

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Rôle de l'histoire de l'avortement et du discours
médical sur l'actualité de l'IVG en France.
La mise en place de l'IVG médicamenteuse hors
service hospitalier dans les pays de Loire.



Anne-Sophie MORICE
Directeur de mémoire : Dr Bernard Meslé

Promotion 2002-2006

Préambule

Une des sages-femmes enseignantes de l'Ecole de sages-femmes milita pendant une année entière au cours de ces quatre années d'étude pour nous faire prendre en considération la lutte de nos mères pour l'émancipation des femmes.

Je me trouvais alors loin de ces préoccupations ; jusqu'à ce que j'apprenne que la mère adoptive de ma meilleure amie était devenue stérile suite à un avortement clandestin. Son témoignage consolida mon idée de mémoire.

Table des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : ROLE SOCIAL DU DISCOURS MEDICAL SUR LES FEMMES	2
I. L'INFLUENCE DES ÉCRITS À L'ORIGINE DES RAPPORTS SOCIAUX :	2
I.1- GÉNÉRALITÉS :	2
I.2- INFLUENCE DES CONNAISSANCES MÉDICALES :	3
II. LA CONCEPTION À TRAVERS LE TEMPS : [1-20]	4
II.1- HÉRITAGE CULTUREL :	4
II.2- DANS L'ANTIQUITÉ :	4
II.3- AU MOYEN AGE :	5
II.4- THÉORIE DE PAN GENÈSE À LA RENAISSANCE :	5
II.5- THÉORIE DE L'OVISME AU XVIIÈME SIÈCLE :	5
II.6- XVIIIÈME SIÈCLE :	7
III. LA NAISSANCE DE LA MÉDECINE OCCIDENTALE :	7
III.1- LA MATERNITÉ, ENJEU DE CONTRÔLE DES CORPS :	7
III.2- L'ANTIQUITÉ :	7
III.3- DU MOYEN AGE À LA RENAISSANCE : L'ÉVICTION DES MATRONES :	8
III.4- LA MÉDECINE DES LUMIÈRES :	9
IV. CRISTALLISATION MODERNE D'UNE « NATURE FÉMININE » ET PRÉMISSSES DU NATALISME :	10
IV.1- LA MATERNITÉ, UN DEVOIR...	10
IV.2- LES ARGUMENTS NATALISTES :	11
IV.3- LES MÉDECINS ET LES FEMMES SOUS LE RÉGIME DE VICHY :	11
V. LA LUTTES DES FEMMES POUR LE DROIT À DISPOSER DE LEUR CORPS :	12
V.1- FISSURATION DU MODÈLE MÉDICAL :	12
V.2- UN CORPS MÉDICAL ÉCARTELÉ :	14
V.3- LE POUVOIR INSTITUTIONNEL DES MÉDECINS :	14
PARTIE 2 : ACTUALITE DE L'IVG	16
I. LES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES : LA LOI DU 4 JUILLET 2001	16
II. LES CHIFFRES :	17
II.1- LA STABILITÉ :	17
II.2- DISPARITÉS TERRITORIALES :	18
II.3- LES CHIFFRES EN PAYS DE LOIRE :	20
II.4- SITUATION EUROPÉENNE :	21
III. LA PRISE EN CHARGE :	22
III.1- RÉPARTITION SECTEUR PUBLIC/SECTEUR PRIVÉ :	22
III.2- DÉLAIS DE- PRISE EN CHARGE :	22
III.3- DIFFÉRENCES DE PRISE EN CHARGE :	22
III.4- LA CLAUSE DE CONSCIENCE AURAIT-ELLE DIFFÉRENTS NIVEAUX D'INTERPRÉTATION ?	24

IV. CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES :	25
IV.1- L'ÂGE DES FEMMES :	25
IV.2- LES FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX :	26
IV.3- RECOURS À LA CONTRACEPTION :	26
IV.4- LEURS PRESCRIPTEURS : SONT-ILS DANS LA CAPACITÉ DE PRÉSENTER UN PANEL DE CHOIX SUFFISANT, SUSCEPTIBLE DE CONVENIR AUX FEMMES ?	28
IV.5- LOGIQUES SOCIALES :	28
V. UNE PRÉVENTION DES IVG EST-ELLE POSSIBLE :	30
VI. UN AVENIR COMPROMIS :	32
VI.1- DEVENIR DES CIVG :	32
VI.2- FUTURS MÉDECINS :	34
VI.3- LA PLACE DES SAGES-FEMMES EN CIVG :	35
 PARTIE 3 : IVG MÉDICAMENTEUSES	 37

I. LE PROTOCOLE :	37
I.1- PRÉAMBULE :	37
I.2- PROTOCOLE :	38
I.3- LA CONSULTATION PRÉ-IVG :	39
I.4- CONSULTATION N°1 DU FORFAIT :	41
I.5- CONSULTATION N°2 DU FORFAIT :	41
I.6- CONSULTATION N°3 DU FORFAIT :	42
I.7- CONSULTATION N°4 DU FORFAIT :	42
I.8- LES MÉDICAMENTS :	43
I.9- LA FACTURATION DU FORFAIT PAR LE MÉDECIN :	49
II. LA MISE PLACE DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE HORS SERVICE HOSPITALIER :	50
II.1- QU'EST-CE QUI EXPLIQUE LE RETARD DANS LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI ?	50
II.2- LA CONTROVERSE :	51
III. LA MISE EN PLACE DU RÉSEAU EN LOIRE-ATLANTIQUE	54
III.1- HISTOIRE DU CIVG DE NANTES	54
III.2- POURQUOI CE RÉSEAU ? QUEL ÉTAT DES LIEUX ?	54
III.3 - LES OBJECTIFS DU RÉSEAU	55
III.4- LA DEMANDE	55
III.5- LA DIFFUSION	56
III.6- LE COÛT	56
III.7- LES PREMIERS MÉDECINS CONVENTIONNÉS :	56
III.8- ÉPILOGUE :	56
 CONCLUSION	 58

Bibliographie

Annexes 1

Annexes 2

Annexe 3

Annexe 4

Annexe 5

Introduction

La condition de la femme paraît vraisemblablement très divergente selon les régions du monde.

Je lisais récemment une étude de l'Unicef selon laquelle il y aurait en Inde un déficit de 40 millions de filles, sur une population d'un milliard d'indiens. Selon cette étude, la constance des traditions patriarcales dans la culture guiderait chaque année, de plus en plus de couples vers l'avortement ; avec, selon le magazine scientifique britannique *The Lancet*, 0,5 million d'avortements chaque année. Cette situation entraîne un déséquilibre du sex-ratio dans certaines régions, avec 798 filles pour 1 000 garçons ; on voit alors apparaître des phénomènes de polyandrie, où une seule femme est mariée à plusieurs frères [article de Marie PERRUCHET, publié dans « *Ouest-France* » le 17 janvier 2006].

Cet exemple nous conduit à l'évidence de la marge existante avec nos sociétés occidentales. Qu'est-ce qui explique l'évolution de la condition de la femme dans nos sociétés ?

La première partie de mon mémoire définira la position de la femme à travers l'histoire en mettant en évidence le rôle décisif du corps médical. En effet, selon moi, une des fonctions sociales remplies par le savoir médical a d'abord constitué en la légitimation scientifique de l'ordre social sexué ; nous verrons notamment l'exemple manifeste de la généalogie du discours médical sur la fécondité.

L'actualité de la maîtrise de la fécondité comprend l'interruption volontaire de grossesse. Je reviendrai donc en seconde partie de mon mémoire sur l'actualité de l'avortement en France. Quelles sont les nouvelles difficultés existantes ?

Quand est-il de l'application des modifications de la loi, votée le 4 juillet 2001, et notamment l'IVG hors milieu hospitalier ?

Puis, après avoir rappelé le protocole, je développerai les étapes de la mise en place du réseau dans notre région. Je mettrai en évidence les disparités territoriales en France qui expliquent les difficultés à la mise en place de l'IVG médicamenteuse en ville en troisième partie du mémoire.

Partie 1 : ROLE SOCIAL DU DISCOURS MEDICAL SUR LES FEMMES

Dans l'histoire, aussi loin que l'on remonte: en Egypte, en Grèce, comme à Rome, la pratique de l'avortement a toujours existé. De tout temps en effet, des femmes se sont heurtées au problème de grossesses non désirées. De tout temps, dans toutes les sociétés et civilisations, des femmes ont cherché par tous les moyens- y compris les plus traumatisants- à interrompre une grossesse qu'elles étaient dans l'impossibilité d'assumer (qu' elle se passe dans le cadre du mariage ou de l'union dite régulière, ou qu'elle soit le fruit d'une relation adultérine ou hors mariage). Dans ce dernier cas, certaines lois comme celle de la charia leur réservait la mort par lapidation. C'est d'ailleurs toujours d'actualité dans certaines régions du monde.

L'aide, la compréhension des hommes a longtemps été minime. La grossesse d'une compagne était, en effet, la manifestation de leur pouvoir et de leur capacité sexuelle : pour beaucoup d'entre eux, la femme était là pour faire des enfants (le plus grand nombre possible, étant donné la mortalité infantile, et de préférence des mâles capables d'assurer la descendance et, le cas échéant, de les entretenir dans leur vieillesse).

Les textes les plus anciens connus à ce jour répriment l'avortement : par souci de protéger les intérêts lésés du père, le seul à disposer d'un droit de vie ou de mort sur ses enfants. L'Eglise a, par la suite, individualisé le fœtus, arguant de la nécessaire protection de l'enfant à naître avant son baptême.

Puis l'avortement est devenu au regard de la loi, un crime grave, attentatoire non pas tant à la morale qu'aux intérêts de la société et de l'Etat.

I. L'influence des écrits à l'origine des rapports sociaux :

I.1- Généralités :

Les historiens ont généralement recherché les origines de la médecine grecque au cœur de trois sources. La première, était d'inspiration religieuse et s'exprimait donc dans les temples, au travers d'activité divinatoire ; la seconde résidait dans les méthodes appliquées dans les cultures physiques. Le troisième élément moteur de la médecine résidait dans l'apport du raisonnement philosophique. En effet, bon nombre de ses adeptes furent non seulement philosophes, mais aussi médecins [20].

Or, la position de la Femme à travers les écrits, notamment les pensées philosophiques, correspond à une condition inférieure par rapport à l'homme ; ces écrits étant, par ailleurs, presque exclusivement des récits d'hommes.

Dans la période de l'Antiquité, il convient de citer les théories des philosophes grecs Platon (v.428-347 av. J.-C.) et son élève Aristote (384-322 av. J.-C.), qui expliquent ainsi la différenciation des sexes : le démiurge créa d'abord un être humain puis « *ceux qui étaient couards et avaient mal vécu se sont apparemment transmués en femelles, lors de leur deuxième naissance* » [17].

Confucius (philosophe chinois, v.551 av.J.-C.-479 av.J.-C) met l'accent sur la nécessité de cette supériorité de l'homme dans le maintien de l'ordre universel. Pythagore (philosophe et mathématicien grec, 570-v.490 av. J.-C.) à la même époque, en Grèce proclame que le côté droit signifie le soleil, la lumière, la puissance et la sagesse, principes masculins. Le côté gauche représente les ténèbres, le chaos, l'humidité, symboles des gestations terrestres et féminines. Il s'agit manifestement d'une influence orientale. Le yin symbolisant la femme représente le froid, la pluie, la nuit, le repos, la réceptivité et la passivité. Le yang, par contre, symbole de l'homme, représente le versant ensoleillé, lumière, chaleur, jour et activité, dynamisme et virilité.

La femme serait donc un mâle puni, une créature inférieure, et ce mythe vient ainsi justifier la hiérarchie des sexes et la subordination des femmes; d'autant plus que ce discours fut également investi par le discours religieux. Au Moyen-Age, Saint Thomas d'Aquin (philosophe et théologien italien 1225-1274) qui fut un des penseurs les plus influents du Moyen Age, prétend que la femme est un mâle accidentel, raté. Chez les Hébreux, dans la Bible, la femme était déclarée impure pendant sept jours, après l'accouchement, si elle enfantait d'un garçon, et deux semaines si c'était une fille. Elle restera encore dans le premier cas trente-trois jours, et, dans le deuxième cas soixante-six jours à se purifier de son sang ; une fille rend donc deux fois plus impure qu'un garçon.

I.2- Influence des connaissances médicales :

Une des fonctions sociales remplie par le savoir médical a d'abord constitué, pendant plusieurs siècles, en la légitimation scientifique de l'ordre social sexué décrit dans ces ouvrages.

Ces diverses affirmations ne s'appuient pas sur les connaissances anatomiques ou biologiques, pour ainsi dire inexistantes à leur époque, mais sur leurs discours idéologiques : « *C'est dans leur vision du monde qu'ils font entrer le corps des femmes. [...] Persuadés que rien n'a été créé en vain, l'infériorité de la position féminine, qu'ils constatent autour d'eux, les conforte dans l'idée de la nécessaire subordination des femmes au sexe qui les domine : inférieure dans la société parce qu'inférieure par nature. Il fallait que cette théorie rencontre un fort succès chez les représentants du sexe masculin pour qu'elle « tienne » aussi longtemps ; qu'elle survive même à des découvertes anatomiques qui auraient pu, autrement, l'ébranler.* » [17]. Ainsi, durant des siècles, les écrits médicaux ont contribué à consolider le maintien des femmes dans une position inférieure et subordonnée.

La partie subséquente, développant la généalogie du discours sur la conception, illustre les rapports sociaux perpétués durant des siècles.

II. La conception à travers le temps : [1-20]

-Ah ! Monsieur le savant, ne pourriez-vous point me dire comment les enfants se font ?

-Non, mon ami ; mais, si vous voulez, je vous dirai ce que les philosophes ont imaginé, c'est-à-dire comment les enfants ne se font point.

Voltaire, l'Homme aux quarante écus.

II.1- Héritage culturel :

Constatant qu'il partage avec la femme, le pouvoir d'enfanter, l'homme a longtemps reconnu en avoir la prééminence, sans les encombrements de la maternité.

Depuis qu'il est capable de réflexion, l'homme, fasciné par l'enfantement s'est naturellement interrogé sur le mécanisme intime de la conception. La plupart des peuplades archaïques ont compris qu'il existait une relation entre l'acte copulatoire et la procréation même si elles invoquaient l'intervention occulte d'une divinité ou de démons dans cette conception. Mais la connaissance du processus réel ne fut complètement établie qu'au XVIIIème siècle.

Ainsi, la création de l'être humain a toujours été l'objet des préoccupations de toutes les peuplades. Dans le chapitre 2 :7-25 de la Genèse, Dieu crée l'homme, puis tous les animaux inférieurs, auxquels Adam donne des noms. Réalisant plus tard qu'il n'est pas juste que l'homme soit seul au milieu des animaux, Dieu crée la femme à partir d'une côte de l'homme plongé dans un profond sommeil.

Vésale, fondateur de l'anatomie moderne au XVIème siècle, admettait que tout homme avait une côte en moins, d'un côté, puisque Eve avait été créée à partir d'une de ses côtes.

II.2- Dans l'Antiquité :

Dans l'Antiquité, certaines civilisations attribuaient la prédominance à la semence masculine et ne consentaient à la femme qu'un rôle de réceptacle. Cette idée de la prédominance fécondante du père était synergique d'autres préjugés sociaux relatifs à la supériorité masculine ; Aristote (384-322 av. J-C) considère par exemple que, même si son rôle apparaît indispensable dans la génération, la femme est un être imparfait et passif par rapport à l'homme qui est, seul, pourvu de semence.

Selon eux, vagin et matrice constituent un réceptacle, comparable à une réelle couveuse, dans lequel se forme l'embryon, à partir du sperme seul. On se demandait alors si cette semence provenait de la tête, descendait par la colonne vertébrale jusqu'aux glandes génitales, ce qui était évoqué dans le Talmud comme dans le Coran.

Parallèlement aux théories de la génération des premiers philosophes grecs, se développent celles des médecins de l'époque. Parmi eux, il convient de citer Hippocrate (v.460 av JC- v.377 av JC) qui pense que la fécondation est issue de la double semence et considère (comme les philosophes) que la semence masculine se concentre dans le cerveau pour voyager par la moelle épinière jusqu'aux reins, et de là, au pénis. Ainsi, certains textes hippocratiques préconisaient de sectionner les vecteurs veineux passant près des oreilles pour rendre un homme stérile !

Pendant des siècles, l'exercice de la médecine est resté guidé par les legs hippocratiques. La longévité du serment d'Hippocrate, dont la version initiale affirme « *je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif* » [15] et qui sanctionne encore

aujourd'hui l'obtention du doctorat, illustre le poids symbolique de l'héritage du « maître de Cos » (un des deux plus célèbre temple consacré au dieu de la médecine avec Epidaure) dans la philosophie médicale. Hippocrate a contribué à façonner la définition médicale de la nature féminine par ses positions restées des modèles, même quand le progrès des connaissances a rendu ses hypothèses et thérapeutiques inopérantes.

Ils considéraient aussi qu'issus d'une plus forte semence, les fœtus masculins étaient formés en trente jours, alors qu'il en fallait quarante-deux pour achever le développement féminin. De même, les fœtus masculin et féminin commencent à bouger respectivement, à trois mois et à six mois.

II.3- Au Moyen Age :

A la différence des Grecs anciens, les érudits du Moyen Age accordaient une importance démesurée au rôle du plaisir dans la procréation.

La croyance en la nécessité de deux semences, masculine et féminine intervenant dans la procréation, allait de pair avec la notion selon laquelle l'abondance des sécrétions génésiques de la femme au moment de l'orgasme était bien le pendant de l'éjaculation masculine. Cette sécrétion étant intimement liée à la sensation de jouissance sexuelle, la survenue de celle-ci chez la femme devenait ipso facto, indispensable à l'obtention d'une grossesse. On pensait donc que les prostituées, n'ayant pas de plaisir durant l'acte, ne procréaient pas. C'était évidemment ignorer les divers moyens contraceptifs utilisés depuis toujours dans les milieux de la prostitution.

II.4- Théorie de Pan genèse à la Renaissance :

A la Renaissance, on continue à croire que l'éjaculat masculin, comme celui de la femme, provient de tout le corps (pan genèse). Théorie défendue déjà par l'atomiste Démocrite d'Abdère (né vers 470 ou 494 av. J-C) : « *Etourdissement de courte durée[...] un homme y sort impétueusement d'un autre homme en se détachant de lui d'un seul coup* ».

Vésale, Fallope et plus tard Da Castro, Riolan et d'autres, remarqueront l'existence, sur les « testicules » féminins, de vésicules liquidiennes féminines (follicules ovariens) ou d'un nodule jaunâtre (corps jaune), mais se montreront incapables d'en apprécier le rôle fonctionnel.

