



HAL
open science

Allongement du délai de l'ivg passant de 14 a 16 semaines d'aménorrhée en France : entre principe et réalité

Margot Duclos

► **To cite this version:**

Margot Duclos. Allongement du délai de l'ivg passant de 14 a 16 semaines d'aménorrhée en France : entre principe et réalité. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04662749>

HAL Id: dumas-04662749

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04662749v1>

Submitted on 26 Jul 2024

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

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



HAL Authorization

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
SAGE-FEMME

PROMOTION 2024

**ALLONGEMENT DU DELAI DE L'IVG PASSANT DE 14
A 16 SEMAINES D'AMENORRHEE EN FRANCE :
ENTRE PRINCIPE ET REALITE**

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Margot DUCLOS

Née le 9 février 1998

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame Caroline MARETTE

Sage-femme Coordonnateur en Maïeutique

**ALLONGEMENT DU DELAI DE L'IVG PASSANT DE 14 A
16 SEMAINES D'AMENORRHEE EN FRANCE : ENTRE
PRINCIPE ET REALITE**

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Merci à **Madame Marette**, sage-femme coordonnateur en maïeutique au Groupe Hospitalier du Havre, **directrice de ce mémoire**, pour m'avoir accompagnée et soutenue dans ce travail, pour sa gentillesse, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Merci à **Madame Ouvrard**, sage-femme enseignante et **guidante de ce mémoire**, pour son investissement, sa bienveillance, ses relectures et son accompagnement tout au long de ce travail.

Merci à **Monsieur Sabatier**, médecin en santé publique, pour m'avoir orientée et soutenue dans l'analyse des résultats et l'élaboration des tests statistiques.

Je tiens aussi à remercier **mon entourage** pour leur soutien sans faille.

Merci à ma famille – **mes parents, ma sœur** – qui m'ont toujours soutenue depuis ces huit années d'études supérieures, qui ont toujours su trouver les mots pour m'aider à tirer le meilleur de moi-même, qui m'ont toujours encouragée, félicitée. Merci car sans vous, je ne serais pas la personne que je suis aujourd'hui.

Merci à mes amies, **Victoire et Caroline**, qui ont fait de ces années en maïeutiques des années marquantes et riches en émotions.

Merci à mes amis de longue date, **Maël, Louanne et Lonni**, qui ont su me faire rire dans les moments difficiles et qui m'ont poussée à ne plus être la « dernière » diplômée de la bande.

Merci à **Victor**, mon compagnon, pour sa patience et son soutien dans les moments de doute, son amour et ses mots rassurants. Merci d'avoir cru en moi, en nous et à nos merveilleux projets.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
LA REVUE DE LA LITTERATURE	3
1. L'interruption volontaire de grossesse	4
1.1. En France	4
1.2. En Europe	7
1.2.1. Aux Pays-Bas.....	7
1.2.2. En Espagne.....	9
1.3. Dans le monde : exemple du Canada	10
2. Les différentes méthodes utilisées pour pratiquer un avortement	12
2.1. Les IVG médicamenteuses.....	14
2.2. Les IVG chirurgicales	16
2.2.1. IVG par aspiration utérine	16
2.2.2. IVG par procédure de dilatation et évacuation.....	18
3. Place de la sage-femme dans la prise en charge des IVG	19
3.1. Sage-femme et IVG médicamenteuse	20
3.2. Sage-femme et IVG chirurgicale	21
4. Ethique : la prise en charge du corps fœtal.....	23
4.1. Devenir du corps fœtal à la suite d'une IMG	23
4.2. Devenir du corps fœtal à la suite d'une IVG	24
RECHERCHE	26
1. Problématique et hypothèses	26
1. Objectifs et perspectives de l'étude.....	26
2. Matériel et méthode.....	27
2.1. Matériels de l'enquête	27
2.1.1. Recensement des protocoles	27
2.1.2. Questionnaire	27
2.2. Démarches et déroulement de l'enquête.....	28
2.2.1. Etat des lieux des protocoles élaborés par les réseaux régionaux de périnatalité français	28
2.2.2. Enquête par questionnaire	28
RESULTATS	33
1. Résultats bruts concernant les protocoles recensés pour les IVG \geq 14 SA.....	33
1.1. Protocoles des réseaux régionaux de périnatalité	33
1.2. Protocoles reçus des établissements de santé	35
1.3. Comparaison des protocoles des réseaux de périnatalité et des protocoles des établissements de santé.....	35

2.	Résultats bruts concernant les réponses au questionnaire	35
2.1.	Taux de réponses	35
2.2.	Caractéristiques générales des établissements de santé interrogés	36
2.3.	Pratiques hospitalières et IVG	37
2.3.1.	<i>Focus sur les établissements ne pratiquant pas d'IVG ≥ 14 SA</i>	<i>39</i>
2.3.2.	<i>Protocoles et données statistiques des établissements pratiquant les IVG ≥ 14 SA</i>	<i>39</i>
2.4.	Dernière question facultative.....	53

DISCUSSION.....	55
------------------------	-----------

1.	Forces et faiblesses de l'étude	55
1.1.	Forces de l'étude.....	55
1.2.	Biais et limites	56
2.	Analyse des résultats	57
3.	Propositions d'axes d'améliorations et ouvertures	64

CONCLUSION	66
-------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ACRONYMES ET GLOSSAIRE

AEIU	Aspiration Electrique Intra-Utérine
AEV	Aspiration Electrique sous Vide
ALP	Anesthésie Locale Para-cervicale
AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMV	Aspiration Manuelle sous Vide
APD	Analgésie Péridurale
CE	Compétences Essentielles
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés
DDG	Date de Début de Grossesse
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DROM-COM	Départements et Régions d'Outre-Mer et Collectivités d'Outre-Mer
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HAS	Haute Autorité de Santé
ICM	International Confederation of Midwives
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LCC	Longueur Cranio-Caudale
MAR	Médecin-Anesthésiste-Réanimateur
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en charge
SA	Semaines d'Aménorrhées
SDC	Suites de couche
SDN	Salles de naissances
SF	Sage-Femme

INTRODUCTION

Sujet d'actualité au cœur des compétences des sages-femmes, l'allongement du délai de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) passant de 14 à 16 semaines d'aménorrhées (SA) en France, soit de 12 à 14 semaines de grossesse, soulève différentes réflexions, tant chez les femmes que chez les professionnels de santé.

L'interruption volontaire de grossesse est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, qu'elle soit majeure ou mineure, française ou étrangère et autorisé jusqu'à 16 SA, par voie médicamenteuse ou instrumentale. Récemment promulgué, cet allongement du délai de l'IVG va-t-il impacter l'histoire de l'avortement ?

Depuis une dizaine d'années, la France connaît un taux de couverture contraceptive élevée avec un taux de natalité des plus hauts d'Europe. Bien que ce soit la première fois depuis la fin de la seconde guerre mondiale que le nombre de naissances passe sous la barre des 700 000, la France ne reste pas moins, en 2023, le 4^{ème} pays européen connaissant le taux de natalité le plus élevé [1-2]. Son taux d'avortements, quant à lui, a augmenté en 2022 suite à deux années de baisse exceptionnelle liée à la pandémie de Covid-19 [3]. Néanmoins, l'allongement de 2 semaines du délai légal de recours à l'IVG ne semble pas suffisant pour expliquer cette augmentation car les avortements tardifs représentent moins d'un cinquième du surplus observé par rapport à l'année 2021 [3].

Connue de nos sociétés aux quatre coins du globe, l'interruption volontaire de grossesse suscite continuellement des questionnements médicaux, éthiques et religieux. Les remaniements, qu'ils soient progressifs ou régressifs, font de cet acte un droit tangible dans les pays le légalisant. La France, décidée de faire de l'IVG un droit acquis et contemporain, a inscrit le droit à l'avortement dans sa Constitution le 8 mars 2024 [4]. Mais en 2022, le gouvernement français avait déjà pour objectif de faire évoluer l'avortement. En effet, la loi n°2022-295 du 2 mars 2022 a eu pour conséquence l'allongement du délai légal de l'IVG en France.

Deux ans après la promulgation de cette loi, la Haute Autorité de Santé (HAS) n'a pas encore publié de mise à jour de ses recommandations [Annexe 1] concernant les avortements entre 14 et 16 SA. Néanmoins, la HAS considère que les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées jusqu'à 9 SA et qu'au-delà l'IVG chirurgicale est à privilégier [5].

Au vu de cette nouvelle loi, de l'état actuel des recommandations de la HAS, des pratiques hospitalières observées en stage et connaissant les différentes possibilités de prises en charge des IVG, un questionnement peut se soulever :

L'allongement du délai de l'interruption volontaire de grossesse : quelles conséquences pour les maternités françaises ?

Dans un premier temps, nous nous sommes interrogés sur les protocoles utilisés au sein des maternités françaises pour les IVG ≥ 14 SA. Puis, nous nous sommes demandé comment l'allongement du délai de l'IVG à 16 SA impacte les services des maternités de France.

Afin de répondre à cette première question, nous avons recensé les protocoles de prise en charge des IVG ≥ 14 SA mis à jour sur le territoire français depuis la promulgation de la nouvelle loi. L'intérêt de cette recherche est de lister les méthodes mises en place pour ces IVG et de déterminer si les recommandations de la HAS sont appliquées dans les établissements de santé.

Pour répondre à la seconde problématique hypothèse, nous avons interrogé les sages-femmes responsables des maternités de France à travers un questionnaire afin de réaliser une étude quantitative, descriptive et multicentrique à l'échelle nationale. D'une part, nous avons enquêté sur chaque établissement afin d'identifier leur typologie et leur positionnement sur la prise en charge des IVG ≥ 14 SA. D'autre part, après avoir sélectionné les établissements réalisant des IVG ≥ 14 SA, nous nous sommes concentrés sur les difficultés et moyens mis en place pour ces avortements pratiqués entre 14 et 16 SA.

LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

A la une des médias, cette actualité est tout aussi importante au sein des maternités françaises. En décembre 2022, avant de débiter un stage en salle de naissances dans une maternité de type 3, la thématique de mon travail probatoire était choisie mais l'élaboration de ma problématique était toujours indécise. Dès mes premières gardes, j'ai été confrontée à deux IVG médicamenteuses (14 SA + 2 jours et 14 SA + 6 jours) ce qui a mis en évidence l'axe dans lequel je devais traiter ce sujet. Durant cette garde, j'ai pu observer et participer aux moyens mis en œuvre pour la prise en charge de ces patientes. A été observé l'utilisation d'une salle de travail isolée des autres salles d'accouchement et une prise en charge de la douleur par analgésie péridurale (patientes hospitalisées au préalable en unité de grossesses pathologiques ne supportant pas la douleur avec des antalgiques per os). L'activité en salle de naissances battait son plein. Les arrivées – non prévues – de ces deux patientes dans la matinée m'ont permis de remarquer le malaise des professionnels du bloc obstétrical face à des termes si avancés. J'ai pu échanger avec les sages-femmes qui se trouvaient démunies face à l'absence de protocoles à suivre et à leurs difficultés à gérer les patientes en travail et les patientes en processus d'avortement.

La prise en charge de l'IVG est depuis de nombreuses années au cœur des débats. Longtemps sanctionné et qualifié de « crime », l'avortement clandestin a fait de nombreuses victimes (septicémies, hémorragies) au XXème siècle jusqu'à la création en 1950 du Mouvement Français pour le Planning Familial crée par la gynécologue Marie-Andrée Lagroua Weil-Halé. Relançant les tabous « avortement et contraception » tout en continuant d'opposer l'Eglise catholique aux nouveaux mouvements féministes et au gouvernement, les années 1970 dénoncent, pour la première fois, les injustices et les souffrances subies par les femmes souhaitant contrôler leur procréation [6]. De 1975 – avec la loi Simone Veil légalisant pour la première fois en France le droit à l'IVG – à aujourd'hui, l'histoire de l'IVG n'a cessé d'évoluer. Tout comme l'avortement, le métier de sage-femme a connu de réels changements. Au commencement, considéré comme « accompagnante de la parturiente », la sage-femme du XXème siècle connaît des missions plus vastes et variées et des compétences nouvelles. En effet, en 1945, l'ordonnance n°45-2184 du Général de Gaulle a instauré l'Ordre National des Sages-Femmes [7]. Depuis, la profession de sage-femme est qualifiée de profession médicale aux compétences limitées. Ayant de plus en plus de connaissances notamment en

gynécologie, la sage-femme a la capacité de prendre en charge le suivi des IVG médicamenteuses et chirurgicales. Cette fonction place ainsi la sage-femme en première ligne des révisions en lien avec l'avortement, venant impacter et modifier ses pratiques quotidiennes. Les différentes lois adoptées successivement sur l'IVG, et ce depuis quasiment 50 ans, prouvent que l'IVG et sa prise en charge sont une question de santé publique hautement considérées, où la parole et les choix des femmes sont écoutés, évalués et estimés. C'est pourquoi, le 16 septembre 2020, le rapport d'information fait au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'IVG est remis à l'Assemblée nationale et sera à l'origine du nouvel allongement du délai légal d'IVG. Auparavant, près de 4000/5000 femmes ayant dépassé la limite autorisée pour les IVG en France se rendaient, chaque année, à l'étranger pour interrompre leur grossesse [8].

1. L'interruption volontaire de grossesse

1.1. En France

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), l'année 2022 a été marquée par plus de 234 000 avortements en France contre environ 216 000 en 2016 [3,9]. Bien que relativement stable, cette légère augmentation peut s'expliquer par l'allongement du délai autorisant l'avortement, la possibilité de réaliser une IVG dans de nouveaux établissements de santé ayant acquis le droit de pratique comme c'est le cas des cabinets libéraux, des centres publics ou privés et de la permission d'effectuer des IVG en téléconsultation [10]¹.

Néanmoins même si la législation est en faveur du maintien du droit à l'IVG, en 2020 près de 8% des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en 10 ans. Selon le rapport d'information n°3343 déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'IVG, la fermeture de ces centres s'explique par un manque de praticiens habilités à pratiquer l'IVG et par un « désintérêt à l'égard d'un acte médical peu valorisé et considéré comme peu valorisant » [11]. En corrélation avec cette diminution des centres, la France connaissait déjà en 2019 « des territoires en tension dans la majorité des régions »

¹ Mesures dérogatoires appliquées dès 2020 et énoncées dans le Système National des Données de Santé

concernant l'accès à l'IVG [12] même s'il n'existait pas de « zones blanches ». Mise en évidence par la ministre de la santé, Agnès Buzyn, cette hétérogénéité d'accès aux soins d'avortement a permis la mise en place de mesures concrètes telles que « l'inscription de l'IVG comme action prioritaire de la formation continue des médecins et des sages-femmes » aboutissant à un rapport global remis au Parlement en janvier 2020 [12].

Historiquement, le 4 juillet 2001, la loi Veil connaît son premier grand tournant où la proclamation d'une nouvelle loi – la loi Aubry-Guigou – allonge le délai d'accès à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse tout en supprimant de nombreuses contraintes prévues dans le texte de 1975 [13]. Cet allongement, bien qu'étant une réelle avancée dans le droit des femmes où leur liberté de choisir ce qu'elles souhaitent faire de leur corps est devenue prioritaire, a soulevé de nombreuses questions éthiques et médicales à l'époque. Aujourd'hui, toutes ces réflexions établies il y a une vingtaine d'année semblent toujours d'actualité et ancrées dans la réalité de notre société. Révolutionnaires en 2001, les méthodes d'IVG pour des termes de 14 SA étaient déjà bien connues des chirurgiens où leur technique et matériel restaient adaptés. A 16 SA, la technique chirurgicale est différente : les canules utilisées ne sont pas adaptées à l'aspiration d'un fœtus d'un plus gros volume et ce geste doit respecter l'anatomie génitale féminine [14].

En effet, entre 14 et 16 SA le geste chirurgical change de nature comme le précise le communiqué du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [15] datant du 12 octobre 2020. Ce communiqué avait pour but de soulever les problématiques associées à l'allongement du délai légal de 14 à 16 SA. Adoptée le 8 octobre 2020 par l'Assemblée Nationale, cette proposition de loi, précurseur de la loi de mars 2022, a été décriée par le CNGOF. Le collège explique la différence de technique entre l'IVG pratiquée à 14 et 16 SA. Selon le CNGOF, à 16 SA, il y a nécessité de pratiquer une dilatation du col ce qui ne serait pas sans conséquence pour les femmes (risque de lésions définitives et de complications obstétricales) et ce qui entrainerait une désaffection des professionnels de santé qui réalisaient les IVG avant cette nouvelle loi [15]. Quant à la technique d'IVG médicamenteuse à ce terme, celle-ci nécessite des moyens en personnel insuffisamment financé par la nomenclature actuelle de cet acte. En d'autres termes, un an et demi avant que la loi de mars 2022 ne soit promulguée, le CNGOF exprimait son désaccord quant à l'allongement du délai mais prônait la nécessité de raccourcir le temps de prise en charge d'une IVG à 5 jours maximum afin d'éviter à de nombreuses femmes de se retrouver à être hors délai légal.

Le 2 mars 2022, le Président de la République, Emmanuel Macron, promulgue la loi n°2022-295 visant à renforcer le droit à l'avortement [16] avec notamment l'allongement du délai de l'IVG passant de 12 à 14 semaines de grossesse. La problématique autour du temps de prise en charge est partiellement résolue en supprimant le délai de réflexion de deux jours. S'ensuit la réadaptation et la mise à jour des textes. Les ajustements réalisés sont les suivants :

« Les délais dépendent de la méthode choisie :

- L'IVG médicamenteuse est pratiquée jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse, soit au maximum 9 semaines après le début des dernières règles [Annexe I].
- L'IVG chirurgicale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit 16 semaines après le début des dernières règles.

Tous les établissements de santé publics ou privés ne pratiquent pas les 2 techniques d'avortement, il est donc important de s'informer le plus tôt possible ». [17]

Cette loi propose une conduite à tenir idéale de prise en charge en fonction du terme de la grossesse. Néanmoins, elle n'oublie pas de mentionner que la prise en charge varie en fonction des structures. Dans la réalité, quelques établissements de santé ont acquis les compétences nécessaires et les matériels adéquats pour réaliser des IVG chirurgicales à ces termes.

Bien que la méthode médicamenteuse soit possible entre 14 et 16 SA, elle nécessite certaines adaptations. Pour ces IVG, la pose d'une analgésie péridurale peut être proposée pour soulager la douleur [18]. Ces femmes nécessitent alors d'un suivi pré et post-abortum en salle de naissances et sont susceptibles de connaître les mêmes complications qu'une femme après un accouchement voie basse. Différents professionnels de santé sont sollicités (gynécologues-obstétriciens, sage-femme, médecin anesthésiste-réanimateur, AS/AP ...). Les conduites à tenir pour cette période de 14-16 SA soulèvent de multiples questions éthiques et organisationnelles pour les établissements.

Afin de savoir ce qu'il se fait ailleurs, il semble pertinent d'étudier l'avortement à l'échelle mondiale, d'un point de vue législatif et technique, en se concentrant sur des pays où le délai d'IVG est supérieur ou égal à 14 SA. Seront pris, pour comparatif, des pays développés comme le Canada autorisant l'avortement à terme

(41 SA), l'Espagne et les Pays-Bas légitimant respectivement l'IVG jusqu'à 24 SA et 22 SA.

1.2. En Europe

A l'échelle européenne, dans la majorité des pays l'avortement est légal sur demande ou pour de larges motifs sociaux ou économiques [19]. En effet, ces pays ont reconsidéré leur législation dans les années 1970-1980. Cela a permis à l'IVG d'être autorisée, depuis 2017, dans 29 des 43 pays européens, soit pour 67% des femmes européennes en âge de procréer, et dans 4 pays pour des raisons socioéconomiques (viol, inceste, détresse maternelle ...) [20]. Même si seulement deux pays européens interdisent totalement l'accès à l'avortement (Andorre et Vatican), il n'empêche que ce droit est inégal sur le continent créant un paysage juridique disparate avec un accès limité [21,22]. C'est pourquoi, certaines populations aux lois restrictives ont dû mettre en place des « stratégies de contournements » [20]. Vivant dans un pays ne proposant pas les mêmes limites d'âge gestationnel, ayant des temps d'attente trop longs ou prônant l'objection de conscience [23,24], certaines femmes sont dans l'obligation de se déplacer vers des pays ou des régions proches, dans lesquels le contexte légal lié à l'avortement est plus favorable. En Europe, grâce à des délais d'avortement plus longs, les pays connaissant des taux de déplacements les plus élevés et les plus fréquents sont l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Espagne [20].

1.2.1. Aux Pays-Bas

Depuis le 1^{er} novembre 1984, suite au projet de loi énoncé en 1981, l'IVG est légalisée aux Pays-Bas. Afin de fixer le délai légal de l'avortement, la logique néerlandaise s'est basée sur la viabilité fœtale : avant 22 SA, le fœtus n'étant pas considéré comme viable, l'accès à l'IVG est donc réalisable jusqu'à ce terme [22]. Auparavant obligatoire, le délai de réflexion de 5 jours débutant après la première consultation chez le médecin a été supprimé en juin 2022 ; la loi étant entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Publiant peu de données sur ce sujet, les dernières collectées datent de 2018. De 2016 à 2018, le nombre d'avortements réalisés aux Pays-Bas est resté stable passant de 30 144 [25] à 31 002 [26]. En 2018, la grande majorité des IVG ont été pratiquées lors de la sixième semaine d'aménorrhée ; néanmoins 45% d'entre elles l'ont été après 7 SA. Concernant les avortements réalisés entre 13 et 22 SA – soit ceux qui nous

intéressent pour cette étude – ils sont au nombre de 5 447 signifiant que 18% des IVG néerlandaises ont été pratiquées durant le deuxième trimestre de grossesse [26].

Grâce à l'utilisation croissante de la « pilule abortive » prescrite jusqu'à 9 SA, les Pays-Bas connaissent une augmentation de leur taux d'avortement par méthode médicamenteuse (16% en 2011 contre 26% en 2018). En effet, aux Pays-Bas, l'avortement médicamenteux est recommandé entre 6 et 8 SA même si la méthode chirurgicale par aspiration est tout aussi proposée. En revanche, entre 9 SA et 12 SA, l'IVG est systématiquement faite de façon chirurgicale par aspiration. Au-delà de 13 SA et ce jusqu'à 22 SA, l'IVG chirurgicale change de nature, préférant le terme d'avortement instrumental [27]. En raison d'une politique conservatrice, très peu d'études développent explicitement – comme c'est le cas pour le Canada – des techniques d'avortement mises en pratique aux Pays-Bas ; seuls les cliniques ou hôpitaux réalisant ces actes développent le déroulement du processus via leur site internet officiel. Majoritairement, il est retrouvé que les avortements instrumentaux réalisés entre 13-17 SA et entre 18-22 SA sont semblables d'un point de vue technique, associant prise de mifépristone et anesthésie générale ; seules les durées d'opération et d'hospitalisation varient [28].

Quasiment 3500 femmes non néerlandaises (originaires d'Allemagne, de France et de Belgique) ont demandé, en 2017, un avortement aux Pays-Bas [29], malgré une absence de prise en charge financière par le système de santé [30].

