approximations et de nombreuses données manquantes.

La majorité des études ne concernait qu'un seul centre hospitalier ou CPDPN, ce qui représente un biais puisque l'on connaît maintenant la disparité des pratiques d'un centre à l'autre.

Une limite liée au sujet même de l'étude est de ne pas pouvoir recenser tous les cas d'IMG pour raison maternelle ou motif psychosocial, et, ce d'autant plus dans le cas des études réalisées avant 2011, c'est-à-dire avant que la loi exige qu'au moins un des médecins du comité pluridisciplinaire qui évalue la demande soit membre d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN). Il est de même difficile d'effectuer des conclusions sur la raison des issues des demandes (refus et acceptations) et encore plus sur les issues à plus long terme. On peut aussi s'interroger sur l'exhaustivité du recueil des dossiers, surtout ceux pour lesquels la demande d'IMG a été refusée. Une des études pointait d'ailleurs l'impossibilité d'identifier les dossiers de ces demandes (28).

On retrouve aussi un certain nombre de données manquantes dans les études, celles-ci n'étant pas toujours prises en compte pour le calcul des proportions.

Dans l'étude d'Angers on peut notamment se questionner sur de potentiels biais de confusion dans l'analyse des associations entre les refus et les acceptations et certaines caractéristiques. Par exemple la catégorie des patientes de « jeune âge » et des grossesses issues de viol se recoupe puisque les 3 patientes mineures présentent des grossesses issues de viol.

Comme on l'a vu précédemment une confusion est présente aussi à Caen concernant les proportions de refus et d'acceptation.

V. Conclusion de la revue de la littérature

Si les résultats de notre revue de la littérature sont à considérer avec prudence, ils nous permettent néanmoins d’amorcer une réflexion et des pistes pour orienter la recherche.

Il apparaît que les IMG pour motif psychosocial concernent souvent des situations complexes où les motifs peuvent être multiples et intriqués. C’est un faisceau d’arguments concernant des situations de grande souffrance qui permet aux équipes pluridisciplinaires de prendre une décision. Ces situations concernent notamment des violences, des viols, de la précarité, des retard mentaux, des détresses psychiques pouvant être liée à une pathologie somatique ou à la découverte d’anomalie fœtale, ainsi que des troubles psychiatriques, troubles addictifs compris.

Chaque équipe pluridisciplinaire présente quelques particularités dans le fonctionnement ou les prises de décision qui lui sont propres, et probablement en lien avec les convictions éthiques ou philosophiques de ses différents membres. Comme il n’existe pas de liste de pathologies maternelles qui justifieraient automatiquement d’une acceptation d’IMG, l’imprécision volontaire du texte de loi permet aux différentes équipes de pratiquer une médecine individuelle. Ceci peut permettre une prise en charge adaptée, au cas par cas, en prenant en compte la singularité de chaque individu mais « laissant ainsi à ces derniers la possibilité d’adopter, face à une situation identique, des attitudes différentes » (29) (35). Cela peut poser question, au regard par exemple du principe de justice et d’égalité des chances.

Sur le plan de la prise en charge des violences on pourrait imaginer par exemple qu’une demande faite par une femme au motif d’une grossesse issue d’un viol entraîne une acceptation systématique (47)

On pourrait même aller jusqu’à penser qu’une femme formalisant une demande d’IMG serait à même d’évaluer sa propre détresse, et que sous couvert d’un parcours de soins précis avec un accompagnement psychosocial, notamment à l’issue de l’IMG, la décision finale pourrait lui revenir. On relève une complexité dans le fait qu’une totale latitude de décision soit laissée à la femme jusqu’à 14 SA (et depuis le 2 mars 2022 jusqu’à 16 SA (11)) puis qu’une transition brutale soit faite vers une décision médicale au-delà de ce terme.

Il nous a semblé que des refus aient pu être fait parfois en fonction d'un terme avancé plutôt qu'en fonction de l'absence d'une détresse psychosociale (29), ce qu'il conviendrait d'analyser plus précisément dans une étude. On sait que la loi ne définit pas de limite de terme.

Les études analysant le point de vue des professionnels mettent en évidence la difficulté propre aux pratiques accompagnant les demandes d'IMG (48) (49). Cette pratique de l'IMG pour motif psychosocial soulève des conflits éthiques et place les soignants, habitués à accompagner les femmes lorsqu'elles donnent la vie, dans une position qui peut être vécue comme un choix conduisant à donner la mort. Ces IMG sont des actes qui peuvent s'avérer traumatisants pour les gynécologues qui vont les réaliser, mais l'on peut questionner l'idée par exemple d'accepter la demande car une situation de détresse a été évaluée, puis de faire marcher la clause de conscience et d'orienter les femmes vers des centres qui accepteraient de réaliser des IMG tardives.

Dans tous les cas, un accompagnement psychosocial paraît primordial pour toute femme ayant fait une demande d'IMG, peu importe l'issue de la demande.

Une analyse prospective et qualitative plus fine serait nécessaire ce qui nous amène à réfléchir à l'étude idéale pour analyser un tel sujet : Il s'agirait d'une étude prospective, qui pourrait analyser de manière approfondie les prévalences des diagnostics psychiatriques et des contextes psychosociaux et affectifs des patientes faisant une demande d'IMG ainsi que les suites données à leur demande, que l'IMG ait été acceptée ou refusée.

L'objectif serait surtout de comparer à terme les femmes ayant fait une demande d'IMG refusée et les femmes ayant fait une demande d'IMG acceptée plutôt que de les comparer à des femmes de la population générale qui ne se retrouvent pas toujours dans ce type de détresse ou ne présentent pas la même vulnérabilité psychosociale.

A notre échelle il s'agira dans un premier temps de réaliser une autre analyse rétrospective observationnelle sur dossiers dans un CPDPN, en tentant de limiter au maximum les biais méthodologiques et en cherchant plus de précision dans la description des critères avec une attention particulière pour le contexte et la vision trans-diagnostique, qui semble de plus grande valeur clinique que la vision catégorielle.

PARTIE 2 : TRAVAIL DE RECHERCHE CLINIQUE

I. Objectifs

Rappel du contexte de l'étude : En France la réalisation d'une interruption médicale de grossesse (IMG) est légalement possible sans limite de terme lorsque que la grossesse « met en péril grave la santé de la femme ». Une équipe pluridisciplinaire est alors chargée d'examiner la demande de la femme (article L2213-1 du CSP). Dans la littérature peu de données épidémiologiques et cliniques sont disponibles concernant ces IMG d'indication maternelle. Depuis la modification de la loi en 2001, la revue de la littérature scientifique identifie 4 études rétrospectives observationnelles françaises sur le sujet : deux études réalisées dans le Nord Parisien (28) et à Caen (29) étudient les IMG pour indications maternelles dans leur globalité, deux études réalisées à Nantes (30) et à Angers (31) étudient spécifiquement les IMG maternelles pour motif psychosocial.

Ces études laissent apparaître une grande confusion au sujet des diagnostics psychiatriques, des typologies des contextes psychosociaux et de la prise en compte des violences subies par ces femmes. Afin d'améliorer l'évaluation des demandes d'IMG pour motif psychosocial, un protocole de type parcours de soins est appliqué depuis janvier 2021 au CPDPN Timone-Conception. Nous avons donc souhaité, par notre étude, étudier précisément les demandes d'IMG reçues dans ce centre depuis janvier 2021 et évaluer l'utilisation de ce protocole.

L'objectif principal de l'étude est donc de décrire la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patientes faisant une demande d'IMG pour motif psychosocial et d'analyser les facteurs associés à ces prévalences (âges, âges gestationnels et autres).

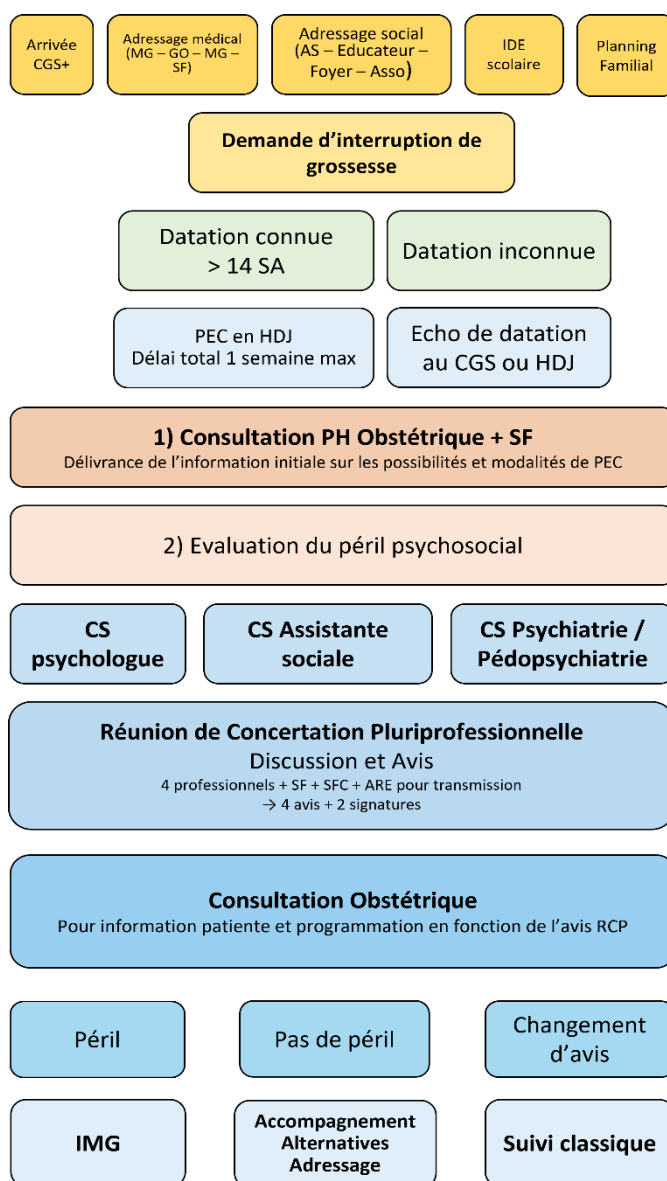
Les objectifs secondaires sont de décrire la typologie des contextes sociaux des patientes, celle des contextes psychologiques et affectifs des patientes, incluant les violences subies rapportées par les patientes et d'évaluer la concordance entre le protocole du parcours de soin des patientes et les données recueillies dans le dossier médical de la patiente.

II. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective sur dossiers réalisée au CPDPN des hôpitaux de la Timone et de la Conception à Marseille. Depuis 2021, un protocole est utilisé dans ce CPDPN. Il définit précisément les différents éléments du parcours de soins pour une IMG pour motif psychosocial et propose ensuite une checklist (annexe n°1) permettant de tracer sa conformité. Le parcours est présenté dans le schéma ci-dessous :

Parcours de soins IMG maternelle pour motif psychosocial

au CPDPN Timone-Conception¹³



¹³ HDJ : Hôpital de Jour / PEC : Prise en charge / CS : Consultation / PH : Praticien Hospitalier / CGS : Centre de Gynécologie Sociale / SF : Sage-Femme

A l'issue de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), l'équipe rend son avis et en cas d'avis favorable la commission établie une attestation de particulière gravité qui sera signée par deux médecins dont au moins un appartenant au CPDPN tel que stipulé dans la loi (12) (modèles d'attestation et de demande d'IMG maternelle disponibles en annexe n°2 et 3). Une hospitalisation pour IMG est alors programmée dans un délai très court.

Le projet de recherche consiste à inclure dans l'étude les dossiers des patientes ayant fait une demande d'IMG évaluées par le centre de diagnostic prénatal Timone-Conception, de 2007 à 2021. 2007 correspond à la date de la mise en place du système de recueil des informations médicales pour le CPDPN sur le logiciel Viewpoint. L'extraction des noms des patientes ayant fait une demande d'IMG pour motifs maternels doit se faire sur ce logiciel. Les dossiers des patientes ayant fait une demande d'IMG pour motif maternel pour des indications obstétricales ou somatiques maternelles seront ensuite exclus afin de conserver les données uniquement pour les demandes de motif psychosocial. Pour le travail de thèse présenté ci-dessous, l'extraction de la liste des patientes n'a pu se faire que sur les années 2020 et 2021, via la récupération d'une liste tenue par les médecins en charge du parcours de soins de l'IMG pour motif psychosocial. Les données médicales ont ensuite été collectées à partir des dossiers-patient informatisés sur le logiciel de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et à partir des évaluations rédigées par les assistantes sociales et psychologues du service. Nous avons traité les données de manière pseudonymisée de manière à ne pas permettre d'identification des patientes (création d'un fichier pseudonymisé sur excel avec table de correspondance).

Un accord du délégué à la protection des données de l'AP-HM a été obtenu pour le recueil des données de santé. Nous avons aussi obtenu un accord favorable du comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille (annexe n°3).

Pour l'analyse des dossiers nous avons construit une grille d'évaluation des dossiers à partir des connaissances issues de la revue de la littérature présentée précédemment. Nous l'avons voulu très détaillée dans un but de plus grande précision et d'approche transdiagnostique de caractérisation clinique contextuelle (50). Cette grille nous a permis de recueillir des données sur les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, et sur le parcours de l'IMG pour motif psychosocial ainsi que son issue. La grille d'évaluation est disponible en annexe (annexe n°5). Elle se divise en plusieurs parties : facteurs de dimension

sociale et démographique, données de caractérisation clinique, données du parcours d'IMG pour motif psychosocial avec évaluation du péril psychosocial par différents intervenants, données sur les suites si acceptation de l'IMG ou si refus de l'IMG, avec les données de suivi immédiat et à plus long terme le cas échéant, et enfin une partie si changement de décision de la patiente.

Nous avons ensuite réalisé des analyses statistiques descriptives globales de l'ensemble des données, puis une analyse comparative entre 2 groupes de patientes, selon qu'il y ait eu accord ou non de l'IMG pour motif psychosocial. Les différentes statistiques entre groupes ont été analysées par test de Fisher pour les variables catégorielles et par test de Mann Whithney pour les variables continues. Une différence était considérée comme statistiquement significative quand la valeur de p était strictement inférieure à 0,05. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel IBM statistics version 20. D'autres analyses statistiques seront réalisées sur l'échantillon final (associations, corrélations).

III. Résultats

Les résultats présentés ci-dessous sont des résultats préliminaires. Au total 27 patientes ont été identifiées entre 2020 et 2021, pour lesquelles une évaluation de la détresse psychosociale dans le cadre d'une demande d'IMG maternelle pour motif psychosocial a été réalisée.

1. Résultats des caractéristiques pour l'ensemble des patientes

Facteurs de dimension sociale et démographique

Age

Données disponibles 27 (100%).

L'âge moyen est de 25,3 ans (+/- 8,2), avec une médiane à 25 ans. Les extrêmes d'âge vont de 13 à 40 ans. 9 patientes sont mineures soit 33,3%.

Statut marital et lieu de vie

Données disponibles 27 (100%).

10 femmes (37%) sont en couples, dont 2 sont mariées. 8 femmes (30%) sont en cours de séparation ou séparée depuis moins de 6 mois, et 9 femmes (33%) sont célibataires.

5 femmes (19%) vivent avec leur conjoint.

9 femmes (33%) ont un domicile personnel, 8 (30%) sont hébergées, 7 (26%) vivent chez leurs parents, et 3 (11%) sont en foyer.

Les femmes hébergées le sont soit avec leur conjoint, par leur conjoint, chez une amie, ou chez un oncle. Pour les femmes vivant en foyer, deux sont mineures et une a été mise à la porte par son mari, hébergée depuis peu en CHRS (Centre d'Hébergement et de Réhabilitation Sociale).

Pour 18 femmes (69%) le lieu de vie est stable. Pour 8 femmes (31%) la situation est instable. *(26 données disponibles pour la stabilité du lieu de vie).*

Lieu géographique

Pour 100% de données renseignées on retrouve 21 patientes (78%) résidant dans les Bouches du Rhône dont 14 patientes (52%) vivant à Marseille même, 5 patientes (19%) du Var et 1 patiente des Alpes Maritimes (Nice).

Facteurs de précarité

Les facteurs de précarité déterminés d'après la littérature sont retrouvés dans les proportions suivantes :

- Absence de revenu personnel : 21/26 (80%)
- Revenu du foyer inférieur au seuil de pauvreté : 16/24 (67%)
- Niveau d'éducation inférieur au niveau Bac : 17/22 (77%) (*Bac pro, technique et général*)
- Pension d'invalidité ou AAH¹⁴ : 1/26 (4%)
- Age inférieur à 18 ans : 9/27 (33%)
- Milieu rural : 0/26
- Enfants mineurs à la maison : 8/27 (30%) (soit enfants à charge ; en excluant donc les enfants placés ou gardés exclusivement par le père)
- Barrière de la langue : 3/20 (15%)
- Isolement social et familial : 7/23 (30%)

Nous avons retrouvé 17 dossiers (63%) dans lesquels l'ensemble de ces 9 critères étaient renseignés, on retrouve une moyenne de 3,5 et la moitié de ces femmes en présente 4 ou plus. Ce chiffre ne peut cependant pas être utilisé pour des analyses statistiques car les différents facteurs ne sont pas pondérés.

¹⁴ Allocation Adulte Handicapé

Antécédents gynéco-obstétricaux et statut de la grossesse

Grossesses et accouchements

Le nombre de données valides est de 100% pour ces données.

On retrouve une gestité¹⁵ de moyenne 2,4 (+/- 1,8) et de médiane 2, la grossesse actuelle étant comptabilisée et les extrêmes allant donc de 1 à 9.

Pour la parité la moyenne est de 0,7 (+/- 1,0) et la médiane de 0, le nombre d'antécédent d'accouchement allant de 0 à 3. On retrouve 41% des femmes ayant au moins 1 antécédent d'accouchement.

IVG, IMG et fausses couches spontanées

Aucune des femmes n'avait d'antécédent d'IMG.

Le nombre d'antécédent d'IVG était en moyenne de 0,7 (+/- 1,1), la médiane étant de 0. 10 femmes (37%) présentaient au moins 1 antécédent d'IVG. 17 femmes (63%) n'avaient pas d'antécédent d'IVG.

Le nombre d'antécédent de fausses couches spontanées (FCS) était en moyenne de 0,1 (+/- 0,4).

4 femmes (15%) présentaient au moins 1 antécédent de FCS. 23 femmes (85%) n'avaient pas d'antécédent de fausse couche.

Statut de la grossesse

La grossesse était non désirée dans 21 cas, sur 26 données disponibles (81%).

Dans les 5 cas où la grossesse était initialement désirée, les événements intercurrents étaient les suivants : 2 cas de violences conjugales d'apparition ou de réapparition récente ; 1 cas d'apparition de difficultés avec séparation du couple, 1 cas de découverte de pathologie foetale ne justifiant pas d'une IMG en tant que telle (agénésie de la main) et 1 cas d'aggravation d'une pathologie somatique chronique (*drépano-thalassémie s'aggravant avec la grossesse, métrorragies quotidiennes abondantes nécessitant transfusions sanguines et plasmaphères régulières*).

¹⁵ La gestité est le nombre de grossesses confirmées. La parité est le nombre d'accouchements après 20 semaines de grossesse. On considère les grossesses multiples comme une grossesse simple en termes de gestité mais non en termes de parité.

Sur les grossesses inopinées (21 soit 81%), 3 d'entre elles ont été initialement acceptées par les femmes, avec la mise en route d'un suivi gynécologique de grossesse, mais elles ont ensuite toutes été accompagnées de l'apparition de conflits au sein du couple (1 cas) ou de violences conjugales (2 cas).

La contraception

Sur 20 données renseignées on relève 50% des femmes qui n'avaient aucune contraception, 11% qui rapportent un oubli de pilule, 11% un échec d'une contraception sans explication particulière sur la raison de l'échec de cette contraception en cours et 15% un arrêt récent de contraception.

Une des femmes avait utilisé une contraception d'urgence avec échec de celle-ci.