II.5- Théorie de l'ovisme au XVIIème siècle :

Dans la première moitié du XVIIème siècle, William Harvey (1578-1657) s'écarte d'Aristote en déclarant que ce n'est pas le sang de la femme qui se trouve fertilisé par les émanations immatérielles de la semence masculine, mais bien son œuf. Harvey raisonne par analogie avec la reproduction des oiseaux, et sera amené à proclamer son fameux adage *Ex ovo Omnia* (tout animal provient d'un œuf).

Au XVIIème siècle toujours, deux découvertes majeures pour la compréhension de la reproduction humaine et animale sont issues des Pays-Bas. Il s'agit d'une part des follicules ovariens et de leur rôle, mis au jour par Reinier De Graaf (1641-1673), et d'autre part, des spermatozoïdes observés par Antonie van Leeuwenhoek, inventeur du microscope (1632-1723). De Graaf avait, ainsi, compris le rôle essentiel des follicules ovariens dans le processus de reproduction : il lui attribuait le nom d'«œuf» fécondable. C'est la théorie de l'«ovisme».

D'une façon générale, on assiste à un renversement des conceptions aristotéliennes qui n'accordaient qu'un rôle de matière amorphe à l'élément féminin. C'est à présent ce dernier qui sera considéré comme la base essentielle de la génération, la semence mâle n'étant plus que le facteur déclenchant d'un programme entièrement préétabli, sans que l'on sache toutefois par quelle voie et sous quelle forme elle atteint son but. L'être humain ou l'animal est donc entièrement préfiguré dans l'œuf.

Mais cette théorie de « préformation » souleva certains problèmes logiques : comment expliquer les espèces hybrides tel que le mulet chez qui coexistent les caractéristiques des deux espèces parentales ; comment expliquer qu'un fils ressemble à son père ?

Antonie van Leeuwenhoek (1632-1723), drapier à Amsterdam, consacra ses loisirs à la fabrication de microscopes grâce auxquels il découvrit, dans le sperme humain, des myriades de spermatozoïdes qu'il nomma « animalcules » ; il leur attribua immédiatement un pouvoir fécondant.

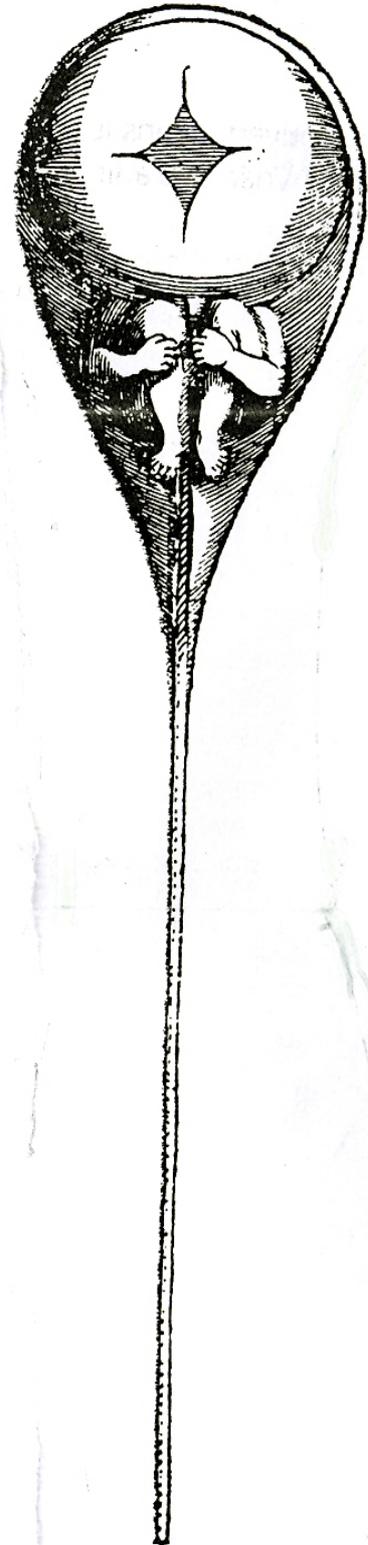
Bon nombre de savants abandonnèrent alors la thèse de la procréation par les œufs pour revenir à la primauté du mâle en adoptant celle des animalcules. Dans son *Essai de dioptrique* (1694), le physicien Nicolas Hartzoeker produisit des illustrations figurant un minuscule fœtus blotti dans la tête spermatique en position du tailleur. —>

Le philosophe et mathématicien Gottfried Leibniz (1646-1716) se rallia à la préformation des animalcules. Pourtant, il ne se montra pas complètement acharné car il déclara : « peut-être viendra-t-il quelqu'un qui prétendra, quoique l'âme ne puisse venir que d'un sexe, que l'un et l'autre sexes fournissent quelque chose d'organisé, et que de deux corps il s'en fait un ... ».

Mais la plupart pensent, comme Nicolas Andry de Boisregard (1658-1742) dans sa *génération de l'Homme par les vers* (1714), que l'œuf n'est qu'un simple garde-manger pour l'animalcule.

Cette théorie s'opposait à la théorie de l'œuf défendu par Malebranche trente ans auparavant. On remarque donc que l'ensemble des théories repose sur la prédominance de la semence masculine, mis à part la théorie de l'ovisme, durant quelque trentaine d'années.

Le débat se prolongera jusqu'au début du XIXème siècle.



Tiré du livre *Histoire de Naître*
[20]

II.6- XVIIIème siècle :

Dans la seconde moitié du XVIIIème siècle, « l'animalculisme » perdra largement sa popularité, au profit d'un retour à la thèse hippocratique de la double semence. En 1745, dans son livre *La Vénus physique*, le mathématicien et philosophe Louis Moreau de Maupertuis, suppose que chacune des deux semences contient des « molécules » spécialisées en vue de la formation des parties de l'embryon. Seule la participation des semences des deux sexes était en mesure d'expliquer la double hérédité parentale.

En 1824, deux jeunes chercheurs genevois, le chimiste Jean-Baptiste Dumas et le physiologiste Jean-Louis Prévost confirment le rôle fécondant des spermatozoïdes découverts un siècle et demi plus tôt par Van Leeuwenhoek (1677). On remarque qu'il fallut le même temps pour qu'en 1827, Von Baer identifie la cellule ovocytaire contenue dans le follicule ovarien découvert un siècle et demi plus tôt par de Graff (1672).

Et c'est en 1875, qu'Oscar Hertwig (1849-1922) de l'Université d'Iéna, décrit la fécondation in vitro d'un unique spermatozoïde dans l'ovule, et ceci sous son microscope, lors d'une observation sur l'œuf translucide d'oursin ; ce qui mit fin à toutes ces présomptions.

III. La naissance de la médecine occidentale :

III.1- La maternité, enjeu de contrôle des corps :

La société dans laquelle se déploie la relation médecin-patient est traversée par différents antagonismes et rapports conflictuels, notamment dans les rapports sociaux de sexe.

Selon GARDEY Delphine [11] « *Les travaux d'histoire des sciences qui s'intéressent à la question attestent que la construction d'une « nature » féminine n'est pas indépendante du point de vue de ses « constructeurs », presque exclusivement mâles et souvent membres des classes sociales supérieures : leurs opinions ont eu une incidence directe sur les connaissances scientifiques qu'ils ont produites.* »

Ainsi, en offrant une formulation scientifique aux préjugés sexistes, les médecins les ont consolidés « *La médecine s'est longtemps prêtée au jeu de la définition sociale des catégories de sexe en discutant des spécificités biologiques des femmes, aidant ainsi à la justification des hiérarchies sociales* » [7]. Les diverses théories que nous venons de voir sur la fécondation l'attestent.

III.2- L'Antiquité :

Dans l'Antiquité, les avortement étaient, comme je l'ai mentionné à la partie 2.2, interdits aux médecins par le serment d'Hippocrate. Ils étaient néanmoins pratiqués par les sages-femmes en Grèce antique. Les abortifs utilisés étaient pris soit par voie buccale dans du vin blanc, si c'était de l'orpin ou des racines de matthioles, soit sous forme de pessaire aux cantharides, par exemple. Dans certains cas, l'interruption de la grossesse était établie par l'introduction de substances abortives dans l'utérus même, facilitée par une dilatation digitale ou instrumentale du col [20].

III.3- Du Moyen Age à la Renaissance : l'éviction des

matrones :

L'habitude a été de considérer qu'au cours du Moyen Age s'est opéré un recul de l'art médical, comme la science en général, parallèlement au renforcement de la déconsidération féminine [20].

Au Moyen Age apparaît le renforcement du catholicisme : l'Eglise tente alors de contrôler à tout prix les activités féminines dans ce qu'elles avaient de spécifique, à savoir, tout ce qui concernait la sexualité et la procréation ; contrôler les sages-femmes qui paraissent au centre de chaque famille, était primordial.

C'est donc le curé qui choisit, en accord avec les habitants du village, la matrone de la communauté. La pratique de l'obstétrique par des matrones non accréditées par la loi devint formellement interdite, mais se poursuivit encore pendant longtemps dans les campagnes et même dans les villes. Vers la fin du Moyen Age, certains évêchés s'occuperont même de fournir un minimum d'instruction aux sages-femmes ; jusque là, le savoir empirique des matrones se transmettait le plus souvent de façon orale, de mère en fille ou dans le même cercle familial et communautaire. [20].

Mais, un changement majeur dans la pratique de l'accouchement intervient alors : l'éviction des matrones qui s'étend du XIVème au XVIIème. Accusée de magie, de sorcellerie, influente sur les femmes du village et complice des avortements et infanticides, la matrone est suspecte aux yeux de l'Eglise et de l'Etat, et détentrice d'un savoir qui échappe aux hommes et aux médecins. Certaines matrones seront alors poursuivies dans des procès retentissants qui les feront condamner à la torture et au bûcher [20]. « *L'empirisme comme la sexualité représentent la reconnaissance des sens et donc la trahison de la foi.* » [8].

C'est en utilisant des instruments (forceps, leviers, crochets) que les chirurgiens vont supplanter les sages-femmes, puis ils leur interdiront l'usage, « *les instruments devenant ainsi un symbole d'un nouveau pouvoir masculin et l'accouchement fut confisqué aux femmes et aux matrones de village* », selon Jacques GELIS [38].

« L'anti-féminisme propre aux clercs a favorisé la méfiance des médecins hommes à l'égard de l'autre sexe, et, par delà, l'éviction des femmes soignantes (matrones, guérisseuses, sorcières). L'empirisme qui caractérisait les débuts de la médecine occidentale a été rejeté au Moyen Age parce qu'il entraînait en conflit avec l'idéalisme religieux représentant les intérêts des classes dirigeantes et de l'Eglise. Ainsi, les hommes médecins, en luttant contre les « sorcières » défendent à la fois leurs intérêts professionnels immédiats et les intérêts supérieurs de l'Etat : maintenir les femmes dans leur rôle de reproductrices de la force de travail. » [8].

On assiste alors à la subordination des femmes dans les soins : la création de la profession d'infirmière, au XIXème siècle, exclusivement féminine, en est le parfait exemple.

La Renaissance voit les médecins préciser et valoriser le rôle des femmes dans la procréation. Malgré cela, leur infériorité morale et physique n'est pas remise en cause. Raynaud met au point la césarienne pour que l'enfant puisse être baptisé en cas d'accouchement difficile. Comme dans tous les discours natalistes, l'enfant devient un élément de la richesse des nations. L'avortement, pratique millénaire, est un « crime » prohibé par l'édit d'Henri II de 1556 [18], mais certains médecins suggéraient de le pratiquer quand la santé de la femme était en jeu.

III.4- La médecine des Lumières :

La médecine des Lumières s'inspire essentiellement du philosophe J-J Rousseau et définit un nouveau finalisme. Dieu est remplacé par la Nature, les causes finales divines sont supplantées par un déterminisme biologique qui veut que la vocation physiologique des femmes (« les vœux de la nature ») soit l'amour maternel et conjugal, la charité, la bienveillance.

Les bouleversements révolutionnaires favorisent la promotion d'un médecin philosophe, conseiller du pouvoir politique : « *la santé remplace le salut. [...] La santé médicale engage de plein droit le statut philosophique de l'homme.* » selon FOUCAULT [10]. Ainsi la lecture des dictionnaires des Lumières est d'autant plus intéressante que la pensée médicale y côtoie la pensée juridique, la philosophie, la morale. Ils constituent un vecteur efficace de large diffusion de l'idéologie médicale de l'époque. Ces dictionnaires cherchent à établir les spécificités du corps féminin, qui relèvent essentiellement de deux caractéristiques fondamentales : la faiblesse et la prédestination à la maternité.

« *La destination de la femme est d'avoir des enfants et de les nourrir* » (L'Encyclopédie ou dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers, par une société de gens de lettres de Chambers ; révisé par Diderot, D'Alembert, Rousseau, Voltaire, Daubenton publiée entre 1751 et 1772 en 28 volumes). « *De ce qu'elle peut être mère, le finalisme des Lumières déduit qu'elle le doit, voire qu'elle doit n'être que cela.* », selon KNIBIEHLER [17]. Ainsi, la femme féconde n'est pas un individu à part entière, mais un être assujéti au service de l'espèce. Par ailleurs, il est inacceptable que les femmes aient une sexualité autonome et indépendante de la reproduction : c'est pour cette raison que la virginité est portée au pinacle.



« *Monsieur, notre fille a une grosseur, nous ne savons pas ce que c'est et cela nous*

IV. Cristallisation moderne d'une « nature féminine » et prémisses du natalisme :

IV.1- La maternité, un devoir...

La peur de la dépopulation va fournir au discours médical, par la suite, une nouvelle occasion d'exalter la maternité, qui passe ainsi du statut de destin à celui de devoir. En effet, dans les sociétés préindustrielles, l'absence de séparation entre la cellule domestique et l'ensemble des activités économiques, permet l'utilisation de la main-d'œuvre enfantine. Il faut attendre une première loi, votée en 1841, réglementant le travail des enfants dans l'industrie : elle interdisait d'employer les enfants de moins de 8 ans, et limitait à un maximum de 8 heures par jour jusqu'à l'âge de 12 ans, maximum ramené à 12 heures par jour jusqu'à 16 ans.

Dans le sillon des dictionnaires des Lumières, le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (1864) de Deschambre répond que « *dans l'ordre normal des choses, la femme n'a pas seulement pour fonction de mettre des enfants au monde et de les allaiter, mais encore de présider à leur première éducation pendant que l'homme se charge de pourvoir à la subsistance de la famille* ».

Le discours nataliste apparaît de manière officielle, étatique et à grande échelle après la défaite de 1870, dont l'explication la moins humiliante est l'infériorité numérique des armées françaises. Les médecins se divisent alors entre, d'un côté, les néomalthusiens, encourageant les contraceptifs, l'avortement et l'union libre, et de l'autre, les républicains anticléricaux, partisans d'une limitation des naissances mais sans en expliquer les moyens ni remettre en cause l'autorité du mari, et les natalistes. En 1918, le professeur Doléris, de l'Académie de médecine, rappelle les femmes à leur fonction essentielle : « *quel est le grand devoir de la femme ? Enfanter, encore enfanter, toujours enfanter ! Que la femme se refuse à la maternité, qu'elle se limite, qu'elle la supprime, et la femme ne mérite plus ses droits ; la femme n'est plus rien... Volontairement stérile, elle retombe au rang de la prostituée, de la fille de joie dont les organes ne sont que des instruments, des jouets obscènes, au lieu de rester le moule auguste, vénérable de tous les siècles futurs* » [17].

Mais en pleine révolution industrielle, la volonté de protéger les mères se heurte au besoin de main-d'œuvre du capitalisme industriel. Gouvernement et patrons vont alors mettre en place des crèches, des congés payés pour l'accouchement, ainsi que des primes de naissance.

L'enseignement de la puériculture à l'échelle de masse vise à conditionner les mères et les futures mères et fait de l'allaitement un devoir sacré : « *le lait de la mère appartient à son enfant* » (phrase du Dr Pinard affichée sur les murs de l'amphithéâtre de la maternité de Baudelocque), « *toute mère qui ne nourrit pas son enfant commet une tentative d'infanticide* » (Dr LESAGE, cité dans KNIBIEHLER [17]). On assiste alors au développement des pratiques de prévention mais aussi à une certaine normalisation des comportements et une socialisation de la morale.

IV.2- Les arguments natalistes :

A la fin des guerres napoléoniennes, la France, jusque-là le pays le plus peuplé d'Europe, a subi une forte baisse de sa démographie, en raison des pertes enregistrées sur les champs de bataille. Mais la fin du dix-neuvième a aussi connu une limitation volontaire, on peut même dire planifiée, du nombre de naissances dans les familles. Malgré leur puritanisme, et sans doute pour des raisons patrimoniales, elles ont semblé soudain « s'arranger », « se débrouiller . »

Cette situation a suscité des propos alarmistes sur la dépopulation ou la « disparition » de la France.

Après la tragique saignée de la guerre de 1914, l'avortement – et même la contraception furent désignés comme un « péril national », un « crime contre la nation ». C'était le discours des natalistes qui brandissaient des statistiques pour évoquer la progression du mal.

Cela a conduit à la loi de 1920, qui réprimait sévèrement à la fois la provocation à l'avortement et toute propagande anticonceptionnelle. De nombreuses dispositions ont été prises par la suite pour encourager et protéger la famille, notamment le Code de la famille en 1939. Le régime de Vichy, pour des raisons cette fois idéologiques, a fortement accentué la tendance, imputant d'ailleurs la défaite de 1940 à la dénatalité. Il s'agissait aussi de compenser la baisse de la natalité résultant du très grand nombre de prisonniers de guerre en captivité en Allemagne.

IV.3- Les médecins et les femmes sous le régime de Vichy :

L'Ordre des médecins et celui des sages-femmes voient le jour en 1940, sous le régime de Vichy.

Le discours de Vichy stigmatise affreusement la « mauvaise femme », la « meurtrière d'enfant », l'avortement étant la « forme ultime et irrémédiable de l'égoïsme féminin ». La répression de l'avortement ne pouvait alors que se renforcer.

Dans son livre *Vichy et son éternel féminin*, F. Muel-Dreyfus rend compte d'« une collaboration avec un pouvoir d'Etat qui plaçait très haut la compétence et l'apport de l'expérience médicale dans son entreprise de régénération nationale » [22].