Selon l'étude « *Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study* », réalisée entre juillet 2017 et mars 2019, 204 femmes enceintes se sont déplacées dans des pays où les lois sur l'avortement sont relativement permissives : la grande majorité de ces femmes ont été recrutées aux Pays-Bas (88%). Parmi ces 204 femmes, plus de la moitié d'entre elles provenaient d'Allemagne (115), les Françaises représentant la deuxième proportion la plus importante en ayant été 47. Pour 79% de ces femmes, leur déplacement transfrontalier pour accéder à des soins d'avortement est justifié par un délai d'accès à l'IVG dépassé dans leur pays d'origine. Pour la majorité d'entre elles (56%), leur grossesse a été confirmée à 14 semaines de grossesse ou plus et les participantes à cette étude ont voyagé pour des soins d'interruption de grossesse à une médiane de 18 semaines de gestation. D'après cette étude, les limites d'âge gestationnel semblent être contraires à la garantie d'accès à toutes les personnes nécessitant des soins d'avortements. Pour les auteurs, en abolissant les

limites d'âge gestationnel, aucune femme enceinte n'aurait besoin de traverser les frontières vers un autre pays européen pour accéder aux soins dont elle a besoin, de faire appel à l'avortement clandestin ou de mener une grossesse non désirée parce qu'elle est originaire d'un pays aux législations inflexibles [31].

1.2.2. En Espagne

Strictement interdit avant 1985, l'avortement est dépénalisé en Espagne en 1985 uniquement pour risque grave pour la santé de la femme, viols et malformations ou défaut du fœtus [32]. Cependant, depuis la loi organique de mars 2010 sur la santé sexuelle et reproductive et l'interruption volontaire de grossesse, le droit à l'avortement est acquis par toutes les femmes hispaniques [33]. En effet, cette loi de 2010, votée sous le gouvernement socialiste de Zapatero, a permis la légalisation et la gratuité de l'IVG jusqu'à 16 SA et jusqu'à la vingt-deuxième semaine de gestation (24 SA) s'il existe un risque grave pour la vie ou la santé de femme enceinte ou des anomalies graves chez le fœtus. Révolutionnaire en termes de droits des femmes avec notamment l'adoption en février 2023 d'une loi créant un « congé menstruel », le droit à l'avortement en Espagne fait débat dans le pays depuis quelques années. Depuis douze ans, le Parti Populaire de Centre Droit souhaite rétablir les modalités de la loi de 1985, restreignant l'accès à l'IVG. Alors que les Etats-Unis connaissent une régression historique en remettant en cause la légalisation de l'avortement, la Cour constitutionnelle espagnole, choisit, quant à elle, de rejeter le recours déposé par le Parti Populaire conservateur en entérinant l'actuelle loi de 2010 sur l'IVG [34].

D'après le Ministère de la Santé espagnol, les taux de recours à l'IVG sont stables voire en légère diminution depuis 2021. Avoisinant les 93 000-94 000 en 2016-2017, 90 189 IVG ont été pratiquées durant l'année 2021. 90% de ces avortements ont été réalisés avant 16 SA dont plus de 72% d'entre eux avant 8 SA, 22% entre 9 et 14 SA et à peine 5% entre 15 et 22 SA [35]. A noter, un très faible pourcentage (0,2%) représente les IVG pratiquées au-delà de 23 SA. Néanmoins, et même si la loi établit des conditions pour avorter au-delà de 16 SA, ce pays hispanique est l'une des destinations privilégiées des françaises qui sont « hors délai » dans leur pays d'origine. Plus flexible sans être détournée, la loi espagnole n'interdit pas la publicité sur les réseaux sociaux mais n'oublie pas de mentionner ses prix onéreux pour accéder à ce droit (interventions réalisées en fonction du terme entre 340 et 2100 euros) [36,37].

D'un point de vue technique, l'Espagne connaît des pratiques semblables à ses voisins. Jusqu'à 9 SA, l'avortement par méthode médicamenteuse via l'utilisation de mifépristone et de misoprostol est recommandé en première intention et est réalisé en quasi systématique. Au-delà de 16 SA, les Espagnols réalisent l'IVG grâce à la méthode de Karman, méthode chirurgicale consistant à vider le contenu de l'utérus par les voies naturelles en combinant dilatation et aspiration, le tout sans scalpel [38]. La méthode de Finks, plus communément appelé procédure de dilatation et d'évacuation est utilisée jusqu'à la vingt-deuxième semaine de gestation où le col se doit d'être davantage dilaté avec nécessité ou non d'ingérer de la Prostaglandine pour favoriser sa stimulation [36,37].

1.3. Dans le monde : exemple du Canada

A l'échelle mondiale, l'avortement fait régulièrement l'objet de publications et de nombreux organismes tels que les Nations Unies et l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) y collaborent. L'établissement d'un cadre légal autour de l'IVG est primordial même si les législations oscillent entre périodes d'assouplissement et de restrictions pour des raisons morales, éthiques, juridiques ou religieuses. Néanmoins, l'accès à l'IVG reste inégalitaire : les pays développés semblent avoir des motifs d'acceptation plus conciliants que ceux des pays moins avancés [20].

Le Canada, pays d'Amérique septentrionale et deuxième plus grand pays du monde, est l'unique pays autorisant l'avortement à tous les stades de la grossesse soit jusqu'à son terme (41 SA). Qualifiée de crime jusqu'en 1988, la Cour Suprême du Canada a aboli cette loi, la jugeant anticonstitutionnelle et la traitant de viol au nom du droit d'une femme « à la vie, la liberté et la sécurité de sa personne » [39]. Droit fondamental à travers le Canada, l'accès à l'IVG reste cependant un droit inégal selon les régions : certaines provinces possèdent un nombre insuffisant de centres pratiquant l'avortement, plusieurs régions doivent faire face à des mouvements anti-avortement de plus en plus présents [40] et d'autres provinces refusent de financer les avortements réalisés en dehors des hôpitaux alors que ces derniers sont gratuits pour toute femme disposant d'une carte d'assurance maladie. Selon l'Institut Canadien d'Information sur la Santé, plus de 74 000 avortements ont été pratiqués en 2020 dont 70% déclarés par les cliniques et 30% par les hôpitaux [41]. Réalisée avec des femmes de tout âge, cette étude, basée uniquement sur les hôpitaux du Canada, sans la prise en compte du Québec, propose des statistiques objectives sur l'avortement. La majorité des IVG (59%) a été réalisé à moins de 12 SA

(31,9% à 8 SA et moins et 27% entre 9 et 12 SA), tandis que plus de 18% ont été effectuées de 13 SA jusqu'au terme (8,6% entre 13 et 16 SA, 5,1% entre 17 et 20 SA et 4,4% à 21 SA et plus). A noter que dans cette étude 23% des avortements de 2020 ont un âge gestationnel inconnu. Pour se faire, les structures canadiennes ont pratiqué 76,5% d'interventions chirurgicales, 10,5% d'interventions médicamenteuses et 13% d'interventions médicamenteuses combinées à celles chirurgicales. Plus de 97% de ces IVG, quelle que soit la méthode choisie, n'ont connu aucune complication [41]. Depuis plus de trente ans, le Canada autorise l'IVG à des termes bien plus élevés que ceux proposés en France par la loi de mars 2022. Compte tenu de leur expertise clinique, l'expérience canadienne peut éclaircir la stratégie à adopter en France. Dans cette partie, les méthodes seront uniquement citées, leur technique de réalisation seront traitées et expliquées – pour la majorité – ultérieurement.

Au Canada, comme c'est le cas pour de nombreux pays, la méthode d'interruption de grossesse utilisée est fonction du stade de la grossesse et de la taille du fœtus qui se développe. Dans cet état, l'IVG médicamenteuse est non recommandée après 63 jours de grossesses soit après 9 SA. Avant ce terme, les Canadiens utilisent le misoprostol en combinaison avec le méthotrexate qui a pour rôle d'induire la mort de l'embryon en le privant de tous nutriments via la désintégration de la couche cellulaire qui le rattache à la paroi utérine [42]. A la différence de la France, ce n'est qu'en juillet 2015 que Santé Canada légalise le mifépristone (pilule abortive remplaçant ainsi le méthotrexate) [43], le Canada ayant été l'un des rares pays occidentaux à ne pas l'approuver jusqu'à l'heure [44]. Très largement utilisée entre 8 et 16 SA, la technique dite de succion-aspiration n'est autre que l'IVG chirurgicale réalisée par aspiration en France, incluant néanmoins plus aisément la pratique du curetage. En réalité, au-delà des 13 SA, plusieurs méthodes sont combinées : le fœtus étant plus grand avec des os plus solides, la méthode de dilatation et d'évacuation est la plus adaptée. Une variante de la technique chirurgicale est nécessaire après 20 SA faisant de la méthode de dilatation et d'évacuation, une méthode dite de dilatation et d'extraction [45].

A titre informatif, en 2021, le Docteur Philippe Faucher, gynécologue-obstétricien à l'hôpital Trousseau de Paris, a publié un article « l'allongement du délai légal de l'IVG est justifié ». Par cet éditorial, il met en lumière la légitimité d'assouplir et d'étendre le délai de l'IVG à 16 SA en France en prenant pour unique exemple le Canada. Pour se faire, il énonce ceci : « Le Canada n'ayant plus de loi restreignant l'avortement,

l'interruption de la grossesse est traitée comme toute autre procédure médicale. Il est capital de remarquer que dans un pays sans législation sur l'avortement, 90 % des IVG s'effectuent avant 12 SA et seulement 0,6 % après 20 SA » [14].

Ayant certes des termes légaux d'IVG différents, tous ces pays – la France, le Canada, les Pays-Bas et l'Espagne – suivent une procédure clinique apparentée : une consultation gynécologique afin de créer le dossier, de faire l'anamnèse de la patiente, d'évaluer cliniquement la patiente (examen clinique, analyses biologiques si nécessaires) avec la réalisation d'une échographie pelvienne et/ou endovaginale afin de connaître le terme exact de la grossesse. Cette consultation explique les différentes méthodes d'avortement existantes ainsi que leurs complications et leur devenir, détermine celle à utiliser et mentionne notamment le coût de l'intervention si le pays pratiquant l'IVG monnaie ses services. Une rencontre avec un psychologue ou un psychiatre est proposé systématiquement mais est rarement obligatoire hormis pour les mineures. S'ensuit l'hospitalisation, l'intervention d'avortement médicamenteuse ou chirurgicale et la période de surveillance variant selon le pays, la méthode et le terme de la grossesse interrompue.

2. Les différentes méthodes utilisées pour pratiquer un avortement

Tout comme le droit fondamental d'accès à l'IVG, les techniques pour interrompre une grossesse ont, elles aussi, connu une remarquable évolution. Loin de l'utilisation de graines de fougère ou de gingembre, de feuilles de saules ou de fenouil dans l'optique de provoquer des fausses couches au Moyen-Âge [46], les méthodes d'IVG ont suscité un réel intérêt de recherche scientifique. Le droit de la femme, sa personne, sa douleur, son vécu seront désormais au centre de cette prise en charge par les professionnels de santé.

Allonger le délai légal de l'IVG à 16 SA en France, semble être une avancée historique tant sur le plan juridique que sur le plan médical. Jusqu'à 12 semaines de grossesse, les méthodes médicamenteuse et chirurgicale étaient suffisantes et adaptées pour interrompre une grossesse. Néanmoins, l'allongement du terme légal de l'IVG a des conséquences directes sur le processus et le déroulement de l'interruption de grossesse. A des termes avancés compris entre 14 et 16 SA, le développement et la croissance du fœtus sont tels que les méthodes d'IVG françaises ne semblent plus forcément adaptées.

A la fin de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée, le fœtus mesure en moyenne 14 cm de longueur cranio-caudale (LCC) pour un poids de 240 g contre à peine 9 cm de LCC à 14 SA et 5,6 cm de LCC à 12 SA (selon la courbe de référence de Robinson) [47]. Au-delà de 14 SA, la méthode instrumentale « classique » ne paraît plus appropriée car le diamètre des sondes d'aspiration est trop petit pour pouvoir aspirer des fœtus de ce volume. C'est pourquoi une troisième méthode d'IVG, peu répandue en France, est pratiquée : la méthode dite de « dilatation et évacuation ». Cette méthode, utilisée dans certains pays européens pour des termes supérieurs à 14 SA, consiste en la dilatation suffisante du col dans l'optique de retirer le fœtus de l'utérus par l'utilisation de différentes pinces. Elle peut être complétée par un curetage si l'évacuation semble incomplète.

A l'échelle mondiale, 56 millions d'avortements sont réalisés chaque année, représentant 25% des grossesses (35 avortements pour 1000 femmes âgée de 15 à 44 ans) [48]. Au XXI^{ème} siècle, l'accès à l'avortement reste inégal sur la planète et les méthodes employées diffèrent en fonction du contexte légal et des services disponibles dans les pays. Loin des méthodes ancestrales aux risques graves sur la santé des femmes, les pays précédemment cités, où l'IVG est légalisée et où les obstacles économiques sont chimériques, utilisent depuis plusieurs années des techniques bien plus maîtrisées et sécuritaires pour les patientes [1]. Historiquement, la méthode instrumentale, basée sur le principe de maturation cervicale et d'aspiration, est recommandée dans l'IVG quel que soit le terme de la grossesse. Dans les années 1980, elle a été complétée par la méthode médicamenteuse grâce à la découverte de la mifépristone (hormone stéroïdienne anti-progestative stoppant l'évolution de la grossesse en faisant chuter le taux des hormones de grossesse, les β -hCG). En France, ces deux méthodes alternatives, en plus d'être fiables avec une prise en charge connue et adaptée, sont également à moindre risque de mortalité et de complications : lorsqu'il est réalisé par un clinicien qualifié, l'avortement est moins à risque de décès qu'une grossesse menée à terme [49,50].

Que ce soit en France, au Canada, aux Pays-Bas ou en Espagne, les progrès techniques ont permis à ces pays de développer, à des niveaux de maîtrise différents, les méthodes d'avortement par voie médicamenteuse ou chirurgicale.

2.1. Les IVG médicamenteuses

Depuis près de quarante ans, l'introduction des analogues de prostaglandine et de mifépristone a radicalement changé la gestion des IVG du premier et du deuxième trimestre. Stimulant la contraction du myomètre, provoquant la maturation et la dilatation du col de l'utérus, les prostaglandines ont su prouver leur efficacité dans les avortements médicamenteux et ce, à n'importe quel terme. Dans la théorie, les récepteurs à la prostaglandine sont présents tout au long de la grossesse signifiant que la prostaglandine et ses analogues sont compétents pour interrompre une grossesse du premier et du deuxième trimestre [51]. Préférés à la prostaglandine dans les IVG médicamenteuses, ces analogues – le sulprostone, le géméprost et le misoprostol – possèdent une action plus sélective sur le myomètre avec des effets secondaires gastro-intestinaux moindres.

Autrefois administré par voie intramusculaire, aux doses de 0,5 ml toutes les 4h, le sulprostone (dérivé de la prostaglandine E2 – PGE2) n'est plus utilisé par nos sociétés pour les IVG médicamenteuses à cause de son risque d'induire un infarctus du myocarde. Le géméprost (analogue de la prostaglandine E1 – PGE1) est, quant à lui, toujours d'actualité pour réaliser un avortement. Ayant des effets indésirables semblables aux autres dérivés (vomissements, diarrhées, fièvre, crampes, saignements, douleurs utérines), ce pessaire vaginal, 1 mg toutes les 3h, est à renouveler cinq fois sur 24 heures. Même si le temps moyen entre le déclenchement et l'expulsion est compris entre 14 à 18 heures, il n'est pas rare de devoir répéter les prises durant 48 heures ; de ce fait, ayant un coût relativement élevé et la nécessité de réfrigération pour le conserver, il n'est utilisé que dans les pays développés et, ces derniers, ne font pas de lui leur première intention [52]. Analogue synthétique de la PGE1, le misoprostol, ayant pour fonction première la prévention et le traitement de l'ulcère gastro-duodéal, a été utilisé de manière non autorisée comme abortif durant de nombreuses années avant que l'OMS ne le fasse figurer sur sa liste des médicaments essentiels [53]. Bien qu'existant sous forme orale et vaginale, la forme orale reste la plus popularisée dans les IVG médicamenteuse grâce au MisoOne®. Comprimé contenant un analogue synthétique de la PGE1, le MisoOne® induit les contractions utérines puis l'ouverture du col avant d'entraîner l'expulsion de l'œuf et du trophoblaste. Son schéma thérapeutique variant en fonction de l'âge gestationnel, les doses administrées sont adaptées à chaque patiente. Même s'il semblerait que l'avortement par voie médicamenteuse soit possible à tout âge gestationnel [53], la stratégie souhaitée par la HAS et soutenue par de nombreuses études médicales dans les

années 2000 (comme celle de Raghavan *et al* en 2009 [54]) est l'utilisation du misoprostol et de la mifépristone jusqu'à 9 SA. En dessous de 7 SA, il est recommandé d'administrer un comprimé de misoprostol 400 µg voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors Autorisation de Mise sur le Marché – AMM). Dès 7 SA et théoriquement jusqu'à 9 SA, deux comprimés de misoprostol 400 µg sont administrés par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM) [54]. Ne cessant d'évoluer, les délais et modalité de l'avortement sont continuellement remis en question. Il y a quelques années, les études sur les IVG médicamenteuses se focalisaient sur un terme inférieur ou égal à 9 SA, aujourd'hui, les études élargissent davantage le domaine de l'IVG médicamenteuse en s'intéressant à des âges gestationnels compris entre 11 et 13 SA où l'efficacité de cette méthode d'avortement était de près de 97% (33 846 femmes comprises dans l'étude) [55]. Néanmoins, sans contredire leurs confrères, d'autres études ont tout de même démontré, qu'au-delà de 12 SA, répéter la prise de misoprostol était nécessaire car le schéma avec une seule dose unique s'avérait être moins efficace [56]. Les complications associées à l'avortement par voie médicamenteuse telles que l'échec, l'expulsion incomplète, l'hémorragie, la douleur sont faibles et où la balance bénéfices/risques penche en faveur des bénéfices. Quant aux contre-indications, elles sont d'un nombre restreint comprenant la grossesse extra-utérine (GEU), les troubles de la coagulation, les allergies à la substance active ou excipients et la nécessité d'un retrait du dispositif intra-utérin avant l'acte [53].

Depuis 2003, l'OMS recommande dans ses directives pour des soins d'avortement sûrs de combiner le misoprostol avec la mifépristone [53]. Coûteux et disponible dans uniquement soixante-dix pays du monde, la mifépristone, connue sous le nom de Mifégyne[®], est un antagoniste des récepteurs de la progestérone [57] qui pour rôle d'arrêter la grossesse évolutive en faisant chuter le taux des β-hCG, en induisant la lutéolyse (involution du corps jaune d'un ovule en l'absence de fécondation), le décollement de l'œuf tout en préparant le col utérin. Administré par voie orale, ce comprimé de 200 µg est à ingérer 24 à 48 heures avant la prise de misoprostol [53]. Selon les études, l'association misoprostol/mifépristone n'augmente pas le taux de succès de l'avortement par rapport à la prise unique du misoprostol mais ce schéma permet néanmoins de raccourcir le délai entre le déclenchement et l'expulsion (94% de succès dans les 24 heures suivant la prise de misoprostol avec un pic plasmatique du mifépristone 2h après sa prise) [56].

Les proportions comparatives des méthodes médicamenteuses et chirurgicales varient selon les pays. Selon une étude incluant 24 pays du monde au revenu élevé doté de lois libérales sur l'avortement, les IVG médicamenteuses ont connu une réelle augmentation au cours des dix dernières années ; tandis que les termes des interruptions de grossesse étaient pour la majorité en-deçà de 15 SA et 11 SA [57]. Le recours plus précoce à l'avortement semble être en lien direct avec la démocratisation de l'IVG médicamenteuse grâce à la mise en évidence d'un risque plus élevé de réaliser une IVG à des stades de gestation tardive [57].

2.2. Les IVG chirurgicales

Concernant les avortements par voie chirurgicale, la méthode par aspiration utérine et le processus de dilatation et évacuation sont les techniques les plus répandues sur le globe, chacune connaissant leurs propres variantes, bien que le principe fondamental soit similaire.

2.2.1. IVG par aspiration utérine

Ancêtre de la dilatation et curetage vif, l'aspiration utérine, plus sûre (98 à 100% de réussite) et moins douloureuse, est devenue la méthode chirurgicale de référence pour les IVG du premier trimestre. De plus, depuis les années 1960 et ce, jusqu'à l'apparition de l'IVG médicamenteuse, elle était la méthode de choix pour l'interruption précoce de grossesse [58].

Théoriquement réalisable jusqu'à la quatorzième semaine de gestation (16 SA) par des professionnels de santé qualifiés, cette technique a pour but de vider le contenu de l'utérus par les voies naturelles, sans cicatrice. Par dilatation puis aspiration, le tout sans scalpel, cette opération nécessite d'être réalisée dans un établissement de santé aux compétences adaptées, sous anesthésie locale para-cervicale (ALP) ou générale selon les préférences de la patiente [52] et ne dure qu'en moyenne entre 3 à 10 minutes.

L'aspiration intra-utérine connaît deux variantes mais dans les deux cas, le contenu présent dans l'utérus est évacué grâce à une canule insérée dans le col utérin, reliée à une source de vide.

Généralement utilisée jusqu'à 16 SA, l'aspiration manuelle sous vide (AMV) ou aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est privilégiée des patientes. Le vide étant créé manuellement via l'utilisation d'une seringue de 60 ml, elle est plus silencieuse que l'aspiration électrique sous vide (AEV) aussi appelée aspiration électrique intra-utérine (AEIU), qui elle, crée son vide via une pompe électrique [52]. Néanmoins, l'AMV ne peut utiliser que des canules de 12 ml maximum, signifiant que l'AEV sera privilégiée pour des âges gestationnels plus avancés (parfois jusqu'à 17 SA) où il y aura nécessité d'utiliser des canules plus grandes et la praticité du vide soutenu sera un avantage supplémentaire.

A titre informatif, une étude randomisée comparant l'AMV et l'AEV a été réalisée et cette dernière ne trouva aucune différence significative en termes d'efficacité [59,60] et de complications où seules 0,1% des IVG ont connu des complications majeures telles que l'hémorragie avec transfusion, la perforation utérine, lacération cervicale (selon une revue systématique de 2015 combinant 57 études) [61].

Au bloc opératoire est employé la méthode sans contact où les instruments se doivent de rester stériles. Une fois la localisation et la taille de l'utérus contrôlées par palpation bimanuelle ou vérifiées à l'aide d'une échographie en cas de doute sur la date de début de grossesse (DDG), un spéculum de Cusco est inséré dans la cavité vaginale permettant l'exposition, l'examen et la désinfection du col de l'utérus avec une solution antiseptique de l'orifice interne jusqu'au bord du vagin. A l'aide d'un tenaculum (pince à griffe), le col est stabilisé et le canal cervical redresser : si une anesthésie locale est choisie, elle est réalisée à cette étape. En fonction du terme de la grossesse et de la parité de la patiente, la dilatation cervicale est réalisée : introduction douce et simultanée de canules de tailles progressives dans le canal cervical jusqu'au fond utérin avec mouvements de va-et-vient tournants, jusqu'à atteindre la dilatation souhaitée [58]. S'ensuit l'insertion de l'aspiration dans la cavité : une fois le vide transféré de la canule vers l'utérus, du sang et des tissus commencent à couler dans le matériel. Afin d'évacuer la totalité du contenu utérin, l'aspiration est tournée à 180 degrés à plusieurs reprises, dans un sens puis dans l'autre dans l'optique de couvrir toutes les surfaces de la cavité utérine.

A la fin de l'acte, vidé dans un récipient, le contenu de l'aspiration est inspecté afin de s'assurer que l'avortement soit complet via la recherche des villosités, du tissu

décidual ou du sac gestationnel, le tout devant être en quantité proportionnelle vis-à-vis de l'âge gestationnel (à partir de 9 SA, les éléments fœtaux sont visibles) [52]. De plus, des signes permettent d'identifier un utérus vide : la canule n'aspire plus de tissu mais seulement une mousse rouge ou rosée, une sensation de rugosité est ressentie lorsque la canule passe sur la paroi utérine et l'utérus se contracte autour de la canule.