Le déni de grossesse

Des informations sur le contexte de découverte de la grossesse étaient disponibles pour 20 patientes (74%), on retrouve des grossesses découvertes de manière classique par test urinaire ou sanguin, sur des symptômes de nausées, vomissements ou retards de règles. D'autres ont été découvertes plus tardivement à la suite de métrorragies, sensation de pesanteur pelvienne, ventre ayant déjà grossi. 2 grossesses ont été découvertes par échographique abdominale pour une suspicion de pathologie digestive.

L'âge gestationnel précis de la découverte de la grossesse n'était disponible que dans 13 cas.

Le déni de grossesse est une entité mal définie, certains auteurs placent la limite de découverte de la grossesse à 20 SA pour parler de déni de grossesse (51), d'autres envisagent de la déplacer à 12 SA. On différencie le déni de grossesse total (découverte de la grossesse le jour de l'accouchement), du déni de grossesse partiel (ce qui sera toujours le cas dans les demandes d'IMG). On dissocie aussi le déni de grossesse de la dénégation de grossesse. Dans le déni il n'y a en général aucun signe physique de grossesse, les règles se poursuivent, il n'y a pas de modifications physiologiques visibles habituelles de la grossesse, pas de prise de poids etc.

Nous avons considéré comme déni de grossesse avéré uniquement les grossesses découvertes après 20 SA (51) ou celles pour lesquelles des informations précises étaient disponibles dans le dossier ou pour lesquelles il avait été explicitement qualifié.

On retrouve sur les 20 données disponibles de contexte de découverte de grossesse 6 cas de déni de grossesse avéré (30%).

Données sur la vulnérabilité psychiatrique

Diagnostiques psychiatriques

Un compte rendu d'évaluation par un psychiatre était disponible dans 20 dossiers sur 27 (74%).

Nous avons cherché à identifier les patientes pour lesquelles un ou plusieurs diagnostics psychiatriques était renseignés dans le dossier.

Diagnostic de troubles mentaux et du comportement renseigné dans le dossier médical :

- Diagnostic actuel : 10 (48%)
- Diagnostic chronique ou trouble persistant : 4 (19%)
- Antécédent récent (il y a moins d'1 an) : 4 (19%)
- Antécédent ancien, résolutif (il y a plus d'1 an) : 5 (24%)

Les diagnostics renseignés pour les 11 patientes concernées sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Détail des diagnostics psychiatriques

	DIAGNOSTIC ACTUEL	ANTECEDENT RECENT	ANTECEDENT ANCIEN RESOLUTIF	DIAGNOSTIC CHRONIQUE
1	Etat de stress aigu post traumatique	0	Trouble de l'adaptation (2017)	0
2	Etat de stress aigu post traumatique	0	0	0
3	Etat de stress aigu post traumatique	0	Episode dépressif caractérisé après divorce (2017)	0
4	-Etat de stress aigu post traumatique -Episode dépressif caractérisé	0	0	0
5	Episode dépressif caractérisé sévère	Episode dépressif caractérisé sévère	0	-Trouble dépressif récurrent sévère -Trouble de la personnalité (vulnérable de type émotionnellement labile)
6	Episode dépressif caractérisé modéré	Deuil pathologique	0	
7	Trouble anxieux	Trouble anxieux	0	Trouble de la personnalité
8	Trouble anxiodépressif	Trouble anxiodépressif	0	Trouble de la personnalité (vulnérable de type émotionnellement labile)
9	Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse	0	Deuil pathologique après décès du père (2015)	0
10	Trouble de l'adaptation léger avec humeur anxieuse	0	0	0
11	0	0	0	Handicap mental profond

10 des 11 patientes pour lesquelles un diagnostic psychiatrique était renseigné ont vu leur demande d'IMG acceptée (toutes sauf la patiente n°5).

Les troubles addictifs

Sur 20 données renseignées (74%), on retrouve des troubles addictifs pour :

- Le tabac : 12 femmes (60%)
- L'alcool : 3 femmes (15%)
- Le cannabis : 4 femmes (20%) actuellement et 2 femmes par le passé (10%)
- Cocaïne : 1 femme (en rémission)
- Benzodiazépines : 1 femme (actuellement)

Une femme pouvant présenter un trouble addictif pour plusieurs substances, 12 femmes (60%) présentaient des troubles addictifs sans distinction. Ils étaient comorbides de troubles psychiatriques dans 7 cas.

Les consommations occasionnelles n'étaient pas prises en compte.

Risque suicidaire

Les données disponibles sur l'évaluation du risque suicidaire sont de 15 (56%), une méthode standardisée d'évaluation du risque telle que la méthode RUD¹⁶ n'était jamais utilisée.

Parmi ces données on retrouve 7 femmes présentant des idées suicidaires au moment de l'évaluation, avec des risques suicidaires semblant légers à modérés. Le suicide était parfois présenté par la patiente comme une alternative à une issue défavorable de la demande d'IMG. On retrouve 3 antécédents de tentative de suicide (TS) dont 2 TS graves.

Antécédents de soins psychiques

Le nombre de données manquantes est aussi élevé : les données valides pour les antécédents de soins psychiques varient entre 41 et 56% des dossiers (de 11 à 15 dossiers).

Aucune d'entre elles n'était actuellement hospitalisée en psychiatrie. 3 présentaient un suivi psychiatrique au moment de l'évaluation, 1 un suivi psychothérapeutique et 1 un traitement psychotrope. On note 6 antécédents de suivi psychiatrique, 5 antécédents de suivi psychothérapeutique, 4 antécédents de traitement psychotrope, 2 antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et 1 antécédent d'hospitalisation sous contrainte.

¹⁶ RUD : Risque, Urgence, Dangerosité

Facteurs de dimension clinique

La présence ou l'absence d'antécédents familiaux, d'adversité dans l'enfance ou d'évènement de vie récent n'était pas souvent renseignée dans les dossiers médicaux. On retrouve respectivement 15, 11 et 18 données renseignées. Sur ces dossiers il y avait 8 patientes (53%) pour lesquelles des antécédents familiaux étaient présents, 8 (73%) pour les antécédents d'adversité dans l'enfance et 16 (89%) pour les évènements de vie récents.

- Antécédents familiaux retrouvés : HTA, diabète ou dyslipidémie chez les parents ou grands-parents chez 4 patientes, 1 antécédent de trouble bipolaire chez le père, 1 antécédent de trouble anxieux chez le père et la grand-mère maternelle, 1 épisode dépressif caractérisé « dans la famille maternelle ».

- Antécédents d'adversité dans l'enfance¹⁷ : abandon père ou mère biologique (4 cas), dont 1 adoption dans la petite enfance, carence affective parentale avec violences physiques et verbales du père (1 cas), harcèlement au collège (1 cas), et parcours migratoire avec rupture familiale et perte de contact avec le père (1 cas).

- Evènements de vie récents¹⁸ : On retrouve les violences conjugales d'apparition récente (3 situations), des violences autres notamment sexuelles liées à un contexte de prostitution ou d'abus de vulnérabilité (3 cas), 2 viols responsables de la grossesse en cours dont un avec agression par arme blanche. On retrouve 2 pertes d'emploi récentes et 1 séparation liée à des difficultés conjugales. On note enfin 5 décès de proches (2 pères, 1 mère, 1 grand-père, et 1 sœur par balle dans un contexte d'homicide involontaire).

Facteurs de dimension symptomatique

Nous avons ensuite étudié la prévalence de certains symptômes psychiatriques dans la mesure où leur présence pourrait présenter un intérêt en dehors d'un diagnostic psychiatrique renseigné.

¹⁷ Négligence émotionnelle, carence affective, violence physique, violence psychologique, victimisation par les pairs (intimidation) et abus sexuel.

¹⁸ Sur la base de « liste des expériences menaçantes : un sous-ensemble de 12 événements de vie présentant une menace contextuelle considérable à long terme » (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985). Si un des 12 événements de vie négatifs vécus au cours des 12 derniers mois : Maladie ou blessure grave du sujet / Maladie ou blessure grave d'un proche parent / Décès d'un parent au premier degré y compris enfant ou conjoint / Décès d'un ami proche de la famille ou d'un parent au deuxième degré / Séparation due à des difficultés conjugales / Rupture d'une relation stable / Problème grave avec un ami proche, un voisin ou un parent / Chômage/ Recherche d'emploi depuis plus d'un mois / Licenciement d'un emploi / Crise financière majeure / Problèmes avec la police et comparution au tribunal / Perte ou vol d'un objet de valeur. Exposition dichotomique avec au moins 1 évènement de vie négatif dans les 12 derniers mois.

La présence et plus particulièrement l'absence de ces symptômes psychiatriques est rarement spécifiée dans les dossiers. Les symptômes présentant le plus de données renseignées sont les symptômes dépressifs, anxieux, et les troubles du sommeil (16, 20 et 13 données).

Parmi ces données valides on retrouve 10 cas de symptômes dépressifs (63%), 16 cas de symptômes d'anxiété (80%) et 11 cas de troubles du sommeil (85%).

On remarque qu'il n'y a aucun cas de symptômes maniaques ou psychotiques renseignés, 4 cas de symptômes de reviviscence et 4 cas de gestes auto-agressifs sans intention suicidaire (par exemple scarifications superficielles).

Indications de soins psychiatriques et aptitude à donner un consentement éclairé

On retrouve 7 cas pour lesquels il était précisé que des soins psychiatriques étaient nécessaires (sur 13 données renseignées) jamais en urgence et toujours en ambulatoire.

L'aptitude à donner un consentement éclairé n'était renseignée que dans 6 cas. Sur ces 6 patientes une seule était déclarée inapte à donner un tel consentement, c'était une jeune fille présentant un handicap mental profond (sans communication verbale).

Contexte de violences subies

Environ la moitié des dossiers présentent une information explicite sur le sujet des violences, 18 dossiers si l'on considère les contextes de violences dans leur globalité. 14 femmes parmi elles étaient victimes de violences au moment de l'évaluation ou dans les 6 mois précédents, en prenant en considération les violences psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, soit 75% des données renseignées (et 33% des données totales). On retrouve 8 patientes victimes de violences conjugales au moment de l'évaluation ou récemment (44%). Les différents types de violences étaient majoritairement associés pour une même femme. Le détail est présenté dans le tableau 2.

3 patientes prévoyaient de porter plainte une fois la grossesse arrêtée ou après avoir définitivement quitté le domicile conjugal. Dans le dossier de certaines femmes il était notifié qu'elles ne souhaitaient pas porter plainte par crainte des représailles, ou bien par crainte de devoir endurer la procédure judiciaire (par exemple dans le contexte d'une agression par arme blanche d'un inconnu avec viol et présence d'un syndrome de stress post-traumatique). 2 plaintes déposées par le passé ont donné lieu à des conséquences juridiques ou à une mesure

d'éloignement. 3 femmes ayant déposé plainte par le passé avaient une nouvelle plainte en cours ou souhaitaient le faire de nouveau contre la même personne.

2 signalements au procureur ont été réalisés par les soignants pendant le processus de la demande d'IMG.

Tableau 2. Les violences subies par les femmes

	Récentes (actuelles ou dans les 6 mois)		Anciennes (au-delà de 6 mois)		<i>n données renseignées</i>
	N	% sur les données renseignées	N	% sur les données renseignées	
<i>Violences psychologiques</i>	8	62%	7	54%	13
<i>Violences verbales</i>	10	67%	8	53%	15
<i>Violences physiques</i>	9	60%	8	53%	15
<i>Violences sexuelles</i>	4	29%	2	14%	14
<i>Grossesse actuelle issue d'un viol</i>	3	25%			12
<i>Dépôt de plainte</i>	4	25%	4	25%	16

Comorbidités somatiques

Le nombre de données valides est élevé pour ces caractéristiques (26 données).

- Comorbidité somatique aigüe actuelle : 15%
- Pathologie somatique chronique : 46%
- Comorbidité somatique aigüe passée : 44%

7 patientes (26%) ne présentent aucun antécédent somatique.

Il s'agissait pour les comorbidités aigües actuelles (4 cas) d'un épisode d'algie vasculaire de la face, d'une pyélonéphrite aigüe, d'une hépatite B de découverte récente et de métrorragies abondantes quotidiennes sur placenta accreta associées à une asthénie sévère (complications sur contexte de drépanocytose et thalassémie, avec transfusions et plasmaphérèses régulières).

Pour les pathologies chroniques on retrouve :

- Drépano-thalassémie associée à une maladie cœliaque

- Thalassémie mineure
- Microcéphalie avec handicap psychomoteur majeur
- Fibromyalgie avec névralgie cervico-brachiale et lombalgies chroniques
- Suspicion d'épilepsie sous Lamictal avec hypotension orthostatique
- Arthrite juvénile idiopathique suivie (habituellement sous immunosuppresseurs)
- Migraines
- Asthme (3 cas)
- Hypothyroïdie sous Levothyrox (2 cas)

Les comorbidités aiguës passées relevaient essentiellement de chirurgies et de traumatismes. On retrouve fracture du bras et hernie inguinale, hernie ombilicale, pleuropneumonie, excrète kyste thyroglossale et nodule thyroïdien, appendicectomies, thyroïdectomie, chirurgie cloison nasale et entorses à la suite de violences, cholécystectomie, traumatisme du périnée à 9 ans, ostéodysplasie fibreuse tibiale, HTA gravidique et utérus cicatriciels.

2. Données sur le parcours de soins de l'évaluation d'une demande d'IMG pour motif psychosocial

De nombreuses données manquantes sont retrouvées.

1^{ère} prise en charge, adressage :

Le lieu du 1^{er} contact pour la prise en charge est difficile à identifier avec certitude mais sur les 21 données valides on retrouvait en majorité le CHU (n : 13 ; 62%), avec le CGS (Centre de Gynéco Sociale dépendant du CHU à l'Hôpital de la Conception) dans 6 cas et les urgences gynécologiques dans 3 cas. On retrouve un cas pour chaque lieu suivant : CH, planning familial, libéral et urgences. Les dates et âges gestationnels sont trop peu renseignés.

Pour le type d'adressage à l'HDJ de la Conception pour demande d'IMG on retrouve donc : 7 passages au CGS¹⁹, 10 adressages médicaux (3 par l'hôpital Sainte Musse à Toulon, un par une Sage-Femme (SF) pour suspicion de malformation fœtale à l'échographie, un par un pédopsychiatre traitant, un par un médecin interniste, un par une gynécologue libérale, 2 par les urgences gynécologiques) et un adressage par le planning familial.

¹⁹ Centre de Gynécologie Sociale

L'âge gestationnel lors du premier contact de prise en charge était en moyenne (sur 22 données renseignées) de 17+2 SA (SD 4+9) avec une médiane de 18 SA (min 7 et max 28+1). L'âge gestationnel lors du premier contact avec la Conception (qui était souvent le premier contact) était en moyenne de 18+6 SA (SD 4+1) avec une médiane de 18+5 SA (extrêmes de 12+1 à 28+6 SA).

Le temps médian écoulé entre le premier contact de la prise en charge et le premier contact avec le service de la Conception prenant en charge les demandes d'IMG pour motif psychosocial est de 2,5 jours.

Evaluation de la demande d'IMG

L'âge gestationnel moyen lors de la 1^{ère} consultation avec le gynécologue-obstétricien à l'hôpital de la Conception pour délivrance de l'information initiale sur les possibilités et modalités de prise en charge était de 19+3 SA (SD 3+4), la médiane de 18+5 SA (13+6 à 28+6). On retrouve 6 patientes pour lesquelles l'âge gestationnel dépasse 22 SA (limite de la viabilité fœtale, c'est-à-dire l'âge gestationnel à partir duquel le fœtus peut éventuellement survivre à une naissance très prématurée, avec des soins intensifs, et à partir duquel un geste fœticide²⁰ doit être réalisé lors de l'IMG).

Le délai médian entre le 1^{er} contact avec la Conception et cette 1^{ère} consultation est de 0,5 jours. La délivrance de l'information est tracée dans 68% des cas. La réalisation d'une consultation avec psychologue, psychiatre ou assistante sociale était notifiée respectivement dans 96%, 81% et 74% des situations et les âges gestationnels lors de ces consultations étaient semblables (19 SA).

L'évolution des âges gestationnels au cours du parcours d'évaluation de la demande d'IMG sont représentés dans le tableau 3.

Un compte rendu d'évaluation par un psychiatre était disponible pour 20 dossiers informatisés sur 27 (74%). Les comptes-rendus d'évaluation des psychologues et assistantes sociales n'étaient en revanche pas accessibles dans le dossier patient informatisé. Nous avons pu

²⁰ Geste médical dont le protocole est variable d'une équipe à l'autre. Le plus souvent, il consiste à injecter dans le cordon ombilical une drogue anesthésiante ou analgésiante puis une drogue fœticide (entraînant la mort du fœtus) (52)

recupérer 13 comptes-rendus d'une des psychologues et 14 comptes-rendus des assistantes sociales en les contactant directement.

Tableau 3. Evolution des âges gestationnels au cours du parcours

	<i>Moyenne (écart-type)</i>	<i>Médiane</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>n²¹</i>
1 ^{ère} échographie	17+5 (5+1)	18+2	7+0	28+1	23
1 ^{er} contact HDJ de la Conception	18+6 (4+1)	18+5	12+1	28+6	27
1^{ère} consultation avec PH Gynécologue-Obstétricien HDJ	19+3 (3+4)	18+5	13+6	28+6	26
Délivrance information	20+1 (3+5)	19+2	13+6	28+6	18
Demande d'IMG	19+4 (3+2)	18+5	13+6	28+6	21
Consultation psychologue	19+1 (3+4)	18+6	14+2	28+6	18
Consultation Assistante Sociale	19+1 (3+5)	18+5	14+5	29+1	17
Consultation psychiatre	19+5 (3+3)	19+2	14+1	29+2	22
RCP IMG	19+4 (2+3)	19+5	15+0	24+0	20
Consultation d'annonce	19+5 (2+6)	19+4	15+0	24+1	15
IMG	20+1 (2+2)	20+5	16+1	24+1	14

Les délais médians entre les différents évènements du parcours de l'évaluation d'une demande d'IMG psychosociale sont représentés dans le tableau 4.

Les délais médians entre le 1^{er} contact avec l'HDJ de la Conception ou la 1^{ère} consultation dédiée du parcours IMG avec un PH de gynéco-obstétrique et la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) étaient de 8 et 7 jours. La patiente était généralement reçue dans ce délai en consultation par une des 2 psychologues, une des 2 assistantes sociales et un.e psychiatre (pédopsychiatre si patiente mineure, psychiatre si adulte). Les consultations pouvaient parfois être conjointes entre une AS et une psychologue.

Les données aberrantes de délais importants augmentant les moyennes sont liées aux patientes ayant initialement entamé un suivi de grossesse avant de souhaiter une IMG et ayant donc été en contact plus précocement avec l'hôpital de la Conception.

²¹ Nombre de données renseignées

C'était généralement la consultation avec le PH de gynéco-obstétrique qui initiait le parcours d'évaluation et donnait lieu à la délivrance de l'information sur les possibilités et modalités de prise en charge.

Tableau 4. Délais entre les différents événements du parcours d'IMG psychosociale

		Médiane en jours (Min-max)	Moyenne en jours (écart-type)	n ²²
1 ^{er} contact prise en charge	➔ 1 ^{er} contact HDJ de la Conception	2,5 (0-56)	7 (14,2)	22
1 ^{er} contact HDJ de la Conception	➔ 1 ^{ère} consultation PH GO HDJ	0,5 (0-69)	6 (14,9)	26
1 ^{er} contact HDJ de la Conception	➔ RCP IMG	8 (2-71)	12 (15,5)	20
1 ^{ère} consultation PH GO HDJ	➔ RCP IMG	7 (0-15)	5 (4)	20
1 ^{er} contact HDJ de la Conception	➔ Réalisation IMG	13 (9-22)	13 (4)	14
1 ^{ère} consultation PH GO HDJ	➔ Réalisation IMG	12 (3-22)	12 (4,8)	14
RCP IMG	➔ Réalisation IMG	5,5 (1-10)	6 (2,4)	14

La demande d'IMG

Elle émanait de la femme seule dans 22 situations (85%), du couple dans 2 cas (7%) et de la famille dans 3 cas (11%).