Le Conseil de l'Ordre va alors promouvoir la défense de la famille, le maintien des femmes au foyer et la vocation féminine à la maternité qui devient un véritable devoir. Dans la version médicale de la culture du sacrifice, le corps féminin n'est qu'un corps pour les autres, pour la patrie, voué à la perpétuation de « bonnes souches », à la défense de la race. « *Le Service National de la femme dure toute son existence au foyer, et c'est par ses maternités qu'elle paie l'impôt du sang* » (Vice-Amiral de Penfentenyo, Manuel du père de famille).

Or, en ces temps de guerre, la désertion du Service National est punie de mort, et c'est exactement ce qui va se passer pour les déserteuses du Service national féminin : la loi de 1942 fait passer l'avortement du statut de crime contre l'individu à celui de crime contre l'Etat ; passible de la peine capitale (qui ne sera réellement appliquée qu'une fois : en 1943 une femme sera décapitée). Le Conseil de l'Ordre encourage les médecins à la délation des avortées et des avorteuses. On assiste alors à la multiplication des condamnations.

V. La lutte des femmes pour le droit à disposer de leur corps :

V.1- Fissuration du modèle médical :

La question de la maîtrise de la fécondité ébranle la hiérarchie sexuée puisqu'elle permet aux femmes de « *sortir du lieu central de la domination masculine* », selon HERITIER [14].

Les femmes ont de tout temps essayé de contrôler leur fertilité et de planifier les naissances. Le plus ancien document écrit traitant de la contraception remonte à 4000 ans et décrit des suppositoires vaginaux à base de pâte de levain et d'excréments séchés de crocodile. Les médecins ne voulaient pourtant globalement pas y concourir, alors même que la maîtrise de la fécondité devenait quelque chose de scientifique.

C'est ainsi qu'en mars 1962, le bulletin du Conseil de l'Ordre des médecins déclare : « *en raison de la création récente, en France, de centres dits de Planning familial, le conseil de l'Ordre attire l'attention des médecins sur leur attitude en ce domaine : le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels [...] Le seul fait pour un médecin d'accepter de recevoir des clients qui lui seraient adressés dans de telles conditions le rendrait passible de sanctions disciplinaires* » [21]. Pourtant en Angleterre, en Suisse, aux Etats-Unis, on parlait depuis longtemps des techniques de *birth control* ; la pilule était déjà inventée (par l'Américain Gregory Pincus en 1956).

Mais il fallut attendre la loi Neuwirth de 1967 sur la contraception.

Les militantes du Planning familial espéraient que celle-ci réglerait le problème de l'avortement clandestin. Malheureusement, à la fin des années soixante, ils étaient toujours très répandus. Ils concernaient tous les milieux, toutes les régions, tous les âges, avec une majorité de femmes entre vingt et trente-cinq ans, souvent mariées, et aboutissaient au décès d'au moins trois cents femmes par an, sans parler de celles devenues stériles ou gravement mutilées.

Il est difficile d'établir des chiffres exacts concernant l'avortement quand il était encore clandestin, mais on peut approcher un ordre de grandeur : en 1966, l'Institut National d'Etudes Démographiques évalue à 250 000 le nombre d'avortements par an [13] et estime à 100 le nombre de décès pour 100 000 avortements (à titre de comparaison, il passe à moins de 1 pour 100 000 en 1985, 10 ans après le vote de la loi Veil).

Certaines cliniques françaises pratiquaient, l'avortement pour un prix élevé, mais beaucoup de femmes se rendaient en Angleterre, aux Pays-Bas ou en Suisse. Les voyages étaient d'abord individuels, et le fait de femmes plus fortunées. Puis, les départs en bus ont été organisés sur l'initiative des associations féminines, partant de petites villes de province vers diverses destinations étrangères. La loi était bafouée au vu et su de tous.

Dans ces drames des avortements clandestins, on trouve un exemple dans les pages du journal *Le Monde* en décembre 1973 : le décès d'une jeune femme de 23 ans, le mardi 4 décembre à Cantalou. Ce drame fut qualifié d'« exemplaire » : la jeune femme vivait seule avec son enfant de trois ans (son mari travaillant loin dans les chantiers), « seule surtout avec cet enfant qu'elle ne voulait pas ». son mari, d'origine rurale, avait été élevé dans le respect des grands principes, et ne voulait pas entendre parler d'avortement. La jeune femme voulut donc remédier seule à la situation, et mourut au bout de quelques jours des suites d'une infection. Son fils serait resté vingt-quatre heures auprès du cadavre, et aurait semé dans la maison un désordre indescriptible. Ce fait divers relate une tragédie parmi d'autres subie par les femmes, pour qui tout rapport sexuel était censé être suivi de procréation, et pour qui l'angoisse des grossesses non désirées était constante [*Un avortement clandestin en Seine-Maritime. La mort d'une femme. « Le Monde » du dimanche / lundi 9 et 10 décembre 1973, p. 32*].

Une étude réalisée à la fin des années cinquante révélait que plus de 80 % des avortements étaient pratiqués par des personnes sans compétence, issues de professions aussi différentes que comptable ou prostituée [25].

Les professionnels de santé risquaient une interdiction d'exercer ; néanmoins, des sages-femmes, des infirmières et des médecins ont parfois agi dans le plus grand secret.

Le « Manifeste des 343 salopes » publié le 5 avril 1971, puis, l'année suivante, le procès de Bobigny marquent un point de non-retour. Une jeune fille de seize ans, Marie-Claire, s'était fait avorter avec la complicité de sa mère, employée de la RATP, et de deux collègues de cette dernière. C'est l'auteur du viol qui l'avait dénoncée. L'avocate Gisèle Halimi décide alors de la défendre et d'en faire une affaire nationale. Elle mobilise l'opinion par des tracts, manifestations, convocation à la barre notamment du prix Nobel Jacques Monod.

Finalement, la jeune fille est relaxée, les complices faiblement condamnées. Une circulaire a par ailleurs recommandé aux parquets de ne plus poursuivre les intéressées.

En 1973, pour faire face à la pression publique, le gouvernement Messmer confie au ministre de la Justice, Jean Taittinger, le soin de préparer un projet de réforme. Le nouveau projet s'est révélé extrêmement restrictif. L'avortement n'y était autorisé que dans trois cas : lorsqu'il existait un réel danger pour la santé physique ou mentale de la mère ou un risque élevé de malformation fœtale ou quand la grossesse résultait d'un viol ou d'un inceste. Ce projet de réforme a suscité une opposition farouche et a été renvoyé en commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, avant même discussion des articles. L'express écrivit : « renvoyé à la saint-glinglin ».

Le président Georges Pompidou meurt prématurément le 2 avril 1974. Valéry Giscard d'Estaing est élu et se prononce clairement pour une libération de l'avortement, engage même toute son autorité, et impose la réforme à son Premier ministre Jacques Chirac qui y est hostile.

Celui-ci confie le Ministère de la Santé à Simone Veil (née à Nice en 1927) qui est chargée de préparer le projet de loi. Un mois avant la séance parlementaire, l'assemblée générale du Conseil de l'Ordre des médecins réitère sa position le 20 octobre 1974 : « l'interruption de grossesse, mettant fin à une vie humaine commencée, est en opposition avec l'esprit qui guide la médecine » [19].

V.2- Un corps médical écartelé :

Le professeur Lejeune, fondateur en 1970 de l'association « Laissez-les vivre », n'hésite pas à affirmer qu' « *il y a deux sortes de viols : celui où la femme résiste suffisamment ; là, le viol reste infécond et c'est prouvé scientifiquement aux Etats-Unis. Celui où la femme résiste un peu et se laisse aller : là, il y a un risque de fécondation, mais c'est elle qui l'a cherché. Dans ce cas, là aussi, oui à la vie* » [12].

Bien sûr, ce médecin n'est pas représentatif du corps médical dans son ensemble, mais il n'a pas été désavoué par les institutions, en particulier par le Conseil de l'Ordre.

Par contre, pour sa prise de position contre l'interdiction de l'avortement lors du procès de Bobigny, le professeur Milliez, doyen des facultés de médecine et professeur de clinique médicale, se verra infliger un blâme par l'Ordre des médecins, alors moins clément qu'avec le professeur Lejeune.

Ces affrontements de sommités médicales traversent toute la profession. Les généralistes, directement confrontés aux demandes des femmes, sont nettement plus favorables à la libéralisation de l'avortement. C'est chez les gynécologues et accoucheurs qu'on trouve les attitudes les plus contrastées.

V.3- Le pouvoir institutionnel des médecins :

Le 5 juin 1973, à la veille du dépôt du projet Mesmer-Poniatowski, 10 031 médecins (sur 68 778 en exercice en France) lancent, à l'instigation de l'Association des médecins pour le respect de la vie, un appel contre la libéralisation de l'avortement, soutenant que « *l'avortement n'est pas l'acte d'un médecin* » [9].

Lorsque démarre le débat au Parlement, le 26 novembre 1974, nul ne peut prédire l'issue du scrutin. Les attaques sont vives, et le degré d'hostilité démesuré.

René Feit, député républicain indépendant du Jura, et Emmanuel Hammel, député du Rhône, ont chacun sorti un magnétoscope pour faire entendre les battements de cœur d'un fœtus de huit semaines, dénonçant, pour le premier, un « *génocide légal* » ; Albert Liogier, de l'Ardèche, a estimé qu'« *on ouvrirait toutes grandes les portes de la pornographie et que pour Satan, meneur du bal, contraception et avortement ne sont que deux chapitres du livre de la sexualité* » [25].

Pierre Basse, de Paris, a évoqué les prophéties d'Aldous Huxley et l'« *euthanasie du bon plaisir* ». Jacques Médecin, de Nice, a parlé de « *barbarie organisée et couverte par la loi comme elle le fut pour les nazis* ». Jean-Marie Daillet finit par demander à Mme Veil si elle accepterait de jeter les embryons au four crématoire.

Jean Foyer invoquait l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, garantissant le droit de toute personne à la vie : « *Votre texte est un projet de résignation et de désespérance. (...) Déjà des capitaux sont impatients de s'investir dans ces avortoirs qui seront des abattoirs !* ».

A trois heures quarante, le texte était voté par 284 voix contre 189.

Le texte a été voté au Sénat avec une majorité de 184 voix contre 90. Le 20 décembre 1974, le texte définitif était approuvé par les deux assemblées.

Pourtant, les débuts de la loi ont été laborieux par la difficulté de les mettre en place. Il fallait trouver rapidement des médecins qui acceptent de se former et de pratiquer des IVG, au risque d'être parfois ostracisés dans leur hôpital. Dans l'urgence,

on a donc du s'appuyer sur des médecins volontaires, notamment des généralistes, voire même des psychiatres qui ont travaillé dans de tous petits services et qui se sont parfois découragés à pratiquer dans de telles conditions cette activité peu gratifiante.

L'existence de ces services avait beau être obligatoire, certains chefs d'établissement renâclaient et faisaient obstruction. Il leur fallait parfois créer une unité spécialisée qui allait entamer le budget de l'hôpital.

En 1979, dans seize départements sur quatre-vingt-dix-sept, il était impossible d'avorter car les chefs de service avaient systématiquement recours à la clause de conscience. Sur cette clause le professeur Nisand disait en 2000 dans *Golias Magazine* : « *c'est un peu comme si on avait dit dans le monde médical : « je choisis dans les lois de notre pays celles que j'applique et celles que je n'applique pas [...] ils ne se sont pas contentés de faire valoir pour eux-mêmes la clause de conscience, ils interdisaient également leurs collaborateurs de faire des IVG. Il n'y a pas très longtemps encore lorsqu'on souhaitait une promotion dans le secteur public, on avait intérêt à dire son opposition à l'avortement » [12].*

Là encore, devant ce non-respect de la loi, le Conseil de l'Ordre reste silencieux, comme il restera silencieux sur les nombreux actes d'entrave à l'IVG qui ne disparaîtront réellement qu'avec la loi Neiertz de 1993. Cette loi instituant un délit d'entrave à l'IVG a mis fin aux perturbations causées par certains groupuscules « pro-vie » dans les hôpitaux et les cliniques.

Quand, en 1979, après la période probatoire de cinq ans prévue par la réforme, se reposera la question de sa reconduction définitive, Jacques Chirac se prononcera contre, affirmant ne pas l'avoir votée en 1974 et ajoutant qu'elle cause « *un tort considérable à notre pays et rend tout espoir de reprise de la natalité illusoire » [25].*

En 1981, la ministre des Droits de la femme, Yvette Roudy, propose au Parlement, conformément aux engagements pris par François Mitterrand pendant sa campagne, le remboursement de l'IVG. La loi sera votée en 1982.

En 2001, une réforme entreprise par Martine Aubry puis Elisabeth Guigou, a fait passer le délai pour l'IVG (jusque là l'un des plus courts d'Europe) de dix à douze semaines de grossesse, et fait supprimer l'autorisation parentale pour les mineures. Cette loi a également fait passer l'IVG du Code Pénal au Code de Santé Publique.

Selon FERRAND [9], « *On voit donc que le corps médical s'est déchiré sur la question du droit à l'avortement entre les médecins qui pratiquaient les avortements dans le cadre du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception, ceux qui se résignaient à la libéralisation comme moins mauvaise solution pour mettre fin aux complications parfois mortelles des avortements clandestins et ceux qui s'opposaient au moindre assouplissement législatif au nom du respect de la vie ».*

Cette histoire, pour le moins spécifique, explique les difficultés persistantes à l'heure actuelle, sujet abordé en deuxième partie de ce mémoire.

Partie 2 : ACTUALITE DE L'IVG

Dans les années 70, les législateurs et les féministes espéraient que le développement de la contraception puis l'autorisation de l'IVG conduiraient à une diminution progressive du recours à l'avortement. Certes, depuis la loi Veil, les conditions sanitaires de la prise en charge de l'avortement ont radicalement changé, entraînant une réduction spectaculaire des complications graves et des décès : On compte aujourd'hui moins d'un décès par an lié à la pratique d'un avortement en France (0,3 pour 100 000 IVG contre 100 pour 100 000 avant la loi) [13].

Mais, en dépit d'une diffusion massive de la contraception médicale, le taux de recours à l'IVG est resté étonnamment stable.

Selon une étude de l'Inserm et de l'INED, le recours à cet acte médical vise surtout à reporter la maternité à un contexte affectif et social plus stable. Cette même étude révèle que près de 40% des femmes y auront recours dans leur vie.

I. Les modifications législatives : la loi du 4 juillet 2001

L'accès à l'IVG, reconnu par la loi du 17 janvier 1975, a été modifié par la loi du 31 décembre 1979. Depuis 1983, l'IVG est remboursée par la sécurité sociale. Jusqu'à la loi de 4 juillet 2001, toute femme, majeure ou mineure, pouvait interrompre sa grossesse jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

Lors de la première consultation médicale, le médecin informait la patiente des méthodes d'interruption de grossesse et des risques encourus. Cette consultation était suivie d'un entretien obligatoire avec un conseiller conjugal et familial dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification familial ou un autre organisme agréé. Le conseiller délivrait une attestation de consultation sociale. Un délai de réflexion de 7 jours était obligatoire entre la demande d'IVG et la réalisation de l'acte. Une procédure d'urgence permettait de réduire ce délai à 2 jours pour éviter le dépassement du terme légal.

Les femmes mineures célibataires devaient obtenir le consentement parental par écrit, et les femmes étrangères devaient justifier d'un titre de résidence d'au moins 3 mois sur le territoire français. Dans l'organisation de la pratique des avortements, la loi prévoyait que chaque département devait disposer d'un établissement public offrant la possibilité de réaliser des IVG. Les établissements privés devaient être agréés par le préfet, et le nombre d'IVG ne devait pas dépasser 25% du total des actes chirurgicaux et médicaux de l'établissement.

Depuis la loi du 4 juillet 2001, le délai légal d'accès à l'IVG a été repoussé à 14 semaines d'aménorrhée, les mineures n'ont plus besoin de l'autorisation parentale et les femmes étrangères ne doivent plus justifier d'une condition de résidence. La loi supprime également le quota imposé au secteur privé et le caractère obligatoire de l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures. Un délai de réflexion de 7 jours est maintenu entre la demande d'IVG et la réalisation de l'acte, sauf dans le cas où le terme des 14 semaines d'aménorrhée risquerait d'être dépassé.

Cette loi, signée par Philippe Douste-Blazy, a établi une revalorisation financière de +28%. La précédente tarification remontait à l'arrêté du 14 janvier 1991 relatif aux prix des soins et d'hospitalisation afférents à l'IVG [cf. 36 - textes législatifs : 54-58].

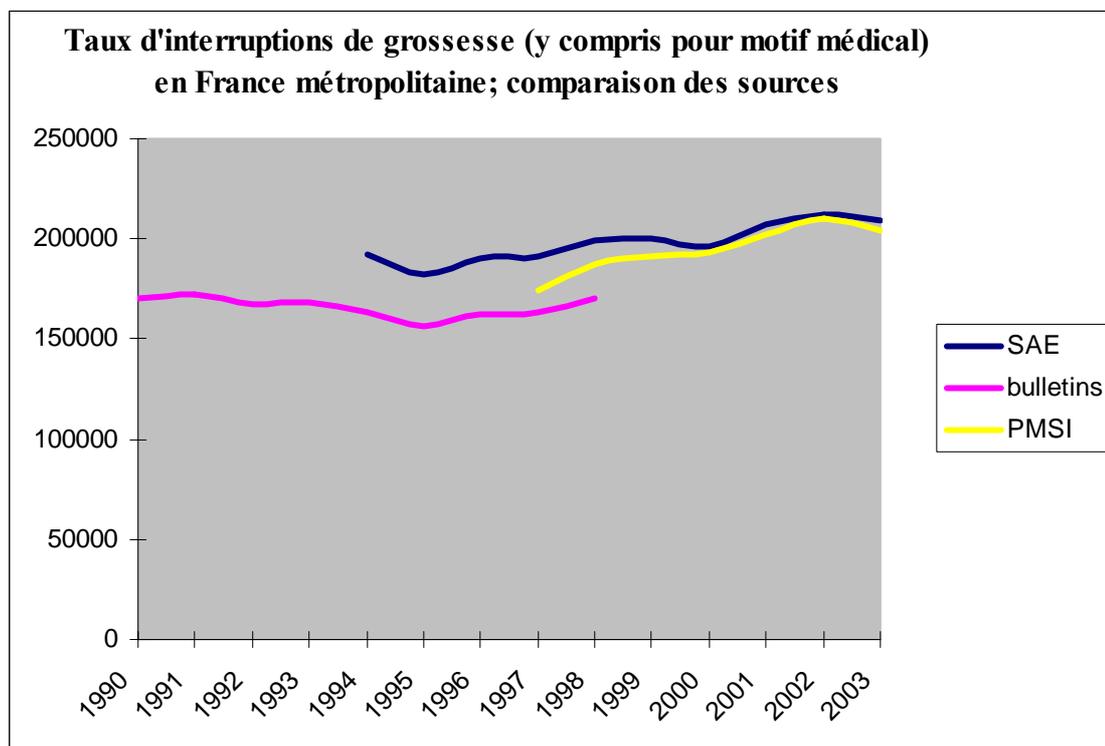
D'autre part, le décret 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 précise les conditions dans lesquelles l'IVG médicamenteuse peut être réalisée par des médecins de ville jusqu'à la fin de la septième semaine d'aménorrhée. Nous y reviendrons en troisième partie.