2.2.2. IVG par procédure de dilatation et évacuation

La grossesse avançant à des termes supérieurs à 14 ou 15 SA (modalités de termes variant d'un pays à l'autre, d'un établissement à l'autre), le volume et la densité des tissus fœtaux suivent leur croissance et deviennent trop imposants pour réaliser une IVG chirurgicale par aspiration [62].

Cet acte, où la tête fœtale doit être concassée avant de pouvoir traverser les voies génitales féminines, recommande l'induction de la mort fœtale avant la procédure [63]. Pour éviter toute survie transitoire du fœtus [63], certaines institutions, aux alentours de 20 SA, injectent de la digoxine (médicament induisant arythmie, bradycardie et arrêt cardiaque du fœtus) ou du chlorure de potassium (non recommandé en pratique) dans le fœtus ou le liquide amniotique [45]. Si elle n'a pu être réalisée en amont, la mort fœtale est induite au cours de la procédure de dilatation et évacuation par section du cordon ombilical et rupture de la poche des eaux [64]. En plus d'être dépendante de l'éthique de chaque clinicien, cette procédure exige une formation avancée supplémentaire [53]. Conseillée entre 16 SA et 24-26 SA, cette IVG chirurgicale, plus intensive qu'une aspiration en début de grossesse, est efficace et son taux de complications – minimes dans la majorité des cas – est en corrélation direct avec les compétences des cliniciens.

Une fois l'âge gestationnel confirmé par le chirurgien qui pratiquera l'IVG [64], le col doit être préparé en amont de l'opération grâce à l'ingestion d'« agents d'amorçage » : le misoprostol (plusieurs heures avant), la mifépristone (une journée avant) ou les dilatateurs osmotiques (durant un à deux jours avant) [65]. Ces médicaments ont pour fonction de ramollir et d'ouvrir le col en donnant des contractions dans l'optique de diminuer les risques de traumatismes cervicaux et utérins et de faciliter l'extraction fœtale [50]. En effet, à mesure que le fœtus grandit et que ses os se durcissent, il devient plus difficile à extraire, d'où l'importance de dilater suffisamment le col [64]. Tout comme la méthode par aspiration, cet acte chirurgical est réalisé sous anesthésie locale

ou générale et dure en moyenne entre 15 à 20 minutes. Au bloc opératoire, l'antiseptie du col et son maintien grâce à une pince Pozzi sont identiques. Néanmoins et avant toute aspiration, il est important de s'assurer que le col soit suffisamment dilaté en essayant d'insérer le dilatateur de plus grand diamètre. S'il ne l'est pas convenablement, la dilatation mécanique est requise. S'ensuit une aspiration intra-utérine avec la plus grosse canule disponible (12 à 16 ml) où le liquide amniotique est aspiré dans un premier temps. Tout en maintenant le canal endocervical avec la pince de Pozzi, un forceps est introduit au travers du col, ses branches se referment autour des tissus fœtaux et des mouvements de rotation de 90 degrés sont réalisés pour faciliter la désarticulation du fœtus avant son retrait [45]. Cette manœuvre, couplée à l'aspiration au besoin, est répétée jusqu'à élimination complète du fœtus et de la majeure partie ou totalité du placenta. Pour éviter des lésions de l'utérus et du col, les fragments d'os acérés sont extraits avec prudence. Une fois terminé, une aspiration de contrôle est réalisée pour vérifier que l'évacuation soit complète et s'assurer qu'il ne subsiste pas de tissus résiduels [64]. Chaque partie du fœtus enlevée est examinée une à une pour avoir la certitude qu'aucun fragment ne reste dans l'utérus. Au-delà de 16 SA, chaque avortement se doit à la fin de la chirurgie d'identifier le thorax, la colonne vertébrale, la boîte crânienne, les quatre membres et le placenta. Au moindre doute, recourir à une échographie ou à un examen digital de la cavité utérine est essentiel pour confirmer l'évacuation totale [64].

Connue et pratiquée depuis de nombreuses années dans différents pays du globe, la procédure de dilatation et évacuation ne fait pas l'unanimité auprès des gynécologues-obstétriciens français [66]. Même si la nouvelle loi préconise une prise en charge chirurgicale dès 9 SA, très peu de professionnels de santé sont habilités à pratiquer cet acte. Outre le manque de personnel et la nécessité de former les chirurgiens, les établissements de santé français pointent du doigt un matériel inadapté pour cette méthode. De ce fait, de nombreuses structures hospitalières de notre pays ont dû s'adapter et proposer une prise en charge médicamenteuse, non recommandé par l'HAS, pour des termes compris entre 14 et 16 SA.

3. Place de la sage-femme dans la prise en charge des IVG

Profession en perpétuelle évolution, la profession de sage-femme a été reconnue, pour la première fois, en 2010, par l'International Confederation of Midwives (ICM), comme ayant des rôles principaux mais également facultatifs dans les soins liés à

l'avortement [67]. L'ICM, regroupant 132 associations de sages-femmes dans 113 pays du monde, décrit la portée mondiale de la pratique des sages-femmes en diffusant ses compétences essentielles (CE) à sa pratique (Essential Competencies for Basic Midwifery Practice). Grâce aux CE, la pratique mondiale des sages-femmes est reflétée et réévaluée régulièrement lors des Congrès internationaux des sages-femmes (Glasgow en 2008, Prague en 2014). Encouragées à acquérir des connaissances et compétences supplémentaires en périnatalité et reproduction tout au long de leur carrière, le rôle des sages-femmes dans la prise en charge des avortements connaît une vision plus contemporaine depuis 2016. En effet, l'ICM stipule qu'« une femme qui demande ou a besoin de services liés à l'avortement a le droit de se voir fournir de tels services par des sages-femmes » [68]. Même si le champ de pratique des sages-femmes est commun à l'échelle mondiale, leur champ d'exercices reste différent selon le pays où elles exercent.

3.1. Sage-femme et IVG médicamenteuse

En janvier 2016, la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé français a élargi le champ de compétences des sages-femmes en leur autorisant la prescription et la pratique de l'IVG médicamenteuse [69]. Cette loi vise à faciliter l'accès des femmes à l'IVG conformément aux recommandations du Haut Conseil de Santé Publique. Grâce à cette loi, les sages-femmes justifiant d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses sont habilitées à les pratiquer jusqu'à 7 SA hors établissement de santé et jusqu'à 9 SA en milieu hospitalier. A l'issue de la loi de modernisation de notre système de santé, le décret du 2 juin 2016 précise les conditions requises des sages-femmes libérales pour réaliser ces IVG [70].

L'importance du rôle des sages-femmes en orthogénie semble être de plus en plus démontrée ces dernières années. En effet, lors de la pandémie de la Covid-19, les sages-femmes libérales ont été en première ligne dans la prise en charge des IVG médicamenteuses [71]. Leur qualification a permis d'assurer une continuité des soins en soulageant les centres hospitaliers qui étaient submergés par la crise sanitaire. Lors du premier confinement, des mesures exceptionnelles ont été prises autorisant les sages-femmes libérales à pratiquer temporairement des IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA [72,73] et à réaliser les téléconsultations pour ces dernières. Le décret du 19 février 2022 puis la promulgation de la loi du 2 mars 2022, pérennisent l'allongement du délai pour réaliser une IVG médicamenteuse en ville jusqu'à 9 SA [10,74].

3.2. Sage-femme et IVG chirurgicale

En 2018, afin de mettre en évidence les fonctions et aspirations des sages-femmes dans le monde, l'étude « *Les soins liés à l'avortement et le rôle de la sage-femme : une perspective globale* » [67] a été réalisée. Grâce à une étude Delphi, le rôle des sages-femmes dans la fourniture de soins liés à l'avortement (prise en charge avant et après l'IVG, orientation et collaboration avec la planification familiale, explications des IVG avec facteurs de risques et effets indésirables, contraception) a été réaffirmée et établie comme étant une compétence essentielle dans leur pratique. Tandis que les connaissances sur les soins avant/après avortement ont été reconnues comme un contenu de base dans la formation de sage-femme, la réalisation d'avortement médical ou assisté par aspiration sont dites compétences facultatives, supplémentaires pouvant être acquises par les sages-femmes.

Déjà en 2009, les revues de littérature (Cochrane) et une étude comparant la pratique de l'avortement par des prestataires qualifiés (médecins) et des prestataires de niveau intermédiaire (sages-femmes) exposent l'intérêt des sages-femmes dans la prise en charge des IVG médicamenteuses et chirurgicales. En effet, ces études ont prouvé que les prestataires non médecins formés ou prestataires de niveau intermédiaires étaient dans la capacité de prendre en charge en toute sécurité et efficacité des IVG médicamenteuses et/ou chirurgicales au premier et deuxième trimestre [75]. L'utilité et la faisabilité de cette politique de prestataires de niveau intermédiaire a, depuis plusieurs décennies, été démontrée et acceptée dans des pays du monde entier. C'est pourquoi, la profession de sage-femme en France ne cesse d'évoluer de manière à minimiser l'implication des médecins, réduisant ainsi les coûts de personnel.

Depuis plus d'une décennie, l'accès à l'avortement connaît d'importants progrès. Grâce au programme national d'action pour l'accès à l'IVG lancé par Marisol Touraine, ministre de la santé en 2015 et au renforcement de son arsenal juridique et réglementaire, la majorité des recommandations formulées par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes ont pu être mises en œuvre [76]. Néanmoins, bien que la loi du 17 janvier 2013 réaffirme le droit des femmes de choisir sa méthode d'avortement, « IVG, mon corps, mon choix, mon droit », la méthode médicamenteuse semble être de plus en plus imposée [77-78].

Afin de réduire les inégalités d'accès à l'IVG au regard du maillage territorial des sages-femmes et de garantir le droit des femmes à choisir librement leur méthode d'avortement, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) plaide en faveur de la possibilité des sages-femmes à réaliser des IVG chirurgicales dans des structures hospitalières.

Le 30 décembre 2021, la profession de sage-femme entre en expérimentation relative à l'exercice des IVG instrumentales en établissement de santé suite à la publication du décret n°2021-1934 [79]. Un arrêté est écrit lançant un appel à projet national afin de sélectionner les établissements de santé participants [80]. L'expérimentation est menée pendant 3 ans.

Le 16 décembre 2023, le décret n°2023-1194 donne pleine compétence aux sages-femmes en matière d'orthogénie en leur autorisant la réalisation des IVG chirurgicales jusqu'à 16 SA lorsqu'un médecin compétent en matière d'IVG instrumentale, un gynécologue-obstétricien et un médecin anesthésiste-réanimateur sont présents dans l'établissement [81]. Le 23 avril 2024, le décret n°2024-367 vient modifier ce précédent décret en égalisant les conditions d'exercice pour la pratique des IVG instrumentales en établissement de santé entre les sages-femmes et les médecins [82]. Désormais, cette pratique est possible à condition d'exercer dans un établissement de santé, d'avoir une formation théorique en orthogénie ou de disposer d'une expérience professionnelle significative, d'avoir une formation pratique (observation d'au moins 10 actes IVG instrumentales et réalisation sous supervision d'au moins 30 actes) et d'être en capacité de gérer les complications éventuelles liées à l'IVG [83].

Ayant pour rôle unique de délivrer les médicaments abortifs il y a une vingtaine d'année [84], la sage-femme française d'aujourd'hui possède des compétences et responsabilités en matière d'orthogénie sans précédent. Grâce à une formation théorique et pratique complète et valide, la sage-femme a les pleines compétences pour diagnostiquer la grossesse, effectuer le suivi pré et post-IVG et pratiquer des IVG médicamenteuses et chirurgicales sous certaines conditions. Cela sera d'autant plus vrai pour les sages-femmes qui feront un troisième cycle court d'étude de maïeutique.

4. Ethique : la prise en charge du corps fœtal

Depuis la loi « Veil » du 17 janvier 1975 [13], l'avortement est dépénalisé en France. D'emblée, la France a distingué :

- La notion d'IVG : grossesse interrompue car non souhaitée
- La notion d'IMG (Interruption Médicale de Grossesse ; appelée à l'époque Interruption Thérapeutique de Grossesse) : grossesse souhaitée interrompue pour des raisons fœtales et/ou maternelles

Pratiquée à « toute époque de la grossesse », l'IMG peut être réalisée à des termes communs de l'IVG. Néanmoins, le corps fœtal d'une IMG ne connaîtra pas la même prise en charge qu'un corps fœtal issue d'une IVG. Depuis la loi du 2 mars 2022 qui allonge le délai légal de l'IVG et ainsi la taille du fœtus, cette conduite questionne et une réelle réflexion éthique semble légitime.

4.1. Devenir du corps fœtal à la suite d'une IMG

Le texte du 4 juillet 2001 [85] complété par le décret du 3 mai 2002 [86] régit la politique actuelle de l'IMG. Elle est pratiquée pour motif médical soit pour raison maternelle (mise en péril grave de la santé de la femme si poursuite de la grossesse), soit pour raison fœtale (forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic) [87]. La demande d'IMG est acceptée ou refusée par une équipe pluridisciplinaire.

Lors d'une IMG < 22 SA, un certificat d'accouchement est donné aux parents leurs permettant d'obtenir un acte d'enfant né sans vie à la mairie. Ils pourront, s'ils le souhaitent, inscrire leur enfant dans leur livret de famille dans la case « décès » et lui donner un prénom [87].

Lors d'une IMG > 22 SA, le couple se doit de déclarer l'enfant à l'état civil et d'obtenir un acte d'enfant né sans vie. Néanmoins, le choix d'inscrire l'enfant dans le livret de famille et de lui donner un prénom reste facultatif [87].

Quel que soit le terme de grossesse, le corps fœtal d'une IMG peut être pris en charge facultativement par les parents et ainsi bénéficier d'obsèques. Si les parents ne

souhaitent pas réaliser d'obsèques, le corps fœtal est pris en charge par l'hôpital pour une crémation [87].

4.2. Devenir du corps fœtal à la suite d'une IVG

A plus de 14 SA et bien que morphologiquement semblables, un fœtus issu d'une IMG et un fœtus issu d'une IVG ne connaîtront pas le même devenir. Cette différence de traitement posait sans doute question auparavant, éveille davantage les consciences depuis la promulgation de la loi du 2 mars 2022. L'arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés (DASRI) et des pièces anatomiques d'origine humaine [88] et l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI et des pièces anatomiques [89] permettent aux établissements de santé de prendre en charge les corps fœtaux selon leur catégorie.

Depuis l'allongement du délai légal de l'IVG, les équipes hospitalières ont dû s'adapter concernant la prise en charge du corps fœtal.

Fragment d'organe ou de membre, non aisément identifiable par un non spécialiste [90], les fœtus de petits termes peuvent être considérés comme déchets anatomiques et sont mélangés et éliminés comme des DASRI. Les DASRI sont par exemple les déchets de laboratoire, les aiguilles, les seringues, les tubulures, les sondes, les drains, les gants ayant été en contact avec des liquides biologiques [91]. L'élimination des déchets anatomiques est des DASRI est généralement faite en co-incinération dans une usine d'incinération d'ordures ménagères [89]. Dans ce cas, le corps fœtal « non identifiable » se retrouve donc mélangé avec les autres déchets matériels et la question du respect du corps est posée.

Néanmoins, les fœtus âgés de 14-16 SA sont aisément identifiables et ne semblent plus pouvoir être pris en charge comme les fœtus de plus petits termes dits « non identifiables ».

Un fœtus de plus de 14 SA ne peut plus être qualifié de « déchet anatomique ». Etant aisément identifiable par un non spécialiste comme un organe, un membre ou

fragment d'organe ou de membre [90], le fœtus de plus de 14 SA se doit d'être considéré comme pièce anatomique identifiable.

Les pièces anatomiques sont incinérées – entre elles – dans un crématorium autorisé [91]. Le corps fœtal est collecté dans un emballage spécifique utilisé pour entreposer les pièces anatomiques d'origine humaine (emballage rigide, compatible avec la crémation, homologué au titre de l'arrêté du 1^{er} juin 2001). La mention « pièces anatomiques d'origine humaine destinées à la crémation » doit être inscrit en toute lettre sur l'emballage contenant le corps fœtal [88]. A noter, chaque pièce anatomique d'origine humaine doit faire l'objet d'une identification garantissant l'anonymat.

Le fœtus suit ensuite un circuit particulier avant d'arriver au crématorium. Les pièces anatomiques dont font partie les corps fœtaux sont entreposées dans une cellule de stockage réfrigéré [89] avant d'être pris en charge par un transporteur allant au crématorium.

Comme pour les DASRI, l'établissement de santé doit établir une convention avec le producteur et l'exploitant du crématorium. A la différence des DASRI, le producteur (établissement de santé) est dans l'obligation de tenir à jour un registre nominatif des pièces anatomiques [91].

RECHERCHE

1. Problématique et hypothèses

La promulgation de la loi du 2 mars 2022 a changé le paysage de l'orthogénie française. Depuis plus de deux ans, les établissements de santé doivent faire face à cette nouvelle demande et adapter leur prise en charge. Aujourd'hui, il n'existe pas de mises à jour des recommandations nationales ou collégiales concernant la méthode d'IVG à privilégier pour des termes supérieurs ou égaux à 14 SA. Nous avons alors formulé la problématique suivante :

L'allongement du délai de l'interruption volontaire de grossesse : quelles conséquences pour les maternités françaises ?

A partir de nos recherches bibliographiques, nous pouvons formuler les hypothèses suivantes :

1. L'absence de mise à jour des recommandations de la HAS depuis le 2 mars 2022 pour les IVG \geq 14 SA induit des prises en charges d'IVG différentes sur le territoire français.
2. Le postulat de départ établi par la HAS préconisant une IVG chirurgicale au-delà de 9 SA n'est pas protocolisé de la sorte dans les établissements de santé.
3. L'allongement du délai de l'IVG à 16 SA impacte le fonctionnement des services hospitaliers.

1. Objectifs et perspectives de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques hospitalières concernant les IVG entre 14 et 16 SA afin d'objectiver les moyens mis en œuvre, les difficultés qui peuvent être rencontrées et de pouvoir se questionner sur l'intérêt d'une harmonisation des pratiques.

Les perspectives de l'étude seraient de protocoliser la prise en charge hospitalière des IVG entre 14 et 16 SA et d'établir un réseau de soins à l'échelle nationale pour pouvoir orienter les femmes selon leur choix de méthode d'avortement.

2. Matériel et méthode

2.1. Matériels de l'enquête

2.1.1 *Recensement des protocoles*

Dans un premier temps, nous avons choisi de recenser les protocoles traitant de la prise en charge des IVG entre 14 et 16 SA sur les territoires français, de la métropole jusqu'aux Départements et Régions d'Outre-Mer et Collectivités d'Outre-Mer (DROM-COM). Nous avons choisi de nous appuyer sur les protocoles des 17 réseaux de périnatalité régionaux afin d'élaborer un état des lieux des protocoles mis en place pour les IVG ≥ 14 SA en France.

2.1.2 *Questionnaire*

Puis nous avons choisi de mener une recherche par la réalisation d'une enquête quantitative descriptive multicentrique à l'échelle nationale auprès des sages-femmes coordonnatrices en maïeutiques et sages-femmes coordinatrices des maternités. Afin de simplifier l'écriture de ce document, nous avons choisi de les appeler sages-femmes responsables des maternités sans les différencier pour la suite de la rédaction. Le support choisi a été un questionnaire composé de questions fermées ou ouvertes ainsi que de questions à choix multiples. La méthodologie de cette étude a, au préalable, été validée par la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHU de Rouen [Annexe II].

Le questionnaire a été élaboré autour de quatre grandes parties :

- Le recueil des renseignements généraux concernant l'établissement de santé où exerce la sage-femme responsable. Cette première partie conditionne la suite du questionnaire et permet de sélectionner les établissements réalisant des IVG ≥ 14 SA.
- Le recueil des protocoles et des données statistiques pour les IVG à tous termes confondus du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023.
- Le recueil des protocoles et des données statistiques pour les IVG ≥ 14 SA du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023.
- Le recueil des pratiques hospitalières pour l'IVG ≥ 14 SA.

2.2. Démarches et déroulement de l'enquête

2.2.1. Etat des lieux des protocoles élaborés par les réseaux régionaux de périnatalité français

Pour répondre aux hypothèses « l'absence de mise à jour des recommandations de la HAS depuis le 2 mars 2022 pour les IVG \geq 14 SA induit des prises en charges d'IVG différentes sur le territoire français » et « le postulat de départ établi par la HAS préconisant une IVG chirurgicale au-delà de 9 SA n'est pas protocolisé de la sorte dans les établissements de santé », nous avons recensé les protocoles traitant de la prise en charge des IVG entre 14 et 16 SA sur les territoires français, de la métropole jusqu'aux DROM-COM.

Afin de recenser les différents protocoles pratiqués sur le territoire, nous nous sommes rapprochés des réseaux de périnatalité. La France possède 13 régions métropolitaines et 5 régions ultra-marines. Nous avons donc inclus les réseaux périnataux régionaux : 12 réseaux en métropole (la région Provence-Alpes-Côte d'Azur étant fusionnée avec la région Corse) et 5 réseaux en outre-mer.

Nous avons d'abord recherché les protocoles sur leur site internet. Lorsqu'ils étaient absents ou en accès refusé, nous les avons alors contactés par mail, par appel téléphonique ou par visioconférence. Nous avons également contacté les réseaux lorsque les protocoles étaient accessibles sur leur site internet mais que ces derniers n'étaient pas mis à jour depuis la loi du 2 mars 2022. Au fur et à mesure, nous complétions un tableau sur le logiciel de traitement de texte Word en y notant les noms des protocoles recueillis et le type de méthodes utilisés pour ces IVG.

2.2.2. Enquête par questionnaire

Afin de compléter les réponses aux hypothèses précédentes et de traiter l'hypothèse « l'allongement du délai de l'IVG à 16 SA impacte le fonctionnement des services hospitaliers », nous avons réalisé une étude quantitative descriptive et multicentrique à l'échelle nationale.

L'étude a été réalisée entre le 27 décembre 2023 et le 15 février 2024 à l'aide d'un questionnaire numérique. Celui-ci a été adressé aux sages-femmes responsables du secteur privé et public des établissements de santé français.

Critères d'inclusions :

- Sages-femmes responsables de maternité (public ou privé)
- Exerçant sur le territoire français, en métropole ou dans les DROM-COM
- Exerçant dans n'importe quel type de maternité

Nous avons fait le choix d'étendre notre étude à tous les types de maternité afin d'avoir une vision globale et sans biais des pratiques françaises.

Nous avons décidé de diffuser notre questionnaire aux sages-femmes responsables en précisant le souhait d'une seule réponse attendue par établissement. Ces sages-femmes responsables ont, en effet, connaissance des nouvelles procédures, des protocoles mis en place et de leurs modalités, de l'organisation des services, des difficultés et des ressentiments de leurs équipes.

Nous avons convenu de réaliser l'étude sur la période du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023. Le choix de cette période nous a semblé légitime afin de pouvoir traiter et analyser les données de façon consciencieuse dans le temps imparti. Néanmoins, nous savions que cette période pouvait contraindre les participants à l'étude dans le requêtage des données.

Le questionnaire [Annexe III] a été initialement élaboré sur le logiciel traitement de texte Word puis converti sur la plateforme LimeSurvey. Logiciel d'enquête statistique, de sondage et de création de formulaire en ligne, LimeSurvey correspondait à notre projet et nous garantissait la publication internet de notre questionnaire de façon sécurisée.