La place du géniteur par rapport à la grossesse est renseignée dans 22 situations. Il était au courant de la grossesse dans 13 de ces situations (59%), et souhaitait l'IMG aussi dans 92% de ces 13 situations.

Il était présent ou identifié comme un soutien potentiel dans 5 cas.

La demande d'IMG était tracée dans le dossier pour 85% des patientes. Seule une de ces patientes n'a à priori pas fait la demande et aurait changé d'avis mais nous n'avons que très peu d'informations sur cette patiente (pas de compte-rendu psychiatre, psycho ou AS), hormis le fait qu'il s'agissait d'un déni de grossesse et que le terme était particulièrement élevé lors de l'évaluation (28 SA).

²² Nombre de données renseignées

La RCP IMG est notifiée dans le dossier pour 23 situations (85%). Les âges gestationnels sont en moyenne de 19+4 SA (SD 2+3), de médiane 19+5 SA (minimum 15 SA et maximum 24 SA). On retrouve 4 patientes dont l'âge gestationnel était supérieur à 22 SA.

Un compte-rendu de la RCP n'était disponible dans le dossier que dans 3 situations.

Une consultation d'annonce post-RCP par un gynécologue-obstétricien était tracée dans le dossier dans 15 situations.

13 certificats de particulière gravité (annexe n°2) ont été scannés dans le dossier patient informatisé (sur 15 acceptations de l'IMG).

L'information du CPDPN par mail pour notifier les demandes n'était pas tracée dans le DPI.

3. Avis de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et issues des demandes

Sur les 27 patientes incluses dans l'étude on retrouve 23 données renseignées, 15 acceptations d'IMG (65%), 8 refus d'IMG (35%) et 4 dossiers dont les données sont manquantes.

Acceptation de l'IMG

Réalisation de l'IMG

Sur les 15 IMG acceptées, on en retrouve 13 (93%) réalisées à l'hôpital de la Conception, 1 réalisée à l'hôpital de Sainte Musse et 1 pour laquelle le lieu de réalisation est inconnu (patiente des Alpes-Maritimes).

Sur 14 IMG le terme gestationnel moyen est de 20+1 SA (SD 2+4) et la médiane de 20+5 SA (extrêmes de 16+1 à 24+1 SA).

Un foeticide a été réalisé dans 2 situations (14%). On retrouve 9 anesthésies péridurales (90% sur 10 données renseignées) et 13 accouchements par voie basse (AVB, 100% des 13 données renseignées).

Les suites obstétricales sont simples dans 100% des cas (14 données renseignées) et une contraception a été prescrite dans 77% des cas (sur 13 données valides). On retrouve 6 implants progestatifs posés lors de l'hospitalisation, 1 DIU au cuivre posé, et 3 prescriptions de pilule progestative. Une des patientes souhaitait une ligature des trompes, une autre préférait voir avec son gynécologue libéral et une autre souhaitait utiliser une contraception par préservatif.

Le lien avec la PMI, les consultations psychologue, AS et psychiatre proposées n'étaient pas renseigné dans le dossier (de 0 à 6 données renseignées).

Une consultation programmée avec un psychiatre est tracée dans 5 situations.

Une consultation post-IMG avec un gynécologue-obstétricien programmée était tracée dans le dossier dans 11 cas (85% sur 13 données valides) et refusée dans 1 cas.

Suite et devenir

Aucune information n'a été retrouvée sur l'autorisation de recontacter la patiente ou le contact par l'équipe dans les jours et semaines suivant l'IMG.

On retrouve une consultation post-IMG tracée dans le dossier pour 7 patientes sur 13 (53%), 6 consultations avec un Gynécologue-Obstétricien, et 2 consultations avec une psychiatre de la maternité.

Pour les 2 patientes revues par une psychiatre l'une présentait un épisode dépressif caractérisé avec un isolement social, un traitement antidépresseur a été instauré ainsi qu'un suivi sur le CMP de son secteur. L'autre patiente présentait une amélioration clinique et était euthymique, elle ne souhaitait pas de suivi psychiatrique.

L'une des patientes revues par un Gynécologue-Obstétricien voyait un psychiatre en externe, avait un bon moral, s'était séparée de son conjoint et souhaitait un signalement au procureur ainsi qu'un accompagnement pour porter plainte.

Refus de l'IMG

Issue envisagée, suivi proposé, prise en charge effective et devenir

Pour les issues envisagées à la suite de la RCP, on retrouve 5 données renseignées sur 8 refus. Pour ces 5 femmes on retrouve 60% d'accouchement avec reconnaissance de l'enfant, 20% d'accouchement sous X, 40% de demande d'avis à un autre CPDPN et 40% d'IVG à l'étranger envisagés

Concernant les issues effectives on relève 4 patientes (50%) perdues de vue, 1 fausse couche tardive, 2 accouchements avec reconnaissance de l'enfant et 1 grossesse suivie toujours en cours au moment de l'étude.

Le détail est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5. Issues des refus d'IMG

Age	AG	Issue(s) envisagée(s)	Suivi proposé	Prise en charge effective
1	35	20+5	Accouchement avec reconnaissance -Suivi grossesse + suivi Sage-Femme	Accouchement avec reconnaissance (suivi régulier)
2	19	18+4	-Demande d'avis à un autre CPDPN -IVG à l'étranger	Perdue de vue
3	16	15+0	NR	Perdue de vue
4	17	23+0	NR	Perdue de vue
5	38	17+3	Accouchement avec reconnaissance -Suivi grossesse +PMI	Grossesse toujours en cours au moment de l'étude (suivie)
6	21	28+6	-Accouchement sous X -Demande d'avis à un autre CPDPN	Perdue de vue (après hospitalisation pour maturation pulmonaire)
7	30	22+0	-Accouchement avec reconnaissance -IVG à l'étranger	Fausse couche tardive à 23 SA + chorioamniotite (après poursuite métrorragies et oligoamnios majeur)
8	17	20+4	NR	Accouchement avec reconnaissance (pas de suivi régulier ; foyer + fugues puis retour domicile familial)

Les 4 dossiers sans avis consultatif

Pour ces 4 dossiers, il n'y a a priori pas eu de RCP. Il s'agit de 3 patientes dont le terme est élevé (de 23 à 27 SA) et 1 patiente à 16 SA. Sur les 3 demandes de terme élevé on retrouve 1 probable changement d'avis avec accouchement et reconnaissance de l'enfant, 1 patiente perdue de vue et 1 patiente ayant fait un IVG à l'étranger. La patiente à 16 SA a été perdue de vue. On retrouve 2 grossesses initialement désirées et 2 dénis de grossesse ainsi que 2 situations de violences conjugales, 1 cas d'agression avec viol et 1 cas non renseigné.

Le détail disponible dans le dossier de ces patientes est le suivant :

1. Patiente de 21 ans adressée par le CGS, ayant présenté un déni de grossesse, 1^{er} contact à 27 SA, échographie à 27+2 SA, consultation GO à 27+2 SA, consultation psychologue notée mais pas de comptes-rendus.

Pas de compte rendu psychiatre, AS ou de RCP (qui n'ont à priori pas eu lieu, la patiente ayant probablement changé d'avis).

Les suites connues sont les suivantes : Poursuite grossesse avec suivi grossesse et accouchement à 39+6 SA à l'hôpital de la Conception, AVB, suites simples.

2. Patiente de 36 ans, adressée par le CGS, avec une grossesse initialement désirée mais à la suite de laquelle émergent des violences conjugales et une séparation de son conjoint. Le premier contact avec le CGS à l'hôpital de la Conception a donc lieu à 13+3 SA, les consultations psycho et AS à 14+5 SA et la consultation GO à 16+1 SA. Il est noté que la patiente souhaite porter plainte une fois le domicile conjugal définitivement quitté (plainte déjà posée par le passé, actuellement hébergée chez ses parents), il est noté qu'elle envisage aussi un IVG à l'étranger. La patiente est ensuite perdue de vue.

3. Patiente de 34 ans, adressée par le planning familial, originaire du Mexique, mariée à un Français et habitant en France depuis 3 ans, avec une grossesse initialement désirée précédant l'apparition (ou l'aggravation) de violences conjugales. La patiente avait été finalement mise à la porte de force par son mari, et se retrouvant SDF vivait dans un Centre d'Hébergement et de Réhabilitation Sociale (CHRS) depuis quelques mois. Elle ne pouvait pas travailler en France étant titulaire d'un diplôme étranger et était isolée sur le plan social et familial. Une plainte pour violences conjugales avait déjà été déposée en 2018 et une nouvelle plainte était en cours au moment de l'évaluation. Une consultation avec une Sage-Femme à 26+1 SA et avec une AS le même jour, ainsi qu'avec un psychiatre à 26+6 SA sont notifiées dans le dossier. Le compte-rendu du psychiatre n'est pas disponible. Il est inscrit que la patiente est inquiète que la garde lui soit retirée dans le cas où elle mènerait sa grossesse à terme et qu'elle envisageait de retourner au Mexique. Elle avait tenté de se rendre en Espagne 2 mois avant pour une IVG mais n'avait pas pu passer la frontière car son passeport était expiré. La patiente est ensuite perdue de vue.

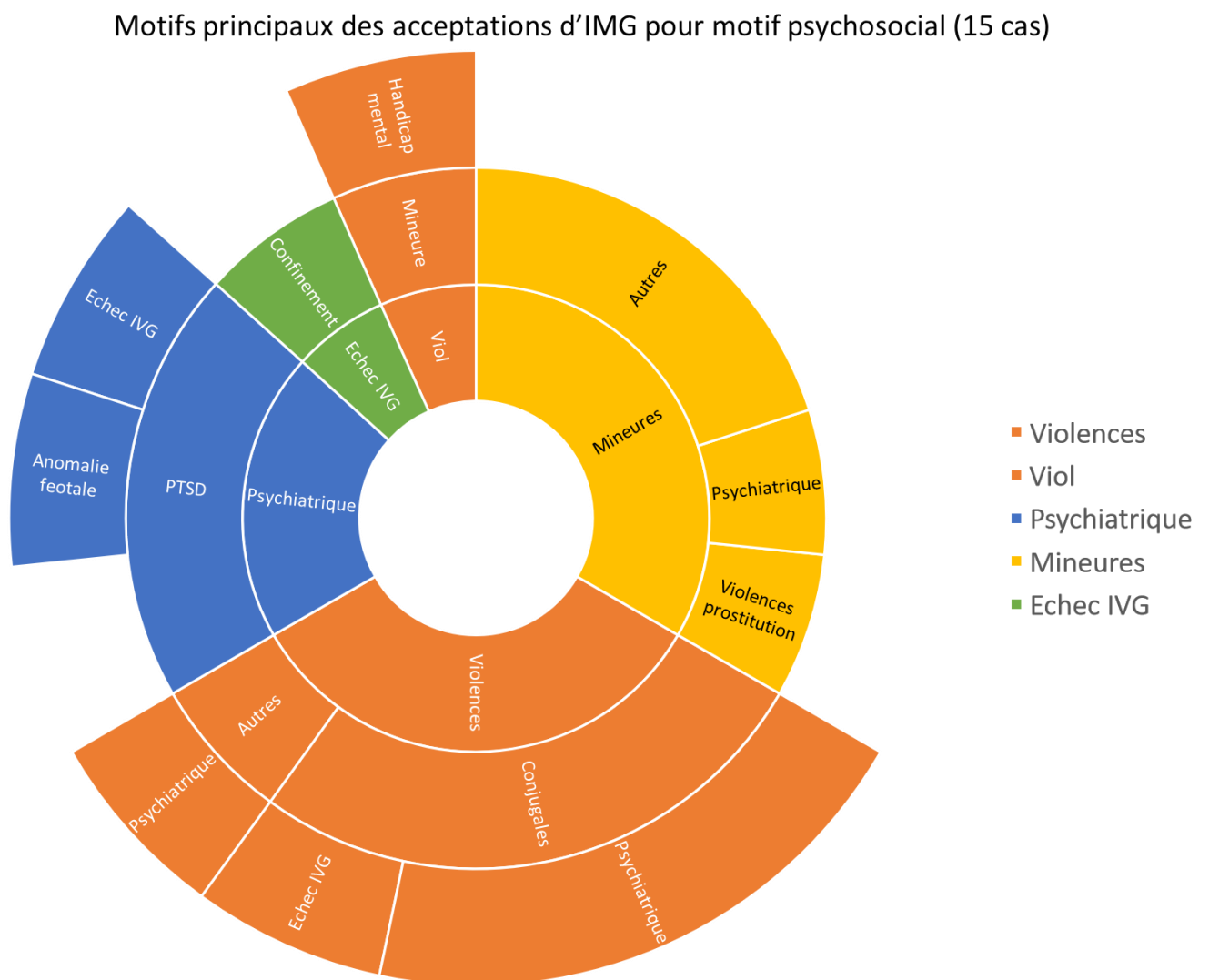
4. Patiente de 31 ans ayant fait un déni de grossesse, originaire des Philippines, et ayant consulté à l'hôpital de la Conception à 23 SA pour une demande d'IMG dans un contexte de grossesse issue de viol (agression par un inconnu avec arme blanche) et état de stress aigu post-traumatique. Une consultation avec une GO et une psychologue à 23+1 SA est notifiée dans le dossier, il n'y a pas de notification de consultation avec une psychologue ou avec un.e psychiatre. Il est noté qu'elle envisage d'aller en Espagne rapidement pour être sûre de pouvoir faire un avortement. La patiente a bénéficié d'une IVG à l'étranger.

4. Motifs des refus ou des acceptations de la demande

Les motifs exacts de l'acceptation ne sont généralement pas spécifiés dans le dossier, on retrouve 3/15 motifs d'acceptation notés. De même pour les refus les motifs n'ont pas été retrouvés. Nous avons reconstruit à la suite de la lecture de la totalité des dossiers les éventuelles indications des demandes, qu'elles aient abouties sur un refus ou une acceptation, afin d'obtenir une vision globale et de pouvoir comparer au mieux avec les autres études.

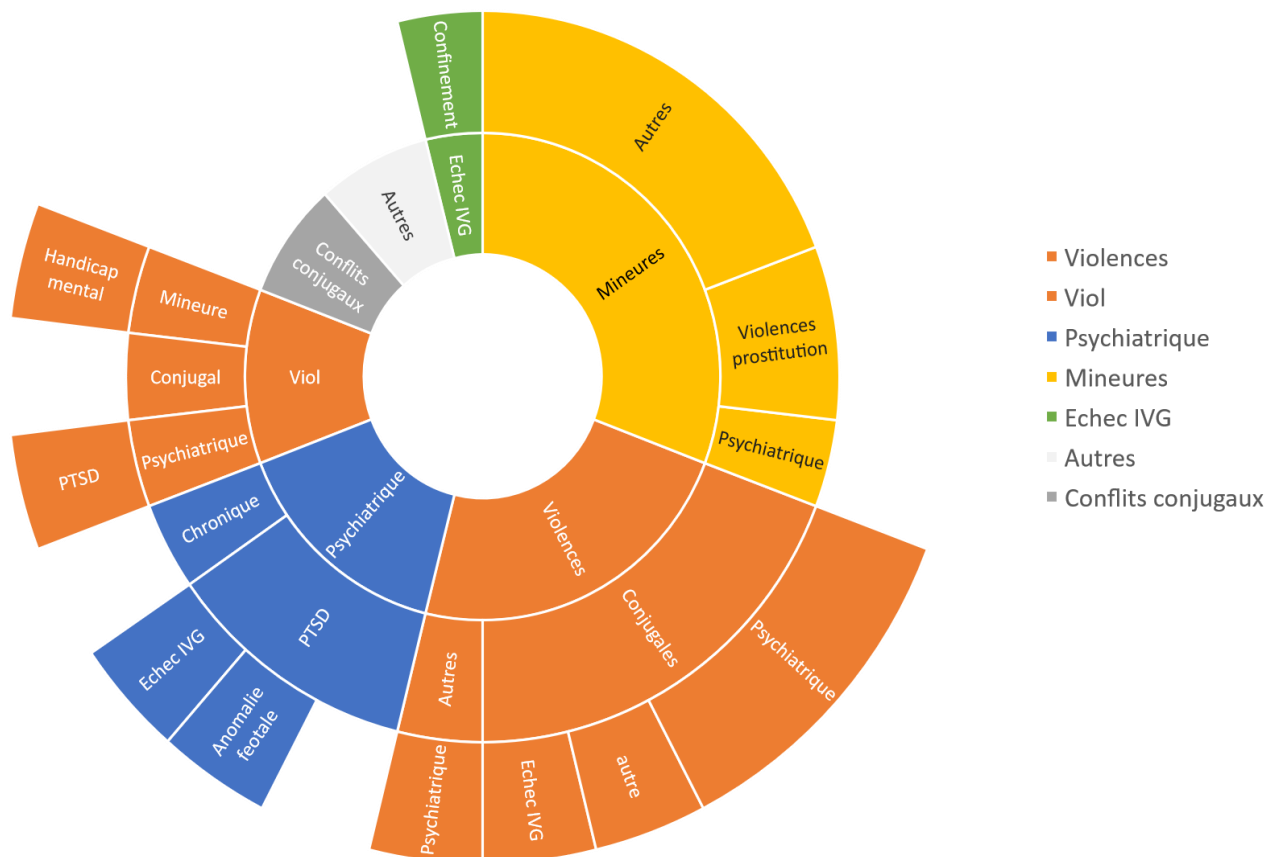
On remarque pour chaque patiente qu'il y a toujours plus d'un motif qui motivent la demande d'IMG ou son acceptation.

Nous avons sélectionné le motif qui nous semblait être l'indication principale en premier, puis avons donné le détail de la majorité des indications associées dans les diagrammes ci-dessous :



La précarité économique et sociale concernait toutes les femmes ayant fait une telle demande dans des proportions variables qu'il était difficile de mesurer a posteriori. Elle n'apparaît donc pas dans la différenciation des indications ci-dessous. La découverte tardive de la grossesse était aussi une caractéristique commune à toutes ces femmes.