II. Les chiffres :

II.1- La stabilité :

Conformément à l'article L.162.10, la loi Veil prévoyait que chaque avortement fasse l'objet d'une déclaration : « *déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin, inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.* »

Les résultats statistiques étaient alors analysés et publiés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), selon l'article 16 de la même loi. Mais, conçu à l'origine pour contrôler l'accès à l'avortement, cet article de la loi s'est perdu dans les méandres de son application sur le terrain. L'Ined, en liaison avec l'Inserm, débordé par le dépouillement annuel de ces bulletins, a accumulé un retard considérable dans l'élaboration des statistiques. Les chiffres officiels les plus récents, issus des bulletins de déclaration, datent de 1998. Parallèlement à ce problème de retard, on estime que les bulletins d'IVG ne sont pas exhaustifs. En effet, environ 4% des IVG du secteur public et un tiers des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin, et ce, entre 1995 et 1998 [36].



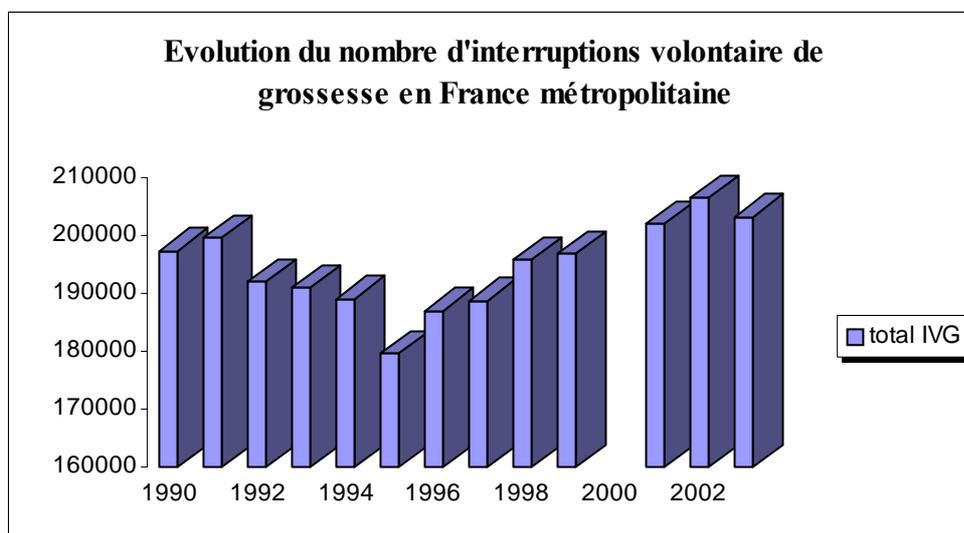
Sources: BIG, PMSI, SAE- Drees [36].

Deux autres sources ont alors été exploitées : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), et les données issues du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI). Pour l'estimation globale du nombre d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental, et pour certains départements, établissement par établissement, ont montré que les chiffres issus de la SAE étaient réguliers et globalement les plus fiables. Ils servent depuis lors de référence mais ont toutefois pour inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégé par établissement. Le Ministère de la Santé a donc publié ses propres chiffres, par l'intermédiaire de la direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (Drees), à partir des statistiques annuelles (SAE) réalisées par les établissements de Santé.

En 2003, on a recensé 203 300 avortements (France métropolitaine et départements d'Outre-mer) soit une réduction de 1,6% par rapport à l'année précédente. Cela équivaut à une moyenne de 14,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de quinze à quarante-neuf ans, contre 12,3 en 1995 et 14,4 en 2002. Mais ce chiffre est relatif ; il dépend à la fois de la répartition des femmes en âge de procréer (le taux de recours à l'IVG dépendant de l'âge de la femme), ainsi que du nombre de conceptions.

Plus précisément, en France, une grossesse sur trois n'est pas prévue ; parmi elles, une sur deux donne lieu à un avortement. Et, fait notable, deux femmes sur trois, dont la grossesse est arrivée inopinément prenaient un moyen de contraception.

Pour comparaison, on a estimé les interruptions volontaires de grossesse en France pour l'année 1998 à 214 000 ; parallèlement à 250 000 en 1976, deuxième année d'application de la loi sur l'avortement. La confrontation entre les deux chiffres met en évidence le fait que le nombre d'IVG n'ait pas explosé, comme le craignaient les opposants à la loi Veil. Au contraire, il a lentement diminué et reste stable depuis plusieurs années [36].



Sources : BIG (bulletins d'interruption volontaire de grossesse) de 1990 à 1994 ; SAE de 1995 à 2003- DREES).[36]

II.2- Disparités territoriales :

Par ailleurs, les IVG sont plus fréquentes dans le sud de la France, en Ile-de-France et dans les départements d'outre-mer. Plus de 16 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ont ainsi été recensées en Ile-de-France, Languedoc Roussillon,

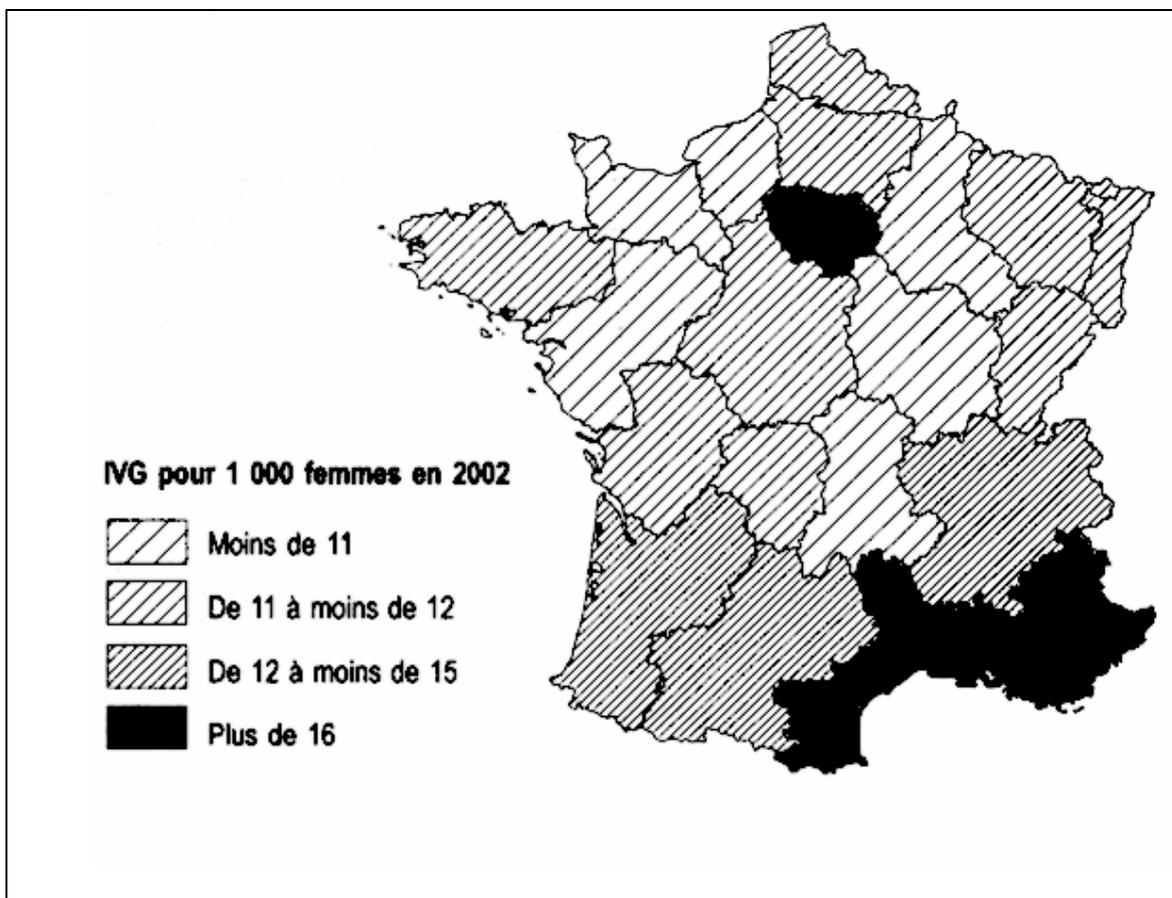
Provence-Alpes-Côte-d'Azur et en Corse, contre moins de 10 en Pays de Loire et en Auvergne.

Les écarts les plus importants entre régions métropolitaines vont de 9,1 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,2 en Corse. La Guadeloupe et la Guyane présentent des taux de recours à l'IVG particulièrement élevé, avec environ 40 femmes sur 1 000 concernées par une IVG. On note pourtant que les écarts observés entre régions ne proviennent pas des différences de structure d'âge de leur population. Celles-ci restent d'ampleur réduite, alors que les taux de recours à l'IVG pour un même groupe d'âge varient au contraire beaucoup d'une région à l'autre. A titre d'exemple, le taux de recours à l'IVG chez les femmes âgées de 20 à 24 ans varie ainsi de 18,1 pour 1 000 en Pays de la Loire à 45,3 pour 1 000 en Corse.

Ces disparités régionales ne résultent pas de déplacements vers des régions où la pratique des IVG serait plus accessible. En effet, en 2002, 96,3% des IVG ont été réalisées dans la région de résidence.

Les taux de recours régionaux à l'IVG semblent donc plutôt refléter des différences territoriales de comportements en matière de sexualité, contraception et fécondité [36].

« Du fait de ces disparités territoriales, certaines régions ont plus de difficultés à faire face à la demande. En région Provence-Alpes-Côte-d'Azur par exemple, la situation devient difficile; alors que le nombre d'IVG a augmenté de plus de 30% en sept ans, 25% des centres qui les pratiquaient ont décidé d'arrêter de les pratiquer, en particulier dans les cliniques privées se refusant à exercer des pratiques non rentables. » [Le Monde, 9 juin 2004] .



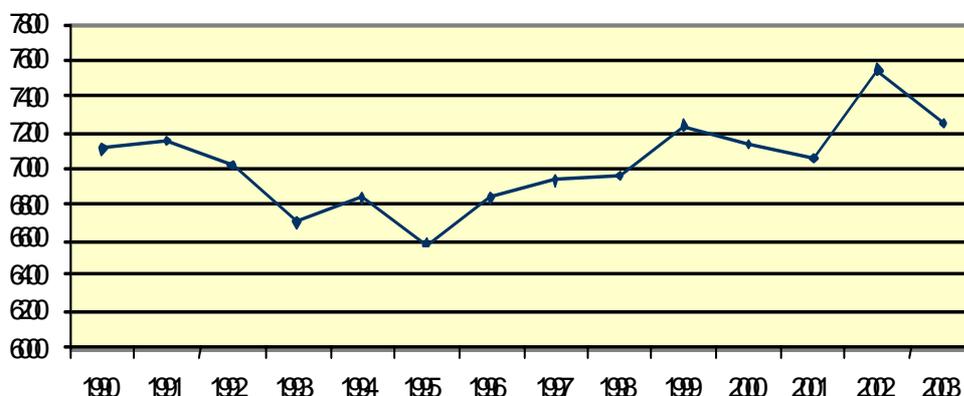
II.3- Les chiffres en Pays de Loire :

- Le nombre de femmes de 15 à 49 ans en Pays de Loire est évalué à près de 800 000.
- Le nombre d'IVG déclaré par les établissements de santé de la Région a globalement diminué entre 1990 et 1995, comme en France, puis a connu une hausse régulière depuis. Ainsi de 1995 à 2002, la hausse est évaluée à +2,3% par an en Pays de Loire contre +1,9% en France. Entre 2002 et 2003, on a enregistré une baisse de 4% du nombre d'IVG dans la région [39].

Nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse en Pays de la Loire en 2002, selon les départements :

Région Pays de la Loire						
Département	44	49	53	72	85	Total
Nombre	3270	1771	467	1302	922	7732

Nombre d'Interruptions volontaires de grossesse en Pays de la Loire, courbe d'évolution de 1990 à 2003 :



Source : IRS, Exploitation des bulletins IVG [39].

- En 2003, le taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans était de 9,1 contre 14,1 en France. Le rapport entre nombre d'IVG et nombre de conceptions est de 15,2 en Pays de la Loire, contre 22,3 en France.

La région se situe ainsi au premier rang des régions avec ces deux taux les plus faibles, à l'opposé de l'Ile-de-France, la Corse, la région PACA et surtout les DOM.

	IVG / conceptions (SAE 2002)	IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans
Loire-Atlantique	17,1%	11,4
Maine-et-Loire	15,3%	9,8
Mayenne	10,6%	7,3
Sarthe	16,3%	10,6
Vendée	12,0%	7,5

Source : DRASS-Enquête SAE 2002
Exploitation des bulletins IVG, année 2003.

- En France, 68% des IVG sont réalisées en secteur public ; en Pays de la Loire, ce taux est de 92%. En Ile-de-France et Midi-Pyrénées, moins de la moitié des IVG sont réalisées en hôpital public.

- 29% des IVG se font par voie médicamenteuse dans la région en 2002 (35% en France), en progression de +4 points par rapport à 2001 et de +9 points par rapport à 2000 (*Institut Régional de la Santé, service statistique de la DRASS [39]*).

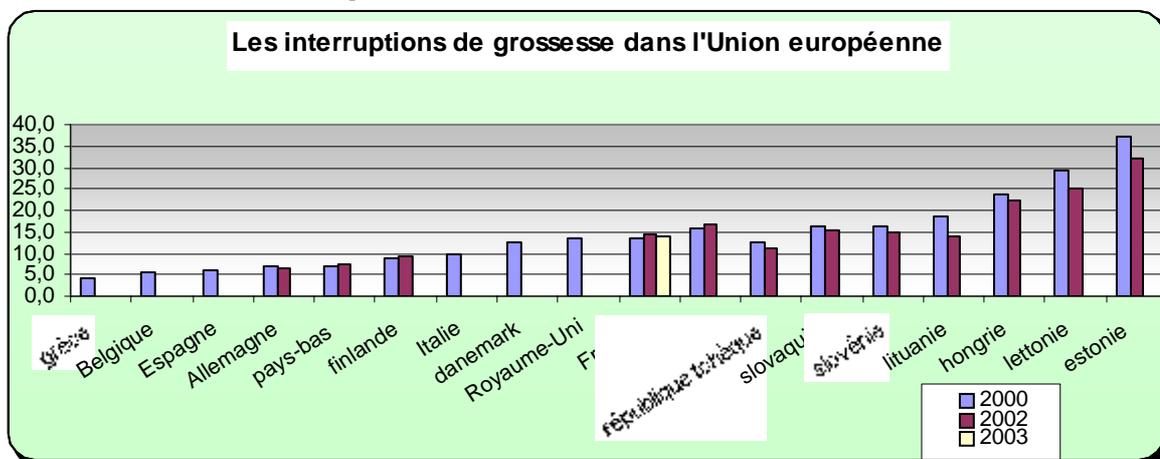
II.4- Situation européenne :

Parmi les pays de l'Union européenne, en dehors de l'Irlande, du Portugal, et de Malte où l'avortement demeure illégal, la législation permet l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 24 semaines de grossesse en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, jusqu'à 18 semaines en Suède, 10 semaines en Slovénie et jusqu'à 12 semaines dans les autres pays (dont la France).

Les taux d'interruption volontaire de grossesse varient largement dans les pays dotés de législations qui les autorisent. En Europe, les taux les plus élevés s'observent dans les pays nordiques, les pays de l'Est et ceux issus de l'ancienne Union soviétique.

Au sein de l'Europe des 15, la France se situait en 2000 parmi les pays qui avaient les taux d'interruptions de grossesse les plus élevés après la Suède (15,7 IVG pour 1 000 femmes en 2000) et juste devant le Royaume-Uni, mais l'élargissement de l'Union européenne à 25 membres la place désormais en position médiane. Le taux d'avortement français se situe maintenant dans la moyenne européenne, soit trois avortements pour dix naissances.

Axe des ordonnées : nombre d'IVG pour 1000 femmes



Sources : OMS – Division de la population des Nations Unies ; OMS – HFA.
Drees pour les données françaises 2002 et 2003, [36]

Le taux moyen de recours à l'IVG au sein de l'Union européenne élargie est ainsi passé à 10,4 IVG pour 1 000 femmes en 2000, alors qu'il était de 9,5 en Europe des 15. Les écarts de structure d'âge des populations, relativement minimes, ne peuvent suffire à expliquer les importantes différences observées entre pays en matière de taux de recours à l'interruption de grossesse : les pays qui présentent les taux les plus élevés ne sont pas ceux qui comptent les plus fortes proportions de femmes âgées de 20 à 30 ans, tranche d'âge où la fréquence de recours à l'IVG est la plus élevée [36].

III. La prise en charge :

III.1- Répartition secteur public/secteur privé :

Alors que le secteur public regroupe de façon stable depuis près de trente ans moins de 60% des lits d'obstétrique, sa part dans la réalisation des IVG ne cesse d'augmenter. Elle est ainsi passée, selon les données de la SAE, de 60% en 1990, à 65% en 1995 et à 68% en 2003. La loi de 1975 a en effet imposé au système hospitalier public de répondre aux demandes d'interruptions volontaires de grossesse, tandis que le nombre d'IVG réalisées par les établissements privés jusqu'en 2002 ne pouvait dépasser le quart des actes chirurgicaux ou obstétricaux pratiqués par l'établissement [36].

A l'échelle nationale, en 2002, 706 établissements pratiquaient des IVG, dont 297 dans le secteur privé [44]. Mais là encore, région par région, la proportion d'avortements effectués dans le public et dans le privé est extrêmement variable. Ainsi, en Midi-Pyrénées ou en Ile-de-France, où sont réalisés 27,43% des avortements de toute la France, les hôpitaux publics réalisent moins de la moitié des IVG effectuées dans la région, contre plus de 9 sur 10 en Picardie, Centre, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté, Pays de Loire et Martinique. Dans 22 départements, aucune IVG n'a été enregistrée dans le secteur privé en 2003 [36].