Notre questionnaire était composé de 24 questions pour lesquelles des sous-questions pouvaient être proposées selon la réponse apportée. La majorité des questions étaient à caractère obligatoire afin d'analyser les données de manière optimale et éviter les questionnaires incomplets. Les questions concernant les données statistiques des IVG étaient, quant à elles, facultatives afin de permettre la poursuite du questionnaire en cas de non-connaissance des chiffres demandés sur la période concernée. Enfin, la question

finale était également facultative et permettait aux sages-femmes responsables de formuler un commentaire concernant le questionnaire ou le sujet abordé et de nous faire part de leur protocole mis en place au sein de leur établissement. Le temps de réponse estimé pour ce questionnaire était inférieur à 13 minutes. Elles avaient la possibilité de remplir le questionnaire de manière séquentielle avec une possibilité d'enregistrement au fur et à mesure des réponses avant la validation finale.

La première partie du questionnaire concernait les renseignements généraux : confirmation du statut du professionnel de santé, le niveau de la maternité dans lequel il exerce, le nombre de naissances réalisées dans son établissement sur la période du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 et le numéro SIRET de l'établissement. Nous avons souhaité connaître ce numéro dans l'optique de récolter des données non biaisées. Bien que cette question soit facultative, cette information avait pour objectif de regrouper les réponses d'un même établissement au cas où plusieurs sages-femmes coordinatrices et/ou coordonnateurs en maïeutique d'une même structure auraient répondu au questionnaire. De plus, nous avons fait le choix de demander ce numéro plutôt que le nom de l'établissement pour garantir un minimum d'anonymat. Enfin, la dernière question de cette première partie concernait la réalisation des IVG entre 14 et 16 SA et elle conditionnait la suite du questionnaire. En effet, si le professionnel de santé répond que son établissement ne pratique pas d'IVG pour ces termes, deux questions supplémentaires lui sont proposées avant d'être invité à envoyer ses réponses, les items suivants ne le concernant pas. En revanche, s'il répond que son établissement pratique de telles IVG, le questionnaire se poursuit. Une fois le questionnaire terminé, cette option a pour dessein de corréler « niveau de la maternité » avec « non réalisation d'IVG \geq 14 SA » et à contrario d'apprécier la proportion d'établissements les réalisant. Uniquement pour les sages-femmes responsables concernées, le questionnaire propose une série de questions concernant les protocoles et données statistiques de leur maternité et leurs pratiques hospitalières mises en place pour les IVG \geq 14 SA.

Le questionnaire a été préalablement testée auprès de deux sages-femmes responsables de maternité, d'une enseignante sage-femme, d'une sage-femme de consultation et d'une sage-femme hospitalière afin de recueillir un avis critique et pouvoir corriger certaines formulations.

D'après la liste des maternités établie en date du 31 décembre 2022 et publiée par la DRESS en 2023, nous recensons sur le territoire français 464 maternités dont 167 maternités de type I, 143 de type IIa, 87 de type IIb et 67 de type III [92].

N'existant pas de liste mailing des sages-femmes responsables des maternités françaises, il nous a été nécessaire de les répertorier. Nous avons alors sollicité différents organismes : l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices, les réseaux de périnatalité, le CNOSF, la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité, les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes ainsi que toutes les écoles de sciences maïeutiques de France. Plusieurs mois ont été nécessaires pour élaborer une liste mailing des sages-femmes responsables de France.

Notre questionnaire a ainsi été proposé à 257 maternités françaises sur les 464 recensées soit :

Tableau 1 : Etat des lieux du nombre de maternités contactées pour l'étude

	Nombre total (<i>Source : la DRESS</i>)	Nombre contactées	% contactées
Maternités type 1	167	60	35,9%
Maternités type 2A	143	80	55,9%
Maternités type 2B	87	57	65,5%
Maternités type 3	67	60	89,5%
Total	464	257	55%

Pour l'analyse des résultats, les données du questionnaire ont été saisies et traitées dans un tableau numérique du logiciel Excel. Une attention particulière a été portée aux questions ouvertes, pour lesquelles il a été nécessaire d'analyser chaque réponse, en comprendre le sens principal pour regrouper les idées similaires. Puis, les données ont été illustrées sous forme de tableaux ou de graphiques.

Les tests statistiques ont été réalisés par l'intermédiaire du logiciel BiostaTGV. Les comparaisons des variables qualitatives ont principalement été effectuées grâce au test statistique du Chi2. Lorsque les échantillons présentaient des effectifs théoriques inférieurs à 5, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

Nous avons choisi des intervalles de confiance de 95% pour réaliser ces tests. Le seuil de p inférieur à 0,05 a été retenu comme valeur statistiquement significative. Cela

nous a permis de tester l'indépendance ou la dépendance des variables choisies. Lorsque la valeur p est supérieure à 0,05, les deux variables sont indépendantes. A contrario, si la valeur de p est inférieure à 0,05 alors les deux variables sont dépendantes. L'indépendance de deux variables est calculée avec l'hypothèse H_0 .

RESULTATS

1. Résultats bruts concernant les protocoles recensés pour les IVG \geq 14 SA

1.1. Protocoles des réseaux régionaux de périnatalité

Tableau 2 : Etat des lieux des protocoles des réseaux de périnatalité pour les IVG \geq 14 SA

<i>Réseaux de périnatalité</i>	<i>Accès au protocole</i>		<i>Date de publication</i>	<i>Mis à jour depuis le 02.03.2022</i>	<i>Protocoles pour les IVG \geq 14 SA</i>
	<i>Site internet</i>	<i>Appel / mail</i>			
Réseau OREHANE <i>(Hauts-de-France)</i>	Pas de protocole	×	/	Non	Absence de protocole
Réseau Périnatalité Normandie	×	×	03.09.2020	Non	Absence de protocole <i>(Protocole en cours)</i>
Réseau RHEVO <i>(Île-de-France)</i>	×		10.05.2022	Oui	IVG par D/E*
Réseau COPEGE <i>(Grand-Est)</i>	×		27.10.2022	Oui	IVG médicamenteuse IVG par D/E*
Périnatalité Bretagne	Pas de protocole	Absence de réponse			
Réseau sécurité naissance <i>(Pays de la Loire)</i>	Pas de protocole	Absence de réponse			
Réseau périnat Grandir <i>(Centre Val-de-Loire)</i>	×	×	/	Non	Absence de protocole
DSRP de Franche-Comté <i>(Bourgogne-FC)</i>	Pas de protocole	×	/	Non	Absence de protocole
Réseau PLEIRAA <i>(Auvergne Rhône-Alpes)</i>	×	×	10.2022 01.2023	Oui Oui	IVG médicamenteuse IVG par D/E*
RPNA <i>(Nouvelle Aquitaine)</i>	Pas de protocole	Absence de réponse			
Réseau Périnatalité Occitanie	×		14.11.2023	Oui	IVG par D/E* IVG médicamenteuse
Réseau méditerranée <i>(PACA + Corse)</i>	Pas de protocole	Absence de réponse			
RSP – Le Repère <i>(La Réunion)</i>	Pas de protocole	×	15.10.2020	Non	Absence de protocole
Réseau Santé Périnat Matnik <i>(Martinique)</i>	×		24.03.2022 modifié 31.10.2023	Oui	IVG par D/E
Réseau périnat Guyane	×		/	Oui	IVG par D/E <i>(Protocole RHEVO)</i>
Réseau Périnat « Naître en Guadeloupe »	Pas de protocole	×	/	Non	Absence de protocole
Répéma <i>(Mayotte)</i>	×	×	/	Non	Absence de protocole

D/E : IVG chirurgicale par dilatation et évacuation*

- * Réseau RHEVO = Plateforme d'expertise IVG de la région Île-de-France
- * Réseau COPEGE = Coordination Périnatale Grand-Est
- * DSRP = Dispositif Régional en Périnatalité de Franche-Comté
- * Réseau PLEIRAA = Plateforme d'expertise IVG de la Auvergne-Rhône-Alpes
- * RPNA = Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine

Suite aux visites des sites internet des réseaux régionaux de périnatalité français, l'état des lieux des protocoles établis pour les IVG comprise ≥ 14 SA est le suivant :

Sur les 17 réseaux de périnatalités régionaux, 53% ont mis en ligne leur protocole pour les IVG (n=9). Pour ces 9 réseaux, 67% d'entre eux ont mis à jour leur protocole pour les IVG ≥ 14 SA (n=6). Pour les 33% n'ayant pas mis à jour leur protocole en ligne (n=3), nous avons pu les contacter et ces derniers nous ont confirmé cette non mise à jour.

Pour les 47% des réseaux régionaux de périnatalité n'ayant pas de protocole en ligne (n=8) et suite aux appels téléphoniques et mails envoyés, 50% affirment n'avoir établi aucun protocole adapté et mis à jour depuis le 2 mars 2022 (n=4) et 50% n'ont pas donné suite à notre demande (n=4).

Tableau 3 : Représentation des protocoles recensés auprès des réseaux de périnatalité (n=13)

Protocoles mis à jour			Protocoles non mis à jour
IVG médicamenteuse	IVG chirurgicale	Les deux	n=7
n=0	n=3	n=3	

Au total, 13 des 17 réseaux régionaux de périnatalité ont participé à cet état des lieux. Sur les 13 réseaux, 46% ont mis à jour leur protocole depuis la loi sur l'allongement du délai de l'IVG en mars 2022 (n=6) tandis 54% (n=7) ont une absence de protocole adapté pour les IVG comprises entre 14 et 16 SA (*exemples* : protocole pour les IVG allant jusqu'à ≥ 14 SA, absence de protocole établi par le réseau qui utilise les recommandations de la HAS et/ou le « Dossier-guide IVG » élaboré par Ministère des solidarités et de la santé).

Parmi les 6 réseaux ayant mis à jour leur protocole, aucun n'a protocolisé la prise en charge des IVG ≥ 14 SA par méthode médicamenteuse, 50% d'entre eux ont protocolisé ces IVG uniquement par méthode chirurgicale de dilatation et évacuation (n=3) et 50% ont protocolisé les deux méthodes (dilatation et évacuation / médicamenteuse) (n=3).

1.2. Protocoles reçus des établissements de santé

Lors de l'enquête par questionnaire, nous avons proposé aux sages-femmes responsables de nous envoyer les protocoles utilisés pour les IVG ≥ 14 SA au sein de leur établissement.

Sur les 45 établissements de santé pratiquant des IVG ≥ 14 SA, 20% nous ont partagé leur protocole interne pour ces IVG (n=9). Parmi ces 9 protocoles, 22% des établissements de santé ont protocolisé la prise en charge des IVG ≥ 14 SA uniquement par méthode médicamenteuse (n=2), 33% uniquement par méthode chirurgicale de dilatation et évacuation (n=3) et 45% ont des protocoles pour les deux méthodes (n=4).

1.3. Comparaison des protocoles des réseaux de périnatalité et des protocoles des établissements de santé

50% des réseaux de périnatalité et 33% des établissements de santé ont protocolisé la prise en charge des IVG ≥ 14 SA par méthode chirurgicale.

50% des réseaux de périnatalité et 45% des établissements de santé ont établi un protocole avec les deux méthodes d'avortement pour les IVG ≥ 14 SA.

Aucun des réseaux de périnatalité n'a protocolisé la prise en charge des IVG ≥ 14 SA par méthode médicamenteuse tandis que 22% des établissements de santé ont un protocole par méthode médicamenteuse pour ces IVG.

2. Résultats bruts concernant les réponses au questionnaire

2.1. Taux de réponses

Au 15 février 2024, jour d'arrêt de diffusion du questionnaire, sur les 257 établissements de santé contactés, nous avons : 423 questionnaires ouverts avec 313 réponses partielles (personnes ayant débuté le questionnaire sans y aboutir) et 110 réponses complètes dont 45 faisant des IVG ≥ 14 SA.

Pour mener à bien cette étude, nous avons décidé de traiter uniquement les 110 réponses complètes au questionnaire.

2.2. Caractéristiques générales des établissements de santé interrogés

• Fonction des personnes interrogées

Parmi les personnes interrogées, 61% sont des sages-femmes coordinatrices (n=67), 19% sont des sages-femmes coordonnatrices en maïeutique (n=21) et 20% ont une autre fonction (n=22).

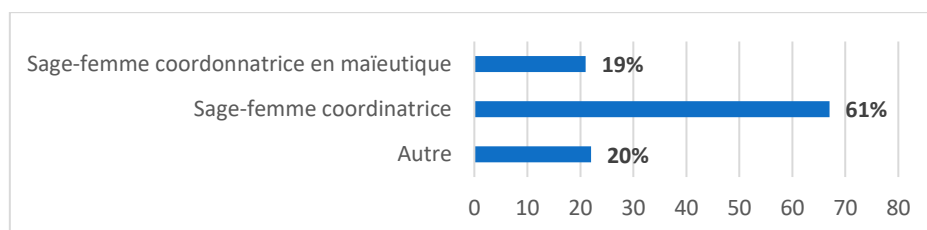


Figure 1 : Répartition des personnes interrogées par fonction hospitalière (n=110)

Sur les 22 personnes ayant répondu « autre », 23% sont des sages-femmes (n=5), 18% sont des sages-femmes faisant fonction de cadre (n=4), 18% sont des sages-femmes référentes d'orthogénie (n=4), 9% sont des sages-femmes de Centre de Planification et d'Education Familiale (n=2), 9% sont des médecins référents d'orthogénie (n=2), une est coordinatrice du Staff Médico-Psycho-Social, une est cadre de santé IDE et 14% n'ont pas mentionné leur profession (n=3).

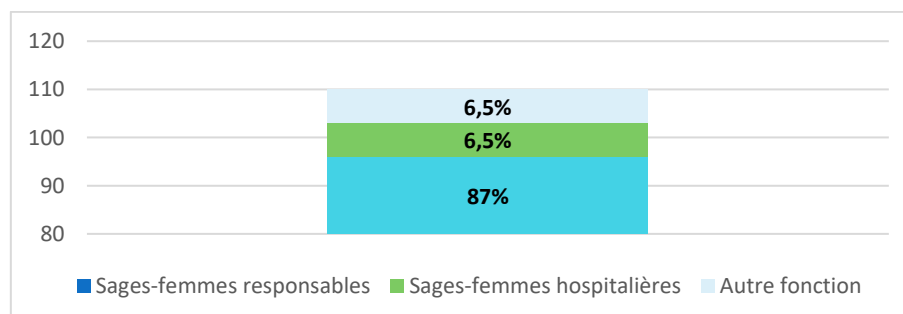


Figure 2 : Fonctions des personnes participant à l'étude (n=110)

Au total et après regroupement, parmi les 110 professionnels interrogés, 87% peuvent être qualifiées de sages-femmes responsables (n=96), 6,5% sont des sages-femmes hospitalières (n=7) et 6,5% ne sont pas des sages-femmes (n=7).

• Type de maternité

Concernant le type de maternité dans laquelle notre population de professionnels de santé pratique, 22% exercent dans une maternité de type III (n=24), 34% dans un type IIb (n=37), 18% dans un type IIa (n=20) et 26% dans un type I (n=29).

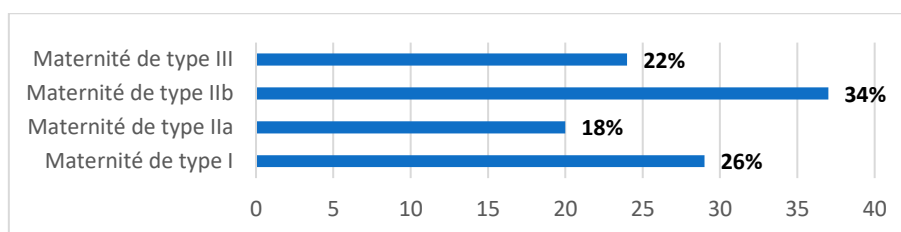


Figure 3 : Répartition des personnes interrogées selon le type de maternité d'exercice (n=110)

- **Numéro SIRET**

Sur les 110 réponses reçues, 68 personnes nous ont communiqué leur numéro SIRET (62%) et 42 non pas souhaité le mentionner SIRET (38%).

Après analyse des 68 numéros SIRET, aucun numéro n'est identique. Néanmoins, nous ne pouvons écarter la possibilité de doublon du fait des 38% de numéro SIRET manquants. En revanche, après avoir analysé puis comparé les différentes réponses entre elles, notamment en prenant pour critères « le nombre de naissances réalisées entre le 1^{er} décembre 2022 et le 1^{er} décembre 2023 » et « la réalisation d'IVG \geq 14 SA », il ne semblerait qu'aucune des réponses ne soit similaire.

2.3. Pratiques hospitalières et IVG

La question 5 du questionnaire « Votre établissement réalise-t-il des IVG \geq 14 SA ? » était la question essentielle de l'étude car c'est elle qui conditionne la poursuite du questionnaire. En effet, elle permet de cibler et de sélectionner uniquement les maternités réalisant des IVG \geq 14 SA.

Parmi les 110 professionnels interrogés, 41% exercent dans un établissement qui pratique des IVG \geq 14 SA (n=45) et 59% des établissements ne les pratiquent pas (n=65).

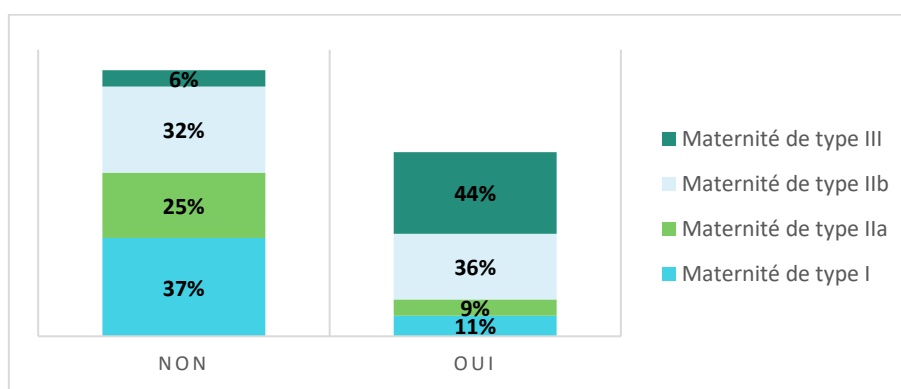


Figure 4 : Réalisation des IVG \geq 14 SA en fonction du type de maternité (n=110)

Sur les 45 établissements interrogés ayant répondu positivement à la question « Votre établissement réalise-t-il des IVG \geq 14 SA », 44% sont des maternités de type III (n=20), 36% des maternités type IIb (n=16), 9% des maternités type IIa (n=4) et 11% des maternités de type I (n=5).

Pour les 65 établissements ne pratiquant pas ces IVG, 6% sont des maternités de type III (n=4), 32% des maternités de type IIb (n=21), 35% des maternités de type IIa (n=16) et 37% des maternités de type I (n=24).

Tableau 4 : Test d'indépendance entre le type de maternité et la pratique des IVG \geq 14 SA (n=110)

	Maternités de type I et IIa	Maternités de type IIb et III	Total	P value
Maternités pratiquant les IVG \geq 14 SA	n=9	n=36	n=45	10 ⁻⁵
Maternités ne pratiquant pas les IVG \geq 14 SA	n=40	n=25	n=65	
Total	n=49	n=61	n=110	

Pour mener à bien cette étude, nous avons fait le choix de regrouper les maternités de type III avec celles de type IIb et les maternités de type I avec celles de type IIa. Ce choix est justifié du fait de leurs similitudes d'un point de vue organisationnel, financier et humain².

Il y a 59% des maternités de type IIb et III qui pratiquent les IVG \geq 14 SA alors que 18% des maternités de type I et IIa les pratiquent. Cette différence est statistiquement significative (p value = 10⁻⁵).

Nous en concluons que le niveau élevé du type de maternité influence à la hausse la prise en charge des IVG \geq 14 SA.

² Rapport d'information n°243 fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, par Mr Jean-Marie Vanlerenberghe, Sénateur, le 21 janvier 2015

2.3.1. Focus sur les établissements ne pratiquant pas d'IVG ≥ 14 SA

Parmi les 110 établissements interrogés, 59% ne réalisent pas d'IVG ≥ 14 SA (n=65). Sur ces 65 maternités, 80% d'entre elles réalisent en revanche des IVG pour des termes inférieurs à 14 SA (n=52) et 20% ne réalisent aucune IVG (n=13).

Suite aux propositions de réponses à choix multiple, 46% des 52 professionnels interrogés ont sélectionné l'item « refus des praticiens » à réaliser des IVG ≥ 14 SA (n=24), 35% estiment que leur établissement de santé a une organisation inadaptée pour la prise en charge sécuritaire des patientes souhaitant une IVG tardive (n=18), 25% connaissent une problématique des locaux et d'équipements (n=13) et aucun ne méconnaît la loi.

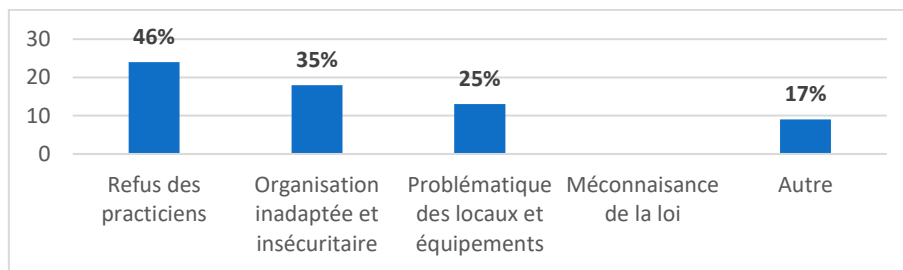


Figure 5 : Principaux motifs pour lesquels les établissements réalisant des IVG < 14 SA ne réalisent pas d'IVG ≥ 14 SA (n=52)

A la réponse « autre » (n=9), 22% expliquent ne pas réaliser les IVG au-delà de 14 SA du fait d'un manque de compétences/formation des professionnels de santé (n=2), 33% ne les pratiquent pas car ces derniers sont en coopération avec les autres établissements du Groupement Hospitalier de Territoire (n=3), 22% disent ne pas être confrontés à ce type de demande d'IVG (n=2) et 33% d'entre eux sont actuellement en train d'organiser et de mettre en place la pratique des IVG ≥ 14 SA (n=3).

2.3.2. Protocoles et données statistiques des établissements pratiquant les IVG ≥ 14 SA

A présent, l'étude est poursuivie avec la participation de 45 répondants.

2.3.2.1. Méthodes pratiquées pour les IVG ≥ 14 SA

Sur les 45 établissements répondants, 40% pratiquent des IVG médicamenteuses ≥ 14 SA (n=18) contre 60% qui n'en réalisent pas pour ces termes (n=27).

Sur les 45 établissements répondants, 84% pratiquent des IVG chirurgicales \geq 14 SA (n=38) contre 16% qui n'en réalisent pas pour ces termes (n=7).

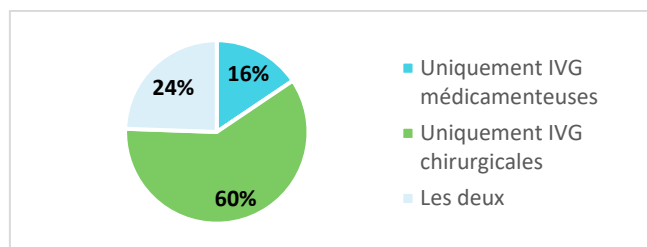


Figure 6 : Répartition des méthodes d'IVG pratiquées pour des termes supérieurs ou égaux à 14 SA (n=45)

Au total, parmi les 45 répondants, 16% réalisent uniquement des IVG médicamenteuses pour des IVG pour des termes compris entre 14 et 16 SA (n=7), 60% réalisent uniquement des IVG chirurgicales (n=27) et 24% pratiquent à la fois des IVG médicamenteuses et des IVG chirurgicales (n=11).