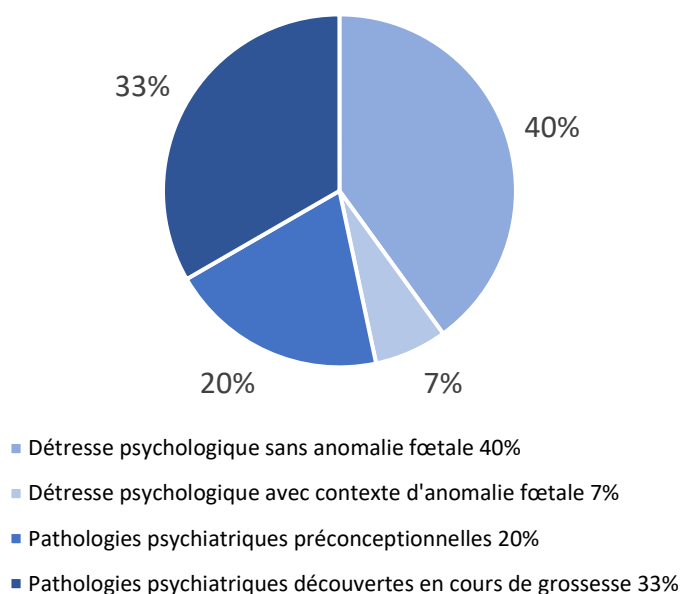
Motifs principaux des demandes d'IMG pour motif psychosocial (27 demandes)



Nous avons ensuite catégorisé les attestations de particulières gravités délivrées à l'issue de la RCP avec les mêmes indications que celles utilisées par l'Agence de Biomédecine pour pouvoir les comparer, on voit que les proportions sont différentes :

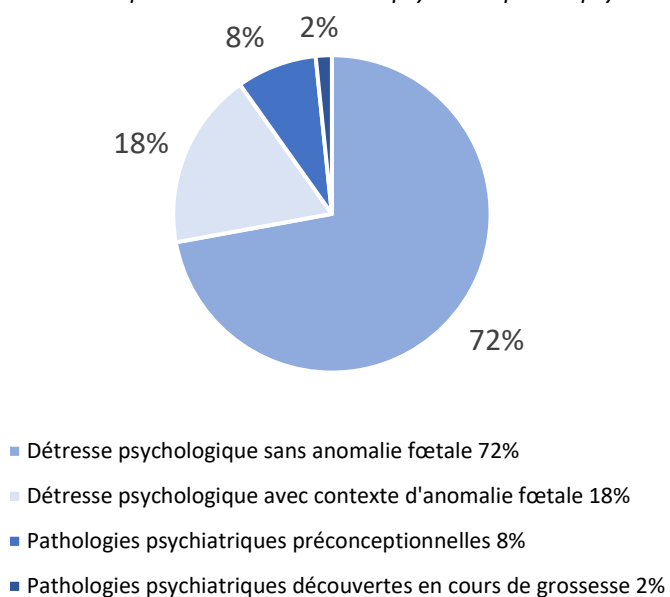
Marseille 2020-2021

Sur 15 attestations pour IMG d'indications "psychiatriques et psychologiques"



Agence de la Biomédecine. 2019

Sur 122 attestations pour IMG d'indications "psychiatriques et psychologiques"



5. Comparaison entre les acceptations et les refus de la demande

Nous avons réalisé une comparaison des patientes selon que la demande d'IMG pour motif psychosocial ait été acceptée ou refusée. Nous avons d'abord analysé les dossiers dont la demande a fait l'objet d'une RCP (23 patientes) puis nous avons réalisé une analyse en

intention de traiter, c'est-à-dire en considérant les 4 patientes n'ayant pas eu de RCP comme si elles avaient été refusées en RCP (27 patientes). Les résultats sont comparables entre les 2 analyses, la comparaison ne retrouve pas de différence significative mais laisse entrevoir certaines tendances, qui deviennent légèrement plus significatives dans l'analyse en intention de traiter, notamment concernant l'âge gestationnel.

En considérant une différence comme statistiquement significative lorsque la valeur de p est strictement inférieure à 0,05 on peut observer quelques variables pour lesquelles la différence se rapproche d'une significativité. Celles qui sont les plus proches d'être significatives entre les deux groupes sont l'âge gestationnel (**p 0,053**) et le nombre d'antécédent d'IVG (p 0,075). On relève un âge gestationnel médian plus avancé dans la catégorie des refus d'IMG (20,7 SA). Le nombre d'IVG est supérieur dans la catégorie des acceptations. Le détail est présenté dans le tableau 6.

Tableau 6 : Comparaison entre les acceptations et les refus (variables continues)²³

	Acceptation IMG Médiane (Extrêmes)	Refus IMG Médiane (Extrêmes)	n	p	U de Mann- Whitney
Age	25 (13-40)	30 (17-38)	27	0,486	75,500
AG lors de la CS obstétricale	18,6 (13,9-22,7)	20,7 (17,4-23)	27	0,053	50,000
AG lors de la RCP	19,0 (15-23)	21 (17-24)	20	0,119	19,000
Gestité	3 (1-9)	2 (1-4)	27	0,256	66,000
Parité	0 (0-3)	0 (0-3)	27	0,981	89,500
Nb d'antécédent d'IVG	1 (0-4)	0 (0-1)	27	0,075	53,000

Nous avons aussi présenté les résultats de la comparaison des principales variables catégorielles analysables (sans trop de données manquantes) dans le tableau 7. Les différences ne sont pas statistiquement significatives mais on observe par exemple une

²³ Analyse en intention de traiter

proportion plus importante de femmes en couple, avec une grossesse initialement désirée, ou avec une comorbidité somatique aigüe dans le groupe des refus (significativité entre 0,1 et 0,2). On retrouve plus de contextes de violence dans le groupe des acceptations (p 0,2).

Tableau 7 : Différences entre les acceptations et les refus (variables catégorielles)²⁴

	Acceptation IMG N=15		Refus IMG N=8		p	n
Stabilité du lieu de vie	10	71,4%	7	87,5%	0,613	22
En couple (dont mariée)	4	26,7%	5	62,5%	0,179	23
Vit avec son conjoint	2	13,3%	3	37,5%	0,297	23
Domicile personnel	6	40,0%	2	25,0%	0,657	23
Domicile personnel ou chez les parents (opposé foyer/hébergée)	11	73,3%	5	62,5%	0,657	23
Niveau d'éducation < Niveau Bac	11	84,6%	4	66,7%	0,557	19
Enfant(s) mineur(s) à charge	4	26,7%	3	37,5%	0,657	23
Grossesse initialement désirée	1	6,7%	2	28,6%	0,227	22
Déni de grossesse	2	20,0%	2	33,3%	0,604	16
Evènement de vie récent	10	90,9%	3	75,0%	0,476	15
Contexte de violences actuel ou récent	10	83,3%	2	50,0%	0,245	16
Diagnostic psychiatrique actuel ou chronique	9	60,0%	1	20,0%	0,303	20
Autre addiction (OH, cannabis...)	3	23,1%	3	60,0%	0,268	18
Comorbidité somatique aigüe	1	6,7%	3	37,5%	0,103	23
Comorbidité somatique chronique	6	40,0%	4	50,0%	0,685	23
Géniteur au courant de la grossesse	6	50,0%	5	71,4%	0,633	19

Nous n'avons pas représenté dans le tableau les variables pour lesquelles les proportions étaient semblables ou le nombre de données manquantes trop important (significativité retrouvée de 1), c'est-à-dire la séparation en cours ou récente, le fait de vivre chez ses parents, l'absence de revenu personnel, le revenu du foyer inférieur au seuil de pauvreté, le fait d'être mineure, l'isolement socio-familial, les symptômes anxieux, dépressifs, les idées suicidaires et l'addiction au tabac.

²⁴ Aucune différence n'est statistiquement significative

6. Comparaison avec les résultats de la revue de la littérature

Les tableaux suivants ([tableau 8](#)) présentent les principales variables comparables entre notre étude et celles de la revue de la littérature. On voit que les âges maternels sont similaires, surtout concernant les extrêmes d'âge. Les âges gestationnels médians sont aussi comparables. Cependant les maximales d'âge gestationnel lors de la réalisation de l'IMG sont supérieures dans les 2 études de la revue de la littérature étudiant les cas effectifs d'IMG (24,1 SA pour Marseille ; 34,7 et 32 pour Paris et Caen).

Le nombre d'antécédent d'accouchement est semblable entre les études, le nombre de grossesse et d'IVG antérieur est plus difficile à comparer (données manquantes).

Tableau 8. Comparaison des principales caractéristiques entre notre étude et la revue de la littérature

Etude	Demandes d'IMG			Cas effectifs d'IMG		
	Marseille 2021-2022 <i>27 demandes</i>	Nantes 2005-2009 <i>122 demandes</i>	Angers 2007-2018 <i>15 demandes</i>	Marseille 2021-2022 <i>15 cas</i>	Paris 2001-2010 <i>59 cas</i>	Caen 2010-2019 <i>7 cas</i>
Age						
Médiane (extrêmes)	25 (13-40)	NR (13-45)	NR (12-44)	25 (13-40)	28 (12-40)	NR
Moyenne (écart-type)	25,3 (+/- 8,2)	25 (+/- 8,4)	30 (+/- 10,6)	24,6 (+/- 8,2)	NR	NR
Age gestationnel Médiane (extrêmes)	18,7 (13,9-28,9)	18 (15-28)	21,5 (15-28)	20,7 (16,4-24,1)	21,5 (11-34,7)	20 (16-32)
Gestité Médiane (extrêmes)	2 (1-9)	<i>3 en moyenne pour les multipares</i>	NR	3 (1-9)	<i>2 (viols 1) (1-7)</i>	NR
Parité Médiane (extrêmes)	0 (0-3) 59% de nullipares	<i>0 47% de nullipares</i>	0 55,3 % de nullipares	0 (0-3) 60% de nullipares	0 (0-5) >50% de nullipares	0 55% de nullipares
Nb d'antécédents d'IVG Médiane (extrêmes)	0 (0-4) 37% ≥ 1	NR 17,8% ≥ 1	NR 13,3% ≥ 1	1 (0-4) 53% ≥ 1	0 (0-4) NR	NR

Nous avons aussi retracé les différentes issues à la suite des refus des différentes études dans lesquelles elles étaient disponibles ([tableau 9](#))

Tableau 9. Comparaison entre des issues entre notre étude et la revue de la littérature

Etudes	Total	Perdues de vue	Naissances reconnues	Naissances sous X	IVG à l'étranger	IMG acceptée par un autre CPDPN	Autres
Marseille 2020-2021	8	4	2	0	0	0	1 FCS ²⁵ tardive+ 1 grossesse suivie en cours
Caen 2010-2019	8	2	1	0	2	2	1 IMG foetale
Nantes 2005-2009	5	5	0	0	0	0	0
Angers 2007-2018	9	1	4	2	1	0	1 MFIU

D'autres caractéristiques peuvent être comparées entre les études comme le fait de vivre en couple dont la proportion était très similaire dans l'article qui l'étudiait : 18% des patientes dans l'étude de Nantes et 19% des patientes dans notre étude.

Mais les différences de caractérisation rendent parfois la comparaison difficile et nous n'avons par exemple donc pas réalisé de comparaison précise des motifs des demandes. On observe toutefois certains motifs similaires (troubles psychiatriques, handicap mental, violences, précarité, jeune âge, déni de grossesse).

²⁵ FCS : Fausse couche ; MFIU : Mort foetale in Utero

IV. Discussion

Les résultats présentés dans cette thèse sont des résultats préliminaires. Il ne s'agit pas des résultats finaux de notre travail de recherche, cependant ils nous permettent d'observer certaines tendances et serviront de cadrage pour la suite de notre étude.

Notre recherche nous a permis d'identifier certains facteurs caractérisant la population des femmes faisant une demande d'IMG et de comparer ces facteurs entre les femmes ayant vu leur demande acceptée et les femmes dont la demande a été refusée par l'équipe pluridisciplinaire. Elle nous a aussi permis de faire émerger certaines informations concernant les motifs pouvant donner lieu à une IMG d'indication maternelle psychosociale.

1. Contextes psychosociaux et prévalence des diagnostics psychiatriques

Principales caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques retrouvées dans notre étude sont dans l'ensemble concordantes avec les quatre études présentées dans la revue de la littérature (28) (29) (30) (31) :

- Tous les âges de la période de fertilité d'une femme sont représentés et les âges médians sont similaires (25 ans). Les antécédents de grossesse et d'accouchement sont aussi comparables avec ceux disponibles dans la revue.
- On relève un nombre d'antécédents d'IVG plus important dans notre étude que dans la revue de la littérature, nombre qui se majore encore dans la catégorie des IMG acceptées puisque 53% de ces femmes présentent un antécédent d'IVG. Or, une étude publiée en 2020 par la DREES²⁶ associe pour la première fois les données sur l'IVG et les données fiscales et retrouve une corrélation nette entre niveau de vie et IVG : les femmes précaires ont beaucoup plus recours à l'IVG que les femmes aisées (53). Un nombre d'antécédents d'IVG plus important dans la population de femmes que nous avons étudiée pourrait donc être un indicateur de leur plus grande précarité.

²⁶ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

- La proportion des femmes vivant en couple dans notre étude (19%) est inférieure à celle de la population générale. Selon les statistiques de l'Insee²⁷, en 2018 la proportion de femmes françaises vivant en couple est de 11,5% à 20 ans, puis augmente pour atteindre 67,5% à 30 ans et se stabilise autour de 70% entre 30 et 40 ans (54).
- Sur le plan économique et social : Les proportions élevées (trois quarts ou plus) de femmes n'ayant pas de revenu personnel, un revenu du foyer inférieur au seuil de pauvreté ou un niveau d'éducation inférieur au bac indiquent bien la présence d'une vulnérabilité économique et sociale particulière pour les femmes faisant une demande d'IMG pour motif psychosocial. L'instabilité du lieu de vie et l'isolement social sont aussi retrouvés même s'ils le sont dans une moindre mesure.

La précarité économique et sociale retrouvée semble s'associer ici à un état de santé précaire. En effet la proportion de femmes présentant une comorbidité somatique chronique est de 46%, ce qui est aussi supérieur à la population générale. Dans un article sur l'état de santé de la population française, l'Insee montre que 14,7% à 29,1% des femmes de 16 à 40 ans déclarent avoir une maladie ou un problème de santé chronique ou durable en 2017 (55).

Les facteurs de précarité retrouvés dans les dossiers ne nous ont pas permis de construire un score de précarité robuste. Le score EPICES, fiable et d'utilisation pratique (annexe 6) serait intéressant à calculer de manière systématique lors de l'évaluation des demandes des patientes et permettrait une meilleure traçabilité et une meilleure analyse a posteriori de cet élément capital.

Contextes de violences et évènements de vie adverses

Chez les femmes ayant fait une demande d'IMG pour motif psychosocial, on retrouve une part importante d'adversité dans l'enfance, d'évènements de vie récents et de violences. Ces facteurs peuvent constituer une vulnérabilité ancienne ou représenter des facteurs précipitants d'une souffrance psychique. Dans ces circonstances, la survenue d'une grossesse non souhaitée peut aggraver encore la détresse de la femme, ce qui peut participer à son désir d'interrompre sa grossesse. Cette idée est appuyée par des études montrant l'existence d'un

²⁷ Institut national de la statistique et des études économiques

lien entre des violences conjugales subies par la femme et un risque plus élevé d'avortement (56) (57).

Dans notre étude la prévalence des contextes de violences récent est d'environ 60% dans les 6 mois, en considérant les violences psychologiques, physiques et sexuelles. Ce chiffre est largement supérieur aux données statistiques disponibles pour la population générale.

Une étude de l'Institut de Veille Sanitaire publiée en 2018 fait un état des connaissances de l'épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, il s'agit d'une synthèse bibliographique de 2013 mise à jour en 2016 (58). On y trouve notamment des données de l'Agence européenne des droits fondamentaux qui étudie en 2014 la prévalence des violences entre partenaires intimes (VPI), soit l'équivalent des violences conjugales. On y apprend qu'en moyenne depuis l'âge de 15 ans, une femme européenne sur cinq a été victime de violences physiques et/ou sexuelles et presque une sur deux a été victime de violences psychologiques. La prévalence en France des femmes victimes de VPI est également mentionnée : 5% au cours des 12 derniers mois et 26% au cours de la vie ont subi des violences physiques et/ou sexuelles, le chiffre s'élève à 47% au cours de la vie pour les violences psychologiques.

Une méta-analyse publiée en 2014 sur les prévalences dans divers milieux médicaux indique que la prévalence globale de VPI estimée en médecine générale est de 40% au cours de la vie et 19,5% l'année passée (59). Aux urgences, ces prévalences sont respectivement de 38% et 19,9%. Moins d'études traitent de prévalences dans des services spécialisés. La prévalence au cours de la vie serait de 43% en gynécologie/obstétrique, 73% en addictologie.

Pour des populations spécifiques telles que les femmes enceintes, une méta-analyse de 2013 relève des prévalences en milieu hospitalier deux fois supérieures à celles mesurées en population générale (60). Elle calcule une prévalence globale de violences (tous types confondus) pendant la grossesse de 16% dans les pays développés.

L'ensemble de ces chiffres indiquent que les femmes ayant eu contact avec le milieu médical, en particulier dans les services de gynécologie ou d'addictologie, ainsi que les femmes enceintes, ont été plus fréquemment exposées à des violences que les femmes en population générale.

Ceci coïncide avec d'autres chiffres donnés par l'Institut de Veille Sanitaire qui constate 60% de problèmes de santé en plus chez les femmes victimes de violences conjugales que chez les

femmes en population générale (61) (58). Ces données corroborent la prévalence importante des comorbidités somatiques et psychiatriques retrouvée dans notre étude.

D'autre part, la revue de l'Institut de Veille Sanitaire met en évidence que « les facteurs qui augmentent significativement le risque de violence sont ; un faible niveau d'éducation, vivre seule, un faible statut socioéconomique, l'abus d'alcool par la victime, la grossesse non désirée par la victime ou par l'auteur des violences » (58). Ces facteurs se superposent à ceux qui relèvent d'une importance particulière dans notre étude.

Cette même étude a mis en évidence que les violences conjugales pendant la grossesse sont associées « à des altérations de la santé mentale des femmes pendant et après la grossesse (symptômes dépressifs, anxiété, PTSD) (62) » et que « environ la moitié des décès de mères (homicides ou suicides) observés serait associée à des VPI (63) »

Enfin, l'enquête NISVS²⁸ 2011 (64) publiée par le CDC²⁹ vient éclairer plusieurs éléments retrouvés dans notre étude. Les auteurs étudient les impacts des violences conjugales au cours de la vie de la femme ; les conséquences qu'ils mettent en évidence concernent plusieurs éléments du contexte psychosocial qui coïncident avec ceux que nous avons relevés. Parmi ces éléments on retrouve par exemple l'anxiété, les symptômes de stress post traumatique, l'instabilité du logement et le fait de tomber enceinte.

Impacts déclarés des violences du partenaire intime au cours de la vie dans l'enquête NISVS 2011 (d'après Breiding et al 2014 et le CDC 2014)

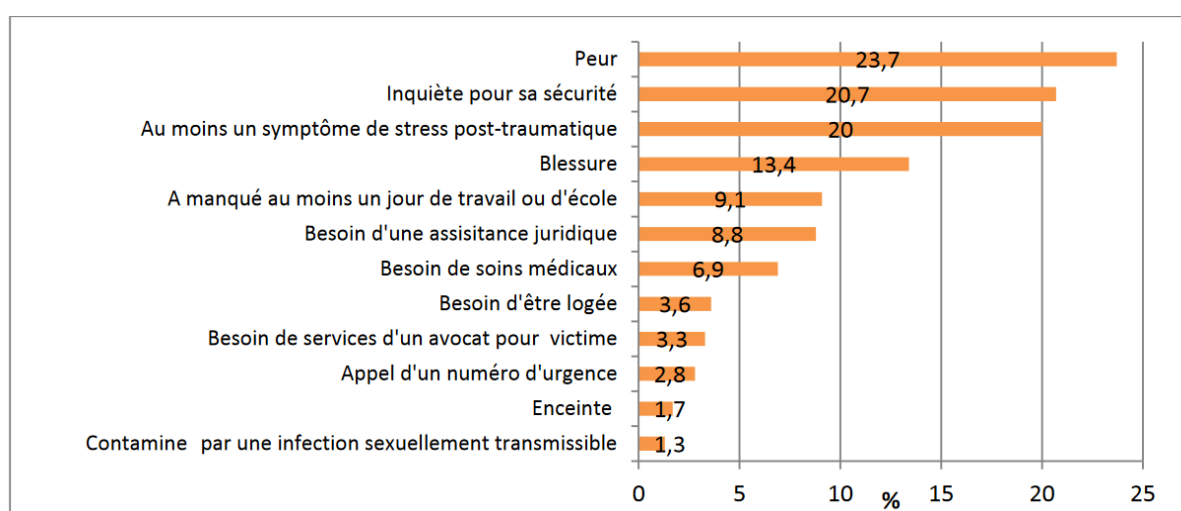


Tableau extrait de l'Institut de Veille Sanitaire : épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux, Guillam M-T et al (58)

²⁸ NISVS : National Intimate Partner and Sexual Survey. Le CDC a publié en 2014, les résultats de la NISVS. Cette enquête permanente est menée depuis 2010 aux États-Unis.

²⁹ CDC : Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (en anglais : Centers for Disease Control and Prevention) forment ensemble la principale agence fédérale des Etats-Unis en matière de santé publique

Nous observons donc que la question des violences est un enjeu majeur à prendre en compte dans l'évaluation des demandes d'IMG puisqu'elles interviennent aussi bien comme cofacteur des indices de précarité socio-économique, que comme cofacteur d'apparition des troubles psychiatriques ou psychologiques et sont également comorbides de pathologies d'ordre somatique.