III.2- Délais de- prise en charge :

En 2002 et 2003, les délais d'attente moyens entre la date de la demande d'IVG déposée auprès d'un établissement de santé et la date de réalisation de celle-ci sont estimés à 9 jours alors que l'ANAES préconise un délai de moins de cinq jours. [27].

En 2003, 16% des établissements estiment les délais d'attente supérieurs à deux semaines et 2% d'entre eux l'évaluent à trois semaines ou plus.

94 établissements (dont 81 du secteur public) ont déclaré que des IVG n'ont pu être prises en charge par leur établissement, soit 6 871 IVG [36].

III.3- Différences de prise en charge :

L'enquête « Cocon » (cohorte de contraception) menée par une équipe pluridisciplinaire de l'Inserm, de l'INED et du CNRS a permis d'étudier les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France. Elle a ainsi interrogé un échantillon représentatif de 2 863 femmes, âgées de 18 à 44 ans, par téléphone, entre septembre 2000 et janvier 2001 [32]. Un sous-groupe de cette enquête, composé de 320 femmes ayant eu une IVG entre 1996 et 2000 sur les 2 863 interrogées, a permis d'évaluer les conditions de prise en charge de l'IVG en France. Ce rapport, établi suite à d'autres rapports soulignant la persistance d'un certain nombre de dysfonctionnements, a été la

première enquête de population générale à étudier les conditions de prise en charge de l'IVG en France.

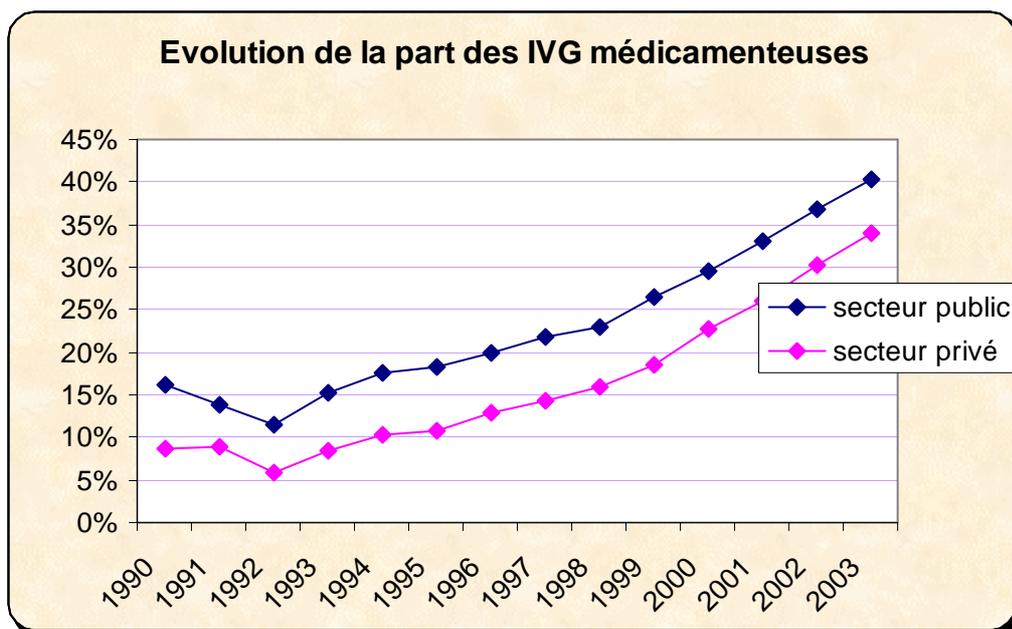
Dans l'ensemble, les conditions de prise en charge sont bonnes mais des différences de pratiques sont observées selon le type d'établissement (public ou privé). Ainsi, l'accès à l'IVG serait plus facile dans le secteur privé (délais d'accès, $p=0,001$), mais ce dernier réalise moins souvent l'entretien pré-IVG (obligatoire à ce moment-là ; $P=0,007$) et propose moins souvent un entretien post-IVG (NS).

Par ailleurs, en public comme en privé, les femmes sont rarement associées au choix de la technique d'IVG ou au mode d'anesthésie en cas d'IVG chirurgicale. En effet, le mode d'anesthésie est lié au statut de l'établissement : dans le secteur privé, l'IVG par aspiration a été faite essentiellement sous anesthésie générale (94%, contre 63% dans le secteur public, $p=0,001$). Le choix du type d'anesthésie a rarement été proposé à la femme : moins d'une femme sur cinq a dit avoir eu le choix. En cas d'IVG chirurgicale, 15% des femmes disent avoir choisi la méthode d'IVG, malgré les incitations de l'ANAES. Les femmes ayant eu leur IVG chirurgicale dans le secteur public ont déclaré deux fois plus souvent que dans le secteur privé qu'elles auraient préféré une autre méthode (34% contre 17%, $p=0,002$).

L'IVG par technique médicamenteuse est utilisée dans 38% des IVG en 2003, contre 31% en 2001 et 20% en 1998. L'enquête COCON ne relève pas de différence entre le secteur public ou privé contrairement aux résultats donnés par la SAE : 40% d'IVG médicamenteuses prescrites dans le secteur public contre 34% dans les cliniques privées. Pourtant, les délais de gestation sont supérieurs dans le secteur public, ce qui devrait influencer ce chiffre vers le contraire. Ainsi, 3% des établissements publics et 22% des établissements privés déclaraient en 2003 ne réaliser aucune IVG par voie médicamenteuse.

Répartition des IVG en France métropolitaine selon le lieu d'intervention						
		1990	1995	2001	2002	2003
Secteur public	Nombre IVG	118505	117316	135000	140041	138150
	% IVG Médicamenteuses	16%	18%	33%	37%	40%
Secteur privé	Nombre IVG	78901	62332	67180	66555	65196
	% IVG Médicamenteuses	9%	11%	26%	30%	34%
Ensemble	Nombre IVG	197406	179648	202180	206596	203346
	% IVG Médicamenteuses	14%	16%	31%	35%	38%
% IVG Secteur public		60%	65%	67%	68%	68%

Sources : BIG, SAE – Drees [36]



Champ : France métropolitaine. Sources : BIG de 1990 à 1994, SAE de 1995 à 2003 – Drees [36]

D'autre part, l'enquête COCON révèle que les femmes les plus diplômées ont eu plus souvent leur IVG en secteur privé.

De plus, le mode de paiement des IVG diffère selon le lieu de l'intervention. Dans un tiers des cas, les femmes ne réglaient rien, et au contraire, dans un tiers des cas elles réglaient la totalité de l'acte. Cette dernière proportion était plus élevée dans le secteur privé (36% contre 20% dans le secteur public, $p=0,005$).

Par ailleurs, certains médecins du secteur privé pratiquent des dépassements d'honoraires ... « *mais qui s'en plaindrait, ils restent indispensables dans la prise en charge des avortements dont le service public ne peut pas s'occuper. Dans un contexte où l'offre de soins se dégrade, le secteur privé se désengage de cette activité sans que le secteur public ne réponde aux besoins* », selon l'équipe de Nathalie Bajos [31].

III.4- La clause de conscience aurait-elle différents niveaux d'interprétation ?

La loi du 4 juillet 2001 a confirmé la possibilité de faire appel à la clause de conscience, et ce, à n'importe quel niveau de prise en charge, lors d'une demande d'avortement. Mais ce type de conduite peut s'exprimer de différentes manières.

Au centre hospitalier du Mans, où le médecin-écrivain Martin Winckler a pratiqué l'IVG pendant dix-sept ans, l'un des médecins anesthésistes du bloc gynéco a décidé de ne plus faire d'anesthésie aux femmes qui en seraient à leur troisième avortement [2].

J'ai moi-même été témoin de cette problématique pour certains à devoir rester neutre dans la décision de la femme. En stage d'échographie en deuxième année de première phase, j'ai reçu une patiente pour une échographie de datation de grossesse. Celle-ci, après avoir précisé qu'elle souhaitait interrompre cette grossesse s'est vue montrer le fœtus sur l'écran par le médecin échographiste à l'encontre de sa volonté.

On retrouve aussi cette clause de conscience concernant le délai légal maximum de recours à l'IVG qui peut différer selon les établissements. Ce délai a été porté à 12 semaines de grossesse au lieu de 10 ; pour connaître l'application des textes au sein des établissements, une question spécifique a été introduite en 2002 dans la SAE pour évaluer le nombre d'IVG concernées. Sur 682 établissements ayant réalisé des IVG, 100 établissements ont indiqué n'avoir pratiqué aucune IVG au-delà de 10 semaines de grossesse et seulement 185 ont déclaré en avoir pratiqué au cours des onzièmes et douzièmes semaines de grossesse en 2002 et 240 en 2003 [36].

IV. Caractéristiques des femmes :

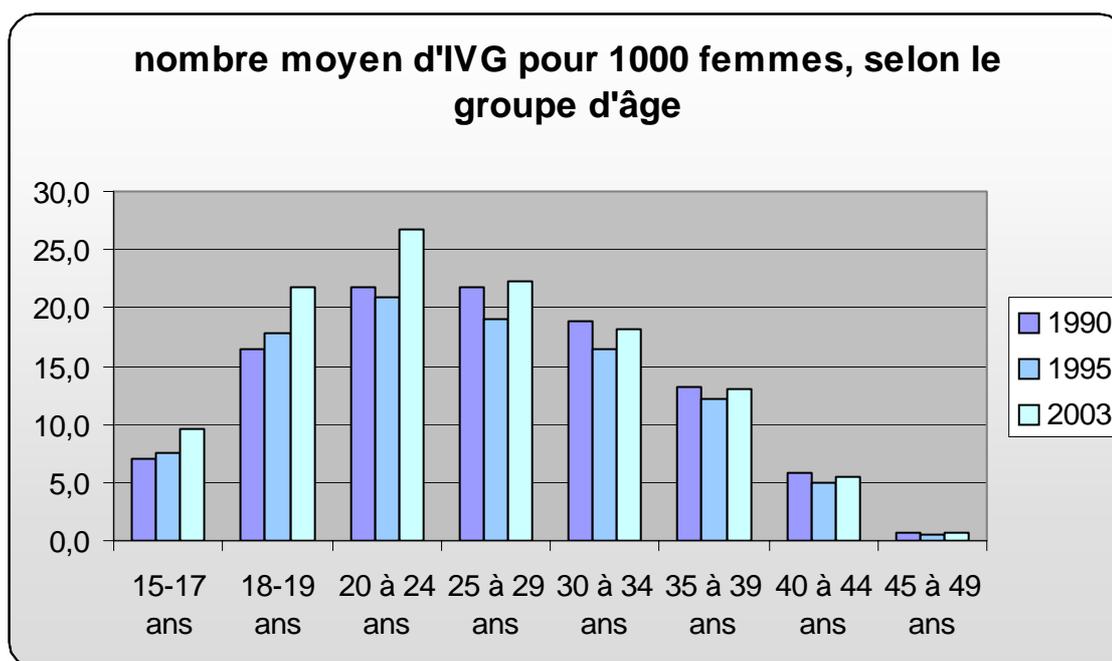
IV.1- L'âge des femmes :

Huit avortements sur dix concernent des femmes de vingt à trente-neuf ans.

Les taux de recours à l'IVG demeurent néanmoins très différenciés selon les générations allant de 26,7 pour 1000 chez les 20-24 ans à 5,6 pour 1000 pour les femmes âgées de 40 à 44 ans. C'est entre 20 et 24 ans, période de forte fécondabilité que le recours à l'IVG apparaît le plus fréquent.

11 000 mineures de 15 à 17 ans ont, en outre, eu recours à une IVG en 2003 : ce chiffre est en croissance régulière depuis le milieu des années 90, passant de 7,0 IVG pour 1000 femmes en 1990 à 9,6 pour 1 000 en 2003, soit 5,4 % du total des IVG [36].

Enfin, le bulletin de la Drees d'octobre 2004 fait remarquer que, « globalement, l'évolution de la structure par âge de la population féminine a joué au cours des dix dernières années dans le sens d'une réduction globale du taux de recours à l'IVG. La part des femmes âgées de 18 à 30 ans les plus concernées par les IVG, s'est réduite au profit des plus âgées, qui y recourent moins souvent. »



Champ : France métropolitaine

Sources : BIG, PMSI, SAE - Drees ; Insee[36]

IV.2- Les facteurs psycho-sociaux :

Plus d'une femme sur deux ayant eu une IVG en 2002 vit seule, et près de la moitié sont actives, tandis qu'une sur quatre est au foyer ou à la recherche d'un emploi.

Le dernier rapport IVG de la Commission régionale de la naissance (CRN) publié en décembre 2001 confirme la provenance très éclectique des femmes ayant recours à l'IVG au sein des différentes catégories socioprofessionnelles.

Il s'agissait pour elles de la première intervention de ce genre dans près de 3 cas sur 4, de la deuxième dans près d'un cas sur 5 et de la troisième dans moins de 5% des cas [36].

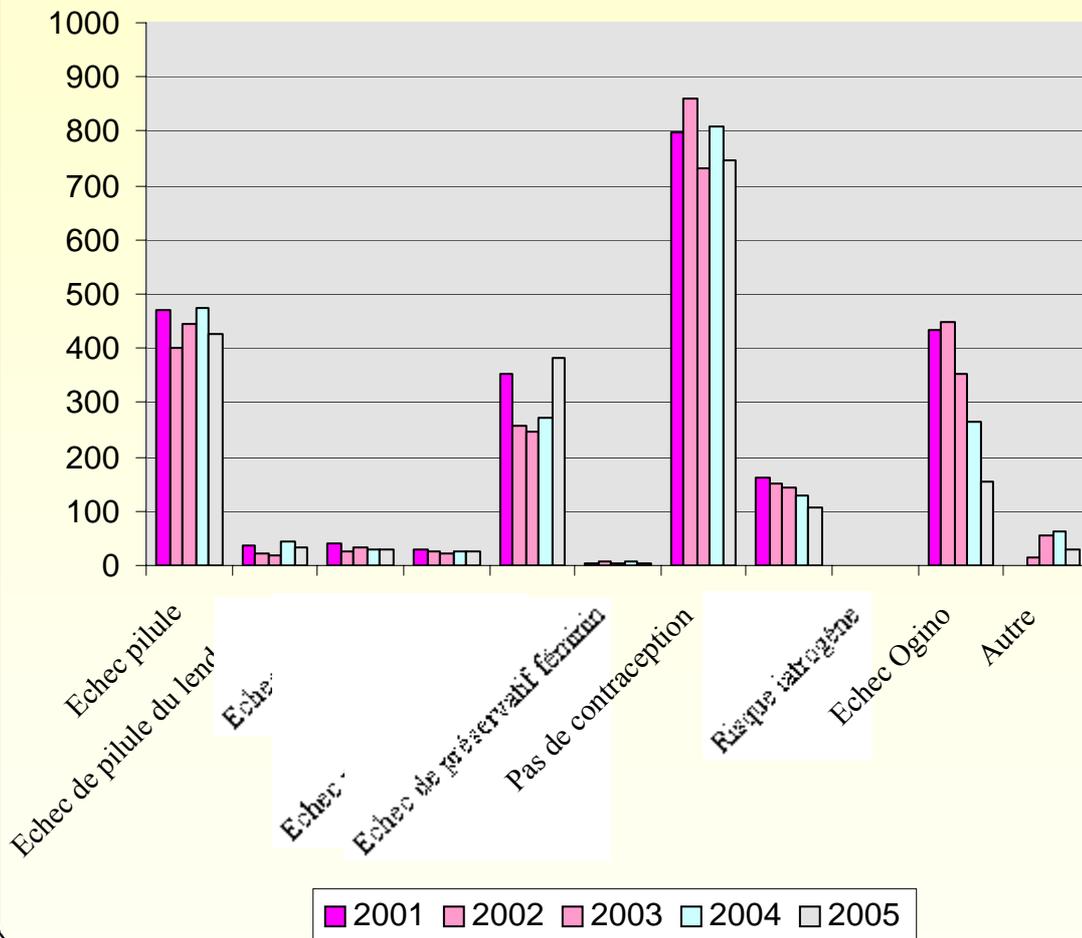
IV.3- Recours à la contraception :

En dépit d'une diffusion massive de la contraception médicale, le recours à l'IVG est resté étonnamment stable depuis 1975. C'est l'un des paradoxes qu'éclairent les derniers résultats de l'enquête « Cocon ». Trente ans après l'entrée en vigueur de la loi Neuwirth autorisant l'usage de la pilule (1971) puis de la loi Veil légalisant l'avortement (1974), l'enquête Cocon, rendue publique le 10 novembre 2004, décrit les circonstances de la médicalisation croissante de la contraception [32].

D'après les résultats, la question de l'accès de toutes les femmes aux différents modes de contraception se révèle cruciale. La France se caractérise en effet par un « double paradoxe contraceptif », selon l'expression de Nathalie Bajos, chercheuse à l'Inserm et responsable de l'étude. D'une part, le nombre des avortements n'a pas baissé alors que la contraception s'est généralisée et que la France est à la première place mondiale dans l'usage des méthodes médicales (les plus fiables) ; d'autre part, en dépit d'un plus grand recours à la pilule et au stérilet, les échecs de contraception restent fréquents. Près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes sous contraception (soit près de 65%) et 23% des avortements sont le fait de femmes qui prennent la pilule ; 9 % avaient un stérilet, 12 % utilisaient un préservatif et 23 % d'autres méthodes contraceptives.

Seulement 2,7 % des femmes âgées de dix-huit à quarante-quatre ans qui ne voulaient pas avoir d'enfant et qui étaient sexuellement actives n'utilisaient pas de contraception.

Echecs de contraception sur 5 ans, prise en charge des IVG aux CHU de Nantes



Ces données traduisent les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur contraception. « *Les échecs de contraception ne surviennent jamais au hasard, explique Mme Bajos. Il existe ainsi une inadéquation de certaines méthodes contraceptives aux conditions de vie sociale et affective des femmes* » au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception de certaines femmes ou de l'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse. La pilule, qui nécessite une prise quotidienne et à heure fixe, ne correspond ainsi pas toujours au mode de vie d'une femme dont la sexualité est irrégulière, par exemple. « *La méthode la plus efficace en théorie n'est pas forcément celle qu'il faut retenir en pratique.* » Résumé Nathalie Bajos [32].

IV.4- Leurs prescripteurs : Sont-ils dans la capacité de présenter un panel de choix suffisant, susceptible de convenir aux femmes ?