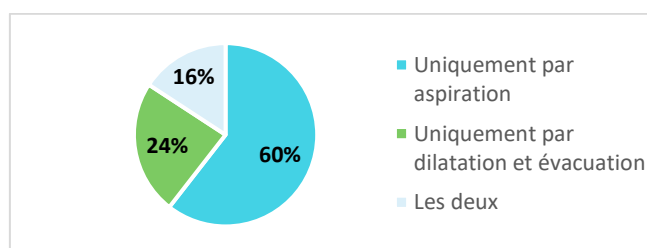


Figure 7 : Répartition des méthodes d'IVG chirurgicales pratiquées à 14 SA et plus (n=38)

Sur les 38 établissements réalisant des IVG chirurgicales \geq 14 SA, 60% les réalisent uniquement par aspiration (n=23), 24% pratiquent uniquement la méthode par dilatation et évacuation (n=9) et 16% utilisent les deux méthodes chirurgicales (n=6)

Tableau 5 : Test d'indépendance entre le type de maternité et la méthode utilisées pour les IVG 14 SA (n=45)

	IVG médicamenteuses	IVG chirurgicales	Total	P value
Maternités de type I et IIa	n=2	n=9	n=11	0,47
Maternités de type IIb et III	n=16	n=29	n=45	
Total	n=18	n=38	n=56	

Pour ce test exact de Fisher, p est supérieur au seuil de signification. Il n'existe pas de lien significatif entre ces variables et elles sont donc indépendantes. Ainsi, le type de maternité n'influence pas le choix de la méthode utilisée pour les IVG \geq 14 SA

2.3.2.2. Moyens mis en œuvre pour la prise en charge des IVG ≥ 14 SA

• Equipe obstétricale et IVG ≥ 14 SA

A la question « Les sages-femmes de vos équipes vous ont-elles fait part de difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patientes en demande d'une IVG ≥ 14 SA ? », 60% des 45 participants ont répondu « non » (n=27) tandis que 40% ont répondu « oui » (n=18).

Pour les personnes ayant répondu « Oui » à la question précédente, une question ouverte facultative concernant ces difficultés leur était proposée.

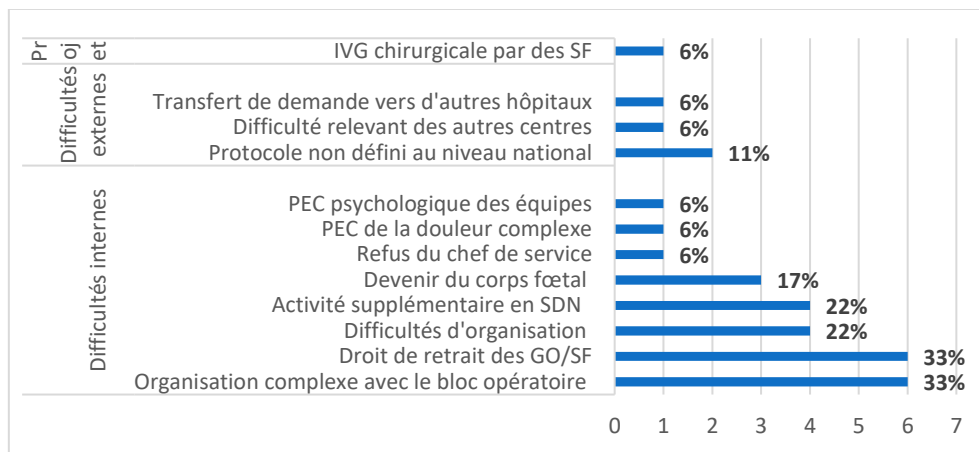


Figure 8 : Difficultés rencontrées par les sages-femmes hospitalières selon les personnes interrogées (n=18)

Après regroupement des réponses reçues, nous pouvons catégoriser les difficultés rencontrées en 2 groupes : difficultés internes et difficultés externes. Un autre groupe, en revanche, cherche des solutions pour lutter contre ces difficultés en élaborant des projets.

▪ Dans les difficultés internes :

- 33% sont confrontées au droit de retrait des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes (n=6) et 6% ont un refus catégorique du chef de service de pratiquer ces IVG dans leur établissement (n=1).
- 33% éprouvent une organisation complexe avec le bloc opératoire : indisponibilité, absence de salle dédiée, prise en charge des IVG non prioritaire (n=6).

- 22% ont des difficultés d'organisation au sein même des services obstétricaux (n=4) et 22% estiment que la prise en charge des IVG ≥ 14 SA est synonyme d'activité supplémentaire pour la salle de naissance (n=4).
 - 17% énoncent des difficultés concernant le devenir du corps fœtal notamment sur sa prise en charge et son élimination (n=3).
 - 6% sont en difficulté dans la prise en charge de la douleur de ces IVG : nécessité d'une pose d'analgésie péridurale (APD), MAR réfractaires (n=1).
 - 6% ont mis en place une cellule psychologique pour ses équipes (groupe de paroles (n=1).
- Dans les difficultés externes :
 - 11% se sont retrouvés en difficulté par l'absence de protocole défini au niveau national (n=2)
 - 6% énoncent des difficultés relevant des autres centres : centres ne respectant pas la législation ce qui induit une orientation excessive des patientes vers les centres prenant en charge les IVG ≥ 14 SA (n=1)
 - 6% sont dans la nécessité de réaliser des transferts de demande vers d'autres hôpitaux (n=1)
 - Projet / axe d'amélioration de ces difficultés :
 - 6%, soit 1 établissement, est en train de mettre en place la réalisation chirurgicale de ces IVG par les sages-femmes (n=1)

Tableau 6 : Test d'indépendance concernant la présence de difficultés rencontrées par les sages-femmes hospitalières lors de la prise en charge des IVG ≥ 14 SA et la méthode utilisée (n=56)

	Présence de difficultés des SF	Absence de difficultés des SF	Total	P value
IVG médicamenteuse	n=9	n=9	n=18	0,35
IVG chirurgicale	n=14	n=24	n=38	
Total	n=23	n=33	n=56	

Pour ce test du Chi2, p est supérieur au seuil de signification. Il n'existe pas de lien significatif entre ces deux variables. Nous concluons alors que la présence de difficultés rencontrées par les sages-femmes hospitalières n'est pas en lien avec la méthode d'IVG pratiquée.

A la question « d'autres professionnels de santé de vos équipes sont-ils impactés par cette nouvelle loi », 71% des 45 participants ont répondu « oui » (n=32) contre 29% qui ont répondu « non » (n=13).

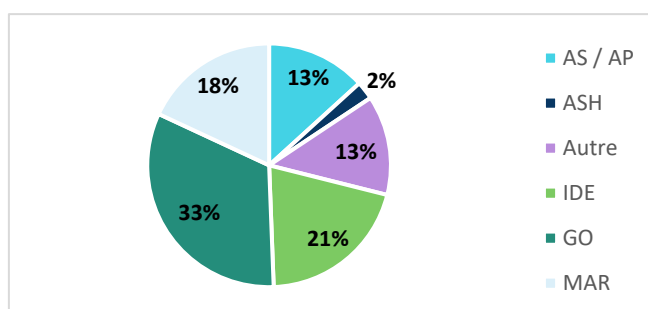


Figure 9 : Autres professions impactées par la prise en charge des IVG ≥ 14 SA (n=32)

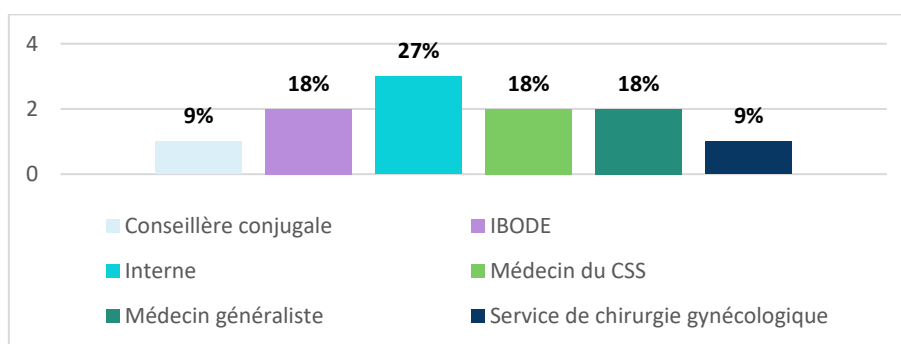


Figure 10 : Autres professions impactées citées par les personnes interrogées (n=11)

Les 32 répondants « oui » ont pu répondre à une question à choix multiples concernant les autres professions – autres que sage-femme – impactées par cette nouvelle loi. Dans cette population, 33% estiment que les Gynécologues-Obstétriciens (GO) sont également impactés (n=27), 21% pour les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) (n=17), 18% pour les Médecins-Anesthésistes-Réanimateurs (MAR) (n=15), 13% pour les Aides-soignantes (AS) et les Auxiliaires de Puéricultures (AP) (n=11), 2% pour les Agents de Services Hospitaliers (ASH) (n=2) et 13% ont sélectionné l'item « Autre » leur permettant d'annoter une réponse ouverte (n=11) (*figure 14*).

Pour les 11 personnes ayant sélectionné l'item « Autre », 9% ont mentionné les conseillers conjugaux (n=1), 18% les Infirmiers de Bloc Opératoire (IBODE) (n=2), 27% les internes (n=3), 18% les médecins du Centre de Santé Sexuelle (CSS) (n=2), 18% les médecins généraliste (n=2) et 9% les services de chirurgie gynécologique (n=1) (*figure 15*).

- **Organisation des services et IVG \geq 14 SA**

Sur les 45 participants, deux tiers des professionnels de santé nous ont partagé leurs données épidémiologiques (n=30 soit 67%). En récoltant la totalité des données de ces 30 participants, 626 IVG \geq 14 SA ont été réalisées entre le 1^{er} décembre 2023 et le 1^{er} décembre 2024.

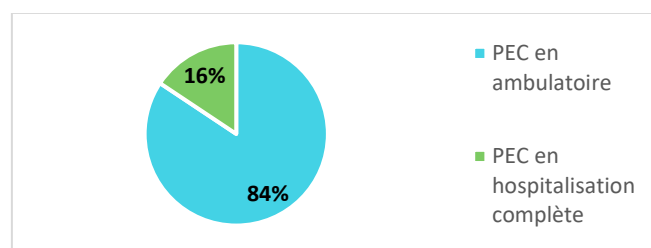


Figure 11 : Type d'hospitalisation mis en place pour les IVG \geq 14 SA

Sur les 626 IVG \geq 14 SA, 84% ont été pris en charge en ambulatoire (n=528) et 16% ont bénéficié d'une hospitalisation complète (n=98).

Tableau 7 : Test d'indépendance entre la méthode pratiquée pour les IVG \geq 14 SA et le type d'hospitalisation (n=626)

	IVG médicamenteuses	IVG chirurgicales	Total	P value
PEC ambulatoires	n=78 (60%)	n=450 (91%)	n=528 (84%)	10 ⁻¹⁸
Hospitalisations complètes	n=52 (40%)	n=46 (9%)	n=98 (16%)	
Total	n=130 (21%)	n=496 (79%)	n=626	

Pour ce test du Chi2, p étant très inférieur au seuil de signification, il existe alors un lien significatif très fort entre ces deux variables.

Sur ces 626, 130 étaient des IVG médicamenteuses et 496 des IVG chirurgicales :

- 60% des patientes ayant réalisé une IVG \geq 14 SA par méthode médicamenteuse ont eu une prise en charge ambulatoire (n=78) tandis que 40% ont eu une hospitalisation complète (n=52).
- 91% des patientes ayant réalisé une IVG \geq 14 SA par méthode chirurgicale ont eu une prise en charge ambulatoire (n=450) tandis que 9% ont eu une hospitalisation complète (n=46).

Nous pouvons en conclure que les IVG médicamenteuses pour des termes compris entre 14 et 16 SA conduisent davantage à une hospitalisation complète par rapport aux IVG chirurgicales.

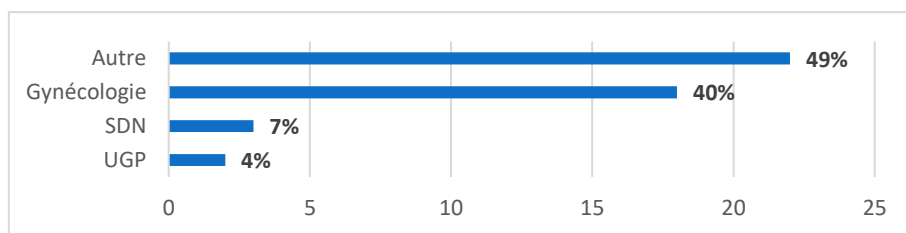


Figure 12 : Service dans lequel débute l'hospitalisation d'une IVG ≥ 14 SA (n=45)

Dans notre population (n=45), 4% des établissements débutent l'hospitalisation d'une IVG ≥ 14 SA à l'Unité de Grossesses Pathologiques (UGP) (n=2), 7% en Salle de Naissances (SDN) (n=3), 40% dans le service de gynécologie (n=18) et 49% dans un autre service (n=22).

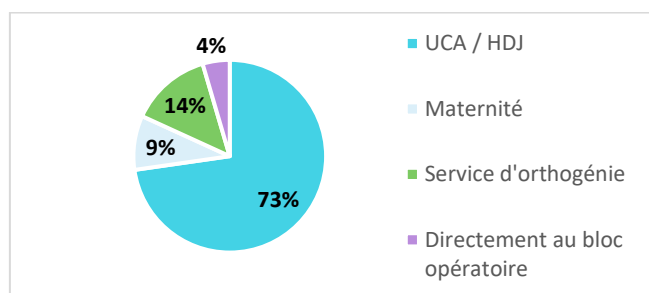


Figure 13 : Autres services de début d'hospitalisation cités (n=22)

Les autres services en question sont : 73% en Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) ou en Hôpital De Jour (HDJ) (n=16), 9% en maternité (n=2), 14% dans le service d'orthogénie (n=3) et 4% vont directement au bloc opératoire (n=1).

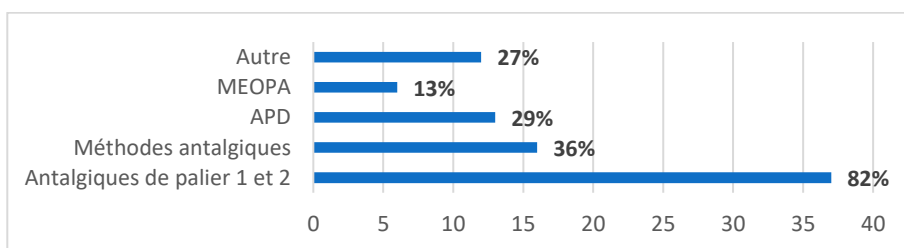


Figure 14 : Prise en charge de la douleur des IVG ≥ 14 SA (n=45)

A la question « Quelle prise en charge de la douleur est proposée aux patientes réalisant une IVG ≥ 14 SA ? », les participants (n=45) pouvaient choisir plusieurs réponses et également en ajouter librement grâce à l'item « Autre ».

36% se servent des méthodes naturelles antalgiques (bouillotte, position, acupuncture, hypnose ...) pour prendre en charge la douleur de ces IVG (n=16), 82% donnent des antalgiques de palier 1 et 2 (n=37), 13% proposent le Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote (MEOPA) (n=6), 29% utilisent l'APD (n=13) et 27% des participants ont sélectionné l'item « Autre » (n=12).

Sur les 12 personnes ayant ajouté une autre prise en charge de la douleur, 67% utilisent l'anesthésie générale (AG) (n=8) et 33% la PCA (*Patient Controlled Analgesia*) de Morphine (n=4)

Tableau 8 : Test d'indépendance entre la prise en charge de la douleur et les services d'hospitalisation qui en découle (n=58)

	Antalgiques classiques	AG / APD	Total	P value
Hospitalisation dans le même service	n=24	n=4	n=28	10 ⁻⁴
Changement de service pour PEC de la douleur	n=13	n=17	n=30	
Total	n=37	n=21	n=58	

Pour ce test du Chi2, p étant inférieur au seuil de signification, il existe alors un lien significatif pour ces deux variables. Nous pouvons conclure qu'en fonction de la méthode choisie pour prendre en charge la douleur, les patientes ne terminent pas leur hospitalisation dans le service dans lequel elles l'avaient commencé. L'utilisation d'une APD ou d'une AG influence à la hausse le changement de service de la patiente.

- **Aménagements matériels et humains pour les IVG ≥ 14 SA**

A la question « Votre bloc obstétrical possède-t-il une ou plusieurs salle(s) d'accouchement adaptée(s) aux IVG ≥ 14 SA ? », 16% des 45 répondants ont répondu « oui » (n=7) contre 84% (n=38) « non ».

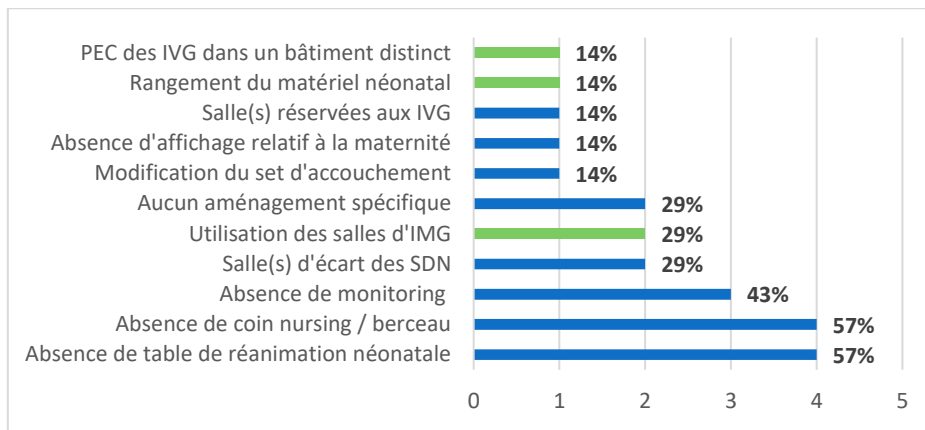


Figure 15 : Aménagements matériels mis en place pour les IVG \geq 14 SA dans le bloc obstétrical (n=7)

Légende :

- En bleu : les propositions à choix multiples
- En vert : les réponses libres suite au choix de l'item « Autre »

Dans les réponses à choix multiples, 43% ont une absence de monitoring dans la salle accueillant l'IVG (n=3), 57% ont une absence de table de réanimation néonatale (n=4), 57% ont une absence de coin nursing / berceau (n=4), 14% ont modifier leur set d'accouchement (n=1), 14% ont une absence d'affichage relatif à la maternité (n=1), 29% possèdent au moins une salle pour ces IVG à l'écart des SDN (n=2), 14% possèdent au moins une salle réservée pour les IVG (n=1), 29% estiment ne pas avoir mis en place d'aménagement particulier (n=2).

Dans les réponses libres, 29% réalisent ces IVG dans les salles d'Interruption Médicales de Grossesse (IMG) / arrêt de vie (n=2), 14% s'adaptent et rangent le matériel en lien avec le nouveau-né (n=1) et 14% ont fait en sorte de prendre en charge ces IVG dans un bâtiment distinct de celui de la maternité (n=1).

Les 45 répondants sont unanimes quant au fait qu'aucun professionnel de santé n'est dédié uniquement à la prise en charge en salle de naissances des IVG \geq 14 SA (100%).

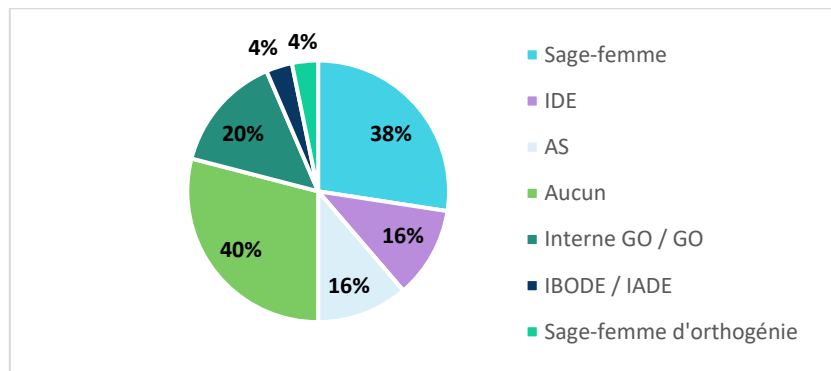


Figure 16 : Professionnels de santé pouvant prendre en charge les IVG \geq 14 SA (n=45)

Néanmoins, certains de leurs professionnels de santé se détachent de leur activité attribuée pour pouvoir prendre en charge ces IVG. Pour cette question, les participants avaient la possibilité de donner plusieurs réponses (*question à choix multiples*) et d'ajouter des réponses libres.

Selon notre population (n=45), 38% ont répondu sage-femme (n=17), 16% IDE (n=7), 20% internes / gynécologues-obstétriciens (GO) (n=9), 4% IBODE / IADE (n=2) et 4% sage-femme d'orthogénie (n=2). 40% ont répondu qu'aucun professionnel du bloc obstétrical n'est détaché pour ces IVG car (n=18) car question non applicable au fonctionnement de l'établissement (IVG non réalisées en SDN donc pas de passage des patientes par la SDN du fait d'une prise en charge au bloc opératoire ou en ambulatoire).

A la question « Votre établissement de santé possède-t-il une ou plusieurs chambres(s) – en UGP, en pré-travail, en gynécologie ou dans un autre service – adaptées aux IVG \geq 14 SA ? », 44% des 45 répondants ont répondu « oui » (n=20) contre 56% (n=25) « non ».

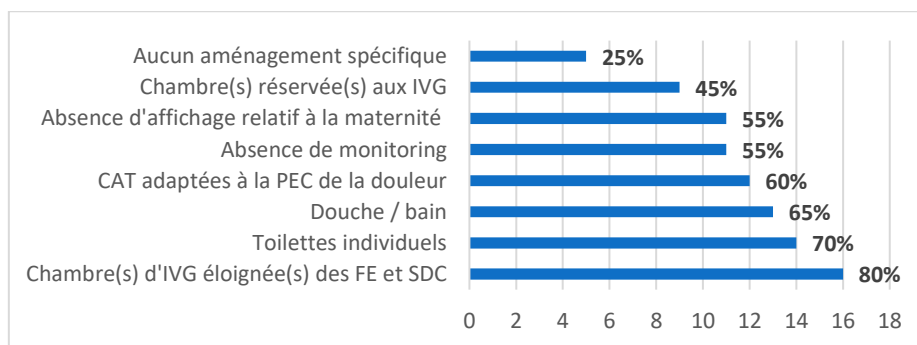


Figure 17 : Aménagements matériels mis en place pour les IVG \geq 14 SA en dehors du bloc obstétrical (n=20)

En répondant « oui », les 20 participants ont pu répondre à une question à choix multiple. 55% ont une absence de monitoring dans la chambre accueillant l'IVG (n=11), 60% estiment avoir des conduites à tenir (CAT) adaptées à la prise en charge de la douleur (n=12), 70% ont des toilettes individuels (n=14) et 65% ont une douche ou un bain dans la chambre (n=13), 55% ont une absence d'affichage relatif à la maternité (n=11), 80% possèdent au moins une chambre pour les IVG éloignée de celles des femmes enceintes (FE) et des suites de couche (SDC) (n=16), 45% possèdent au moins une chambre réservée aux IVG (n=9) et (n=5) et 25% estiment ne pas avoir mis en place d'aménagement particulier (n=5).

Sur les 45 répondants, 18% ont un professionnel de santé dédié uniquement à la prise en charge de ces IVG (n=8) contre 82% qui doivent détacher l'un de leurs professionnels de santé de leur activité attribuée (n=37).