Au-delà de l'IMG à proprement parler, cette question invite à réfléchir aux moyens de prévention à mettre en œuvre et à l'accompagnement à proposer pour ces femmes présentant une grande vulnérabilité. La prise en compte des violences intéresse de plus en plus les professionnels. A Marseille, les gynécologues-obstétriciennes du CPDPN dans lequel est réalisée notre étude ont créé très récemment un nouveau centre d'accueil pour venir en aide aux femmes vulnérables, la Maison des Femmes, sur le principe de la Maison des Femmes de Saint Denis créée en 2014. Elle propose un suivi individuel avec des consultations médicales, un soutien psychologique, un accompagnement social, une aide juridique ainsi que des activités basées sur des groupes de parole et des ateliers. Plusieurs parcours de soins y sont proposés avec notamment la prise en charge des femmes enceintes en situation de violences (65)

Troubles psychiatriques

Dans notre étude, la prévalence des diagnostics psychiatriques aigus est de 50%, et ils sont associés dans la moitié des cas à un diagnostic psychiatrique chronique.

Nous avons retrouvé principalement des symptomatologies anxiodépressives, des troubles du sommeil, des troubles de l'adaptation, des états de stress post-traumatique aigu, et pour une patiente, des comorbidités chroniques de trouble grave de la personnalité. Au contraire d'études étrangères et des études de la revue de la littérature nous n'avons pas retrouvé de trouble bipolaire ou schizophrénique (cf partie 1 revue de la littérature).

Les idées suicidaires étaient retrouvées chez la moitié des femmes pour lesquelles l'évaluation du risque suicidaire était tracée dans le dossier. Cependant, nous ne pouvons statuer sur la prévalence du risque suicidaire compte-tenu du faible nombre de données à notre disposition. Les diagnostics psychiatriques étaient comorbides de troubles addictifs dans plus de la moitié des cas, mais ces derniers concernent en majorité l'addiction au tabac et ne paraissent pas représenter, contrairement aux troubles addictifs dans les autres études de la revue de

littérature, une place majeure au sein des indications de demande d'IMG pour motif psychosocial.

Dans la littérature, Cook et al identifient trois grandes indications psychiatriques à une IMG (66) (67) :

- Le risque majeur de passage à l'acte suicidaire et/ou de comportements agressifs sur le fœtus, pouvant être associés à la plupart des catégories diagnostiques. Les plus fréquentes sont les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires en phase dépressive, les troubles graves de la personnalité borderline, les troubles liés à une substance, les troubles dissociatifs au sens de la dépersonnalisation (état de stress aigu), et enfin toutes les situations cliniques avec perte du contrôle pulsionnel.
- Une pathologie mentale sévère et/ou chronique en cours aggravée par la grossesse : épisode dépressif caractérisé, schizophrénie ou trouble bipolaire.
- Un risque pour la santé mentale future de la femme en cas de poursuite de la grossesse.

L'analyse que nous pouvons faire de nos résultats est limitée par le peu de données que nous avons obtenues dans les dossiers. Cependant, il est possible d'en dégager plusieurs idées. D'abord, la prévalence que nous avons retrouvée reste particulièrement élevée et rend compte de la part de vulnérabilité psychique que présentent les femmes concernées.

Le faible nombre de données disponibles nous interpelle également et renforce l'idée selon laquelle la constitution d'une grille de lecture comportant des diagnostics symptomatiques et syndromiques psychiatriques précis, constituerait une référence indispensable sur laquelle les praticiens pourraient s'appuyer. Nous avons en ce sens, en reprenant des éléments de notre grille d'évaluation des dossiers, créé une « check-liste de l'entretien psychiatrique » très exhaustive, qui pourrait être utilisée lors des entretiens d'évaluation d'une demande d'IMG pour motif psychosocial par les psychiatres (annexe n°7).

D'autre part, en s'en tenant aux trois critères mis en évidence dans la littérature et aux diagnostics observés dans notre étude, il apparaît que l'évaluation psychiatrique et psychologique doit se faire à plusieurs niveaux : d'abord l'évaluation de la présence d'un trouble psychiatrique au moment de la grossesse – qu'il s'agisse d'un trouble psychiatrique aigu ou chronique d'aggravation récente -, puis l'évaluation des conséquences immédiates et vitales de ce trouble sur la femme et enfin l'évaluation des conséquences futures de la grossesse sur la santé mentale de la femme. Etablir ainsi clairement les grandes lignes de

l'évaluation psychiatrique et psychologique permettrait de créer un cadre dont les professionnels pourraient se saisir. Ce cadre permettrait, non seulement d'atténuer peut-être la subjectivité de l'évaluateur mais également de rendre plus lisibles les décisions.

2. L'importance de l'approche contextuelle

Nous avons vu dans notre étude que les différents contextes décrits précédemment (troubles psychiatriques, addictifs, précarité, violences) sont souvent associés et qu'un seul motif n'était jamais suffisant en lui-même pour justifier d'une IMG psychosociale. C'est l'intrication de plusieurs facteurs qui fait émerger un contexte qui peut permettre ensuite aux équipes de juger de la présence d'une détresse psychosociale et d'accepter ou non une IMG. Ces facteurs peuvent être diagnostics, sociaux, symptomatiques, de dimensions cliniques ou somatiques, actuels, anciens ou persistants (voir annexe n°5).

Comme nous l'avons vu dans l'article « Context versus algorithm : evidence that a transdiagnostic framework of contextual clinical characterization is of more clinical value than categorical diagnosis » (50) sur lequel nous nous sommes appuyés pour construire notre grille d'évaluation des dossiers, un cadre trans-diagnostique et contextuel de « caractérisation clinique », combinant des données cliniques, psychopathologiques, sociodémographiques, étiologiques et d'autres données contextuelles personnelles, peut apporter une valeur clinique supplémentaire par rapport au diagnostic catégorique basé sur un algorithme.

Il est montré dans cet article que la combinaison des composantes de caractérisation clinique permet de prédire davantage qu'une composante prise isolément. Les auteurs affirment que les personnes appartenant à la même catégorie de diagnostic psychiatrique CIM/DSM sont différentes en ce qui concerne le besoin de soins et le résultat des soins de santé.

De fait, il est de plus en plus reconnu que la souffrance mentale peut être transdiagnostique et contextuelle. Le terme "transdiagnostique" fait référence au fait que les symptômes ne sont pas spécifiques aux troubles mentaux et qu'ils se présentent sous forme de groupes très personnels qui diffèrent d'une personne à l'autre. C'est pour cela que nous avons choisi de différencier notamment les facteurs de dimension symptomatique et les diagnostics psychiatriques dans notre grille d'évaluation des dossiers.

Cette idée de cadre transdiagnostique nous semble primordiale dans le contexte des IMG pour motif psychosocial puisqu'elles intègrent un nombre important de facteurs. Nous avons essayé de rendre compte de l'association des motifs dans les diagrammes construits des

indications des demandes d'IMG, mais il n'a pas été possible de traiter de la complexité de ces associations et de prendre en considération tous les contextes personnels associés.

Une étude plus approfondie de ces associations dans la suite du travail de recherche est indiquée.

3. Questionnements éthiques

Les questions éthiques posées par l'interruption volontaire de grossesse sont particulièrement complexes puisqu'elles sont relatives tant à la femme qu'au fœtus. Ces questions convoquent en chacun des références culturelles, religieuses, spirituelles, philosophiques, qui lui sont propres. En dépit de leurs convictions personnelles, ce sont les professionnels du soin qui sont chargés de décider, pour la femme qui en a fait la demande, de la réalisation ou non d'une IMG (68). Ces professionnels sont certes directement concernés par le sujet mais la tâche qui leur incombe est grande, ce d'autant plus que leur formation en éthique médicale n'est pas systématique. Dans ce contexte, nous pouvons nous demander s'il ne serait pas opportun d'inclure systématiquement dans la commission d'évaluation un professionnel spécialisé en éthique médicale, extérieur à la prise en charge de la femme, ce qui représenterait de plus l'intérêt d'apporter un regard plus impartial sur le cas.

Ce dernier point ouvre une autre question qui est celle de la double position de « décideur » et « d'acteur » conférée aux professionnels. Certains d'entre eux peuvent en effet être confrontés à un conflit éthique personnel fort, qui naît de la nécessité de réaliser le geste difficile de l'IMG et qui peut peut-être influencer l'avis porté à la demande.

Ensuite, nous avons pu voir dans certaines études que des CDPDN fixaient un délai maximal pour autoriser l'IMG (30) et que les délais de réalisation d'une IMG pour motif psychosocial pouvaient être différents selon les centres. Or, dans la loi, il n'existe pas de limite de terme. En déterminant un terme maximal, on peut supposer que dans ces centres, les professionnels sont face à des cas de conscience qui les empêchent de réaliser des IMG pour des termes élevés.

Enfin, nous pouvons nous demander dans quelle mesure les professionnels peuvent être habilités à évaluer justement « une détresse psychosociale » chez la femme, pour justifier ou non de la réalisation de l'IMG (35). En effet, la décision d'interrompre la grossesse peut relever d'un refus profond et intime de la femme - d'assumer l'immense responsabilité liée à la maternité, en dehors de toute considération sociale ou psychologique. Il s'agirait d'essayer de

considérer davantage la demande de la femme et de ne pas restreindre uniquement la décision finale à des critères établis. L'équilibre est difficile à trouver mais on pourrait réfléchir à un système où toutes les demandes d'IMG seraient d'emblée acceptées et seuls les refus devraient être justifiés ; ce renversement de paradigme permettrait de signifier que les professionnels prennent d'abord en compte la volonté de la femme.

4. Rôles du psychiatre et du comité pluridisciplinaire

Le psychiatre est chargé de poser un diagnostic psychiatrique le cas échéant, et plus largement d'évaluer la vulnérabilité psychique de la femme et de statuer sur la capacité de la patiente à formuler une demande éclairée (exemple d'idées délirantes, d'une dépression mélancolique, de handicap mental, qui pourrait altérer le discernement) (69). Cette évaluation doit se faire sans préjuger de la légitimité ou non de la demande. C'est ensuite la réunion de concertation pluriprofessionnelle, dont fait partie le psychiatre, qui permettra de discuter et de prendre la décision la plus appropriée pour la circonstance.

Il incombe alors à ces professionnels du corps médical une responsabilité majeure, qui dépasse parfois leurs prérogatives tant le sujet est transversal et soulève des problématiques différentes (70)(71). Les auteurs d'un article australien affirment d'ailleurs que le psychiatre ne devrait pas avoir de rôle particulier en routine dans les interruptions tardives de grossesse. (72). Aussi dans une des études de la revue de la littérature, une demande d'IMG pour motif psychosocial n'était pas systématiquement évaluée par un psychiatre (29), son expertise n'était requise qu'en cas de nécessité.

Un exemple parlant peut être celui des violences où les professionnels peuvent faire face à une situation qui relève de la justice mais dont les conséquences ici restent médicales.

L'évaluation entièrement objective et neutre d'une détresse psychologique est utopique, même si elle est réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Il subsistera toujours une part de subjectivité. L'enjeu est de limiter au mieux cette subjectivité, en mettant à disposition des professionnels certains outils et en développant les axes de recherche sur la question (32). C'est aussi dans ce sens que nous avons créé la check-list de l'entretien psychiatrique (annexe n°7) décrite précédemment. Elle présente un nombre conséquent d'éléments à repérer lors de l'entretien psychiatrique, pour être au plus près de la réalité de la patiente et pour améliorer la reproductibilité de l'évaluation (notamment lorsqu'une patiente est adressée en

provenance d'une autre ville et n'a pas nécessairement été vue par le psychiatre présent à la RCP). La traçabilité des données dans une grille d'évaluation permettrait aussi d'améliorer à terme l'analyse des demandes d'IMG pour motif psychosocial dans le cadre de la recherche clinique.

Le rôle des professionnels ne concerne pas uniquement l'évaluation de la demande mais intervient également en amont de la demande et en aval de la décision.

Dans le CPDPN de notre étude, seulement 53% des femmes qui faisaient une demande d'IMG pour motif psychosocial vivaient à Marseille. Ce résultat indique que l'accès aux informations et aux soins souffre de grandes inégalités territoriales. Il n'y a actuellement que 48 CPDPN en France et trois seulement dans la région PACA (deux à Marseille et un à Nice) (13). On peut penser le délai de prise en charge augmenté lors d'une grossesse non souhaitée, chez les femmes ne vivant pas dans les grands centres urbains, comme une conséquence directe de ces inégalités territoriales, alors même que la grossesse est un processus évolutif et que plus elle est avancée, plus les solutions qui s'offrent aux femmes se restreignent. Il pourrait donc être opportun de développer encore la présence de ces centres sur le territoire, ou tout du moins d'implanter des « centres relais » dépendant des centres principaux qui permettraient de délivrer les informations et de débiter le parcours d'IMG.

Les professionnels ont aussi manifestement un rôle à jouer a posteriori de la décision, pour mieux accompagner ces femmes souvent vulnérables et en tout cas en souffrance. Cet accompagnement peut prendre la forme d'un suivi de leur part ou à défaut d'un adressage efficace afin de permettre ce suivi .

Enfin, peut-être que finalement, un accompagnement médical et psychosocial renforcé pourrait permettre à la femme de prendre elle-même la décision finale éclairée d'interrompre ou non sa grossesse, et de diminuer le poids donné à la décision médicale.

5. Forces et limites

Forces de l'étude

L'une des forces de notre étude est d'avoir créé une grille de lecture détaillée des dossiers, permettant d'analyser avec plus de précision que les études précédentes les caractéristiques et le parcours de soins des femmes faisant une demande d'IMG pour motif psychosocial. L'approche contextuelle peut permettre d'être au plus près d'une réalité complexe. Les

violences subies par les femmes ont aussi été étudiées ici avec plus d'attention que dans les autres études sur l'IMG pour motif psychosocial.

Limites et biais

- *Biais de sélection*

Il existe un biais de sélection dans notre étude concernant le recueil de la liste de patientes concernées. En effet, parmi les patientes ayant fait une demande d'IMG pour motif psychosocial au CPDPN Timone-Conception de Marseille, nous n'avons pas pu obtenir à temps une liste exhaustive. Cependant, le processus final d'inclusion des dossiers qui consistera à récupérer tous les dossiers de demande d'IMG maternelle puis à exclure les demandes pour indications obstétricales ou somatiques nous permettra d'obtenir un échantillon représentatif pour l'étude finale.

Par ailleurs concernant la cohérence externe de cette étude, il est important de souligner que la population des femmes faisant une demande d'IMG pour motif psychosocial dont les dossiers seront analysables n'est pas représentative de l'ensemble des femmes pouvant souhaiter une telle interruption de grossesse. En effet, il y a tout d'abord les femmes qui ne seront jamais vues par les équipes de gynécologie-obstétrique concernées, et les femmes qui seront vues mais potentiellement redirigées précocement en raison d'un terme trop avancé. Parmi celles qui ne seront jamais vues à l'hôpital on retrouve les femmes ayant un réseau et des moyens, bien informées, qui iraient directement faire un avortement à l'étranger dans les pays où le délai légal pour l'IVG est plus long (73). On retrouve aussi les femmes avec moins de moyens, qui ne sont pas informées de cette possibilité et qui n'auront pas forcément croisé les intermédiaires pouvant les orienter efficacement.

Parmi les patientes qui font la demande, il est envisageable que celles qui ont le plus de chance d'être acceptées seront sélectionnées pour passer en RCP alors que les autres se redirigeront peut-être plus rapidement vers d'autres solutions (IVG à l'étranger par exemple). C'est l'hypothèse que nous avons faite pour les 4 patientes de notre étude pour lesquelles il n'y a pas eu de RCP. Plus le terme est avancé, plus il y a un risque de refus et moins les patientes vont passer le processus de RCP. La grossesse étant un processus évolutif, les patientes trouvant les moyens pourront préférer la sécurité de la certitude d'un IVG à l'étranger plutôt

que d'attendre le temps nécessaire à l'évaluation de la détresse psychosociale sans certitude d'une acceptation par la suite.

On peut supposer une asymétrie entre les refus explicites et les refus implicites. Dans la comparaison des groupes de refus et d'acceptation de l'IMG nous avons voulu limiter ce biais en faisant une analyse en intention de traiter.

- *Biais d'évaluation*

Comme nous l'avons expliqué en introduction des diagrammes de la partie « Résultats », nous avons reconstruit des motifs pour les demandes d'IMG et les acceptations à partir des données contenues dans les dossiers des patientes. Il est important de noter que ce sont des motifs a posteriori, l'importance de l'une plus que l'autre est donc à relativiser, et notre subjectivité a pu intervenir dans ce processus.

- *Biais d'interprétation*

La population des femmes concernées dans notre étude est faible et très hétérogène, ce qui rend difficile la comparaison entre les différents groupes. Cependant nous allons pouvoir améliorer la puissance de l'étude en augmentant le nombre de dossiers inclus, puisque nous la poursuivrons sur l'ensemble des années de 2007 à 2021, tandis que les résultats présentés ici portent sur les années 2020 à 2021.

L'analyse de nos résultats a également été limitée par le nombre important de données manquantes, qu'il s'agisse des éléments cliniques ou sociodémographiques, comme des motifs d'acceptation ou de refus.

6. Bilan de l'étude et perspectives

Même si nos résultats actuels ne nous permettent pas de conclure à une différence significative entre les groupes d'acceptations et de refus des IMG, les tendances observées nous permettent de formuler certaines hypothèses qu'il sera important d'explorer dans la suite de notre projet de recherche ou dans d'autres études plus larges.

Nous avons en effet trouvé des différences proches de la significativité pour les variables suivantes : la proportion des femmes en couple, ayant une grossesse initialement désirée ou ayant une comorbidité somatique aigüe était plus importante dans le groupe des refus d'IMG,

la proportion de contexte de violences actuel ou récent était plus importante dans le groupe des acceptations d'IMG.

Le nombre d'antécédent d'IVG est aussi une variable qui se rapproche d'une différence significative entre les groupes et était en faveur de plus d'acceptations (p 0,075).

Dans notre étude, l'âge gestationnel médian était plus élevé dans le groupe des refus que dans le groupe des acceptations, de manière presque significative (p 0,053). Ce chiffre est concordant avec les données retrouvées dans notre revue de littérature, qui nous avaient permis de formuler l'hypothèse selon laquelle certains refus semblaient être faits en fonction du terme plutôt que de l'absence de détresse psychosociale.

Il serait intéressant à l'avenir d'analyser statistiquement l'ensemble des données de notre travail de recherche par une régression logistique ou bien par partitionnement des données, (data clustering) ce qui pourrait prédire l'acceptation d'IMG à partir des caractéristiques analysées.

Il est en tout cas primordial de s'attacher à faire des analyses sur les associations de variables plutôt que sur des variables isolées. Il s'agirait de calculer la prédiction d'une acceptation d'une IMG en fonction de critères majeurs comme les diagnostics psychiatriques, tout en prenant en compte d'autres variables. Compte-tenu de la multiplicité des paramètres en jeu, cette méthode permettrait une évaluation plus ajustée.

Comme nous l'avons vu dans la discussion de la première partie, une analyse prospective pourrait fournir des éléments supplémentaires pour une analyse plus approfondie mais sa mise en place est difficile à justifier d'un point de vue éthique. En effet, les femmes faisant une telle demande sont dans un moment particulièrement difficile, suspendues à une décision médicale capitale pour leur futur, qui rend l'inclusion pour un travail de recherche très délicate. Cependant, améliorer la traçabilité de certaines informations permettrait un meilleur recueil des données et une plus grande possibilité d'analyse ultérieure et de recherche clinique.

V. Conclusion de la 2ème partie

Dans notre étude, les principales raisons conduisant les femmes à formuler une demande d'IMG pour motif psychosocial et les différents facteurs qui y sont associés sont similaires à ceux retrouvés dans notre revue de littérature. Nous avons évoqué certaines limites qui ont rendu difficile la comparaison précise des résultats, mais ce travail préliminaire offre déjà des éléments de cadrage pour la poursuite du travail de recherche.