« Est-il aujourd'hui logique de poursuivre, sous prétexte qu'elle est médicalement bien tolérée, une contraception orale chez une patiente qui avoue volontiers oublier une ou plusieurs pilules régulièrement ? » S'interroge le gynécologue Francis Collier (*Des échecs de la contraception à l'information des femmes* In PONS [24]). Pourtant, la pilule reste le moyen de contraception le plus fréquemment prescrit (huit millions de femmes l'utilisent en France soit près de 60 % des femmes en âge de procréer).

La contraception représente le quatrième motif de consultation en médecine générale pour la tranche d'âge 16-39 ans, chez les femmes [SFMG. Annuaire statistique 94-95 de l'observatoire de la médecine générale]; Surtout que sept consultations médicales sur dix concernent des femmes [26].

Ce même article nous apprend, suite à une enquête du Conseil National de l'Ordre des médecins, que seulement 10% des généralistes « envisageaient » de se former à la gynécologie courante.

Une enquête de thèse menée auprès de 80 médecins montre que 76,3% ont reçu pendant leurs études un enseignement sur la contraception [59]

« La meilleure contraception n'est pas celle que le médecin préfère, mais celle que la femme choisit en connaissance de cause. Cette notion essentielle trop de médecins la rejettent. Ignorance et fausses idées interdisent le recours à une contraception personnalisée et servent par-dessus le marché les intérêts de l'industrie pharmaceutique : un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre coûte moins de 30 euros pour dix ans d'efficacité ; une boîte de pilules coûte 10 à 20 euros ... par trimestre ! En 2004, pareille ignorance tient de l'obscurantisme, car les sources d'information ne manquent pas » écrivait Martin Winckler [extrait d'un article publié par *Le Nouvel Observateur*, 21 janvier 2004], concluant à « l'ignorance criminelle des médecins » et à leur « responsabilité dans le nombre d'IVG qui sont effectuées aujourd'hui en France ».

Un article de Patrice Muller dans *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, révèle que l'industrie pharmaceutique dépense chaque année « 20 000 euros par an et par médecin », en matière de promotion de ses produits et de ses visites de démonstration [42]. Une information qui laisse rêveur quant à la supposée liberté des médecins dans leur acte de prescription.

IV.5- Logiques sociales :

Il ne faut cependant pas en déduire que la contraception n'a eu aucun effet sur le recours à l'IVG : la généralisation des pratiques contraceptives a bien entraîné une diminution du nombre de grossesses non prévues, qui représentaient 46% des grossesses vers 1975, 36% quinze ans plus tard, 33% aujourd'hui. Simplement, les femmes recourent plus souvent à l'IVG en cas de grossesse non désirée. Alors que quatre grossesses non prévues sur dix se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de six sur dix aujourd'hui. La tendance semble particulièrement marquée chez les très jeunes femmes, qui avortent d'avantage depuis une dizaine d'année [32].

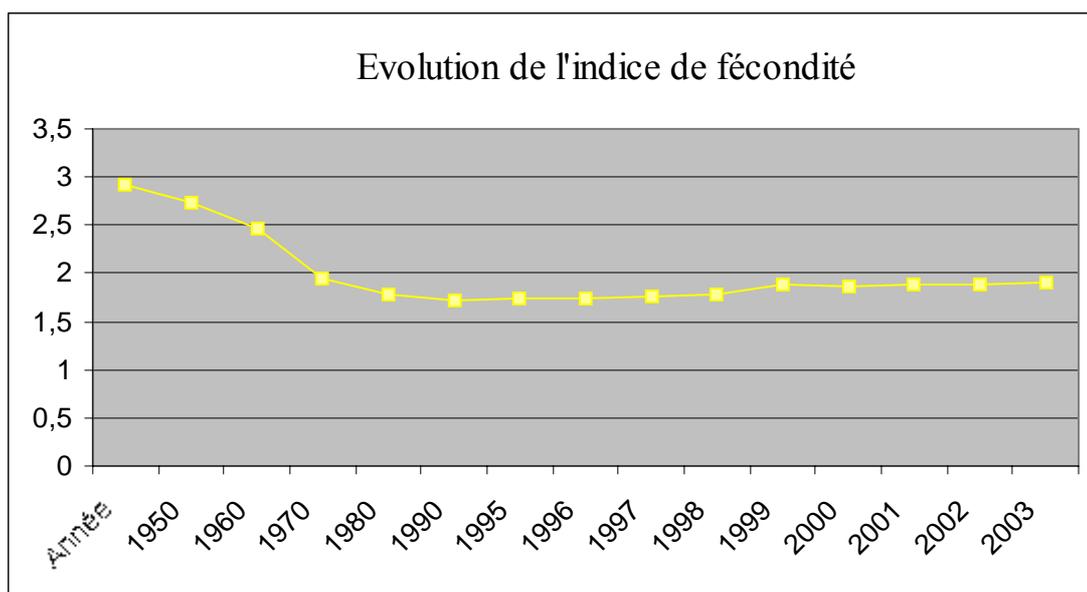
Si les femmes recourent plus facilement à l'IVG que dans les années 1970, c'est qu'en trente ans leur statut a radicalement changé. « Les logiques sociales qui sous-tendent la décision d'interrompre la grossesse dépendent de la phase du cycle de vie » de la femme, et sont prises en fonction de leur âge, de leur engagement ou non dans les études ou une carrière professionnelle, ainsi que de leur stabilité affective.

Ainsi, si les jeunes femmes de moins de 25 ans avortent le plus, c'est que, pour elles, l'engagement scolaire est déterminant. « *L'IVG apparaît comme un moyen de reporter une maternité survenue trop tôt pour les femmes dans une situation professionnelle débutante* », expliquent les chercheurs. A l'inverse, quand les études ne représentent guère un investissement rentable, le choix d'une maternité précoce peut représenter un moyen d'acquérir un statut et une identité sociale.

Pour les démographes, la décision d'avorter, loin de correspondre à un comportement égoïste qui conduirait la femme à interrompre sa grossesse par pure convenance, « *traduit l'attention portée aux conditions d'accueil de l'enfant.* » « *Il s'agit d'une anticipation par les femmes et les hommes de leur capacité d'engagement dans une parentalité où le contexte relationnel et matériel soit favorable, face aux aléas des parcours de vie* », expliquent les chercheurs ; « *la décision de l'IVG est socialement construite, elle renvoie aux normes sociales des bonnes conditions de la parentalité.* »

L'enfant est « programmé » dans un contexte affectif stable, et au bon moment de la trajectoire professionnel des parents. En ce sens, si le recours à l'IVG est plus fréquent en cas de grossesse non désirée, il ne s'est toujours pas banalisé. « *La législation n'a pas provoqué une banalisation dans le vécu des femmes, commente Nathalie Bajos. L'avortement n'est pas un geste anodin, il traduit toujours un moment de vulnérabilité dans la vie d'une femme.* »

Trente ans après l'entrée en vigueur de la loi Veil, « *la contraception et, en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de maternité choisie, contribuant ainsi à redéfinir la parentalité au féminin, comme au masculin* », estime Population et sociétés. Et, contrairement à ce qu'affirmaient les opposants à l'avortement lors de l'adoption de la loi, la législation de l'IVG n'a pas eu d'impact démographique. « *Une IVG ne constitue pas une naissance en moins mais une naissance reportée à plus tard dans un contexte plus favorable* », explique Nathalie Bajos « *La fécondité française, qui avait fortement baissé de 1964 à 1976, est stabilisée : depuis trente ans, le nombre de d'enfants souhaités par les Français est resté inchangé et les femmes en ont toujours autant* » [32].



Evolution de l'indice de fécondité par femme, en France, source DRESS.

V. Une prévention des IVG est-elle possible :

•Selon moi, les messages de prévention font partie de la mission des professionnels de santé ; les parents et les enseignants occupant une place trop délicate pour aborder ce genre de sujet plutôt tabou.

Pourtant, très peu de médecins, d'infirmières ou de sages-femmes des services hospitaliers ont les moyens et le temps de mener cet indispensable travail de terrain. C'est pourquoi la plupart du temps, ce sont les associations qui s'en chargent. Au premier rang desquelles, le Mouvement français pour le Planning Familial (MFPF), à travers son réseau national de 67 associations départementales regroupe 500 conseillères conjugales. Ceux-ci vont ainsi, ponctuellement, donner une information sur la sexualité dans les établissements de l'Education Nationale. Mais le MFPF ne couvre pas l'ensemble du territoire.

La prévention en santé publique diffusée à l'échelle nationale est donc, dans certaines régions, la seule action existante.

Pourtant, depuis la campagne d'information lancée fin 1981 par Yvette Roudy, alors ministre des Droits de la femme, plus rien n'a été fait sur la contraception...jusqu'en 2000.

En début d'année 2000, la campagne intitulée « *La contraception, à vous de choisir la vôtre* » est lancée par Martine Aubry. Du 12 au 20 janvier, trois spots furent diffusés à la télévision parallèlement à une campagne radio et écrite. Douze millions d'exemplaires d'un guide de poche sur les différents modes de contraception ont été distribués dans les collèges, les lycées, les associations, les pharmacies.... Le tout pour un budget de 24 millions de francs.

Deux ans plus tard, le ministère de la Santé a décidé de démarrer une seconde campagne en janvier 2002. Au programme : une série d'informations à destination des professionnels de santé et du grand public, par le biais d'un affichage d'une semaine, d'une campagne radio d'un mois et d'une distribution de petits livrets d'information aux médecins généralistes, aux gynécologues et aux pharmaciens ; et ce, pour un budget de 2 millions d'euros [2].



Le slogan, décliné sous trois formes différentes, sous-titrait l'image d'un couple enlacé : « *Dans la vraie vie, c'est vous qui vivez la suite. Ne laissez pas l'imprévu décider à votre place.* » Malgré un pré-test concluant, qui confirmait que la campagne avait bien été identifiée par ceux qui l'avaient vue, Alain Sivan, directeur de l'agence, reconnaît lui-même que les moyens attribués n'étaient pas à la hauteur de l'ambition du ministère [2].

« *Cela fait longtemps que nous n'avons plus un exemplaire* » admet la documentaliste du CREDEPS que je suis allé interroger (Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé, situé au sein de l'hôpital Saint-Jacques); « *Le Ministère de la Santé en a fourni au compte gouttes...* ».

Aucune autre campagne n'a été réalisée depuis.



• En milieu scolaire, la nécessité de prévention paraît en revanche bénéficier d'une prise en compte réelle, depuis la loi du 4 juillet 2001, qui prévoit l'obligation de mettre en place trois séances par an d'initiation à la vie affective, de l'école primaire à la classe terminale : extrait de l'article L.312-16 de la loi du 4 juillet 2001 « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L.2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n°85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la Santé pourront également y être associés.* » [cf. textes législatifs : 54-58].

Pour le moment, ce programme de prévention en milieu scolaire reste très théorique, car, en réalité, très peu d'établissements ont déjà mis en place cette action. Ils se contentent le plus souvent de l'information en classe de quatrième et troisième car elle dépend du bon vouloir du personnel enseignant, qui doit se porter volontaire.

Dans le but de savoir où en était la mise en place de l'action dans les établissements scolaires, j'ai pris contact avec 20 collèges et lycées de Nantes et son agglomération, après avoir effectué un tirage au sort. Sur les 20, huit établissements ont accepté de répondre à mes questions. Parmi eux, seulement un établissement applique

les textes de loi avec une séance d'éducation annuellement. Deux établissements avouent ne pas pratiquer la loi : aucune séance n'est prévue. La situation intermédiaire est la plus fréquente : une, deux, voir trois séances sont animées dans 4 établissements sur les huit interrogés. Un établissement dit établir le nombre de séance selon la demande des élèves. Notons que chaque responsable d'établissement répond appliquer les textes de loi.

- Un autre point de la prévention concerne la délivrance de la pilule du lendemain. Le décret n°2001-258 du 27 mars 2001, obtenu par Ségolène Royal, a permis aux infirmières scolaires des établissements publics, de pouvoir délivrer la pilule du lendemain aux élèves. Mais, parallèlement, un article de Vincent Olivier, publié dans *l'Express*, le 20 septembre 2004 révèle la difficulté pour les mineures à obtenir gratuitement cette pilule au sein des pharmacies, comme le prévoit le code de santé publique.

- Un autre aspect concerne la question financière. Sur trente marques de pilules contraceptives disponibles en France (vingt-sept combinées, trois progestatives) recensées en juillet 2003, seulement neuf sont remboursées (huit combinées, dont deux génériques, une progestative) et aucune de ces pilules ne sont des pilules de troisième génération. Les femmes qui ne tolèrent donc pas les pilules comprises dans la liste et ne peuvent financer les autres, se voient dans l'obligation de changer de méthode contraceptive.

L'exemple du remboursement de Microval® par rapport à la pilule Cérazette® est, lui aussi paradoxal, étant donné que cette dernière à un délai de 12 heures de prise comparé à 3 pour Microval®.

VI. Un avenir compromis :

VI.1- Devenir des CIVG :

Lors de la sortie de la loi Veil, les CIVG ont été créés pour parer au refus alors très courant des chefs de service hospitalier, qui avançaient la clause de conscience.

Dotés de budgets et de locaux géographiquement séparés des autres services ils permettaient aux médecins de jouir d'une indépendance et donc de se soustraire aux éventuelles pressions. Trente ans après leur création, nous serions donc en mesure de nous interroger sur le bien-fondé de conserver ces structures sous leur forme d'origine.

Pourtant, les médecins qui effectuent des IVG hors des CIVG témoignent, encore aujourd'hui, d'importantes difficultés dans leur pratique.

Jean-Claude Magnier, responsable du CIVG de l'hôpital Bicêtre du Val-de-Marne témoigne : « *Nous avons tout ce que nous pouvons grappiller, et tout ce qu'on n'ose pas nous enlever. Il y a une hiérarchisation en permanence, et l'IVG c'est ce qui passe en dernier. La dérive est criante dans les hôpitaux publics où il n'y a aucune volonté de maintenir l'activité et la place même de l'IVG pourrait très vite disparaître.* » [2].

Hors des CIVG, la pratique des avortements peut s'organiser de différentes manières : soit en étant intégrée sans séparation spécifique à l'activité courante de gynécologie-obstétrique, comme c'est le cas dans la majorité des hôpitaux français, soit en faisant l'objet d'une unité fonctionnelle, mise sous la tutelle d'un service hospitalier (généralement de chirurgie) et créée théoriquement à partir de 400 IVG par an.

Enfin, l'activité d'IVG peut faire l'objet d'un service hospitalier à part entière, en théorie à partir de 1 000 IVG par an. A ce jour, il n'existe qu'un seul service de ce type en France, à l'hôpital La Fraternité de Roubaix, dirigé par le docteur Lefebvre qui est également le président de l'Association Nationale des Centres d'Interruption volontaire de grossesse et de Contraception (ANCIC) ; pour lui : « *Quand on a le statut de service, on a une représentation dans les instances administratives de l'hôpital. Le chef de service est un membre de la commission médicale d'établissement. Je peux donc désormais défendre mon activité. Car ce qui compte, ce n'est pas l'autonomie, mais l'indépendance financière de notre activité. La création d'un service est ce que l'on peut souhaiter de mieux à l'orthogénie, c'est le seul moyen de valoriser cette pratique et de la rendre attrayante. Les autres structures qui pratiquent des avortements mais qui n'ont pas de statut reconnu par la loi hospitalière sont en danger.* » [2].

Il s'inquiète par ailleurs du danger de l'intégration des IVG au sein des services de gynécologie obstétrique : « *Si on ne trouve pas de gens spécifiquement intéressés par la pratique de l'avortement, on aura des IVG pratiquées par des internes, en fin de programme opératoire, entre deux curetages ou deux césariennes, et tout le côté accompagnement, prévention, information à la contraception sera mis de côté. Or, on ne peut traiter correctement l'avortement que si on s'occupe de tout ce qui l'entoure.* »

Face à ce raisonnement, le docteur Israël Nisand, qui exerce au CHU de Hautepierre à Strasbourg, défend une opinion différente : « *L'idée de créer une unité fonctionnelle, c'était pour se rapatrier les CIVG dans les services gynécologie-obstétrique, afin que leur activité soit représentée dans les commissions médicales d'établissement. Je crois qu'il faut réintégrer les CIVG comme unité fonctionnelle du service de gynéco-obstétrique de leur hôpital. Cela permettra de former les futurs spécialistes à l'IVG. Les internes qui représentent la génération à venir doivent apprendre à faire des IVG pendant leur internat, sans quoi ils n'en feront pas plus tard.* » [2].

En théorie, cette option paraît convaincante. En pratique, très peu d'internes se portent de toute façon volontaires, s'il n'y sont pas encouragés.

« *Tout dépend des équipes* », résume le docteur Michel Teboul, responsable du CIVG de l'hôpital Broussais « *il y a sûrement des centres d'orthogénie inclus dans des services de gynéco-obstétrique qui sont beaucoup mieux que des centres autonomes. C'est une question de volonté individuelle.* »

Ainsi, dans le service du Centre hospitalier universitaire de Hautepierre à Strasbourg, dirigé par le Dr Nisand, l'équipe est capable de proposer un rendez-vous pour le jour même ou le lendemain. Les IVG sont traitées comme des urgences.

Auteur du rapport que lui commanda Martine Aubry en 1999, il fut le premier à formuler très précisément et par écrit les difficultés auxquelles les femmes étaient confrontées dans leur parcours vers l'IVG.

Pour lui, « *si les Agences Régionales de l'hospitalisation (ARH*) voulaient mettre fin à cela, comme elles avaient commencé à le faire, c'en serait déjà fini. Elles diraient aux directeurs d'hôpitaux : je veux un rapport sur le délai d'attente moyen, si le délai d'attente est supérieur à une semaine, je vous diminue vos crédits. A la fin du gouvernement Jospin, il y a eu des consignes pour faire des rapports...mais, depuis lors, on n'a pas continué à être suffisamment incisif.* » [2].

[*les ARH ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, sous la forme de groupements d'intérêt public

réunissant les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales et les organismes d'assurance maladie. C'est à l'ARH qu'il incombe de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offres de soins hospitaliers, la coordination entre les établissements, et de déterminer leurs ressources propres].

VI.2- Futurs médecins :

Faut-il former les médecins à ce qu'ils veulent faire ou à ce qu'ils doivent savoir-faire pour satisfaire les besoins de santé d'une population ?

Le 12 septembre 1978, l'OMS tenait à Alma-Ata une conférence internationale visant à promouvoir les soins de santé primaire : ses conclusions plaçaient la planification familiale et la contraception au quatrième rang des besoins de santé primaire après l'éducation, l'alimentation et l'eau [23].