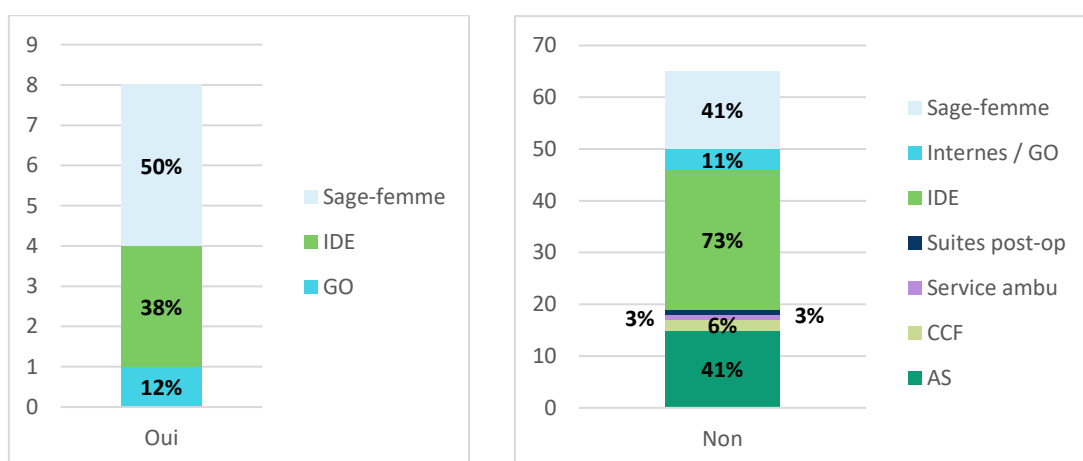


Figure 18 : Existe-t-il un professionnel dédié uniquement aux IVG ≥ 14 SA dans le service d'hospitalisation les prenant en charge ? (n=45)

Dans les 8 ayant répondu avoir un professionnel de santé dédié uniquement à ces IVG, 50% ont attribué cette tâche aux sages-femmes (n=4), 38% aux IDE (n=3) et 12% au gynécologues-obstétriciens (n=1).

Pour ceux n'ayant pas de professionnel de santé dédié pour ces IVG (n=37), ils avaient la possibilité de choisir des réponses multiples et d'ajouter librement leurs propositions. De ce fait, dans cette population, 41% ont détaché les sages-femmes pour réaliser ces prises en charge (n=15), 11% les internes ou gynécologues-obstétriciens (n=4), 73% les IDE (n=27), 3% les équipes des suites post-opératoires (n=1) et 3% les

équipes du service ambulatoire (n=1), 6% les conseillers conjugaux et familiaux (CCF) (n=2) et 41% les aides-soignants (n=15).

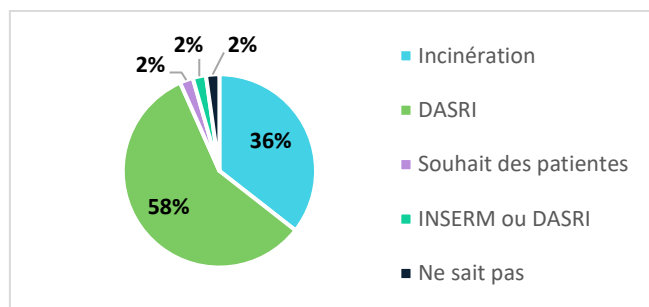


Figure 19 : Devenir du corps fœtal après expulsion (n=45)

Dans notre population (n=45), 36% utilisent l'incinération pour le devenir du corps fœtal (n=16), 58% les éliminent avec les DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux) (n=26). A la réponse « autre », 2% s'adaptent au souhait des patientes (n=1), 2% envoie le corps à l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale ou l'élimine via les DASRI (n=1) et 2% n'a pas connaissance du devenir du corps fœtal (n=1).

Tableau 9 : Test d'indépendance concernant le devenir du corps fœtal et la méthode d'IVG pratiquée (n=52)

	Incinération	DASRI	Total	P value
IVG médicamenteuse	n=12	n=5	n=17	0,008
IVG chirurgicale	n=11	n=24	n=35	
Total	n=23	n=29	n=52	

Pour ce test du Chi2, p étant inférieur au seuil de signification, il existe alors un lien significatif très fort pour ces deux variables. Nous pouvons conclure que l'incinération est davantage utilisée pour les corps fœtaux issus d'une IVG médicamenteuse que d'une IVG chirurgicale.

- **Activité des équipes obstétricales et IVG ≥ 14 SA**

Dans notre population (n=45), 33% affirment que les IVG ≥ 14 SA impactent l'activité quotidienne des sages-femmes de leur maternité (n=15) contre 67% qui estiment que l'allongement du délai de l'IVG n'a aucune incidence sur l'activité des sages-femmes hospitalières (n=30).

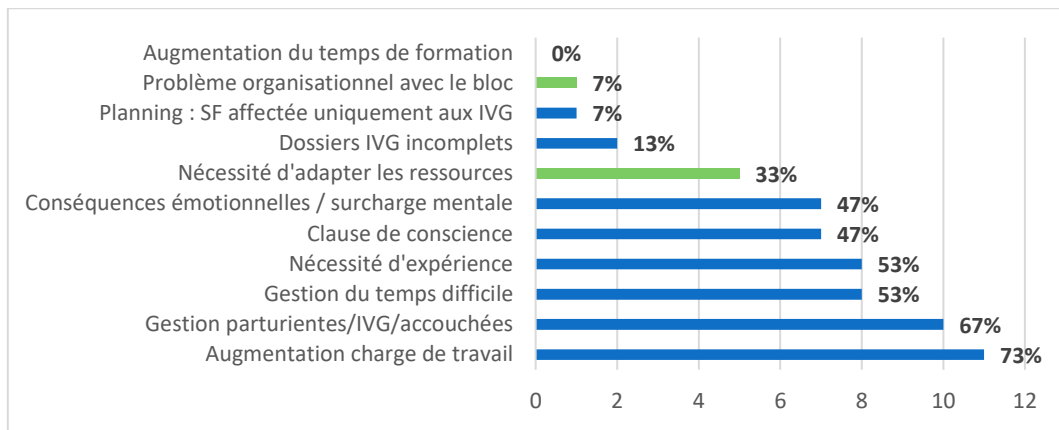


Figure 20 : Impact des IVG \geq 14 SA sur l'activité des sages-femmes hospitalières (n=15)

Légende :

- En bleu : les propositions à choix multiples
- En vert : les réponses libres suite au choix de l'item « Autre »

D'après les 15 répondants, les IVG \geq 14 SA impactent l'activité des sages-femmes hospitalières car :

- 73% affirment une augmentation de la charge de travail (n=11)
- 67% estiment que leurs sages-femmes éprouvent des difficultés dans la gestion simultanée de parturientes, de processus d'IVG et d'accouchées (n=10)
- 7% ont dû ajouter sur le planning une sage-femme pour ces IVG (n=1)
- 47% affirment que l'utilisation de la clause de conscience de certains professionnels impactent l'organisation de l'activité des services (n=7)
- 47% affirment une augmentation des conséquences émotionnelles sur l'équipe / surcharge mentale (n=7)
- 13% estiment que leurs sages-femmes éprouvent des difficultés dans la gestion des dossiers d'IVG incomplets : parcours et ATCD de la patiente, carte de groupe sanguin, RAEE, consultation d'anesthésie ... (n=2)
- 53% affirment une augmentation du besoin d'expérience pour accompagner sereinement ces femmes (n=8)
- Aucun répondant ne trouve que les IVG \geq 14 SA augmentent le temps de formation de ses équipes pour gérer le côté technique et administratif de ces IVG (n=0)
- 53% affirment que leurs sages-femmes éprouvent une gestion du temps difficile pour accompagner convenablement ces femmes (n=8)
- 33% ont dû adapter les ressources matérielles et/ou humaines pour ces IVG (n=5)
- 7% ont des problèmes organisationnels avec le bloc opératoire (n=1)

Tableau 10 : Test d'indépendance concernant la présence ou non d'un impact sur l'activité des sages-femmes hospitalières et la méthode d'IVG pratiquée (n=56)

	Impact sur l'activité des SF	Pas d'impact sur l'activité des SF	Total	P value
IVG médicamenteuse	n=12	n=6	n=18	0,002
IVG chirurgicale	n=9	n=29	n=38	
Total	n=21	n=35	n=56	

Pour ce test du Chi2, p étant inférieur au seuil de signification, il existe alors un lien significatif très fort pour ces deux variables. Nous pouvons conclure que les IVG médicamenteuses ≥ 14 SA impactent davantage l'activité des sages-femmes hospitalières que les IVG chirurgicales.

A la question « Comment les équipes sont-elles informées de la programmation des IVG ≥ 14 SA ? », notre population (n=45) avait la possibilité de sélectionner plusieurs réponses et d'ajouter des propositions.

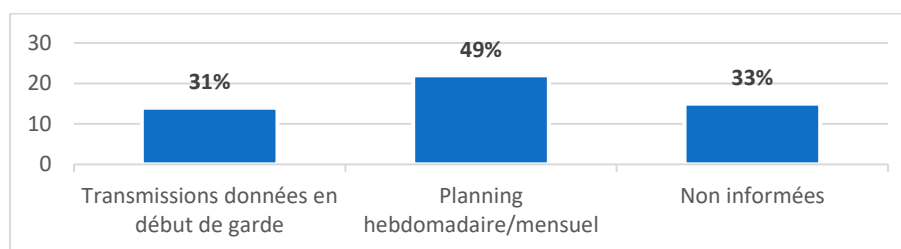


Figure 21 : Moyens mis à disposition pour informer les équipes de la programmation des IVG ≥ 14 SA (n=45)

31% ont répondu que leurs équipes étaient informées de la programmation des IVG ≥ 14 SA grâce aux transmissions données en début de garde (n=14), 49% informent leurs équipes grâce à un planning hebdomadaire/mensuel de ces IVG (affichage / transmissions) (n=22) et 33% affirment que leurs équipes ne sont pas informées de ces IVG en début de garde (n=15). Pour ces derniers, les équipes obstétricales ne sont pas informées car les IVG ≥ 14 SA ne passent pas par le bloc obstétrical (programmation interne du bloc opératoire ou du service d'orthogénie n'impactant pas les sages-femmes).

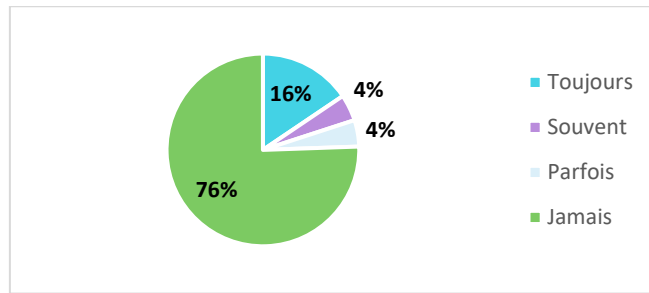


Figure 22 : La programmation des IVG \geq 14 SA se fait-elle en fonction de l'activité programmée du bloc obstétrical ? (n=45)

Concernant la programmation des IVG \geq 14 SA, parmi les répondants (n=45), 76% déclarent ne « jamais » programmer ces IVG en fonction de l'activité programmée du bloc obstétrical (n=34), alors que 16% le font « toujours » (n=7), 4% le font « souvent » (n=2) et 4% le font « parfois » (n=2).

2.4. Dernière question facultative

La dernière question permettait aux répondants de laisser un commentaire libre et facultatif concernant l'enquête. Quinze personnes y ont répondu.

Parmi ces quinze commentaires, les commentaires sont divergents et deux groupes distincts sont remarquables.

Pour le premier groupe, sept professionnels de santé nous font remarquer que ce questionnaire n'est pas ou peu adapté au fonctionnement de leur établissement. Ils nous confient que l'allongement du délai de l'IVG n'impacte pas directement leurs services obstétricaux car ces établissements utilisent la méthode chirurgicale pour les IVG comprises entre 14 et 16 SA. L'un d'eux explique que la période choisie du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 est non adaptée.

En revanche, six de ces professionnels qualifient ce questionnaire comme adapté à leurs pratiques et à leurs problématiques internes. Un répondant estime que l'allongement du délai de l'IVG impacte réellement ses services : les IVG médicamenteuses sont prises en charge en salle de naissance car celles chirurgicales sont jugées trop traumatisantes par les gynécologues-obstétriciens et les équipes éprouvent des difficultés pour la prise en charge de ces patientes « en détresse ». Un des professionnels constate une augmentation de la fréquentation de son établissement de santé depuis la nouvelle loi du fait qu'il soit le seul de sa région à prendre en charge les IVG \geq 14 SA.

Deux autres personnes expliquent avoir dû réfléchir à mettre en place un circuit interne pour ces patientes, ce qui est venu impacter l'activité des sages-femmes. Dans ce même état d'esprit, l'un d'eux explique la réalisation prochaine des IVG chirurgicales par les sages-femmes afin de pouvoir répondre à la demande. Un autre exprime avoir entamé une réelle réflexion avec ses équipes suite à l'allongement du délai de l'IVG notamment concernant PEC du corps des fœtus.

Enfin, deux professionnels nous expriment leurs encouragements pour cette étude et souhaiteraient avoir nos conclusions une fois le projet terminé.

DISCUSSION

Pour rappel, notre étude a pour objectif d'analyser l'impact de l'allongement du délai de l'IVG dans les maternités françaises.

Tout d'abord, nous allons développer une critique concernant la méthodologie employée, puis nous confronterons nos résultats avec les hypothèses émises. A la fin de cette discussion, nous évoquerons des propositions d'axes d'améliorations et des axes d'ouvertures.

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces de l'étude

L'une des forces de cette étude est d'avoir pu établir un état des lieux représentatif des protocoles établis par les réseaux de périnatalité français. Les 13 des 17 réseaux régionaux de périnatalité intégrés sont répartis sur tout le territoire français de la métropole jusqu'aux DROM-COM. Nous pouvons considérer que le recensement effectué est satisfaisant pour la poursuite de notre étude.

Concernant l'étude par questionnaire, parmi les 257 maternités contactées, 110 d'entre elles ont répondu à notre enquête. Cela représente environ un taux de participation de 43%. De ce fait, nous pouvons admettre que le taux de participation est satisfaisant pour l'interprétation de nos résultats. De plus, bien que notre population cible de départ ait été difficile à contacter, ce critère a été respecté car 87% des participants sont des sages-femmes coordinatrices ou coordonnatrices en maïeutique.

L'un des atouts de cette étude est d'avoir contacté tous les types de maternités afin d'avoir une vue d'ensemble des pratiques hospitalières pour les IVG ≥ 14 SA. Au vu du critère spécifique de notre sujet, nous avons fait le choix de surtout contacter les maternités de type III (90%) et des maternités de type II (66% des types IIB et 66% des types IIA). De ce fait, nous avons une représentation satisfaisante et homogène des différents types de maternité même si les maternités de type I sont plutôt sous représentées.

Enfin, sur les 110 maternités participantes, 41% réalisent des IVG \geq 14 SA. Nous pouvons considérer que ce taux est convenable pour notre étude.

1.2. Biais et limites

L'une des limites de cette étude concerne la sélection des maternités. Son objectif était d'interroger le plus d'établissements possibles. Ayant réalisé une enquête par questionnaire informatique à l'échelle nationale, il nous était nécessaire de contacter les sages-femmes coordonnateurs en maïeutiques / sage-femme coordinatrices par l'intermédiaire d'une messagerie électronique. Néanmoins, bien que possédant la liste complète des maternités de France en 2022, ces adresses mails ont été très difficiles à obtenir. Après avoir mis en place les stratégies précédemment citées, le nombre d'établissements contactés semblait satisfaisant avec une répartition homogène des types de maternités. Le nombre de maternités sélectionnées pour cette étude n'est donc pas un choix mais une conséquence de l'absence d'une liste mailing exhaustive des coordonnatrices en maïeutiques / sages-femmes coordinatrices français(e)s.

Malgré la volonté de ne contacter que des sages-femmes responsables de maternité, il est arrivé que d'autres professionnels de santé y aient répondu. Ce biais a été causé par plusieurs raisons : mail adressé aux mauvais professionnels suite à une erreur dans le recueil des adresses mails ou transfert du mail par les sages-femmes responsables aux professionnels plus à même d'y répondre convenablement.

L'un des autres biais de cette étude est le fait que plusieurs sages-femmes coordonnatrices en maïeutiques / sages-femmes coordinatrices d'une même maternité ont pu être contactées. Afin d'éviter un biais statistique avec des réponses multiples, nous avons précisé, dans notre mail permettant l'accès au questionnaire, notre souhait de ne récolter qu'une seule réponse par établissement. Toujours dans l'optique d'éviter des doublons, nous avons fait le choix de demander aux répondants le numéro SIRET de leur établissement. Bien qu'elle soit facultative, nous avons expliqué l'intérêt de cette question aux professionnels de santé dans notre message d'introduction du questionnaire. Par ailleurs, même si nous ne pouvons écarter à 100% le risque de doublon, nous avons pu constater, après analyse des numéros SIRET et des réponses reçues, qu'aucune similitude n'était présente entre deux voire plusieurs réponses.

Une autre limite a été constatée concernant la fin de diffusion du questionnaire. Nous avons pour objectif de clôturer la diffusion du questionnaire le 31 janvier 2024. Néanmoins, au vu des données statistiques demandées sur la période du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 et au vu du nombre de réponses insuffisant, nous avons réalisé deux relances par mail et avons dû clôturer le questionnaire plus tardivement, le 15 février 2024.

Enfin, la dernière limite de cette étude est la période choisie. Le choix premier était de réaliser cette étude sur l'année 2023 afin de faciliter le recueil des données pour les participants. Néanmoins, nous avons préféré utiliser la période du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 pour des soucis de délai et afin de pouvoir analyser les résultats de manière. Cette période a parfois mis en difficulté les participants car les données demandées n'étaient pas encore disponibles pour leur établissement au moment de la diffusion du questionnaire.

2. Analyse des résultats

2.1. Protocoles et IVG \geq 14 SA

La HAS n'ayant pas mis à jour ses recommandations depuis la promulgation de la loi du 2 mars 2022, nous avons souhaité savoir si une harmonisation des pratiques pour les IVG \geq 14 SA était remarquable sur le territoire français. Nous avons d'abord focalisé notre attention sur les réseaux régionaux de périnatalité car, comme le stipule ses missions, nombre d'établissements de santé se réfèrent à ces réseaux et à leurs protocoles.

Ainsi, d'après le tableau 2 (p.35), nous avons pu déterminer la proportion de réseaux de périnatalité ayant mis à jour leur protocole pour la prise en charge des IVG \geq 14 SA : la moitié d'entre eux ont un protocole mis à jour tandis que l'autre moitié ne possède pas de protocole adapté. Parmi ceux ayant mis à jour leur protocole, nous avons pu constater que la méthode utilisée pour ces IVG variait selon la région.

N'ayant pas de recommandations officielles à l'échelle nationale et ayant fait un état des lieux des pratiques régionales conseillées, nous avons souhaité savoir comment les maternités prenaient réellement en charge ces patientes. Globalement, nous avons pu observer que chaque établissement de santé possédait son propre protocole, que très peu

sont ceux se référant directement au réseau de périnatalité de sa région et surtout que les méthodes pratiquées pour ces IVG étaient différentes.

Nous pouvons donc affirmer que notre hypothèse « l'absence de mise à jour des recommandations de la HAS depuis le 2 mars 2022 pour les IVG \geq 14 SA induit des prises en charges d'IVG différentes sur le territoire français » est vérifiée.

2.2. Méthodes pratiquées pour les IVG \geq 14 SA

La HAS recommande la pratique chirurgicale pour les IVG supérieures à 9 SA. De ce fait, il était légitime de savoir si les IVG comprises entre 14 et 16 SA étaient réalisées par méthode chirurgicale sur le territoire français. Suite au recensement des protocoles des réseaux de périnatalité, nous avons pu constater que la moitié des réseaux de périnatalité, ayant mis à jour leur protocole, recommandait la méthode chirurgicale. L'autre moitié avait, quant à elle, établi un ou plusieurs protocoles détaillant la méthode médicamenteuse et chirurgicale (tableau 3 ; p.36). Finalement, nous pouvons admettre que les réseaux de périnatalité suivent les recommandations de la HAS même si certains ont dû s'adapter et établir également un protocole médicamenteux.

Concernant les méthodes réalisées dans les établissements de santé, nous avons pu évoquer, d'après la figure 6 (p.42), que seul un sixième des maternités ne pratiquait pas la méthode chirurgicale pour les IVG \geq 14 SA. Les autres avaient pour la grande majorité protocolisé une prise en charge uniquement chirurgicale tandis qu'un quart pratiquait les deux types de méthodes.

Au vu des résultats, nous avons souhaité déterminer si le type de maternité influençait la méthode utilisée et donc si le « non-respect » des recommandations de la HAS pouvait être en lien avec la structure de l'établissement. Néanmoins, devant les résultats non significatifs du tableau 5 (p.42), nous pouvons affirmer que le type de maternité n'interfère pas dans le choix de la méthode d'IVG pratiquée.

Afin d'orienter davantage notre discussion, il aurait été intéressant de questionner les établissements de santé pratiquant les deux méthodes d'IVG. Cela nous aurait permis de savoir pour quelles raisons ils avaient fait ce choix, si c'était pour garantir aux femmes

le droit de choisir sa méthode d'IVG ou si c'était une nécessité au vu de leur fonctionnement interne.

Nous pouvons donc déduire que notre hypothèse : « le postulat de départ établi par la HAS préconisant une IVG chirurgicale au-delà de 9 SA n'est pas protocolisé de la sorte dans les établissements de santé » est partiellement vérifiée. En effet, même si le plus grand nombre des maternités pratique la méthode chirurgicale les IVG ≥ 14 SA, il n'en reste pas moins que 40% d'entre elles pratiquent la méthode médicamenteuse ou les deux méthodes.

Pour compléter cette hypothèse, nous avons également souhaité savoir si les protocoles français chirurgicaux s'appuyaient sur les données de la littérature en pratiquant la méthode par dilatation et évacuation. D'après le tableau 2 (p.35), nous avons pu constater que tous les protocoles chirurgicaux des réseaux de périnatalité avaient protocolisé la prise en charge des IVG ≥ 14 SA par méthode de dilatation et évacuation. En revanche, avec la figure 7 (p.42), nous avons pu remarquer que plus de la moitié des établissements de santé réalisaient uniquement l'IVG chirurgicale par aspiration, qu'un quart suivaient les recommandations de la littérature en utilisant la méthode de dilatation et évacuation tandis qu'une minorité pratiquaient les deux types de méthodes chirurgicales. Nous pouvons donc conclure que, même si les protocoles régionaux suivent les bonnes pratiques de la littérature, ceux-ci ne sont pas totalement mis en œuvre au sein des établissements de santé français.

2.3. Impact de l'allongement du délai de l'IVG dans les services hospitaliers

Avant de discuter de l'impact de cette nouvelle loi au sein des services des maternités françaises, nous avons voulu savoir si un type de maternité se retrouvait plus impacté par cette dernière. Ainsi, d'après le tableau 4 (p.40), nous avons pu observer qu'il existait un lien significatif entre le fait d'exercer dans une maternité de type III/IIb ou IIa/I et le fait de pratiquer ou non les IVG ≥ 14 SA. Ici, nous pouvons affirmer que l'allongement du délai de l'IVG impacte davantage les maternités de niveau élevé car, dans les maternités de niveau élevé, les infrastructures et le nombre de praticiens permettent plus facilement la prise en charge des IVG ≥ 14 SA.