Afin d'augmenter la puissance de notre étude, il nous sera possible par la suite d'être plus exhaustifs dans le processus d'inclusion des femmes concernées, et de nous attacher à travailler sur les associations entre les différentes variables grâce à une approche contextuelle. De plus, comme cela est prévu dans la prochaine étape de notre étude, il sera intéressant d'évaluer précisément la concordance entre le protocole du parcours de soins et les données recueillies dans le dossier médical. Des perspectives pour approfondir les travaux de recherche au sujet de l'IMG pour motif psychosocial apparaissent.

Enfin, comme nous l'avons vu, les réflexions et travaux de recherche pourraient également cibler les moyens de prévention des risques psychosociaux, la prise en charge des femmes en amont de la demande et en aval de la décision, et s'intéresser à la place que pourraient avoir des professionnels spécialisés en éthique médicale dans les comités d'évaluation.

CONCLUSION GENERALE

L'ensemble des résultats que nous avons obtenus ont permis de confirmer que la notion de « motif psychosocial » est certes vaste, mais que les facteurs qui la constituent sont principalement les indicateurs d'une grande précarité et de violences subies. S'agissant des diagnostics psychiatriques, nous avons pu entrevoir qu'ils entretiennent une relation de réciprocité avec les facteurs de précarité et de violences retrouvés. L'objectif de l'approche contextuelle, dont nous avons souligné l'importance, est justement de prendre en compte le lien qui existe entre ces diagnostics et ces différents facteurs.

Si le « motif psychosocial » et le péril qui en découle sont aussi difficiles à cerner, nous pouvons nous demander si leur juste évaluation peut reposer sur le seul décideur qu'est le comité de professionnels, bien que sa pluridisciplinarité soit déjà un atout. Aussi, en accordant une place plus importante à la volonté de la femme ou en remettant entre ses mains la décision finale, le processus de décision pourrait être plus intégratif. En mentionnant un « péril grave pour la santé de la femme », la loi instaure un flou autour des indications pouvant donner lieu à l'IMG. Cette rédaction volontairement imprécise de la loi a pour conséquence de laisser libre interprétation aux professionnels du soin, qui se voient alors confier l'entière responsabilité d'une situation dont les racines viennent pourtant de problèmes sociétaux plus généraux. Nous avons en effet pu voir que l'IMG pour motif psychosocial établit une relation de causalité réciproque avec des questions sociétales majeures, telles que l'inégalité d'accès aux informations et aux soins, les violences conjugales ou la précarité et leurs conséquences dans de nombreux domaines.

Il s'agirait pour les pouvoirs publics de mettre l'accent sur des actions visant à réduire les violences faites aux femmes et les inégalités sociales, puis sur des actions de prévention plus concrètes, comme une meilleure information et prescription des moyens de contraception. Dans ces conditions, on peut imaginer que le nombre de grossesses non désirées, mais également celui des dénis de grossesse et des demandes d'interruption tardive serait nettement diminué. Les femmes auraient le temps et l'espace, lors de la découverte d'une grossesse inopinée, de prendre plus sereinement une décision, qu'il s'agisse de faire une IVG, de garder leur enfant ou d'accoucher sous X.

Ainsi, seul un changement sociétal profond peut permettre de lever certains préjugés qui pèsent aujourd'hui sur la prise de décision des femmes requérant une IMG. L'accouchement sous X, par exemple, souffre de représentations très négatives qui culpabilisent les femmes et limitent celles qui souhaiteraient y avoir recours. Une nouvelle législation sur l'accouchement sous X n'obligeant pas la rupture de filiation lorsqu'une femme accouche sous le secret, et offrant ainsi à l'enfant la possibilité de faire exister ses parents de naissance tout au long de sa vie, pourraient modifier la perception qu'ont les femmes de cette potentialité, et diminuer la souffrance des enfants concernés³⁰ (74). Par ailleurs, un système d'adoption et d'accueil des enfants nés sous X plus adapté permettrait aussi à la femme d'envisager plus facilement cette démarche, puisqu'elle aurait l'assurance de meilleures conditions de prise en charge de son enfant. Enfin, des politiques publiques et des dispositifs plus soutenant pour les femmes précaires pourraient leur permettre d'envisager d'accoucher et de reconnaître l'enfant, sans craindre de ne pas pouvoir lui apporter la sécurité émotionnelle, physique et matérielle dont il a besoin.

Toutes ces pistes de réflexion permettraient finalement aux femmes de choisir librement leur maternité ou non, sans être soumises aux effets des inégalités et des préjugés. L'idée qui est celle de laisser le pouvoir aux femmes sur leur corps et leur sexualité appartient au concept de « justice reproductive » ainsi explicité : « l'état de bien-être physique, mental, spirituel, politique, économique et social des femmes et des filles. Elle devient une réalité lorsque chaque femme et chaque fille a le pouvoir et les ressources économiques, sociales et politiques nécessaire pour faire des choix sains à propos de son corps, de sa sexualité et de sa reproduction » (75) (76).

La législation canadienne, par exemple, intègre mieux ce concept de justice reproductive puisqu'elle ne fixe pas de limite de terme pour l'IVG. Par conséquent, il appartient entièrement à la femme de faire le choix de poursuivre ou non sa grossesse, et donc de disposer de son corps. Il est intéressant de noter que cette législation n'accroît pas le nombre d'avortements tardifs, plus de 90% des IVG ayant en effet lieu durant le premier trimestre de grossesse. En outre, le taux annuel d'IVG n'est pas supérieur à celui de la France³¹ (77) (78).

³⁰ Amandine Gay, dans un essai autobiographique, invite à s'interroger sur l'identité, la filiation et la parentalité à partir du regard que des personnes adoptées posent sur la famille et la société.

³¹ Taux d'avortement de 11,4/1000 femmes de 15 à 44 ans en 2019 au Canada selon les données officielles de l'ICIS et de 15,7/1000 femmes de 15 à 59 ans en France en 2019 selon les statistiques de l'Ined.

Ce chiffre coïncide avec le constat fait en France selon lequel l’allongement du délai légal de l’IVG en 2001 n’a pas entraîné d’augmentation du nombre d’IVG plus tardifs ; le nombre des IVG pratiquées à 13 ou 14 SA est resté très limité (3% du total des IVG déclarées dans les établissements de santé³²) (36).

Ces données montrent bien qu’élargir le cadre de l’interruption volontaire de grossesse n’entraîne pas de recrudescence des avortements parfois nommés péjorativement « de confort ». L’avortement, d’autant plus lorsqu’il est tardif, n’est jamais anodin pour la femme et la déclaration de Simone Veil devant l’Assemblée Nationale le 26 novembre 1974 est en ceci éloquente : « *Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l’avortement. Il suffit d’écouter les femmes. C’est toujours un drame et cela restera toujours un drame.* » (4)

Au-delà du caractère légal de l’avortement et du terme jusqu’auquel il est autorisé, se pose la question de son accessibilité. Cette question de l’accès aux soins rejoint exactement la nécessité précédemment évoquée d’entreprendre des changements sociétaux profonds. Au Canada par exemple, où il n’existe pas de limite de terme, les femmes sont souvent contraintes de réaliser les avortements tardifs aux Etats-Unis, faute de professionnels en mesure de les pratiquer dans leur pays (8). En France le problème d’accessibilité de l’IVG est aussi une réalité, surtout pour des termes de grossesse plus avancés. Certains médecins choisissent de le pratiquer comme un acte de militantisme, mais cela reste marginal (36).

En France comme dans le monde, l’avortement est un sujet qui suscite donc de nombreuses controverses et inégalités. Sa dépendance à de nombreuses questions d’ordre social ou éthique en fait un enjeu politique majeur (79). Si en février 2022, la Colombie a légalisé l’avortement (80), d’autres pays, comme les Etats-Unis, sont en recul sur le plan législatif. Au sein même de l’Europe, il existe encore une grande disparité concernant l’avortement. La Cour Européenne des Droits de l’Homme (CEDH) ne statue pas sur un délai légal à respecter mais elle invite les États à garantir l’exercice effectif du droit d’accès à un avortement sans risque et légal ainsi qu’à autoriser l’avortement « dans les délais de gestation raisonnables » (81). En 2021, plus de 1000 requêtes ont été reçues par la CEDH concernant le

³² Rapport de l’IGAS de 2009 sur les politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001.

droit à l'avortement en Pologne³³ (84). L'ensemble de ces constats montre bien que le droit à l'avortement n'est en réalité jamais définitivement acquis.

La menace qui pèse sur le droit à l'avortement incite donc à la plus grande vigilance puisqu'il en va de la vie des femmes. Pour preuves, la proportion d'avortements non médicalisés³⁴ est aujourd'hui en augmentation dans le monde et en 2008, 13% des décès maternels dans le monde étaient encore dus à ces avortements non médicalisés³⁵ (85) (86).

Le droit de la femme à disposer de son corps peut donc être utilisé comme outil politique, qu'il soit remis en cause par l'interdiction ou bien même par l'obligation d'avorter. En Chine par exemple, la politique de l'enfant unique a restreint pendant de nombreuses années les femmes dans leur possibilité d'avoir des enfants, et les politiques souhaitent à présent leur restreindre l'accès à l'avortement (87,88).

L'idée d'une « justice reproductive » est donc loin d'être effective et ne pourra devenir réalité que si l'autonomie globale des femmes devient un sujet prioritaire dans les sociétés (89).

Dans *Hôpital silence*, Nicole Malinconi, qui a accompagné des femmes dans une clinique en tant qu'assistante sociale, écrit :

« A la maternité, on venait pour cela aussi ; pour s'arrêter de devenir mère. Cela attestait que rien n'était neutre, du ventre ou de l'enfant ; que tout dépendait des mots qui allaient être prononcés, d'un entrelacs de paroles, de choses dites qui allaient révéler, chaque fois différente, une trame propre de l'existence, un fil conducteur » (90)

On peut souhaiter que la prise en charge pluridisciplinaire des femmes requérant une IMG, qui pourra être améliorée par de futurs travaux de recherches nécessaires à l'analyse et à la compréhension de la réalité de ces demandes, de leurs suites et des pratiques médicales associées, puisse laisser également toute sa place à la parole des femmes.

³³ Depuis 2020 l'avortement n'est plus légal en Pologne sauf cas de menace pour la vie de la mère et si la grossesse est le résultat d'un viol ou d'un inceste. (82,83)

³⁴Avortements « réalisés par une personne sans les compétences requises pour le faire ou réalisés dans un environnement non conforme aux règles d'hygiène, soit car l'IVG est interdit dans le pays (avortement clandestin), soit par manque d'accès aux structures médicales »

³⁵ « En 2008. Les avortements clandestins provoquent tous les ans la mort d'environ 47 000 femmes des suites d'infections, d'hémorragies, de blessures utérines et des effets toxiques des agents censés provoquer un avortement. »

Références

1. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
2. Article 317 - Code pénal (ancien) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490192/1984-01-01
3. La marche vers la loi - Événements - Anniversaire loi Veil - Assemblée nationale [Internet]. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi>
4. Simone Veil (26 novembre 1974) - Histoire - Grands discours parlementaires - Assemblée nationale. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/simone-veil-26-novembre-1974>
5. 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.
6. Une farouche liberté - Gisèle Halimi avec Annick Cojean - Editions Grasset - pages 80 à 99
7. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
8. Article L162-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006692455/1975-01-18
9. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
10. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1). 2014-873 août 4, 2014.
11. LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1). 2022-295 mars 2, 2022.
12. Article L2213-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896164
13. Agence de la biomédecine ; le rapport médical et scientifique 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://rams.agence-biomedecine.fr/>
14. IMG psycho-sociale - Position du CNGOF [Internet]. 2019 [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/actualites/677-img-psycho-sociale-position-du-cngof>
15. Constitution [Internet]. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

16. Interruption de grossesse et psychiatrie : revue de la littérature et cas cliniques / par Samuel Zittoun ; sous la direction de Liova Yon [Internet]. Disponible sur: https://athena.u-pec.fr/view/delivery/33BUCRET_INST/1294099700004611
17. Desjardins C. Interruption médicale de grossesse. Revue de littérature : IMG pour cause maternelle psychiatrique et étude de cas. 12 oct 2021;128.
18. Nguyen ML, Roman H, Dommergues M, Verspyck E. Indications and pregnancy outcomes when multidisciplinary centers for prenatal diagnosis refuse request for termination of pregnancy: a retrospective French study. *Prenat Diagn.* mai 2013;33(5):442-8.
19. Monier I, Lelong N, Ancel P-Y, Benachi A, Khoshnood B, Zeitlin J, et al. Indications leading to termination of pregnancy between 22+0 and 31+6 weeks of gestational age in France: A population-based cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* févr 2019;233:12-8.
20. Kiver VII, Altmann J, Kamhieh-Milz J, Weichert A. A 17-year analysis of pregnancies termination ≥ 14 weeks of gestation in a German level 1 perinatal center. *J Perinat Med.* 25 oct 2019;47(8):847-56.
21. Dathan-Stumpf A, Kern J, Faber R, Stepan H. Prenatal and Obstetric Parameters of Late Terminations: A Retrospective Analysis. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* juill 2021;81(7):807-18.
22. Dettmeyer R, Lang J, Axt-Fliedner R, Birngruber C, Tinneberg H-R, Degenhardt J. Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code - Real-life Data from the « Gießen Model ». *Geburtshilfe Frauenheilkd.* avr 2017;77(4):352-7.
23. van Eerden L, Zeeman GG, Page-Christiaens GCM, Vandenbussche F, Oei SG, Scheepers HCJ, et al. Termination of pregnancy for maternal indications at the limits of fetal viability: a retrospective cohort study in the Dutch tertiary care centres. *BMJ Open.* 17 juin 2014;4(6):e005145.
24. Barrett HL, Lust K, Callaway LK, Fagermo N, Portmann C. Termination of pregnancy for maternal medical indications: failings in delivery of contraceptive advice? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* déc 2011;51(6):532-5.
25. Ozyuncu O, Orgul G, Tanacan A, Aktoz F, Guleray N, Fadiloglu E, et al. Retrospective analysis of indications for termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* avr 2019;39(3):355-8.
26. Rei M, Ramalho C. Recurrent Medical Termination of Pregnancy, Not Always the Same Pathology. *Fetal Pediatr Pathol.* août 2021;40(4):271-80.
27. Berger F, Bucher HU, Fauchère J-C, Schulzke S, Berger TM. Overlapping borders: limit of viability and late terminations of pregnancy - a retrospective multicentre observational study. *Swiss Med Wkly.* 27 janv 2020;150:w20186.

28. Piel B, Azria E, Oury J-F, Carbillon L, Mandelbrot L. [Terminations of pregnancy for maternal indications in the Paris area: a retrospective multicenter study in the period between the 2001 French law on termination of pregnancy and the new bioethics law]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. juin 2013;42(4):342-50.
29. Le Grand C, Huet J, Dreyfus M, Benoist G. [Induced abortions for maternal indications: Retrospective study in Western Normandy between 2010 and 2019]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. mars 2021;49(3):166-71.
30. Branger B, Dabouis G, Jegoudez R, Launay-Bourrillon C, Grimaud I, Berthiau D, et al. Les interruptions médicales de grossesse pour mise en péril grave de la santé de la femme. Analyse de 122 demandes à la clinique Jules-Verne de Nantes de 2005 à 2009 d'un point de vue médical et éthique. *Éthique Santé*. 1 sept 2018;15(3):161-71.
31. Malcouronne Y. Interruption médicale de grossesse pour cause psycho-sociale : étude rétrospective des demandes en 2007 et 2018 au CHU d'Angers. [Angers]: Université Angers; 2020. p. 38.
32. Riquin E, Le Nerzé T, Rousselot Y, Nardin Godet K, Nordström Schüler S, Lebrun J, et al. Medical Termination Of Pregnancy For Psychosocial Reasons. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. juin 2021;50(6):101932.
33. Nationale A. Bioéthique (no 3181) Amendement n°523 [Internet]. Assemblée nationale. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3181/AN/524>
34. Déclaration de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé et de Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès du ministre des solidarités et de la santé, sur l'accès à l'IVG, l'IMG et l'évaluation des mesures dérogatoires prises au sujet [Internet]. *Vie publique.fr*. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/274890-olivier-veran-08062020>
35. Merg D, Schmoll P. Éthique de l'interruption médicale de grossesse en France. Questions posées par les Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. 1 janv 2005;
36. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article91>
37. Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse | Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/actualites/opinion-du-ccne-sur-lallongement-du-delai-legal-dacces-livg-de-12-14-semaines-de>
38. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
39. Association Mémoire Traumatique et Victimologie Accueil [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/>

40. Muhlstein J, Martrille L, Guillet-May F, Routiot T, Coudane H, Judlin P. La grossesse après viol. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 févr 2013;41(2):110-5.
41. Daugirdaitė V, van den Akker O, Purewal S. Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *J Pregnancy.* 2015;2015:646345.
42. González-Ramos Z, Zuriguel-Pérez E, Albacar-Riobóo N, Casadó-Marín L. The emotional responses of women when terminating a pregnancy for medical reasons: A scoping review. *Midwifery.* déc 2021;103:103095.
43. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry.* 1 févr 2017;74(2):169-78.
44. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol.* déc 2009;64(9):863-90.
45. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception.* déc 2008;78(6):436-50.
46. Horvath S, Schreiber CA. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Curr Psychiatry Rep.* 14 sept 2017;19(11):77.
47. Teklehaimanot KI, Smith CH. Rape as a legal indication for abortion: implications and consequences of the medical examination requirement. *Med Law.* 2004;23(1):91-102.
48. Savulescu J. Is current practice around late termination of pregnancy eugenic and discriminatory? Maternal interests and abortion. *J Med Ethics.* juin 2001;27(3):165-71.
49. Kandel I, Merrick J. Late termination of pregnancy. Professional dilemmas. *ScientificWorldJournal.* 23 sept 2003;3:903-12.
50. van Os J, Pries L-K, Kenis G, Lin BD, Gunther N, Luyckx JJ, et al. Context versus algorithm: Evidence that a transdiagnostic framework of contextual clinical characterization is of more clinical value than categorical diagnosis. :11.
51. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité - Jacques Dayan, Gwenaëlle Andro, Michel Dugnat - Editions Elsevier Masson - 2015 - Chapitres 10 et 16.
52. Déroulement d'une IMG [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/img/deroulement-img>
53. Annick Vilain avec la collaboration de Samuel Allain,, Claire-Lise Dubost, Jeanne Fresson et Sylvie Rey (DREES). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>

54. TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE - Couples – Familles – Ménages [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/24_CFM
55. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
56. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* janv 2014;11(1):e1001581.
57. Taillieu TL, Brownridge DA. Review: intimate partner violence is associated with termination of pregnancy. *Evid Based Nurs.* janv 2015;18(1):32.
58. Guillaum M-T, Ségala C, Cassagne E, François C, Thélot B. Épidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* sept 2014;62:S252.
59. Sprague S, Goslings JC, Hogentoren C, de Milliano S, Simunovic N, Madden K, et al. Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence Women.* janv 2014;20(1):118-36.
60. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence Vict.* 2013;28(3):359-80.
61. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko Ling Chan null, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. *Violence Women.* juill 2011;17(7):858-81.
62. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001452.
63. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health* 2002. janv 2015;24(1):100-6.
64. Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *Morb Mortal Wkly Rep Surveill Summ Wash DC* 2002. 5 sept 2014;63(8):1-18.
65. Violences faites aux femmes : Ouverture de La Maison des femmes Marseille Provence | AP-HM [Internet]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/violences-faites-aux-femmes-ouverture-de-la-maison-des-femmes-marseille-provence>
66. Cook RJ, Ortega-Ortiz A, Romans S, Ross LE. Legal abortion for mental health indications. *Int J Gynecol Obstet.* nov 2006;95(2):185-90.