Pourtant, seulement 2 heures d'enseignement théorique sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse sont prévues au cours des sept années d'étude de médecine et peu d'internes effectuent un stage en centre de planification familiale ou d'orthogénie. Il me semble que c'est à la faculté de médecine que s'acquièrent les connaissances, mais aussi les réflexes et les schémas de pensée. « *La socialisation professionnelle, [...] initialisation au sens ethnologique du terme et conversion de la personne, au sens religieux, à une nouvelle façon de voir le monde, est le processus par lequel les individus sont initiés à leur culture, c'est-à-dire à l'acquisition d'attitudes, de valeurs, d'habileté technique et de modèles de comportement constituant les rôles sociaux établis dans une structure sociale : [...] il faut avoir appris à jouer son rôle dans la mesure où, comme dans n'importe quelle pièce, connaître son texte ne suffit pas* » [4].

Pour reprendre les termes de CHEVANDIER [5] : « *Il s'agit d'une profession dont le mode d'enseignement évoque le compagnonnage fondé sur la transmission du geste et l'initiation par ses pairs, les mécanismes de reproduction des pratiques et de pérennisation des représentations sont très forts. De telles études font peu de place à la réflexion sur l'inscription de la médecine dans les sciences humaines et sur le rôle normatif ou émancipateur de la médecine dans la société. L'enseignement de la maîtrise de la fécondité est à ce titre particulièrement significatif, car il s'agit d'une question qui ne relève pas de la pathologie, mais qui concerne toutes les femmes, et qui s'inscrit donc pleinement dans la définition de la santé par l'OMS comme « état de complet bien-être physique, mental et social »* ».

Ainsi, Nathalie Bajos pense qu'il faut « *former les futurs médecins à la contraception, qui concerne trois quarts des femmes en âge de procréer* » [32]. Une de ses études a récemment montré que les généralistes de ville sont moins bien informés que d'autres professionnels sur les procédures à suivre pour avorter et que leurs pratiques renvoient à leur représentation en la matière, en particulier aux représentations de la légitimité de la demande des femmes [31].

D'autre part, concernant l'avortement, la formation des futurs médecins pourrait permettre, à la fois :

- de leur donner les outils leur permettant d'accueillir les femmes, du moins de les accompagner ou de les adresser aux professionnels compétents,
- mais aussi de susciter des vocations afin de remédier à une pénurie de personnels qu'aggraverait encore le départ à la retraite de la génération de médecins précédente. En

effet, de nombreux centres d'orthogénie rencontrent des problèmes de recrutement. Au centre Simone Veil du CHU de Nantes, seulement 4 médecins sur les 22 ont moins de quarante ans.

VI.3- La place des sages-femmes en CIVG :

Presque tous les centres d'orthogénie de la région comprennent un poste de sage-femme : les deux centres de Nantes, de Cholet, de Chateaubriand, de Saint Nazaire et d'Ancenis.

Le Centre Clotilde Vautier est le centre le plus récent de la région. Il a ouvert ses portes en septembre 2004 ; Françoise B, une des trois sages-femmes du centre me raconte comment s'est créé le poste de sage-femme :

« Il y a trois ans, lors des discussions concernant l'organisation du centre d'orthogénie, il paraissait important qu'il y ait une sage-femme au centre, sur le plan symbolique ; les médecins et l'ensemble des acteurs du centre y tenaient alors que l'Administration pensait que le poste devait être pourvu par une infirmière. Finalement, une sage-femme devait travailler à part égal au niveau du centre d'aide médical à la procréation et du centre d'orthogénie ; ce qui en étonna plus d'un.

Mais, le projet du centre d'aide médicale à la procréation prit un tel retard que le poste de sage-femme fut créé pour le centre uniquement. »

Aujourd'hui, trois sages-femmes se partagent deux postes à temps plein au centre Clotilde Vautier. Chacune d'elles travaille à la fois au centre et au niveau du bloc obstétrical ou en préparation à l'accouchement.

Pour définir leur rôle au sein des CIVG, j'ai consulté le site du conseil de l'ordre français des sages-femmes. Celui-ci spécifie que la sage-femme peut avoir une place active dans les services d'orthogénie, comme en centre de gynécologie, et de procréation médicalement assistée. La sage-femme assure le suivi médical de la grossesse, mais aussi l'accompagnement psychologique de la future mère. Elle conseille les couples et participe au suivi des différents modes de contraception. Il est à noter, à cet égard, que la sage-femme est habilitée à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse.

Ainsi, la sage-femme joue un rôle essentiel auprès des femmes en terme de sécurité médicale et d'environnement psychologique de la naissance.

Ce versant « prévention » constitue, selon les sages-femmes que j'ai rencontrées, la richesse de leur poste. Cette facette de notre métier est illustrée par le fait qu'au CPEF d'Angers, ce sont les étudiantes sages-femmes qui se relaient à tour de rôle pour accueillir et répondre aux questions des patients, chaque mercredi.

Pour en revenir au rôle des sages-femmes en CIVG, je reprendrais les termes des sages-femmes que j'ai pu rencontrer : *« ce sont les mêmes femmes qui décident d'interrompre ou de garder une grossesse. Il n'est pas rare que l'on retrouve une femme venue faire une IVG au centre, quelques années plus tôt, en préparation à l'accouchement.*

La sage-femme a une place en CIVG dans le sens où elle s'intéresse à la grossesse, que la femme décide ou non de la garder. Notre métier consiste à aider la femme dans sa découverte de maternité. La question que l'on doit se poser, est : par quoi cette maternité est-elle déterminée : par la grossesse ou par la naissance ? »

En ce qui concerne l'acte de l'IVG en lui-même, certaines sages-femmes considèrent que le rôle de la sage-femme est encore à définir.

Pour Chantal Birman qui exerce à la maternité des Lilas, à Paris mais aussi en cabinet libéral, l'interruption volontaire de grossesse devrait aussi pouvoir être pratiquée par des sages-femmes : « *Un accouchement normal est plus difficile à réaliser qu'une IVG ; donc je pense qu'il faut étendre cette compétence aux sages-femmes. Nous avons l'habitude de pallier le manque de médecins. Déjà, nous suivons les grossesses pathologiques jusqu'à ce que l'intervention du chirurgien soit nécessaire, alors que nous devrions nous limiter à la physiologie. Bien sûr, dans leur majorité, les sages-femmes ne souhaitent pas se charger des IVG, comme les obstétriciens. Mais il suffirait que 10% d'entre elles s'engagent dans cette voie pour combler le manque de professionnels. Cela pourrait être un moyen de revaloriser notre profession et d'enrichir notre formation d'un volet sur l'orthogénie, la contraception. C'est passionnant de prendre en charge les ambiguïtés de la grossesse. Et les obstétriciens ne s'y opposeront pas.* » [33].

Partie 3 : IVG MÉDICAMENTEUSES

La pratique des avortements médicalisés par voie médicamenteuse a été autorisée en France à partir de 1988 par prise orale de *mifépristone*, stéroïde antiprogestérone, suivie de l'administration d'un analogue synthétique de la prostaglandine : le *misoprostol*.

L'association à la *mifépristone* du *misoprostol*, utilisable par voie orale en a fait une technique simple d'emploi, peu coûteuse, efficace et bien tolérée, qui est devenue la méthode de référence en France à partir de 1992 et s'est très rapidement généralisée dans le monde.

L'IVG médicamenteuse à domicile s'est progressivement imposée aux médecins en charge des IVG en milieu hospitalier, devant le constat de la grande sécurité de la méthode. Cette possibilité offre en outre un moyen de palier les difficultés constantes d'accès des femmes à l'IVG, liées à l'insuffisance de places disponibles et de personnel formé à la pratique et l'accompagnement des IVG en établissements de santé.

En France, la reconnaissance officielle de l'utilisation à domicile de la technique médicale apparaît dans les recommandations de l'ANAES en mars 2001, mais c'est la loi du 4 juillet 2001 n° 2001-588 qui en légalise la pratique hors des établissements de santé. Il fallut cependant attendre le décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 (qui a modifié le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002) paru au J.O. le 2 juillet 2004, pour définir les modalités de cette pratique (*cf. textes législatifs [54-58]*).

I. Le protocole :

I.1- Préambule :

I.1.1- Quelle est la technique autorisée ?

Seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif. Sont donc exclues, les IVG réalisées par mode chirurgical, qui nécessitent un plateau technique chirurgical ou obstétrical. Le suivi de l'IVG est réalisé conformément aux recommandations de l'ANAES [27, devenu la Haute Autorité de Santé depuis fin 2004] relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'applique à ce dispositif : consultations, information des femmes et remise du dossier-guide, dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte...

I.1.2- Qui peut pratiquer une IVG médicamenteuse hors service hospitalier ?

Un médecin :

> Dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé pratiquant les IVG (qualifié de centre référent, cet établissement devant par ailleurs disposer d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie).

> Ce médecin doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée : soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique ; Soit par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement.

I.1.3- La procédure préalable à respecter par le médecin :

> Le médecin reçoit de l'établissement avec lequel il passe un accord, la convention établie selon un modèle de convention type [cf. annexe 2]. Il transmet une copie de la convention au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève.

> Il reçoit également de l'établissement avec lequel il a passé convention, les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymisées.

> Le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical, les attestations de consultations préalables ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

I.1.4- Qui peut bénéficier d'une IVG à domicile ?

Toute femme :

- dont l'âge de la grossesse est inférieur ou égal à 5 semaines, soit 7 SA.
- dont l'état médical et psychosocial permet la réalisation d'une IVG médicamenteuse
- dont le domicile est situé à moins d'une heure de trajet du centre référent

Les mineures sans consentement parental peuvent bénéficier de ce protocole : la prise en charge est alors anonyme et gratuite et le médecin demande le remboursement des frais à la CPAM.

I.2- Protocole :

Les consultations médicales à réaliser pour une IVG médicamenteuse sont au nombre de cinq et sont les suivantes :

- ✓ deux consultations préalables à la réalisation de l'IVG (articles L. 2212-3 et L. 2212-5 du code de la santé publique) ;
- ✓ deux consultations comportant la prise de médicament : *mifépristone* (Mifégyne®), puis *misoprostol* (Gymiso®) ;
- ✓ une consultation de contrôle ;
- ✓ une consultation psychosociale doit être proposée avant l'IVG (cette consultation préalable est obligatoire pour les seules mineures) et une autre après l'interruption de grossesse (cf. textes législatifs [54-58]).

Le protocole standard :

>Consultation pré-IVG

La patiente exprime sa demande d'IVG

Délai de réflexion

>Consultation n° 1

Le médecin reçoit le consentement de la patiente

>Consultation n° 2

Administration de la *mifépristone* (Mifégyne®)

>Consultation n° 3

36h à 48h plus tard

Administration du *misoprostol* (Gymiso®)

>Consultation de contrôle

1.3- La Consultation pré-IVG :

Le contenu en est codifié par la loi [54-58] et par les recommandations de l'ANAES [27] et comporte sept items :

- Le délai de réflexion ; il convient donc de remettre à la femme une attestation de consultation médicale datée, authentifiant le point de départ du délai de réflexion.
- Les informations sur les méthodes d'IVG
- La proposition d'entretien psychosocial
- L'évaluation de l'âge gestationnel
- Le dépistage des MST et les FCV de dépistage
- L'abond de la contraception
- La vérification du groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières. « *Toutes les patientes doivent disposer d'une carte de groupe sanguin avec recherche d'agglutinines irrégulières* » [27].

1.3.1- Le délai de réflexion : Le médecin recueille la demande d'IVG de la femme. C'est de la date de cette consultation que démarre le délai de réflexion de 7 jours. La France figure parmi les rares pays à imposer un délai de réflexion légal, et c'est un des plus longs. Contrairement aux grossesses avancées pour lesquelles le délai de réflexion peut être raccourci pour permettre la réalisation de l'IVG dans les délais légaux de 14SA, il n'y a aucune clause prévoyant le raccourcissement du délai de réflexion pour privilégier l'utilisation de la méthode médicamenteuse à domicile. En revanche, cette méthode reste utilisable jusqu'à 9SA en milieu hospitalier.

1.3.2- L'évaluation de l'âge gestationnel : Selon les recommandations de l'ANAES, l'âge gestationnel est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique, et l'échographie qui peut avoir lieu sur place lors de cette consultation [27].

-L'interrogatoire : cet examen manque de fiabilité pour déterminer précisément l'âge gestationnel : parmi les causes d'erreur les plus fréquentes figurent l'ignorance ou l'incertitude de la date des dernières règles, la confusion d'une métrorragie avec les règles, la grossesse survenant sur oubli de pilule, la présence de cycles irréguliers.

Par contre, cet interrogatoire, corrélé aux examens, déterminera si la patiente est susceptible de prétendre au protocole IVG médicamenteuse hors service hospitalier, autorisé jusqu'à 49 jours d'aménorrhée.

En effet, il explorera méthodiquement les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux (notamment infectieux et hémorragiques), la notion d'allergies médicamenteuses et de prise médicamenteuse, la consommation de tabac ou d'autres toxiques, les facteurs de risque personnels ou familiaux de maladies cardiovasculaire ou thromboembolique.

-L'examen clinique : n'apporte pas plus de certitude : à ce stade précoce de grossesse, le toucher vaginal ne permet pas toujours le diagnostic d'utérus gravide, notamment chez la primipare, en cas de rétroversion utérine ou d'utérus fibromateux.

-Le dosage des HCG sériques : présente une trop grande variabilité des taux d'une grossesse à l'autre à un même âge gestationnel pour en faire une méthode de datation fiable. En revanche, il reste le meilleur examen de **diagnostic des grossesses très jeunes** (le taux se positive avant même le retard de règles alors que l'échographie détecte rarement les grossesses avant 5SA et l'examen clinique rarement avant 6SA). En cas de doute, il est un excellent moyen d'évaluer **l'évolutivité d'une grossesse** par la cinétique des HCG sur deux dosages successifs à 48 heures d'intervalle. Il est utile de rappeler que le taux d'HCG commence à décroître dès la fin du premier trimestre et qu'un taux modéré d'HCG ne signifie pas nécessairement grossesse jeune : la confrontation à la clinique et à l'échographie demeure indispensable.

-L'échographie de datation : l'expérience clinique prouve que l'échographie pré-IVG est indispensable car c'est le seul examen qui permet une datation précise de la grossesse. Elle sera réalisée de préférence par voie vaginale [27]

- ✓ soit par le médecin lors de la consultation s'il dispose d'un échographe,
- ✓ soit par l'échographiste de son choix,
- ✓ soit par le centre référent sur demande du médecin en cas de doute sur la datation de la grossesse ou sur l'existence d'une grossesse extra-utérine [55].

Elle ne visualise la grossesse que lorsque le taux d'HCG sériques atteint sériques 1 000 UI/ml. Pour un échographiste entraîné à la pratique des échographies précoces, le sac ovulaire est détectable à partir de 4 SA+5j (DI=2mm), l'embryon devient visible à partir de 5 SA+6j (LCC=1,5 mm). La précision est de l'ordre de trois jours pour les grossesses jusqu'à 6 SA, de cinq jours jusqu'à 9 SA [6].

L'échographie permet en outre :

- d'apprécier **l'évolutivité de la grossesse**,
- de suspecter une **grossesse ectopique**,
- de diagnostiquer les **grossesses géminaires** (constituant une précaution d'emploi au protocole médicamenteux d'IVG), de diagnostiquer une anomalie ou pathologie utérine associée (myofibrome, malformation utérine).

I.4- Consultation n°1 du forfait :

Elle a lieu après le délai de réflexion d'une semaine. Le médecin :

- Vérifie que le protocole médicamenteux est réalisable à domicile.
- S'assure des conditions de soutien et d'accompagnement de la femme.
- Explique le déroulement de la méthode.
- Fait signer le formulaire de consentement à l'IVG.
- Informe sur l'efficacité de la méthode et la conduite à tenir en cas d'échec.
- Prend connaissance des examens biologiques pratiqués, notamment les dépistages des MST et informe la femme des résultats.
- Fixe les dates de prise de la Mifegyne® et du Gymiso® et de la consultation de contrôle.
- Rédige l'ordonnance d'antalgiques et de contraceptifs, si besoin est, d'antiémétiques, d'antibiotiques, et d'anti-D.
- Etablit une commande à usage professionnel de Mifégyne® et de Gymiso® auprès d'une pharmacie d'officine. En effet, c'est le médecin qui fournit les médicaments à la patiente.
- Aborde à nouveau le sujet de la contraception ultérieure.

I.5- Consultation n°2 du forfait :

Il n'y a aucune précision quant à un éventuel délai à respecter entre la consultation n°1 et la consultation n°2. Dans les établissements de santé, elles sont d'ailleurs confondues en un seul temps appelé « consultation initiale ». Le médecin :

- Vérifie la bonne compréhension de la méthode et répond aux demandes d'information de la femme.
- Fait signer le formulaire de consentement à la prise de Mifégyne® et remet la notice d'information du laboratoire.
- Invite la femme à effectuer la prise de Mifégyne® en sa présence (600 mg).
- Réalise l'injection d'anti-D si la patiente est de rhésus négatif.
- Rappelle la date et l'heure de la prise du Gymiso®.
- Propose un arrêt de travail.
- Effectue les prescriptions de contrôle d'efficacité de la méthode (échographie / β HCG).
- Remplit la fiche de liaison en deux exemplaires [cf. annexe 3] ; une des deux fiches, contenant les éléments utiles du dossier médical, sera remise à la femme dans l'éventualité d'une admission dans l'établissement de santé référent. L'autre est systématiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin.

La fiche de liaison, support de ces informations est définie conjointement par l'établissement et le médecin signataire. En ce qui concerne l'établissement signataire de la convention : il s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il assure un

rôle d'information et de formation des médecins de ville concernés par le dispositif. Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.

Remarque : Il n'y a pas lieu, en l'absence d'éléments nouveaux, d'effectuer un examen gynécologique lors de cette consultation.

I.6- Consultation n°3 du forfait :

Elle a lieu **deux jours plus tard** (36 à 48 heures plus tard).

Le médecin :

- S'enquiert des manifestations survenues depuis la prise de la *mifépristone* : douleurs, saignements, expulsion, vomissements.

Une expulsion prématurée après la seule prise de *mifépristone* qui se produit dans 1 à 3% des cas selon les études [45]. Ne dispense pas de la poursuite du protocole, c'est-à-dire de la prise du *misoprostol* qui facilite l'évacuation des débris ovulo-placentaires restants.

- Invite la femme à effectuer la prise des deux comprimés de Gymiso® (400 µg) en sa présence.
- Rappelle le déroulement des événements, la conduite à tenir en cas de douleur ou d'hémorragie, les numéros de téléphone et l'adresse du service d'accueil en cas d'urgence.
- Vérifie que la femme dispose des antalgiques et de la contraception prescrite.
- Rappelle la date de début de la contraception.
- Rappelle la date de la consultation de contrôle.