De plus, en ayant constaté que plus de la moitié des participants à l'étude ne pratiquait pas les IVG ≥ 14 SA mais pratiquait celles < 14 SA, nous avons souhaité savoir pour quelles raisons ils ne répondaient pas à la demande de cette nouvelle loi. D'après la figure 5 (p.41), si les maternités ne réalisent pas ces IVG c'est par souci organisationnel, matériel, humain et éthique. Nous pouvons alors admettre que cette nouvelle loi impacte indirectement les établissements de santé réalisant les IVG < 14 SA car ces dernières nécessitent une réorganisation des locaux, un temps de formation et exigent de prendre du temps pour réorienter ces patientes.

- **Impact sur l'organisation des services**

Nous avons pu interroger les sages-femmes responsables sur la pratique des IVG ≥ 14 SA au sein de leur établissement, leur prise en charge, les aménagements mis en place et les difficultés rencontrées.

Au vu de nos conclusions précédentes, nous avons souhaité déterminer si la méthode pratiquée (médicamenteuse ou chirurgicale) pour les IVG ≥ 14 SA influençait un type d'hospitalisation (ambulatoire ou complète). D'après le tableau 7 (p.46), nous avons pu constater qu'il existait un lien significatif entre la méthode d'avortement utilisée et le type d'hospitalisation (la méthode médicamenteuse induisant davantage d'hospitalisation complète que celle chirurgicale). De ce fait, nous pouvons confirmer que le type de méthode choisie impacte le fonctionnement du service car lors d'une hospitalisation complète, la patiente est prise en charge plusieurs jours, de jour comme de nuit et occupe une chambre et plusieurs équipes. A noter que, le type d'hospitalisation a également un impact financier pour l'établissement de santé car, en plus du coût d'une IVG médicamenteuse ou chirurgicale (respectivement entre 350€ et 580€ ou 830€ selon l'établissement), le coût de l'hospitalisation est à ajouter au coût de la prise en charge médicale.

Dans cette même optique, nous avons également interrogé les sages-femmes responsables sur le parcours des femmes en demande d'une IVG ≥ 14 SA. Cela nous a permis de déterminer si ces patientes passaient dans différents services et si les changements de service pouvaient interférer dans l'organisation de l'activité quotidienne des équipes. Nous avons pu observer que le critère conditionnant le parcours des femmes était la prise en charge de la douleur. D'après le tableau 8 (p.48), nous avons pu remarquer

qu'il existait un lien significatif entre le changement de service et la méthode de prise en charge de la douleur. Ainsi, ces femmes débutent leur processus d'IVG dans un service et expulsent dans un service différent ce qui signifie que plusieurs services et donc plusieurs professionnels de santé sont impactés. De plus, nous avons constaté que plus de 60% des établissements pratiquant des IVG médicamenteuses proposaient l'APD signifiant une augmentation de l'activité pour les sages-femmes et les équipes en salle de naissances.

Afin de comprendre la programmation de ces IVG, nous avons interrogé les sages-femmes responsables sur les moyens mis à disposition pour informer les équipes et si cette programmation était faite en fonction de l'activité du bloc obstétrical. Nous avons pu observer que toutes les équipes n'étaient pas informées (80% informées contre 20% non informées) et que les trois-quarts des programmations des IVG ≥ 14 SA ne prenaient jamais en compte l'activité du bloc obstétrical (figures 21 et 22 ; p.54-55). Néanmoins, nous savons qu'un biais est remarquable pour cette question car de nombreux établissements réalisent des IVG chirurgicales au bloc opératoire de chirurgie, bloc qui n'a aucun lien direct avec le bloc obstétrical.

- **Impact sur les aménagements matériels**

Nous avons également voulu savoir si des aménagements matériels avaient été mis en place dans le bloc obstétrical et en dehors de celui-ci. Selon notre, très peu d'établissements ont adapté leurs salles d'accouchement (figure 15 ; p.49) et un peu moins de la moitié ont adapté leurs chambres d'hospitalisation pour la prise en charge des IVG ≥ 14 SA (figure 17 ; p.50). De ce fait, nous pouvons observer que quelques établissements ont aménagé leurs locaux suite à l'allongement du délai de l'IVG en essayant d'éloigner le monde de la maternité des femmes souhaitant une IVG ≥ 14 SA. Néanmoins, nous ne pouvons pas admettre que la loi de mars 2022 ait dû engendrer de réelle adaptation matérielle des services pour la prise en charge de ces IVG. Ici, nous pouvons discuter le faible taux d'établissements ayant adapté ses locaux. Au sens premier du terme, ces aménagements ne coûteraient rien à l'hôpital car aucun matériel n'est à acheter mais, en revanche, certains aménagements ergonomiques sont faciles à mettre en place et pourraient améliorer le bien-être des patientes en processus d'avortement.

Puis nous avons cherché à connaître les moyens mis en œuvre concernant la prise en charge du corps fœtal des IVG \geq 14 SA. Selon la littérature, tout élément humain pouvant être aisément identifiable par un non spécialiste doit suivre un circuit d'élimination spécifique par incinération. Avec des fœtus âgés de 14 à 16 SA, nous avons interrogé les établissements afin de savoir s'ils avaient modifié leurs modalités du devenir du corps fœtal. Nous avons pu constater que seule une minorité des maternités respectaient les décrets en privilégiant l'incinération tandis qu'une grande majorité éliminaient les corps fœtaux avec les DASRI (figure 19 ; p.52). Néanmoins, d'après le tableau 9 (p.52), nous avons pu constater qu'il existait un lien significatif entre le parcours d'élimination du corps fœtal et la méthode d'avortement pratiquée. Selon la littérature, nous savons, que lors d'une IVG chirurgicale, le fœtus est désarticulé et que son intégrité physique diffère de celle d'un fœtus expulsé par IVG médicamenteuse. En effet, les équipes utilisant davantage l'incinération étaient celles pratiquant le plus d'IVG médicamenteuses. Nous pouvons donc conclure que l'aménagement concernant la prise en charge du corps fœtal est fonction du type de méthode d'IVG pratiquée et que toutes les maternités ne sont pas confrontées à cette conséquence de l'allongement du délai de l'IVG.

- **Impact sur les équipes obstétricales**

Enfin, nous avons souhaité interroger les sages-femmes responsables sur les difficultés rencontrées au sein des équipes obstétricales depuis la promulgation de la loi du 2 mars 2022.

Dans notre étude, 60% des sages-femmes responsables estimaient que les sages-femmes de leurs équipes ne rencontraient pas de difficulté pour la prise en charge des IVG \geq 14 SA. Au vu de cette majorité allant à l'encontre des résultats attendus, nous avons cherché à déterminer s'il existait des biais notamment concernant la méthode d'avortement utilisée et la population interrogée. D'après le tableau 6 (p.44), nous avons pu remarquer que la méthode d'IVG pratiquée n'influait pas de manière significative la présence de difficultés pour les sages-femmes hospitalières. De plus, au travers de cette étude, nous avons recueilli le point de vue des sages-femmes responsables et non celui des sages-femmes cliniciennes, ce qui a pu biaiser la véracité du terrain. Néanmoins, dans les 40% de sages-femmes responsables estimant que les sages-femmes de leurs équipes éprouvaient des difficultés, nous avons pu observer que les difficultés rencontrées étaient

d'ordre interne ou externe à l'établissement (figure 8 ; p.43). De ce fait, nous pouvons conclure que toutes les sages-femmes hospitalières, quelle que soit la méthode d'avortement pratiquée dans leur établissement peuvent être susceptibles de rencontrer des difficultés dans la prise en charge des IVG ≥ 14 SA.

D'après notre étude, peu de sages-femmes responsables estimaient que les IVG ≥ 14 SA impactait l'activité quotidienne des sages-femmes hospitalières. Néanmoins, nous avons pu observer que pour celles appréciant un impact sur l'activité des sages-femmes, la majorité a reconnu une augmentation de la charge de travail pour ses sages-femmes et a soulevé des problématiques organisationnelles, matérielles et humaines (figure 20 ; p.53). Par ailleurs, d'après le tableau 10 (p.54), nous avons constaté que cet impact était lié à la méthode d'avortement utilisée et donc que l'IVG médicamenteuse avait un impact significatif sur l'activité des sages-femmes.

Dans l'optique de compléter les résultats précédents, nous avons cherché à savoir si d'autres professionnels de santé étaient impactés par l'allongement du délai de l'IVG. 71% des sages-femmes responsables y ont répondu favorablement. Selon notre étude, nous avons pu établir qu'un large panel de professions médicales, paramédicales et sociales étaient également impactés par cette nouvelle loi (figures 9 et 10 ; p.45). Nous pouvons conclure que, du fait d'un impact multidisciplinaire, la prise en charge des IVG ≥ 14 SA impacte le fonctionnement de différents services (notamment le service obstétrical, gynécologique et le bloc opératoire).

Pour terminer, nous avons voulu déterminer si les établissements de santé avaient dédié la prise en charge de ces IVG à des professionnels de santé ou s'ils avaient dû s'adapter à cette nouvelle demande en détachant des professionnels de leur activité attribuée. D'après nos résultats, que ce soit en salle de naissance ou dans les autres services, nous avons pu voir que plus de 90% des établissements n'avaient pas de professionnel dédié uniquement à la prise en charge des IVG ≥ 14 SA (figures 16 et 18 ; p.50,51). Nous pouvons alors admettre que l'allongement du délai de l'IVG n'a pas augmenté le nombre de professionnels de santé avec la « création » d'un poste spécifique pour ces IVG et qu'il est plutôt susceptible d'augmenter de façon générale la charge de travail des équipes des différents services.

Nous pouvons donc conclure que notre hypothèse « l’allongement du délai de l’IVG à 16 SA impacte le fonctionnement des services hospitaliers » est partiellement vérifiée. En effet, les maternités françaises ont été impactées mais pas de façon systématique car les impacts organisationnels, matériels, humains et/ou éthiques constatés dépendent généralement du type de maternité et de la méthode d’avortement pratiquée.

3. Propositions d’axes d’améliorations et ouvertures

Pour aller plus loin dans notre étude, bien que nous ayons tenté de contacter un maximum de maternités, nous n’avons pas pu, d’un point de vue timing, répondre à cette attente. Il serait donc intéressant de réaliser cette étude avec une cohorte de plus grande ampleur en incluant la totalité des maternités françaises afin que la recherche soit plus représentative. Comme la difficulté première de notre travail a été de recenser les coordonnées des sages-femmes responsables, un travail d’une plus grande ampleur nécessiterait une diffusion auprès des directions des maternités via les réseaux régionaux de périnatalité ou les Agences Régionales de Santé.

Afin de mener une enquête plus étendue concernant l’impact de l’allongement du délai de l’IVG, nous pourrions discuter de cette nouvelle loi avec les gynécologues-obstétriciens afin de connaître leur positionnement sur ce sujet. Il serait intéressant de recueillir leurs avis, en prenant en compte la région et le type de maternité dans lequel ils exercent, le type de méthode qu’ils pratiquent et de récolter leurs expériences et les différences observées entre une IVG chirurgicale avant et après 14 SA. De plus, afin de connaître l’impact réel du délai de l’allongement de l’IVG sur les sages-femmes hospitalières, il serait pertinent de les interroger directement, sans passer par les sages-femmes responsables. En complément d’une telle étude, il serait également important de connaître le point de vue et le ressenti des femmes qui ont réalisé une IVG au-delà de 14 SA, et ce, en fonction de la méthode pratiquée. D’autant plus que, selon les recommandations de la HAS, « le rôle du patient comme acteur de sa prise en charge est reconnu afin d’améliorer la qualité et l’efficacité de sa prise en charge et de réduire les effets indésirables liés à une non-adhésion à son projet de soins ».

Dans notre littérature, nous avons évoqué la mise en œuvre, dès septembre 2024, d’une sixième année d’étude à la formation de sage-femme. Nous pouvons imaginer que

cette dernière développe et complète la formation initiale sur la prise en charge des IVG. L'objectif serait d'apporter aux futures sages-femmes une connaissance théorique et pratique pour la prise en charge des IVG tardives afin qu'elles puissent accompagner sans crainte ces patientes. Nous pouvons envisager dans le cadre de l'UE de gynécologie la mise en place de cours magistraux, détaillant les différentes méthodes d'IVG praticables selon le terme et de travaux pratiques (TP). Lors de ces travaux pratiques, nous pourrions simuler la réalisation d'une IVG chirurgicale. Afin d'étendre les recommandations de la HAS sur tout le territoire français et depuis la parution du décret n°2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des IVG instrumentales en établissement de santé, cette proposition semblerait légitime et judicieuse. De plus, l'école de sage-femme de Rouen ayant accès au *Medical Training Center*, il pourrait être intéressant de créer un TP simulant une IVG chirurgicale comme c'est le cas pour les simulations d'échographies obstétricales.

D'autre part, la diffusion des résultats de notre étude aux sages-femmes responsables des maternités pourrait être réfléchi. Cela leur permettrait d'avoir une vision globale des pratiques réalisées en France et cela pourrait leur donner des axes d'optimisation des pratiques de leurs équipes et de la prise en charge des patientes en demande d'une IVG tardive.

Enfin, de manière ambitieuse, nous pourrions essayer de transmettre cette étude à la HAS pour lui exposer le fait qu'il existe une disparité des pratiques pour les IVG ≥ 14 SA sur le territoire français. Cela lui expliquerait également que certains établissements éprouvent des difficultés depuis la promulgation de la loi du 2 mars 2022, notamment du fait de l'absence de mise à jour de ses recommandations. Nous pouvons imaginer que cette étude invite la HAS à mettre à jour ses recommandations afin d'uniformiser la prise en charge de ces IVG tardives.

CONCLUSION

L'allongement du délai légal de l'IVG est une législation récente qui a modifié le paysage de l'orthogénie en France. Fréquente au sein des maternités françaises, les IVG, d'autant plus celles tardives, sont prises en charge par une équipe multidisciplinaire dont font partie les sages-femmes.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les impacts de la loi du 2 mars 2022 au sein des maternités françaises. Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé un état des lieux des protocoles appliqués sur les territoires français puis mené une enquête auprès des sages-femmes responsables de maternités en leur distribuant un questionnaire informatisé.

Dans un premier temps, cette étude nous a permis de constater que l'absence de mis à jour des recommandations de la HAS induisait des prises en charge différentes des IVG ≥ 14 SA. Nous avons pu remarquer que tous les réseaux de périnatalité n'avaient pas de protocoles pour ces IVG, et qu'il en était de même pour les établissements de santé. De plus, pour compléter ce constat de prise en charge hétérogène sur le territoire, nous avons pu voir que seule une minorité des maternités participant à l'étude pratiquaient des IVG ≥ 14 SA, induisant ainsi un accès inégalitaire à l'IVG et donc par extension une variabilité des prises en charge.

Néanmoins, même si quelques réseaux de périnatalité proposent la méthode médicamenteuse pour les IVG ≥ 14 SA, tous ont protocolisé une prise en charge chirurgicale suivant ainsi les recommandations de la HAS qui préconise une IVG instrumentale au-delà de 9 SA. Concernant les maternités, la très grande majorité ont également suivi les recommandations de la HAS, bien que certaines proposent aussi la méthode médicamenteuse. Pour quelles raisons les maternités proposent-elles les deux méthodes pour ces IVG tardives ? Est-ce pour laisser le choix aux patientes ou est-ce par obligation au vu de leur fonctionnement interne ? Ce point pourrait être exploré dans de futures recherches.

Enfin, nous avons pu déterminer les différents impacts de la loi du 2 mars 2022 sur le fonctionnement des services hospitaliers. Cette étude nous a permis de constater

que l'impact de l'allongement du délai de l'IVG était étroitement lié au type de maternité et à la méthode d'avortement pratiquée. Nous avons pu montrer un impact de ces IVG sur l'organisation des services en lien direct avec la méthode d'avortement pratiquée, les moyens mis en œuvre pour prendre en charge la douleur et le type d'hospitalisation induit. En revanche, nous n'avons pas mis en évidence d'impact sur l'aménagement matériel et/ou ergonomique des services. Très peu d'établissements ont fait des aménagements spécifiques malgré que ces derniers soient peu voire non coûteux et qu'ils pourraient améliorer le quotidien des équipes et le bien-être des patientes. Enfin, bien qu'il semblerait que, d'après les sages-femmes responsables, seule une minorité des sages-femmes hospitalières éprouve des difficultés dans la prise en charge des IVG ≥ 14 SA, nous avons tout de même pu observer des impacts sur les équipes obstétricales. Cette étude nous a surtout permis de remarquer que la prise en charge de ces avortements était pluridisciplinaire et donc qu'elle mobilisait plusieurs corps de métiers médicaux, paramédicaux et psycho-sociaux. Puis, nous avons pu constater que les IVG médicamenteuses ≥ 14 SA impactaient davantage l'activité des sages-femmes en augmentant leur charge de travail.

Pour aller plus loin, nous pourrions élargir le sujet en nous questionnant sur une autre problématique soulevée par l'IVG : son accès inégalitaire et insuffisant en France. Face à cette situation de santé publique controversée, une question subsiste : l'allongement du délai de l'IVG permettra-t-il de rendre l'accès à l'IVG égalitaire et suffisant sur les territoires français ? Ou doit-on plutôt construire des parcours effectifs dans les territoires afin de garantir aux femmes la liberté de choisir la méthode et les conditions de réalisation de son avortement ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Naissances et taux de natalité | Insee [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380?fbclid=IwAR0e5kJp33ujUf12RhlypBCAJzPKAOKEmu7m_8KVTBZP5Tw1BopFec9oYXY
- [2] Statistics | Eurostat [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=fr>
- [3] Vilain, A. Interruptions volontaires de grossesses : le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022. DRESS, *Etudes et Résultats*, 1281, Septembre 2023
- [4] LOI constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse
- [5] Dhénain, M – HAS : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour., Mars 2021
- [6] Nizard S. Bibia Pavard, Florence Rochefort, Michelle Zancarini-Fournel, Les lois Veil. Les lois événements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975 : Annexes, illustrations, index, bibliographie Paris, Armand Colin, coll. « U Histoire », série : Les événements fondateurs, 2012, 228 p. assr. 30 déc 2013;(164):266.
- [7] Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0228 du 28/09/1945 (accès protégé) [En ligne]. [cité le 5 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=km8mZJz@fnv9tQEjrQR@>
- [8] Sophie Paricard. Une nouvelle loi sur l'IVG [En ligne]. 2022 [cité le 2 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/une-nouvelle-loi-sur-livg>
- [9] Vilain, A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. DRESS, *Etudes et Résultats*, 1013, Juin 2017

[10] Haute Autorité de Santé [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes

[11] Assemblée Nationale. Rapport d'information n°3343 [En ligne]. 16 sept 2020 [cité le 5 mai 2024]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapport-information.pdf

[12] Ministère des solidarités et de la santé ; Buzyn A. Communiqué de Presse [En ligne] Paris ; 27 sept 2019 [cité le 28 fév 2023]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/190927_-_cp_-_ivg-2.pdf

[13] Ministère de la santé et de la Prévention. IVG : un droit garanti par la loi [En ligne]. 2013 [cité le 23 sept 2022]. Disponible sur : <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>

[14] Faucher P. L'allongement du délai légal de l'IVG est justifié. Gynécologie Obstétrique Fertilité & ; Sénologie [En ligne]. 3 fév 2021 [cité le 11 jan 2023];49(3):157. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718921000222>

[15] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CGNOF). IVG entre 14 et 16 SA [En ligne]. Paris ; 12 oct 2020 [cité le 28 fév 2023]. 2 p. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/patientes/presse/736-ivg-tardive-cdp-cngof>

[16] LOI n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement (1) - Légifrance [En ligne]. [cité le 2 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>

[17] Interruption volontaire de grossesse (IVG) | Service-public.fr [En ligne]. [cité le 16 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551>

[18] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines [En ligne]. Mars 2001. [cité le 5 mai 2024]. Disponible sur : <https://sfar.org/wp->

[content/uploads/2015/10/2b ANAES texte-long Prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-Jusqu-a-14-semaines.pdf?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAAR2Vzz33RbvigaSnM1zE9yBjYoxfwWqPuCwQdUSFDWoJOKvUd3WI_z3gHo_aem_AbglYx7EjR9t59SmUHWb_nWggLbVS6RgrenoJTNUB54RyL3geaVJFPsrg_EPfKvV8sP1-KhIS1pkOCY-sh-Wpnb](https://content/uploads/2015/10/2b_ANAES_texte-long_Prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-Jusqu-a-14-semaines.pdf?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAAR2Vzz33RbvigaSnM1zE9yBjYoxfwWqPuCwQdUSFDWoJOKvUd3WI_z3gHo_aem_AbglYx7EjR9t59SmUHWb_nWggLbVS6RgrenoJTNUB54RyL3geaVJFPsrg_EPfKvV8sP1-KhIS1pkOCY-sh-Wpnb)

[19] The World's Abortion Laws [En ligne]. Center for Reproductive Rights. [cité le 10 mars 2023]. Disponible sur : <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>

[20] Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. Etat des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. Population [En ligne]. Fév 2018 [cité le 20 jan 2023];73:225-322. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm>

[21] Niveaux M, Sluiter R, Besoin A. Un examen des lois sur l'avortement en Occident Pays européens. Une comparaison transnationale des développements juridiques entre 1960 et 2010. Politique de santé 2014;118:95–104.

[22] De Zordo S, Mishtal J, Anton L. Un paysage fragmenté : l'avortement Gouvernance et logiques de protestation en Europe (Protest, Culture & Society Book 20). New York : Livres Berghahn ; 2016.

[23] Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, Loeber O, Ozalp S, Webb A. Accessibilité et disponibilité de l'avortement dans six pays européens. Eur J Contracept Reprod Santé 2005;10:51–8.

[24] Chavkin W, Swerdlow L, Fifield J. Réglementation des objections à l'avortement : une étude comparative internationale de cas multiples. Santé Hum Droits 2017;19:55.

[25] L'avortement en Europe : derniers chiffres et évolutions - Institut Européen de Bioéthique [En ligne]. 10 jan 2019 [cité le 28 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.ieb-eib.org/fr/flash/debut-de-vie/avortement/l-avortement-en-europe-derniers-chiffres-et-evolutions-541.html>

[26] L'avortement aux Pays-Bas : rapport 2018 du gouvernement - Institut Européen de Bioéthique [En ligne]. 2 avr 2020 [cité le 9 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/avortement/analyse-rapport-2018-du-gouvernement-sur-l-avortement-aux-pays-bas-1775.html>

[27] Clinique d'IVG Pays Bas Vrelinghuis [En ligne]. Abortuskliniek Vrelinghuis. [cité le 8 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.vrelinghuis.nl/fr/>

[28] Abortusklinieken Amsterdam & ; Haarlem [En ligne]. Abortuskliniek Amsterdam en Haarlem | Veilig & ; anoniem. ; [cité 9 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.bloemenhove.nl/>

[29] Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Informatie van de Rijksoverheid | Rijksoverheid.nl [En ligne]. Jaarrapportage 2020 Wet afbreking zwangerschap (Wafz) : bijlagen ; nov 2021 [cité le 8 fév 2023]. Disponible : <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/11/30/jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap-wafz>

[30] Ministerie van Volksgezondheid W en S. Antwoorden op vragen over Jaarrapportage Wet Afbreking zwangerschap 2022 - Kamerstuk - Rijksoverheid.nl [En ligne]. Ministerie van Algemene Zaken; 2024 [cité le 27 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/03/15/kamerbrief-over-reactie-inzake-nadere-vragen-jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap>

[31] De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler AK, Gerds C. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. BJOG. 2021 Avr;128(5):838-845.