67. Versnaeyen-Collin L. L'interruption médicale de grossesse pour péril psychiatrique: approche théorique et clinique [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
68. Weber J-C, Allamel-Raffin C, Rusterholtz T, Pons I, Gobatto I. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sci Soc Sante*. 2008;Vol. 26(1):93-120.
69. Ross NE, Webster TG, Tastenhoye CA, Hauspurg AK, Foust JE, Gopalan PR, et al. Reproductive Decision-Making Capacity in Women With Psychiatric Illness: A Systematic Review. *J Acad Consult-Liaison Psychiatry*. févr 2022;63(1):61-70.
70. Morris K, Savell K, Ryan C. Psychiatrists and termination of pregnancy: Clinical, legal and ethical aspects. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 janv 2012;46:18-27.
71. Morris K, Orr F. Is there a Role for Psychiatry in Late Termination of Pregnancy? *Aust N Z J Psychiatry*. 1 oct 2007;41:709-17.
72. Ryan C, Shaw T. Very limited role of psychiatry in late termination. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 mars 2008;42:173-4.
73. Johnson BR, Lavelanet AF, Schlitt S. Global Abortion Policies Database: a new approach to strengthening knowledge on laws, policies, and human rights standards. *BMC Int Health Hum Rights*. 12 sept 2018;18(1):35.
74. Une poupée en chocolat - Amandine Gay - Editions La Découverte - 2021
75. Pirotte M. La justice reproductive, ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels. 1 janv 2014;
76. "A New Vision for Advancing Our Movement for Reproductive Health, Reproductive Rights, and Reproductive Justice" (2005), by Asian Communities for Reproductive Justice (ACRJ) | The Embryo Project Encyclopedia [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://embryo.asu.edu/pages/new-vision-advancing-our-movement-reproductive-health-reproductive-rights-and-reproductive>
77. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
78. Grossesse non-planifiée [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://fqpn.qc.ca/article/grossesse-non-planifiee/>
79. Sintomer Y. Droit à l'avortement, propriété de soi et droit à la vie privée. *Temps Mod*. 2001;615616(4):206-39.
80. La Colombie dépénalise l'avortement, « une victoire de la lutte des femmes ». *Le Monde.fr* [Internet]. 23 févr 2022 . Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2022/02/23/la-colombie-depenalise-l-avortement-une-victoire-de-la-lutte-des-femmes_6114963_3210.html

81. Cassiers A. L'évolution de la jurisprudence de la Commission européenne des droits de l'homme et de la Cour européenne des droits de l'homme sur la question de l'avortement. Fam Law [Internet]. 2021;(02). Disponible sur: <https://www.familyandlaw.eu/tijdschrift/fenr/2021/02/FENR-D-20-00005>
82. Avortement en Pologne : manifestation à Varsovie après la mort d'une femme enceinte. Le Monde.fr [Internet]. 6 nov 2021 ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/11/06/avortement-en-pologne-manifestation-a-varsovie-apres-la-mort-d-une-femme-enceinte_6101221_3210.html
83. En Pologne, la quasi-interdiction de l'avortement entre en vigueur sur fond de manifestations. Le Monde.fr [Internet]. 31 janv 2021 ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/01/31/en-pologne-la-quasi-interdiction-de-l-avortement-est-entree-en-vigueur-sur-fond-de-manifestations_6068302_3210.html
84. Communiqué de presse de la Greffière de la Cour. Communication de 12 requêtes concernant le droit à l'avortement en Pologne. Cour Européenne des Droits de l'Homme.
85. Long-Term Worldwide Decline in Abortions Has Stalled. Guttmacher Institute. 2012. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/news-release/2012/long-term-worldwide-decline-abortions-has-stalled>
86. Repères statistiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/reperes-statistiques/>
87. Droits. Avortement : en Chine, une petite phrase qui fait craindre des restrictions [Internet]. Courrier international. 2021. Disponible sur: <https://www.courrierinternational.com/article/droits-avortement-en-chine-une-petite-phrase-qui-fait-craindre-des-restrictions>
88. La Chine veut réduire les avortements sans raisons médicales [Internet]. LEFIGARO. 2021. Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/flash-actu/la-chine-veut-reduire-les-avortements-sans-raisons-medicales-20210927>
89. L'autonomie corporelle, les droits et la santé sexuelle. ONU Femmes France. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.onufemmes.fr/nos-actualites/2021/6/18/generation-egalite-36>
90. Nicole Malinconi - Hôpital silence - Les Editions de Minuit ; 1985. p 58.

Annexe 1 : Check-list IMG psychosociale pour péril maternel :
CPDPN Timone-Conception

CHECK-LIST IMG PSYCHOSOCIALE POUR PERIL MATERNEL - CONCEPTION

	DATE	Qui ?	Commentaires
1^{er} contact / demande			
1ere écho datation			
Evaluation du péril psychosocial			
Cs Psychologue	Date :		
CS Psychiatre / pédopsychiatre	Date :		
CS Assistante sociale	Date :		
RCP IMG psychosociale			
Avis donné par le staff (<i>tracé ds ViewPoint</i>)	Date de la RCP :	<input type="checkbox"/> Acceptation <input type="checkbox"/> Refus	
Certificat signé mis ds le dossier avant hospit	Date :		
Information du CPDN	Date :		
Info de la patiente sur parcours à venir (CS GO)	Date :		
CS conjointe GO Senior + SF	Date :		
<input type="checkbox"/> Délivrance informations sur possibilités de PEC, devenir du corps et programmation.			
Programmation hospitalisation			
<input type="checkbox"/> Prog CS anesthésie <input type="checkbox"/> Prog du bloc sur Axigate <input type="checkbox"/> Prédmission <input type="checkbox"/> Prescription bilan sanguin (APD/EFS/serologie) <input type="checkbox"/> Prescription anticipée	Date entrée hospitalisation :	Date IMG :	
Organisation sortie			
Date sortie prévue :			
<input type="checkbox"/> Contraception	Type contraception :		
<input type="checkbox"/> CS PMI	Date :		
<input type="checkbox"/> CS obstétricale post-IMG	Date :		
<input type="checkbox"/> CS psychologue	Date :		
<input type="checkbox"/> Appel tel psychologue entre J7/J15	Date :		
<input type="checkbox"/> CS AS	Date :		

Annexe 2 : Attestation de gravité en vue d'une IMG pour pathologie maternelle



Attestation de gravité en vue d'une interruption médicale de grossesse pour pathologie maternelle

L'équipe pluridisciplinaire ci-dessous constituée

- Docteur gynécologue-obstétricien ou praticien choisi par Madame
- Docteur Spécialité : (praticien spécialiste de l'affection maternelle).
Ces 2 praticiens doivent exercer leur activité dans un établissement de santé.

- Docteur..... gynécologue-obstétricien du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal du
CHU de
- Mme ou Mr...psychologue et/ ou travailleur social (entourer la qualité) à
.....(lieu d'exercice)

s'est concertée et a rendu son avis consultatif le 20....
attestant que la poursuite de sa grossesse met en péril grave la santé de Madame
..... .

Nous, soussignés

Docteur qualifié en exerçant à

Docteurqualifié en exerçant à

- après concertation de l'équipe pluridisciplinaire ci-dessus et après examens médicaux de Madame
- après avoir reçu la demande d'interruption de sa grossesse au terme de SA, au motif que la poursuite de cette grossesse met en péril grave sa santé
- après avoir proposé un temps de réflexion d'au moins une semaine (hors urgence)
- et selon les articles Art. L. 2213-1, L. 2213- 2 et L. 2213-3 du code de santé publique

attestons que l'interruption de grossesse de Mme pour motif médical maternel peut être pratiquée.

Fait à le

Docteur :

Docteur :

Annexe 3 : Demande maternelle d'IMG d'indication maternelle



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIMONE ENFANTS
CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL-GENÉTIQUE MÉDICALE-OBSTÉTRIQUE-ECHOGRAPHIE

Demande maternelle d'IMG d'indication maternelle *(hors contexte d'urgence médicale)*

Je, soussignée Madame

Née le

Atteste :

- demander l'interruption de ma grossesse au motif que la poursuite de celle-ci met en péril grave ma santé.
- avoir été informée des risques et complications possibles liés aux différentes procédures médicales.
- qu'il m'a été proposé un délai de réflexion d'au moins une semaine que je suis libre d'accepter ou non. J'informerai de mon choix l'équipe médicale.

A le20..

Signature de la patiente :

Si souhaitée : Co-signature du conjoint
NON OBLIGATOIRE selon la loi.

Demande recueillie par : (Fonction, lieu d'exercice)

Dr.....qualifié en.....

Signature médecin :

Exemplaire à transmettre au CPDPN, conservé en numérique (ou en papier) dans le dossier patient et copie à la patiente

Annexe 4 : Avis favorable du comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille



Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.

N/Réf dossier : 2022-02-24-008

Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le mardi 8 mars 2022

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, BELZEAUX Raoul rattaché au Laboratoire INT de l'Université d'Aix-Marseille et les investigateurs secondaires, Professeur BRETTE FLORENCE PU-PH et MAHIOU Claire Interne en psychiatrie à l'Université d'Aix-Marseille, intitulé, « **Demande d'interruption médicale de grossesse pour motif psychosocial : analyse rétrospective de dossiers dans un centre de diagnostic prénatal à Marseille entre 2007 et 2021** » a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du jeudi 24 février 2022.

Après audition des rapporteurs, et compléments d'information apportés par l'investigateur principal, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

Annexe 5 : Grille d'évaluation dossiers parcours IMG psychosociale

NUM :

Facteurs de dimension sociale et démographique	
Age patiente :	
Statut :	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire / Divorcée <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> En cours de séparation ou séparation < 6 mois <input type="checkbox"/> Autre/précisions :
Vie de couple :	<input type="checkbox"/> Vit avec son conjoint <input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Vit chez les parents <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Autre/précisions :
Lieu de vie :	<input type="checkbox"/> Domicile personnel <input type="checkbox"/> Hébergée <input type="checkbox"/> Domicile Parents <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Autre/précisions : <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Instable <input type="checkbox"/> NR
Code postal :	<input type="checkbox"/> NR
Facteurs de précarité :	Absence de revenu personnel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Revenu du foyer < Seuil de pauvreté* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Niveau d'éducation < Niveau Bac <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Pension d'invalidité ou AAH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Age < 18 ans <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Milieu rural <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Enfants mineurs à la maison <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Barrière de la langue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Isolement social et familial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Score EPICES	... /100 <input type="checkbox"/> NR (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'exams de santé)
Données de caractérisation clinique	
Motif(s) de la demande d'IMG	... <input type="checkbox"/> NR
G : P :	<input type="checkbox"/> NR
Contraception	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Oubli <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> NR Contraception d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Antécédents gynécologiques	IVG nb : IMG : motif(s) et nb <input type="checkbox"/> NR FCS nb :
Statut de la grossesse	<input type="checkbox"/> Initialement désirée <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/> NR Si initialement désirée, évènement intercurrent : <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Séparation <input type="checkbox"/> Violences <input type="checkbox"/> Pathologie somatique <input type="checkbox"/> Pathologie fœtale (sans indication d'IMG fœtale) <input type="checkbox"/> Autre : ...

Déni de grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Diagnostic de troubles mentaux et du comportement (DSM 5 ou CIM 10) renseigné dans le dossier médical	<p>Diagnostic actuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non renseigné Si oui : -le(s)quel(s) :</p> <p>Diagnostic antécédent < 1 an <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non renseigné Si oui : -le(s)quel(s) :</p> <p>Diagnostic antécédent > 1 an <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non renseigné Si oui : -le(s)quel(s) :</p> <p>Diagnostic chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non renseigné Si oui : le(s)quel(s) :</p>
Soins psychiques	<p>Suivi psychiatrique <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Suivi psychothérapeutique <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Traitement psychotrope <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Hospitalisation soins libres <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Hospitalisation sous contrainte <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p>
Facteurs de dimension clinique	<p>-Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Si oui, le(s)quel(s) : (lien de parenté/diagnostic)</p> <p>-Adversité dans l'enfance* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Précisions :</p> <p>-Evènements de vie récents* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Si oui, le(s)quel(s) : ...</p>
Addictions	<p>Tabac <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission<1an <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Alcool <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission<1an <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Cannabis <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission<1an <input type="checkbox"/> P/sevrée <input type="checkbox"/> NR</p> <p>-Autre(s) : ...</p> <p><input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission<1an <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR</p>

Facteurs de dimension symptomatique	Dépression <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Manie <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Anxiété <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Déresse somatique <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Psychose <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles cognitifs <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Pensées et comportements répétitifs <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Dissociation <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Trait de personnalité marqué <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Reviviscence diurne <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Gestes auto-agressifs sans intention suicidaire <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Non Autres : <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Facteurs de dimension somatique	-Comorbidité somatique aigüe actuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Si Oui la ou laquelle(s) : -Pathologie chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Si Oui la ou lesquelles(s) : -Comorbidité somatique passée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Si Oui la ou laquelle(s) : <input type="checkbox"/> NR
Evaluation du risque suicidaire	-Antécédents de TS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Si Oui, combien : ... ; <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> TS grave <input type="checkbox"/> TS violente <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> TS dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> TS dans le mois passé <input type="checkbox"/> NR -Présence d'idées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR -Potentiel suicidaire évalué selon la méthode RUD <input type="checkbox"/> Renseigné <input type="checkbox"/> NR Risque <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/> NR Urgence <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Elevée <input type="checkbox"/> NR Dangerosité <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Elevée <input type="checkbox"/> NR
Violences subies	- Psychologiques : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Verbales : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Physiques : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Sexuelles : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR - Viol responsable de la grossesse en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR - Conflits : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR - Contexte de violences sans précision : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Non - Dépôt de plainte : <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Prévu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Autre :

Indication de soins psychiatriques au moment de l'évaluation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Hospitalisation
Aptitude à donner un consentement éclairé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Précisions	...
Données Parcours IMG PS	
Découverte de la grossesse	Contexte de découverte : <input type="checkbox"/> NR Date : Age Gestationnel : <input type="checkbox"/> NR
Date de début de grossesse	... <input type="checkbox"/> NR
1 ^{er} contact prise en charge	<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CGS <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Autre : ... Date : Age Gestationnel : <input type="checkbox"/> NR
Type d'adressage à la Conception	<input type="checkbox"/> NR
Origine de la demande	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Autre :
Place du géniteur par rapport à la grossesse	<input type="checkbox"/> Au courant <input type="checkbox"/> Pas au courant <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Souhaite IMG <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas IMG <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Soutien <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> NR
1 ^{er} contact hôpital de la Conception	Date : AG : <input type="checkbox"/> NR
1ere écho de datation	Date : AG : <input type="checkbox"/> NR
CS obstétricale Senior	Date : AG : <input type="checkbox"/> NR
Délivrance info sur possibilité de PEC	Date : AG : <input type="checkbox"/> Tracée <input type="checkbox"/> Non tracée
Evaluation du péril psychosocial	
Cs Psychologue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Date : AG : <input type="checkbox"/> NR
Cs Psychiatre ou Pédopsychiatre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Date : AG : <input type="checkbox"/> NR
Cs Assistante Sociale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Date : AG : <input type="checkbox"/> NR
Demande d'IMG par la patiente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Date : AG : <input type="checkbox"/> NR

RCP IMG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date avis : AG : Compte rendu RCP disponible : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
Issue de la RCP IMG	<input type="checkbox"/> Acceptation <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Changement de décision de la patiente	<input type="checkbox"/> NR
Certificat signé (x2) mis dans le dossier avant hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
Info du CPDPN (mail)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
CS GO post RCP pour info sur le parcours à venir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date :	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
Autre professionnel présent à la CS post RCP	<input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Autre : ...	<input type="checkbox"/> NR
Si acceptation IMG		
Motif(s) retenus pour l'acceptation de la demande	<input type="checkbox"/> Noté dans le dossier <input type="checkbox"/> Par déduction Motif(s) : ...	<input type="checkbox"/> NR
Lieu de réalisation de l'IMG	<input type="checkbox"/> La Conception <input type="checkbox"/> Autre site :	<input type="checkbox"/> NR
Date entrée hospitalisation pour IMG		<input type="checkbox"/> NR
Date réalisation IMG		<input type="checkbox"/> NR
Sortie d'hospitalisation IMG		<input type="checkbox"/> NR
Terme IMG		<input type="checkbox"/> NR
Exitus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR
Analgésie Péridurale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR
Accouchement Voie Basse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Précisions si nécessaire		
Données Suivi Post- IMG immédiat		
Suites IMG	Suites obstétricales simples <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre : ...	<input type="checkbox"/> NR
Prescription contraception post IMG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type contraception :	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
Lien PMI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusé	<input type="checkbox"/> NR

CS post obstétricale programmées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusées	<input type="checkbox"/> NR
	Date :	<input type="checkbox"/> NR
CS post psychologue proposée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> NR
	Date :	<input type="checkbox"/> NR
CS post psychiatre proposée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> NR
	<input type="checkbox"/> Psychiatre de la maternité <input type="checkbox"/> Psychiatre traitant <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> NR
	Date :	<input type="checkbox"/> NR
CS post AS proposée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée	<input type="checkbox"/> NR
	Date :	<input type="checkbox"/> NR
Autorisation de recontacter patiente pour suivi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR
Contact téléphonique par psychologue	<input type="checkbox"/> J7 <input type="checkbox"/> J15 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR
Données Suivi post-IMG		
CS post IMG réalisée(s)	Nb :	<input type="checkbox"/> NR
	Date : Professionnel : <input type="checkbox"/> Venue <input type="checkbox"/> Non venue	
	Date : Professionnel : <input type="checkbox"/> Venue <input type="checkbox"/> Non venue	
	
Devenir	...	<input type="checkbox"/> NR
Si refus IMG → Poursuite grossesse +/- Accouchement		
Motif(s) de refus	<input type="checkbox"/> Noté dans le dossier <input type="checkbox"/> Par déduction	<input type="checkbox"/> NR
	Motif(s) : ...	
Issue envisagée au moment du refus	<input type="checkbox"/> Accouchement avec reconnaissance <input type="checkbox"/> Accouchement sous X	<input type="checkbox"/> NR
	<input type="checkbox"/> Demande avis autre CPDPN <input type="checkbox"/> IVG étranger	
	<input type="checkbox"/> Autres : ...	
Type de suivi proposé	<input type="checkbox"/> Suivi grossesse à la Conception	<input type="checkbox"/> NR
	<input type="checkbox"/> Suivi grossesse PMI <input type="checkbox"/> Suivi grossesse en libéral	
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	
	<input type="checkbox"/> Foyer maternel	
	<input type="checkbox"/> Autres : ...	
Type de PEC effective	<input type="checkbox"/> Grossesse toujours en cours	<input type="checkbox"/> NR
	<input type="checkbox"/> Accouchement avec reconnaissance <input type="checkbox"/> Accouchement sous X	
	<input type="checkbox"/> Demande avis autre CPDPN <input type="checkbox"/> IVG étranger	
	<input type="checkbox"/> Perdue de vue	
	<input type="checkbox"/> Autres : ...	