[32] Jefatura del Estado. Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal [En ligne]. Sect. 1, Ley Orgánica 9/1985 juill 12, 1985 p. 22041-22041. Disponible sur : <https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9>

[33] Jefatura del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo [En ligne]. Sect. 1, Ley

Orgánica 2/2010 mars 4, 2010 p. 21001-14. Disponible sur : <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2>

[34] Rosaecoro. EFE Noticias [En ligne]. El Constitucional avalará la Ley del aborto tras rechazar el recurso presentado por el PP en 2010 ; 9 fév 2023 [cité le 28 fév 2023]. Disponible : <https://efe.com/espana/2023-02-09/recurso-aborto-tribunal-constitucional/>

[35] Ministerio de Sanidad [En ligne]. [cité le 28 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.sanidad.gob.es/>

[36] Avorter en Espagne | Avortement légal jusqu'à la 22ème semaine [Internet]. Clínica Ginecológica Sants. [cité 1^{er} mars 2023]. Disponible sur : <https://cgsants.es/fr/avorter-en-espagne/>

[37] Avortement Chirurgical | Clinique avortement Barcelone Gérone et Palma de Majorque [En ligne]. [cité le 1^{er} mars 2023]. Disponible sur : <https://www.avortementenespagne.fr/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-espagne>

[38] Ruault L. Histoires d'A et méthode K. La mise en récit d'une technique et ses enjeux dans le mouvement pour l'avortement libre en France. Sociétés contemporaines. 2021;121(1):139-70.

[39] Avortement au Canada | l'Encyclopédie Canadienne [En ligne]. [cité le 16 fév 2023]. Disponible sur : <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/avortement>

[40] La Coalition pour le Droit à l'Avortement au Canada [En ligne]. [cité le 5 mai 2024]. À propos de nous. Disponible sur : <https://www.arcc-cdac.ca/a-propos-de-nous/?lang=fr/>

[41] Institut canadien d'information sur la santé. Avortements provoqués déclarés au Canada en 2019. Ottawa, ON : ICIS; 2021.

[42] Cristin-Maitre, S., Bouchard, P., et Spitz, I.M. « Medical termination of pregnancy ». *New England Journal of Medicine*, 30 mars 2000; 342 (13), p. 948.

[43] Canada S. Avis : Liste des drogues sur ordonnance (LDO) : Additions multiples [2015-08-12] [En ligne]. 2015 [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/liste-drogues-ordonnance/avis-additions-multiples-2.html>

[44] Laliberte, J. « Still no mifepristone for Canada: is it safe? » *National Review of Medicine*, 30 sept. 2005; 2 (16), p.1.

[45] Stubblefield, P.G., Carr-Ellis, S., et Borgatta, L. “Methods for induced abortion”, *Obstetrics and Gynecology* 2004

[46] Didier Lett. L’avortement au Moyen-Âge : informer sur l’avortement (IVG). Avortementivg.com [En ligne]. 2008 [cité le 23 sep 2022]. Disponible sur : <http://avortementivg.com/node/109>

[47] Robinson HP, Fleming JE. A critical evaluation of sonar "crown-rump length" measurements. *Br J Obstet Gynaecol*. 1975 Sep;82(9):702-10. doi: 10.1111/j.1471-0528.1975.tb00710.x. PMID: 1182090.

[48] Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016;388(10041):258e67.

[49] Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1515-35.

[50] Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol* 2012;119(2 Pt 1):215e9.

[51] Baird DT. Mode of action of medical methods of abortion. *Journal of the American Medical Women’s Association* 2000; 55: 121-126

[52] Tang OS, Ho PC. Medical abortion in the second trimester. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 avr 2002;16(2):237-46.

[53] World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: World Health Organization; 2012.

[54] Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception* 2009;79(2):84-90.

[55] Chen MJ, Creinin MD. Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*. juill 2015;126(1):12.

[56] Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception* 2019;99(2):77e86.

[57] Popinchalk A, Sedgh G. Trends in the method and gestational age of abortion in high-income countries. *BMJ Sex Reprod Health*; 2019.

[58] Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 nov 2011;2011(11):CD002855.

[59] Wen J, Cai QY, Deng F, Yi YP. Manual versus electric vacuum aspiration for first-trimester abortion: a systematic review. *BJOG: An Int J Obstet Gynaeco* 2008;115(1):5e13.

[60] Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester. *Obstet Gynecol* 2015;126(1):22e8.

[61] White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception* 2015;92(5):422e38.

[62] Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 févr 2020;63:37-44.

[63] Organisation mondiale de la Santé. (2012). Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

[64] Edelman, A. et Kapp, N. Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse. Ipas [En ligne]. 2018. Disponible sur : <https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/DESTRF18-GuidedeReferencesurlaDilatonetEvacuation.pdf>

[65] Fox MC, Krajewski CM. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation: SFP guideline #2013-4. *Contraception* 2014;89(2):75e84.

[66] Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse [En ligne]; 8 dec 2020 [cité le 4 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-%20saisine%20IVG.pdf>

[67] Fullerton J, Butler MM, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. *Int J Womens Health*. 2018 Nov 23;10:751-762. doi: 10.2147/IJWH.S178601. PMID: 30538585; PMCID: PMC6260173.

[68] International Confederation of Midwives *Position statement: midwives' provision of abortion-related services*. 2007. [cité le 6 mars 2023]. [mise à jour en 2014]. Disponible sur : <https://internationalmidwives.org>

[69] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913406>

[70] Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. 2016-743 juin 2, 2016.

[71] Diakiese BM, Féron V. Interruption volontaire de grossesse et COVID-19 : ce que la pandémie a modifié en 2020. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 nov 2022;70(6):277-85.

[72] IVG et Covid-19 | Égalité-femmes-hommes [En ligne]. 2020 [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/20-04-03-ivg-et-covid-19>

[73] Haute autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse à la 8^{ème} et à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée hors milieu hospitalier [En ligne]. 9 avr 2020 [cité le 25 mars 2024]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponse_rapide_ivg_09_04_2020_coiv8.pdf

[74] Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé. 2022-212 févr 19, 2022.

[75] Berer M. Fourniture d'avortement par des prestataires de niveau intermédiaire : politique, pratique et perspectives internationales. Bull Organe mondial de la santé. 2009 Jan;87(1):58-63. doi : 10.2471/blt.07.050138. PMID : 19197405; PMCID : PMC2649591

[76] Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Accès à l'avortement : d'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté [En ligne]. 17 jan 2027 [cité le 9 fév 2024]. Disponible sur : https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_bilan_mise_en_oeuvre_recos_ivg_2017_01_17_vf.pdf

[77] Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2, Accès à l'IVG dans les territoires. Rapport n° 2013- 1104-SAN-009, 7 novembre 2013. Disponible : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf

[78] Rapport d'information n°3343 - 15e législature - Assemblée nationale [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapport-information

[79] Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes. 2021-1934 déc 30, 2021.

[80] Arrêté du 30 décembre 2021 portant avis d'appel à projet et fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation prévue à l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 - Légifrance [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044793234>

[81] Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé. 2023-1194 déc 16, 2023.

[82] Décret n° 2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé. 2024-367 avr 23, 2024.

[83] Les sages-femmes peuvent désormais pratiquer l'IVG instrumentale [En ligne]. [cité 16 avr 2024]. Disponible : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16989>

[84] Jones RK, Henshaw SK. Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 1 mai 2002;34:154-61.

[85] 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.

[86] Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur - Légifrance [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000590871>

[87] Interruption médicale de grossesse (IMG) | Service-Public.fr [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1101?fbclid=IwAR1MvHnLjxQdrMjTu1GYbgDAVS2wTnOmRrrw52allekh1fZdDznHmf9Ek7s>

[88] Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine

[89] Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux assimilés et des pièces anatomiques

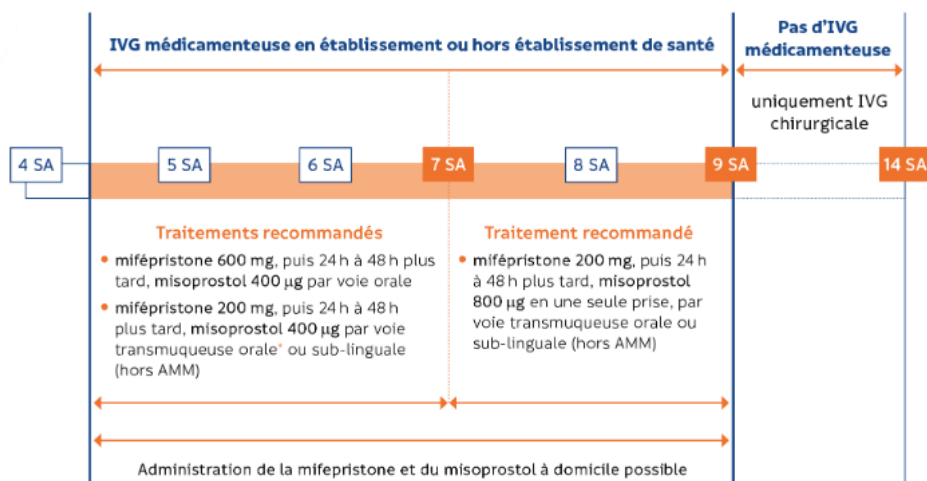
[90] Article R1335-9 - Code de la santé publique - Légifrance [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006910457?fbclid=IwAR0IjbOHLGs-WiTIkbnSTh2UQAxS7QWxjEi9w6GhoNPky_hmqVFwXKuWubE

[91] GuidEnR HQE > DASRI > L'incinération des déchets d'activités de soins à risques infectieux [En ligne]. [cité le 16 avr 2024]. Disponible sur : <https://hqe.guidenr.fr/cible-6-hqe/dasri-incineration.php>

[92] Liste des maternités de France depuis 2000 [En ligne]. [cité 5 mai 2024]. Disponible : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/fichier_maternites_112021/

ANNEXES

Annexe I : Recommandations de bonnes pratiques de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse et chirurgicale – Date de validation : 12 avril 2021



IVG : interruption volontaire de grossesse ; SA : semaines d'aménorrhée.

*voie transmuqueuse orale : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30 minutes.

Annexe II : Autorisation délivrée par la DRCI



Délégation Hospitalo-universitaire à la recherche
Commission d'évaluation scientifique des projets de recherche
CHU de Rouen-Hôpitaux de Rouen • Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen
Hôpital Charles Nicolle - 76031 ROUEN Cedex

COMITE DE QUALIFICATION DES PROJETS DE RECHERCHE

Membres : Fabienne TAMION, Gilles GARGALA, Marie-Pierre TAVOLACCI, Thierry LEQUERRE, Guillaume SAVOYE, Jeremy BELLIEU

Membres de la DRCI à titre permanent : Ail BOUNACER, Delphine PICOCHÉ

Adresse de contact : secretariat.drci@chu-rouen.fr

Le Comité de Qualification des Projets de recherche a été saisi d'une demande d'avis consultatif pour le projet suivant :

Investigateur principal	Margot DUCLOS
Service - Etablissement d'appartenance ou Ecole de Formation (Responsable du traitement)	Etudiante Sage-femme
Nom de l'Encadrant (de thèse, mémoire) et établissement d'appartenance (le cas échéant)	Ecole de Sages-Femmes - Rouen
Titre du projet	Allongement du délai de l'IVG passant de 14 à 16 semaines d'aménorrhée en France : de l'illusion à la réalité
Type de recherche	Multicentrique CHU + extérieure
N° d'enregistrement	1287

Le Comité de qualification a procédé à l'examen de ce dossier le 03/10/2023 et a émis l'avis final suivant :

Recherche ne rentrant pas dans le champ d'application de la Loi Jardé au titre du Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine, partie II.2° « Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé »

Avant la mise en œuvre de votre projet, il convient de prendre connaissance des formalités requises en fonction du type de recherche, ci-jointes

Annexe III : Questionnaire

IMPACT DE L'ALLONGEMENT DU DELAI DE L'IVG POUR LES SAGES-FEMMES HOSPITALIERES

✘ Message de présentation

Bonjour,

Je m'appelle Margot Duclos et je suis étudiante en 5^{ème} année en sciences maïeutiques au Département des Etudes de Sage-Femme de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise un questionnaire sur l'**impact de l'allongement du délai de l'IVG passant de 14 à 16 SA** dans les établissements de santé après la promulgation de la loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les différents impacts que peut avoir cet allongement légal de l'IVG sur le **quotidien des sages-femmes hospitalières**.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour répondre à ce questionnaire, **vous devez être une sage-femme coordinatrice / cadre de maternité**.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes et vos réponses me seront précieuses pour mener à bien mon étude.

Pour éviter un biais statistique avec des doublons, je vous propose de me partager le n°SIRET de votre établissement.

Si vous souhaitez des informations concernant le résultat de l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse margot.duclos@etu.univ-rouen.fr.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Ce questionnaire comporte 24 questions.

✘ Questionnaire

NO : question non obligatoire

1	. Vous êtes : <ul style="list-style-type: none">- Sage-femme coordinatrice- Sage-femme coordonnateur en maïeutique- Autre
2	. Dans quel type de maternité exercez-vous ? <ul style="list-style-type: none">- Maternité de type I- Maternité de type IIa- Maternité de type IIb- Maternité de type III
3 <i>NO</i>	. Quel est le n°SIRET de votre maternité ?

4	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Combien de naissances a réalisé votre établissement du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 ?</i>
5	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Votre établissement réalise-t-il des IVG ≥ 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → poursuite du questionnaire avec question 6 - Non → question 5bis et/ou 5ter
5bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Réalisez-vous des IVG < 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 5ter - Non → <i>fin du questionnaire</i>
5ter	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, pourquoi ne réalisez-vous pas d'IVG ≥ 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Refus des praticiens - Mise en péril de la sécurité des patientes - Problématique des locaux et des équipements - Méconnaissance de la loi - Autre <p><i>Fin du questionnaire pour les établissements ne réalisant pas d'IVG ≥ 14 SA</i></p>
6 NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pour tous termes confondus, combien d'<u>IVG médicamenteuses</u> ont été pratiquées dans votre établissement du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 ?</i>
7 NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pour tous termes confondus, combien d'<u>IVG chirurgicales</u> ont été pratiquées dans votre établissement du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 ?</i>
8	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Votre établissement pratique-t-il des IVG médicamenteuses ≥ 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 8bis - Non → question 9
8bis NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Combien d'IVG médicamenteuses ≥ 14 SA avez-vous réalisées du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 ?</i>
9	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Votre établissement pratique-t-il des IVG chirurgicales ≥ 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 9bis et 9ter - Non → question 9
9bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles(s) méthode(s) chirurgicale(s) est/sont utilisée(s) ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - IVG chirurgicale par aspiration - IVG par méthode de dilatation et évacuation
9ter NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Combien d'IVG chirurgicales ≥ 14 SA votre établissement a-t-il réalisées du 1^{er} décembre 2022 au 1^{er} décembre 2023 ?</i>
10 NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre le 1^{er} décembre 2022 et le 1^{er} décembre 2023, combien de patientes réalisant une IVG ≥ 14 SA ont été prises en charge en ambulatoire ?</i>
11 NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre le 1^{er} décembre 2022 et le 1^{er} décembre 2023, combien de patientes réalisant une IVG ≥ 14 SA ont eu une hospitalisation complète ?</i>
12 NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entre le 1^{er} décembre 2022 et le 1^{er} décembre 2023, quelle a été la durée moyenne de séjour (DMS) des patientes hospitalisées pour une IVG ≥ 14 SA ?</i>
13	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les sages-femmes de vos équipes vous ont-elles fait part de difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ces patientes en demande d'une IVG ≥ 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 13bis - Non → question 14
13bis NO	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, quelles sont ces difficultés ?</i>

14	<ul style="list-style-type: none"> • <i>D'autres professionnels de santé de vos équipes sont-ils impactés par cette nouvelle loi ?</i> - Oui → question 14bis - Non → question 15
14bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, quel(s) professionnel(s) de santé ?</i> - Aide-soignant(e) / Auxiliaire de puériculture - Agent de service hospitalier - Infirmier/infirmière - Gynécologue-obstétricien - Médecin anesthésiste-réanimateur - Autre
15	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une fois la consultation pré-IVG réalisée, dans quel service débute l'hospitalisation d'une patiente en demande d'IVG ≥ 14 SA ?</i> - En Unité de Grossesses Pathologiques (UGP) - En gynécologie - En salle de naissance (SDN) - En salle de pré-travail - Autre
16	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelle prise en charge de la douleur proposez-vous aux patientes réalisant une IVG ≥ 14 SA ?</i> - Méthodes naturelles antalgiques (bouillotte, positions ...) - Antalgiques de pallier 1 et 2 - MEOPA (Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) - APD (Analgésie Péridurale) - Autre
17	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Votre bloc obstétrical possède-t-il une ou plusieurs salle(s) d'accouchement adaptées aux IVG ≥ 14 SA ?</i> - Oui → question 17bis - Non → question 18
17bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, quels aménagements ont été mis en place ?</i> - Absence de monitoring - Absence de table de réanimation néonatale - Absence de coin de nursing / berceau - Modification du set d'accouchement - Absence d'affichage relatif à la maternité - Salle(s) à l'écart des SDN - Salle(s) réservée(s) aux IVG - Aucun aménagement spécifique - Autre
18	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existe-t-il un professionnel de santé dédié <u>uniquement</u> aux IVG ≥ 14 SA en salle de naissance ?</i> - Oui → question 18bis « si oui ... » - Non → question 18bis « dans ce cas ... »
18bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, qui est ce professionnel de santé ?</i> - Sage-femme - Infirmier/infirmière - Aide-soignant(e)

	<ul style="list-style-type: none"> - Autre
18bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dans ce cas, quel(s) professionnel(s) prend/prennent en charge les IVG ≥ 14 SA en salle de naissance ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme - Infirmier/infirmière - Aide-soignant(e) - Autre
19	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Votre établissement de santé possède-t-il une ou plusieurs chambre(s) en UGP, en pré-travail, en gynécologie ou dans un autre service adaptée(s) aux IVG ≥ 14 SA ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 19bis - Non → question 20
19bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, quels aménagements sont disponibles dans ces chambres ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de monitoring - Conduites à tenir adaptées à la prise en charge de la douleur - Toilettes individuelles - Douche / bain - Absence d’affichage relatif à la maternité - Chambre(s) d’IVG éloignée(s) de celles des femmes enceintes et SDC - Chambre(s) réservée(s) aux IVG - Pas d’aménagement spécifique - Autre
20	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Existe-t-il un professionnel de santé dédié <u>uniquement</u> aux IVG ≥ 14 SA dans le service d’hospitalisation les prenant en charge ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 20bis « si oui ... » - Non → question 20bis « dans ce cas ... »
20bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, qui est ce professionnel de santé ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme - Infirmier/infirmière - Aide-soignant(e) - Autre
20bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dans ce cas, quel(s) professionnel(s) prend/prennent en charge les IVG ≥ 14 SA en salle de naissance ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme - Infirmier/infirmière - Aide-soignant(e) - Autre
21	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Selon vous, la réalisation d’IVG médicamenteuses 14 SA impacte-t-elle l’activité quotidienne des sages-femmes de votre maternité ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Oui → question 21bis - Non → question 22
21bis	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Si oui, pourquoi ?</i> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la charge de travail - Gestion de parturientes, de processus d’IVG et d’accouchées en même temps - Sur le planning : sage-femme affectée uniquement aux IVG - Clause de conscience de certains professionnels impactant l’organisation de l’activité des services

	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des conséquences émotionnelles sur soi et l'équipe, surcharge mentale - Gestion des dossiers d'IVG incomplets : parcours et ATCD de la patiente, carte de GS, RAEE, CPA ... - Augmentation du besoin d'expérience pour accompagner sereinement ces femmes - Augmentation du temps de formation pour gérer le côté technique et administratif de ces IVG - Gestion du temps difficile pour accompagner convenablement ces femmes - Nécessité d'adapter les ressources matérielles et/ou humaines pour ces IVG - Autre
22	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comment les équipes sont-elles informées de la programmation des IVG ≥ 14 SA ?</i> - Transmissions données en début de garde - Planning hebdomadaire/mensuel de ces IVG affiché ou transmis aux équipes - Ne sont pas informées en début de garde - Autre
23	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La programmation des IVG ≥ 14 SA se fait-elle en fonction de l'activité programmée du bloc obstétrical ?</i> - Toujours - Souvent - Parfois - Jamais
24	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une fois la grossesse expulsée, quel est le devenir du corps fœtal ?</i> - Déchets assimilables aux déchets ménagers - DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux) - Incinération - Autre

× Message de fin

Afin d'élaborer l'étude la plus complète possible, j'ai pour objectif de **recenser les protocoles mis en place pour les IVG ≥ 14 SA sur le territoire français.**

Si vous souhaitez m'aider dans ce projet, vous pouvez me partager les protocoles utilisés dans votre établissement à l'adresse suivante : margot.duclos@etu.univ-rouen.fr

De plus, si vous souhaitez me faire part d'une réflexion, je vous laisse cet emplacement ci-dessous. Je suis ouverte à toutes remarques qui m'aideront à compléter cette étude.

Avec tous mes remerciements.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

« ALLONGEMENT DU DELAI DE L'IVG PASSANT DE 14 A 16 SEMAINES
D'AMENORRHEE EN FRANCE : ENTRE PRINCIPE ET REALITE »

DUCLOS Margot

Introduction - Sujet d'actualité au cœur des compétences des sages-femmes, l'allongement du délai de l'IVG a modifié le paysage de l'orthogénie en France. L'objectif de cette étude est d'évaluer les conséquences de la loi du 2 mars 2022 au sein des maternités françaises. Du fait de l'absence de mise à jour des recommandations de la HAS, elle fait un état des lieux des protocoles établis par les réseaux de périnatalité et par les établissements de santé. Elle fait également un état des lieux des pratiques hospitalières mises en œuvre pour les IVG ≥ 14 SA. Ces états des lieux nous permettant ensuite d'identifier les impacts induits par l'allongement du délai de l'IVG dans les maternités. **Méthodologie** – Il s'agit d'une enquête quantitative descriptive multicentrique auprès des réseaux de périnatalité français et auprès d'une cohorte de sages-femmes responsables de maternité. La sollicitation des 17 réseaux régionaux de périnatalité a été nécessaire et un questionnaire numérique a été transmis à 257 maternités françaises, de la métropole jusqu'au DROM-COM. **Résultats et discussion** – Notre étude a permis de réaliser un état des lieux des protocoles de 13 réseaux de périnatalité français et d'établir un échantillon de 110 sages-femmes responsables dont 45 exerçant dans une maternité réalisant des IVG ≥ 14 SA. Nous avons pu objectiver des disparités dans les prises en charge des IVG ≥ 14 SA même si une majorité des protocoles et des maternités semblent suivre les recommandations de la HAS. Par ailleurs, nous avons pu montrer que les maternités françaises étaient impactées par l'allongement du délai de l'IVG mais pas de façon systématique. En effet, ces impacts, organisationnels, matériels, humains ou éthiques, sont généralement dépendant du type de maternité et de la méthode d'avortement pratiquée. Néanmoins, 40% des sages-femmes responsables estiment que les sages-femmes de leurs équipes éprouvent des difficultés dans la prise en charge des IVG ≥ 14 SA sans que la méthode d'avortement pratiquée ne les influence de manière significative. **Conclusion** – Il serait intéressant d'uniformiser la prise en charge des IVG ≥ 14 SA afin de permettre un accès égalitaire et suffisant aux patientes en demande d'un avortement tardif. Ainsi, cette mise en œuvre pourrait également faciliter la prise en charge de ces IVG en diminuant les impacts sur le fonctionnement des services hospitaliers.

MOTS-CLEFS : IVG, avortement, allongement, loi du 2 mars 2022, impact, maternité