Données suivi grossesse, Si poursuite grossesse	
Suivi grossesse régulier réalisé par la patiente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
CS proposées	Nb : <input type="checkbox"/> NR Date : Professionnel : ...
CS honorées	Nb : <input type="checkbox"/> NR Date : Professionnel : ...
Echographies	Nb : <input type="checkbox"/> NR Echo T1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Echo T2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Echo T3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Données Suivi Post-Accouchement immédiat	
Type accouchement :	<input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> NR
Devenir de l'enfant	<input type="checkbox"/> Accouchement dans le secret <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Accouchement avec reconnaissance <input type="checkbox"/> Autre : ...
Terme accouchement :	... SA <input type="checkbox"/> NR
Suites Accouchement Simples :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Autres ...
Prescription contraception post Accouchement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Type contraception : <input type="checkbox"/> NR
Lien PMI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> NR Date : <input type="checkbox"/> NR
CS post obstétricale programmée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> NR Date : <input type="checkbox"/> NR
CS post psychologue proposée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> NR Date : <input type="checkbox"/> NR
CS post psychiatre proposée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Psychiatre de la maternité <input type="checkbox"/> Psychiatre traitant <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> NR Date : <input type="checkbox"/> NR
CS post AS proposée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> NR Date : <input type="checkbox"/> NR

Autorisation de recontacter la patiente pour le suivi	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR
Données Suivi Post-Accouchement			
CS post accouchement réalisé e(s)	Date :	Professionnel :	<input type="checkbox"/> Venue <input type="checkbox"/> Non venue <input type="checkbox"/> NR
	Date :	Professionnel :	<input type="checkbox"/> Venue <input type="checkbox"/> Non venue <input type="checkbox"/> NR
		
Devenir	...		<input type="checkbox"/> NR
Si changement de décision de la patiente			
Motif(s) du changement de décision de la patiente	...		<input type="checkbox"/> NR
Date de changement de décision et AG			<input type="checkbox"/> NR
Type de PEC envisagée au moment du changement de décision			<input type="checkbox"/> NR
Type de PEC effective			<input type="checkbox"/> NR

Précisions grille :

- ***Seuil de pauvreté** : < 1063 euros de revenu personnel. Après impôts et prestations sociales. Pour l'Insee comme pour Eurostat, seuil de pauvreté défini si niveau de vie inférieur à 60% du niveau de vie médian de la population française. Ce niveau de vie médian est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population française. En 2021, une personne est considérée comme pauvre si ses revenus sont inférieurs à 1.063 euros par mois. (Le seuil de pauvreté pour une famille avec 2 enfants, dont un âgé de moins de 14 ans, est de 2.232 euros (1.063 euros × 2,1), selon la règle des unités de consommation)
- ***Adversité dans l'enfance** : négligence émotionnelle, violence physique, violence psychologique, victimisation par les pairs (intimidation) et abus sexuel
- ***Evènements de vie** : Sur la base de « liste des expériences menaçantes : un sous-ensemble de 12 événements de vie présentant une menace contextuelle considérable à long terme » (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985). Si un des 12 événements de vie négatifs vécus au cours des 12 derniers mois : Maladie ou blessure grave du sujet / Maladie ou blessure grave d'un proche parent / Décès d'un parent au premier degré y compris enfant ou conjoint / Décès d'un ami proche de la famille ou d'un parent au deuxième degré / Séparation due à des difficultés conjugales / Rupture d'une relation stable / Problème grave avec un ami proche, un voisin ou un parent / Chômage/ Recherche d'emploi depuis plus d'un mois / Licenciement d'un emploi / Crise financière majeure / Problèmes avec la police et comparution au tribunal / Perte ou vol d'un objet de valeur
 ⇒ Exposition dichotomique avec au moins 1 évènement de vie négatif dans les 12 derniers mois

Annexe 6 : Le score EPICES

EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. L'intérêt principal du score EPICES consiste à appréhender des populations qui tout en échappant aux indicateurs administratifs traditionnels de précarité présentent les mêmes risques en matière de santé.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué de membres des Centres d'examen de santé (CES) financés par l'Assurance maladie, du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner, parmi les 42 questions, 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).

L'évaluation du score EPICES a montré la pertinence du score EPICES pour détecter et quantifier la précarité :

- le score EPICES est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé
- le score EPICES est quantitatif et des relations « scores dépendantes » sont observées avec tous les indicateurs.
- Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score Epices: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH 14:93-96, 2006

Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé publique 18 :513-522, 2006

Bihan H, Silvana L, Sass C, Nguyen G, Huot C, Moulin JJ et al. Association between individual deprivation, glycemic control and diabetic complication - The EPICES score. Diabetes Care 28:2680-2685, 2005

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ¹ ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
constante		75,14	

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions
 EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

1. La réponse à la question est oui pour les bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)

Le score EPICES peut être calculé rapidement sur Medicalcul : <http://medicalcul.free.fr/epices.html>

Annexe 7 : Check-list entretien psychiatrique

EVALUATION DANS LE CONTEXTE D'UNE DEMANDE D'INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE POUR MOTIF PSYCHO-SOCIAL

Facteurs de dimension sociale et démographique		
Age patiente :		<input type="checkbox"/> NR
Statut :	<input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire/divorcée <input type="checkbox"/> En cours de séparation ou séparation < 6 mois <input type="checkbox"/> Autre/précisions :	<input type="checkbox"/> NR
Vie de couple :	<input type="checkbox"/> Vit avec son conjoint <input type="checkbox"/> Vit seule <input type="checkbox"/> Autre/précisions :	<input type="checkbox"/> NR
Lieu de vie :	<input type="checkbox"/> Domicile personnel <input type="checkbox"/> Hébergée <input type="checkbox"/> Domicile Parents <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> SDF <input type="checkbox"/> Hôtel <input type="checkbox"/> Autre/précisions :	<input type="checkbox"/> NR
Code postal :		<input type="checkbox"/> NR
Facteurs de précarité :	Absence de revenu personnel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Revenu du foyer < Seuil de pauvreté* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Niveau d'éducation < Niveau Bac <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Age < 18 ans <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Milieu rural <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Enfants mineurs à la maison <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Barrière de la langue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; Isolement social et familial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ;	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
Score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'exams de santé)	... /100 http://medicalcalcul.free.fr/epices.html (outil de calcul)	<input type="checkbox"/> NR
Données de caractérisation clinique		
Motif(s) de la demande d'IMG		<input type="checkbox"/> NR
G : P :		<input type="checkbox"/> NR
Contraception	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> En cours mais oublié <input type="checkbox"/> En cours mais échec Contraception d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> NR
Antécédents gynécologiques	IVG nb : IMG : motif(s) et nb	<input type="checkbox"/> NR

Statut de la grossesse	<input type="checkbox"/> Initialement désirée <input type="checkbox"/> Inopinée <input type="checkbox"/> NR Si initialement désirée, évènement intercurrent : <input type="checkbox"/> NR
Déni de grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR
Diagnostic actuel de troubles mentaux et du comportement	Troubles dépressifs ou troubles bipolaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Schizophrénie et autres troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Etat de stress aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Etat de stress post traumatique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles de la personnalité borderline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles des conduites alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Précisions / Autres :
Diagnostic passé de troubles mentaux et du comportement	Troubles dépressifs ou troubles bipolaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Schizophrénie et autres troubles psychotiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Etat de stress aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Etat de stress post traumatique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Trouble de la personnalité borderline <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles des conduites alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Précisions / Autres :
Addictions	Tabac <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR Alcool <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR Cannabis <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR -Autre(s) : ... <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Passée/sevrée <input type="checkbox"/> NR ...
Soins psychiques	Suivi psychiatrique <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Suivi psychothérapeutique <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Traitement psychotrope <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Hospitalisation soins libres <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR Hospitalisation sous contrainte <input type="checkbox"/> Actuelle <input type="checkbox"/> <1an <input type="checkbox"/> >1an <input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> Non

Facteurs de dimension clinique	<p>-Antécédents familiaux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Si oui, le(s)quel(s) : (lien de parenté/diagnostic)</p> <p>-Adversité dans l'enfance* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Précisions :</p> <p>-Evènements de vie récents* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Si oui, le(s)quel(s) : ...</p>
Evaluation du risque suicidaire	<p>-Antécédents de TS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Si Oui, combien : ... <input type="checkbox"/> NR</p> <p><input type="checkbox"/> TS grave <input type="checkbox"/> TS violente <input type="checkbox"/> NR</p> <p><input type="checkbox"/> TS dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> TS dans le mois passé <input type="checkbox"/> NR</p> <p>-Présence d'idées suicidaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>-Potentiel suicidaire évalué selon la méthode RUD :</p> <p>Risque <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Urgence <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Elevée <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Dangerosité <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Elevée <input type="checkbox"/> NR</p> <p>-Gestes auto-agressifs sans intention suicidaire : <input type="checkbox"/> Actuel <input type="checkbox"/> Passé <input type="checkbox"/> Non</p>
Facteurs de dimension somatique	<p>-Comorbidité somatique actuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Si Oui la ou laquelle(s) :</p> <p>-Pathologie chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Si Oui la ou lesquelles(s) :</p> <p>-Comorbidité somatique passée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Si Oui la ou laquelle(s) :</p>
Violences subies	<p>-Psychologiques <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Verbales <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Physiques <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>Sexuelles <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>-Viol responsable de la grossesse en cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p>-Conflits <input type="checkbox"/> < 6 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NR</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : ...</p> <p>-Conjugales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Indication de soins psychiatriques au moment de l'évaluation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> NR
Aptitude à donner un consentement éclairé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NR
Autres/Situation particulière :		
Données Parcours IMG PS		
Découverte de la grossesse	Contexte de découverte :	<input type="checkbox"/> NR
	Date : Age Gestationnel :	<input type="checkbox"/> NR
1 ^{er} contact prise en charge	<input type="checkbox"/> GM <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Association Autre : ...	<input type="checkbox"/> NR
	Date : Age Gestationnel :	<input type="checkbox"/> NR
Origine de la demande	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> NR
Place du géniteur par rapport à la grossesse	...	<input type="checkbox"/> NR

Précisions grille :

- ***Seuil de pauvreté** : < 1063 euros de revenu personnel. Après impôts et prestations sociales. Pour l'Insee comme pour Eurostat, seuil de pauvreté défini si niveau de vie inférieur à 60% du niveau de vie médian de la population française. Ce niveau de vie médian est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population française. En 2021, une personne est considérée comme pauvre si ses revenus sont inférieurs à 1.063 euros par mois. (Le seuil de pauvreté pour une famille avec 2 enfants, dont un âgé de moins de 14 ans, est de 2.232 euros (1.063 euros × 2,1), selon la règle des unités de consommation)
 - ***Adversité dans l'enfance** : négligence émotionnelle, violence physique, violence psychologique, victimisation par les pairs (intimidation) et abus sexuel
 - ***Evènements de vie** : Sur la base de « liste des expériences menaçantes : un sous-ensemble de 12 événements de vie présentant une menace contextuelle considérable à long terme » (Brugha, Bebbington, Tennant, & Hurry, 1985). Si un des 12 événements de vie négatifs vécus au cours des 12 derniers mois : Maladie ou blessure grave du sujet / Maladie ou blessure grave d'un proche parent / Décès d'un parent au premier degré y compris enfant ou conjoint / Décès d'un ami proche de la famille ou d'un parent au deuxième degré / Séparation due à des difficultés conjugales / Rupture d'une relation stable / Problème grave avec un ami proche, un voisin ou un parent / Chômage/ Recherche d'emploi depuis plus d'un mois / Licenciement d'un emploi / Crise financière majeure / Problèmes avec la police et comparution au tribunal / Perte ou vol d'un objet de valeur
- ⇒ Exposition dichotomique avec au moins 1 évènement de vie négatif dans les 12 derniers mois

Annexe 8 : Informations pratiques sur le déroulement d'une IMG

(tirées du site de l'Assurance Maladie Ameli.fr) (52)

« La consultation préalable à l'IMG »

Lorsque la décision de pratiquer une IMG a été prise et que les attestations légales ont été délivrées, la femme enceinte (seule ou en couple) est revue en entretien préalable par un médecin. Cette consultation permet d'aborder les modalités et les conséquences de l'Interruption Médicale de Grossesse.

Informations sur le déroulement de l'interruption médicalisée de grossesse (IMG)

Le médecin informe la patiente sur :

- Les différentes **méthodes d'IMG** et plus particulièrement sur la méthode choisie ;
- Les produits utilisés et leurs effets ;
- La durée de l'intervention ;
- La durée de l'hospitalisation ;
- Les risques et rares complications possibles (rupture utérine, hémorragie, infection).

Il informe aussi le couple (ou la mère) sur la prise en charge psychologique dont il peut bénéficier. Les parents peuvent également faire appel à des associations de patients qui proposent leur soutien.

Informations sur le devenir du fœtus

Lors de la consultation préalable à l'IMG, le médecin aborde les différentes questions concernant le fœtus, telles que :

- La présentation du corps de l'enfant : la femme enceinte, ou le couple, a le choix de voir ou de ne pas voir son enfant une fois qu'il est né ;
- L'autopsie : un examen du corps sans vie du fœtus est réalisé afin d'analyser les anomalies identifiées. Une autorisation des parents est nécessaire ;
- La déclaration de l'enfant à l'état civil et l'inhumation

- Pour les grossesses de plus de 22 semaines (soit plus de 24 semaines d'aménorrhée) ou pour les fœtus pesant plus de 500 g, une déclaration à l'état civil est obligatoire lorsque l'enfant est né vivant. L'inhumation ou la crémation sont également obligatoires. Les obsèques sont prises en charge par la famille.

- Pour les fœtus de plus de 22 semaines de grossesse (soit plus de 24 semaines d'aménorrhée) ou pour les fœtus pesant plus de 500 g, nés sans vie, l'inscription à l'état civil est obligatoire. L'enfant est alors déclaré né sans vie. L'inhumation et les funérailles par la famille sont possibles. Sinon la prise en charge est assurée par l'hôpital.

- Pour les fœtus de moins de 22 semaines ou de moins de 500 g nés sans vie, l'inscription à l'état civil et l'inhumation sont possibles à la demande des parents. Sinon la prise en charge est assurée par l'hôpital.

Le couple peut être aidé dans cette démarche par l'assistante sociale de l'établissement de santé.

Déroulement et suites de l'IMG

L'interruption médicalisée de grossesse se déroule dans le cadre d'une hospitalisation.

L'IMG par méthode médicamenteuse ou, en cas d'échec, par technique chirurgicale

Différentes méthodes d'IMG sont utilisées afin d'obtenir l'expulsion du fœtus le plus rapidement possible et avec le minimum de souffrance et de risques tant physiques que psychologiques pour la mère.

La plupart du temps, l'interruption médicalisée de grossesse est réalisée en déclenchant médicalement l'accouchement par les voies naturelles. Cela évite de fragiliser l'utérus par un geste chirurgical.

Pour cela, on associe plusieurs médicaments selon des modalités variables, en fonction :

- Du terme de la grossesse ;
- De l'état de santé de la femme ;
- De ses antécédents gynécologiques et obstétricaux ;
- Des contre-indications éventuelles.

Les médicaments utilisés déclenchent des contractions et la procédure peut être assez douloureuse. Selon l'âge de la grossesse, une anesthésie, péridurale le plus souvent, peut donc être programmée. Elle est précédée d'une consultation pré-anesthésie.

En cas d'échec de la technique médicamenteuse, une technique chirurgicale d'IMG est envisagée par l'équipe médicale (curetage par aspiration, évacuation du contenu utérin après dilatation du col de l'utérus).

Lorsque la grossesse est de plus de 22 à 24 semaines d'aménorrhée, une **anesthésie fœticide** est recommandée avant le déclenchement de l'accouchement, au vu des connaissances sur la douleur chez le fœtus. Les protocoles sont très variables d'une équipe à l'autre. Le plus souvent, il consiste à injecter dans le cordon ombilical une drogue anesthésiante ou analgésiante puis une drogue fœticide (entraînant la mort du fœtus).

Pendant et après l'intervention, des précautions sont prises pour éviter les effets secondaires et les risques, tant pour la santé de la mère que pour une future grossesse.

Après l'IMG

Pour les grossesses de plus de 15 semaines d'aménorrhée (ou 13 semaines de grossesse), un traitement peut être prescrit pour faciliter les suites de couches et éviter la montée de lait. »

La consultation post-Interruption Médicale de Grossesse

Une **consultation post-IMG** est effectuée quelques semaines après la réalisation de l'IMG.

Abréviations

AG : Age gestationnel

AS : Assistante sociale

AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

AVB : Accouchement par voie basse

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CHRS : Centre d'hébergement et de réhabilitation sociale

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

CPDPN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

CGS : Centre de gynécologie sociale

CS : Consultation

DIU : Dispositif intra-utérin

DPI : Dossier Patient-Informatisé

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*)

FCS : Fausse couche

GO : Gynécologue-Obstétricien

HDJ : Hôpital de jour

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMG : Interruption médicale de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : Médecin Généraliste

MFIU : Mort fœtale in utero

PEC : Prise en charge

PH : Praticien hospitalier

PMI : Protection maternelle et infantile

PTSD : Syndrome de stress post-traumatique (en anglais *Post-traumatic stress disorder*)

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RUD : Risque, urgence, dangerosité

SA : Semaines d'aménorrhée

SD : Ecart-type (en anglais *Standard deviation*)

SF : Sage-femme

SFC : Sage-femme coordinatrice

TS : Tentative de suicide

VPI : Violence entre partenaires intimes

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les humains et mes confrères et consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Résumé

Contexte

En France, la réalisation d'une interruption médicale de grossesse (IMG) est légalement possible sans limite de terme lorsque que la grossesse « met en péril grave la santé de la femme ». Une équipe pluridisciplinaire est alors chargée d'examiner la demande de la femme (article L2213-1 du CSP). Dans la littérature, peu de données épidémiologiques et cliniques sont disponibles concernant ces IMG d'indication maternelle. Depuis la modification de la loi en 2001, la revue de la littérature scientifique identifie 4 études rétrospectives observationnelles françaises sur le sujet. Ces études apparaissent incomplètes concernant les diagnostics psychiatriques, les typologies des contextes psychosociaux et les situations de violences subies par ces femmes. Un protocole de type parcours de soins est appliqué depuis janvier 2021 au CPDPN Timone-Conception à Marseille pour l'évaluation des demandes d'IMG pour motif psychosocial. Il nous a semblé intéressant d'étudier précisément ces demandes d'IMG et d'évaluer l'utilisation de ce protocole.

Objectifs

Objectif principal de l'étude : Décrire la prévalence des diagnostics psychiatriques chez les patientes faisant une demande d'IMG pour motif psychosocial et analyser les facteurs associés à ces prévalences. *Objectifs secondaires* : 1) Décrire la typologie des contextes sociaux des patientes. 2) Décrire la typologie des contextes psychologiques et affectifs des patientes, incluant les violences subies rapportées par les patientes. 3) Évaluer la concordance entre le protocole du parcours de soin des patientes et les données recueillies dans le dossier médical de la patiente.

Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective sur dossiers. Une grille d'évaluation détaillée des dossiers a été construite à partir de la littérature. Elle a permis de recueillir de façon pseudonymisée les données sur les caractéristiques socio-démographiques, cliniques, et le parcours de l'IMG pour motif psychosocial ainsi que son issue (décision collégiale prise par une équipe pluridisciplinaire dédiée). *Critères d'inclusion* : Toutes les patientes ayant fait une demande d'IMG d'indication maternelle pour motif psychosocial entre 2007 et 2021 au CPDPN Timone-Conception. *Critères d'exclusion* : Les patientes ayant fait une demande d'IMG d'indication maternelle pour motif obstétrical ou pathologie somatique directe.

Résultats

Les résultats présentés dans ce travail sont des résultats préliminaires ne portant que sur les patientes de 2020 et 2021 : 27 patientes ont été incluses.

L'âge médian des patientes est de 25 ans. L'âge gestationnel médian lors de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est de 19+5 SA et celui lors de la réalisation de l'IMG de 20+5 SA. Le délai médian entre le 1^{er} contact et la RCP est de 8 jours. La prévalence des diagnostics psychiatriques actuels est de 48%, celle d'un contexte actuel de violences de 75%. On retrouve toujours plusieurs motifs intriqués. Les principaux sont les troubles psychiatriques, les violences, le jeune âge et l'échec de l'IVG, dans des contextes de précarité globale et de découverte tardive de la grossesse.

Conclusion

Notre travail ouvre des perspectives pour approfondir les travaux de recherche portant sur l'IMG pour motif psychosocial avec une approche contextuelle. Pour ce faire, il serait primordial d'améliorer la traçabilité des données. Ces nouvelles recherches pourraient permettre progressivement une plus grande harmonisation des pratiques, ainsi qu'une réflexion plus large pour déterminer les axes de prévention des facteurs de risque de l'IMG pour motif psychosocial.

Mots-clés

interruption médicale de grossesse – motif psychosocial – indication maternelle – indication psychiatrique – violences – réunion de concertation pluridisciplinaire – grossesse non désirée