I.7- Consultation n°4 du forfait :

Elle a lieu 14 à 21 jours après la prise de *misoprostol*. Le délai légal initialement prévu de 10 à 15 jours a été modifié par le décret du 1^{er} juillet 2004 : cela retarde pour la femme le moment où elle est rassurée sur l'efficacité de la méthode, mais est conforme aux recommandations de l'ANAES et se justifie pleinement par la cinétique des saignements et l'évolution échographique.

Cette consultation repose sur **trois éléments** :

- L'interrogatoire.
- L'examen clinique.
- L'échographie pelvienne ou le dosage des βHCG.

Elle a **trois objectifs** :

- Evaluer l'efficacité de la méthode.
- Vérifier l'absence d'effets secondaires.
- Assurer la prévention des grossesses non désirées.

Elle comporte trois obligations légales :

- Proposer systématiquement un entretien psychosocial.
- Envoyer la fiche de liaison fin de procédure au centre référent [annexe 3].
- Envoyer la fiche statistique anonymisée au centre référent.

✓ **L'examen clinique** est recommandé par l'ANAES au cours de la consultation de contrôle pour évaluer l'efficacité de la méthode.

Cependant, il manque de fiabilité pour pouvoir affirmer l'efficacité de la méthode et doit être systématiquement corrélée à une échographie pelvienne ou à un contrôle des β HCG sériques sous la responsabilité du médecin ou du centre. En cas de doute sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente au centre référent [27].

✓ **Le dosage des HCG sériques** : constitue une alternative intéressante comparé à l'échographie ; certaines images pouvant faussement laisser pronostiquer un avortement incomplet [37]. L'objectif n'est pas de vérifier que les taux de HCG sont négatifs : cela ne se produit qu'en général 4 à 6 semaines après l'arrêt de la grossesse ; la répétition des dosages s'avérerait coûteuse et inutile. C'est la baisse des taux sur deux dosages successifs qui va renseigner sur l'efficacité de la méthode.

1.8- Les médicaments :

La mifépristone est commercialisée sous le nom de

MIFEGYNE® – conditionnement en boîte de 3 cps à 200mg – laboratoire EXELGYN : dans l'arrêté du 23 juillet 2004, la molécule est mentionnée sous son nom de spécialité – Per os .Prix Prix : 76,37€ TTC

Le misoprostol est commercialisé sous les noms de :

CYTOTEC® – conditionnement en boîte de 60 cps de 200 μ g – laboratoire PHARMACIA SAS : cette spécialité commercialisée depuis 1987 n'a pas l'AMM pour les IVG médicamenteuses et n'est pas mentionnée dans l'arrêté du 23 juillet 2004 – Utilisé par voie orale ou vaginale. Prix : 19,19€ TTC.

GYMISO® – conditionnement en boîte de 2 cps de 200 μ g –laboratoire HRA-Pharma : cette spécialité a reçu l'AMM dans l'indication « interruption médicale de grossesse intra-utérine en association à la *mifépristone* au plus tard au 49^e jour d'aménorrhée » le 29 octobre 2003 et est la seule mentionnée sur l'arrêté du 23 juillet 2004 – Per os. Prix : 15,37€ TTC.

La mifépristone, 19-norstéroïde dérivé de la norethindrone agit comme une anti-progestérone par fixation compétitive sur les récepteurs de la progestérone de l'endomètre, du myomètre et du col utérin :

Elle provoque une nécrose de la déciduale, qui produit un décollement de l'œuf déclenchant la libération locale de prostaglandines ainsi que la baisse de la synthèse des β HCG entraînant une lutéolyse secondaire

Elle augmente le tonus de base du myomètre, favorisant l'apparition de contractions des fibres musculaires lisses.

Elle provoque le ramollissement et l'ouverture du col par l'intermédiaire des prostaglandines libérées et par action directe.

Elle possède par ailleurs une forte action antiglucocorticoïde par affinité pour les récepteurs aux glucocorticoïdes.

Le misoprostol est un analogue de synthèse de la prostaglandine E1 (PGE1) : il agit sur la régulation du système contraction/relaxation des fibres musculaires lisses.

Au niveau utérin, il entraîne des contractions des fibres musculaires du myomètre et il provoque le relâchement et l'ouverture du col utérin.

Au niveau gastrique, il inhibe la sécrétion d'acide chlorhydrique et stimule la sécrétion de bicarbonate et de mucus, ce qui explique son effet antiulcéreux.

Au niveau intestinal, il inhibe la résorption intestinale et active la sécrétion d'eau et d'électrolytes.

La prise préalable de *mifépristone* sensibilise le myomètre à la stimulation induite par le *misoprostol*. Cet **effet synergique** apparaît 24 heures après la prise de *mifépristone* et persiste pendant 48 heures. De plus, la dilatation cervicale induite par la *mifépristone* apparaît également 24 heures après la prise et persiste jusqu'à la 48^{ème} heure. Ces connaissances pharmacodynamiques expliquent le choix d'un protocole avec prise différée du *misoprostol*.

I.8.1- Cinétique des médicaments :

✓ L'EFFICACITÉ DE LA MÉTHODE :

Le tableau suivant récapitule les résultats des principales études randomisées sur l'efficacité du protocole 600 mg de *mifépristone* suivi 48 heures plus tard de 400 µg de *misoprostol* par voie orale. Le pourcentage d'avortements complets est évalué à environ 94%, selon les données de la littérature.

Les échecs de la méthode sont déterminés par une grossesse persistante, un avortement incomplet ainsi qu'une aspiration chirurgicale pour saignements persistants. En considération, le taux d'échec de la méthode médicamenteuse est évalué entre 1 et 5%.

Dans les séries qui ont étudié le délai d'expulsion après prise de *misoprostol*, 60 à 70% expulsent l'œuf dans les 4 premières heures et 85% dans les 24 premières heures.

Résultats des principales études randomisées sur l'efficacité du protocole 600 mg de *mifépristone* VO suivi 48 heures plus tard de 400 µg de *misoprostol* par voie orale.

Etude	Année	JA	Nombre de cas	Avortement complet	Grossesse persistante	Expulsion incomplète	Saignements persistants	Saignements Durée moyenne (jours)
Peyron [43]	1993	<49	488 385*	96,9% 98,7%	0,8% 0,6%	1,8% 0,5%	0,2% 0%	9,4
Aubeny * [28]	1995	<42 42-49	123 364	97,6% 94,8%	0,8% 1,4%	1,6% 3,6%	0 0,2%	9,3 +/- 4,7
Spitz [49]	1998	<49	827	92%	1%	5%	2%	13
WHO [51]	2000	<63	797	88,1%	1,9%	4,6%		
Aubeny * [29]	2000	<63	119	99%	1%			
Faucher [37]	2004	42-49	339	93,8%	0,5%	3,2%	0,6%	

JA : jours d'aménorrhées

*étude où 200 µg de *misoprostol* ont été additionnés si l'expulsion n'avait pas eu lieu 3 ou 4h après la première prise de 400µg.

➤ **Prise en charge du risque hémorragique**

Le risque d'apparition d'une hémorragie sévère (c'est-à-dire nécessitant une aspiration chirurgicale) dans l'IVG médicamenteuse jusqu'à 49 jours est faible : moins de 1% dans toutes les études sauf celle de Spitz qui mentionne 2% [28,43,49].

Dans les études publiées à propos des complications des techniques médicales, la majorité des hémorragies est survenue *à distance* de la période d'hospitalisation et aucune des aspirations chirurgicales nécessaires n'a dû être réalisée dans des délais de moins de 4 heures après la prise du *misoprostol* (correspondant à la durée habituelle d'hospitalisation pour les IVG médicamenteuses) [27] : le risque hémorragique n'est donc pas différent à gérer qu'il y ait ou non-hospitalisation.

✓ **EFFETS SECONDAIRES :**

Ce tableau, tiré d'une étude de Knudsen [40], récapitule la survenue des effets secondaires suivant le protocole.

	Après administration de <i>mifépristone</i>	Après administration de <i>misoprostol</i>	Au 14 ^{ème} jour
Nausées	72%	51%	0
Vomissements	12%	18%	0
Diarrhée		3%	0
Saignements	59%	100%	66%
Douleur	79%	98%	5%

□ **Peuvent survenir :**

>Des nausées et des vomissements dans les heures qui suivent la prise de médicaments.

>Des douleurs abdominales d'intensité légère ou modérée.

>Des métrorragies : minimales à modérées. Plus abondantes dans 5% des cas, elles ne nécessitent qu'exceptionnellement une surveillance hospitalière ou un curetage hémostatique.

Elles peuvent témoigner de l'expulsion qui se produit environ dans 1 à 3% des cas avant l'administration du *misoprostol* [43,49].

□ **L'administration du *misoprostol* est suivie de manifestations plus spectaculaires :**

>Des troubles digestifs bénins se déclarent fréquemment dans un délai assez bref de l'ordre de 30 à 60 minutes : diarrhée, nausées, vomissements

>Les douleurs abdominales, témoins de la contractilité utérine, débutent vers la 30^{ème} minute et atteignent un plateau au bout d'une heure environ après la prise de la prostaglandine.

>Les saignements apparaissent en moyenne deux heures après sa prise, et deviennent rapidement abondants. L'expulsion de l'œuf n'est pas toujours repérée par la femme, et est souvent confondue avec des caillots. Elle survient le plus souvent entre trois et quatre heures après la prise de *misoprostol*, mais peut être retardée jusqu'à 24 heures ou plus. Il arrive, dans 2 à 5% des cas, qu'aucun saignement ne se produise.

>Les pertes sanguines diminuent progressivement d'intensité mais se prolongent pendant une durée de dix à quinze jours voire plus. Les métrorragies surviennent dans la totalité des cas, y compris en l'absence d'expulsion, et ne constituent donc nullement une preuve d'efficacité de la méthode qui doit être contrôlée.

➤ **Fréquence des effets indésirables**

Essai	Douleurs abdominales	Nausées	Vomissements	Diarrhée
Peyron [43]	80,5%	41,6%	16,1%	12,2%
Aubeny [28]	80,5%	34,9%	18,3%	10,5%
Spitz [49]	96%	61%	26%	20%
WHO [51] <i>Mifépristone</i> 200mg+ <i>misoprostol</i> 400µg	84,8%	67,2%	27,7%	10,3%
<i>Mifépristone</i> 600mg+ <i>misoprostol</i> 400µg	86,1%	66,4%	28,2%	8,2%

Les études montrent que l'acceptabilité de la méthode est tout à fait acceptable : environ 92% des patientes choisiraient à nouveau cette méthode [37-46].

1.7.2- Contre-indications et précautions d'emploi :

✓ **LES CONTRE-INDICATIONS LIÉES AUX MÉDICAMENTS :**

>*Insuffisance surrénale chronique* : la *mifépristone* présente une activité antiglucocorticoïde par forte affinité sur les récepteurs des glucocorticoïdes.

>*Asthme sévère non équilibré par le traitement* : il n'a pas été démontré cliniquement que la *mifépristone* affecte l'asthme, mais elle rend inefficace le recours aux corticoïdes en cas de décompensation asthmatique. L'administration de dexaméthasone antagonise l'effet antiglucocorticoïde de la *mifépristone*

>*Porphyrie héréditaire* : contre-indication de la *mifépristone* mais non au *misoprostol*

>*Allergie connue à la mifépristone* ou à un des constituants du comprimé

>*Hypersensibilité au misoprostol* ou à un de ses excipients

>Antécédents d'*allergie* aux prostaglandines

✓ LES CONTRE-INDICATIONS LIÉES À LA MÉTHODE :

> *Grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie* : cette mention rappelée avec insistance sur la monographie Vidal de la Mifégyne® permet de souligner à nouveau le manque de fiabilité de l'interrogatoire et de l'examen clinique dans le diagnostic précoce de ces grossesses non désirées

> *Grossesse de 50 jours d'aménorrhée ou plus* : la monographie Vidal de la Mifégyne® précise que la *mifépristone* ne doit jamais être prescrite dans cette situation mais les recommandations de l'ANAES autorisent le protocole médicamenteux jusqu'à 9SA en milieu hospitalier (son usage à domicile est limité à 7SA parce qu'au-delà de ce terme, si le risque hémorragique ne semble pas plus fréquent, l'hémorragie peut être plus sévère et les douleurs sont également plus importantes) et un grand nombre d'équipes l'utilise à domicile jusqu'à 63 jours sans restriction [27].

> *Suspicion de grossesse extra-utérine* : contrairement au méthotrexate® qui agit par arrêt des divisions cellulaires, la *mifépristone* qui provoque l'arrêt de la grossesse par action sur l'endomètre n'a aucun effet et aucune indication dans la GEU.

> *Grossesse non évolutive* : bien que l'action utérotonique et dilatatrice du col des médicaments favorise l'expulsion des grossesses arrêtées, cette indication sort du champ d'application du protocole interruption volontaire de grossesse

✓ PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Précaution médicamenteuse pour la *mifépristone*. En l'absence d'études scientifiques, son utilisation est déconseillée lors :

- > D'une insuffisance rénale
- > D'une insuffisance hépatique
- > De malnutrition

Son utilisation à domicile est également déconseillée en cas(ou antécédent) :

- > d'insuffisance respiratoire sévère,
- > d'HTA sévère incontrôlée,
- > D'angor, valvulopathies, troubles du rythme, insuffisance cardiaque

La *méthode médicamenteuse* nécessite des précautions d'emploi, en cas de risque accru d'hémorragie :

A) Dans toute situation pouvant majorer le risque hémorragique ou ses effets :

- > *Troubles de la coagulation* à type d'hypocoagulabilité
- > *Prise de médicaments anticoagulants et antiagrégants plaquettaires*
- > *Présence d'un DIU* : ce dernier devra être retiré avant la prise de *mifépristone*

Bien qu'aucune de ces situations ne fasse l'objet de recommandations ou de réserves particulières, l'emploi du protocole médicamenteux, à fortiori à domicile, peut également être discuté en cas :

- > d'utérus fibromateux,

- >de ménorragies habituelles,
- >d'une grossesse gémellaire,
- >d'anémie sévère.

B) Dans toute situation que la prise des médicaments risque d'aggraver :

En cas de *maladie inflammatoire intestinale* (maladie de Crohn, rectocolite aiguë) : la baisse d'efficacité des corticoïdes locaux et la fréquence des effets indésirables sur le système digestif rend la méthode particulièrement inconfortable

En cas de *traitement corticoïde* au long cours y compris par voie inhalée dans l'asthme : l'efficacité du traitement pourrait être diminuée pendant 3 à 4 jours du fait de l'action antigluco-corticoïde de la *mifépristone* et un ajustement posologique peut s'avérer nécessaire

C) Dans toute situation qui risque de diminuer l'efficacité de la méthode :

En cas de *prise d'AINS* : leurs propriétés inhibitrices des prostaglandines risquant de diminuer l'efficacité de la méthode, il est recommandé d'y substituer temporairement des antalgiques non-AINS. L'acide acétylsalicylique majore en outre le risque hémorragique. On préférera donc du paracétamol en cas d'effets secondaires.

D) En cas d'allaitement maternel :

La *mifépristone* étant lipophile, elle est susceptible de passer dans le lait maternel. Si la patiente souhaite utiliser la méthode médicamenteuse, il est conseillé d'interrompre l'allaitement maternel pendant 3 jours après la prise de *mifépristone* : passé ce délai, la substance est pratiquement éliminée de l'organisme.

✓ **NE CONSTITUENT PAS UNE CONTRE-INDICATION :**

Les malformations utérines et les utérus hypotrophiques : au contraire, la méthode médicamenteuse constitue une indication de choix par rapport à la méthode chirurgicale, plus à risque de complications à type de perforations et de déchirures cervicales

Les utérus cicatriciels (antécédents de césarienne) : aucun cas de rupture utérine n'a été rapporté après administration de *misoprostol* au cours du premier trimestre contrairement aux deuxième et troisième trimestres de la grossesse. Les études cliniques ne mentionnent pas plus de métrorragies ni de risques d'échec [53]

Le tabac : la mention de ne pas recourir à cette méthode chez les femmes de plus de 35 ans et qui fument plus de 10 cigarettes par jour figure toujours sur la monographie de la Mifégyne® et la notice d'information à remettre aux patientes. Cette mesure de précaution a été instituée en raison de la survenue d'accidents cardio-vasculaires graves après administration intramusculaire de *sulprostone*, un analogue de la PGE2 commercialisé sous le nom de *Nalador*® largement utilisé dans l'IVG médicamenteuse depuis 1988. L'indication dans l'IVG médicamenteuse et l'utilisation par voie IM lui ont été retirées en 1992. C'est à cette époque que le *misoprostol* a été en dépit de l'absence d'AMM recommandé officiellement et préféré par la plupart des équipes au *Gemeprost* (autre analogue de la PGE1 commercialisée sous le nom de *Cervagem*®) du fait de sa facilité d'emploi (conservation à température ambiante – utilisable par voie orale – faible coût). Si les recherches ont mis en évidence un effet des PGE2 et PGF2α sur l'appareil cardio-vasculaire (vasodilatation et hypotension pour PGE2, vasoconstriction pour PGF2α), elles n'ont pas révélé d'impact cardio-vasculaire de la

PGE1 et les études cliniques internationales ne font état d'aucun accident cardiovasculaire grave depuis plus de vingt ans d'utilisation du *misoprostol*. Le rapport de l'ANAES est explicite : « *il n'y a pas de contre-indication de la méthode médicamenteuse par une association mifépristone-misoprostol en cas d'âge supérieur à 35 ans et de consommation de tabac* ». Sur ces arguments, le laboratoire qui commercialise la *mifépristone* a demandé à l'AFSSAPS l'autorisation de supprimer la mention restrictive concernant les fumeuses : la réponse est en attente.

1.9- La facturation du forfait par le médecin :

Elle intervient dans le cadre de la consultation comportant la prise de *mifépristone* (Mifégyne ®) et correspondant à la première étape de la réalisation effective de l'IVG pour laquelle la patiente a donné son consentement.

La consultation pré-IVG est réglée par la patiente et donne lieu à l'établissement d'une feuille de soins.

Un **forfait** fixé à 191,74€ couvre le règlement des quatre consultations suivantes (évaluées à 25€ chacune) et le prix de la Mifégyne® et du Gymiso®.

Ne sont pas inclus dans le forfait :

- La première consultation préalable mentionnée à l'article L.2212-3 du CSP
- Les échographies pré- et post-IVG.
- Les examens biologiques pré- et post-IVG.
- Les prescriptions d'antalgiques, d'immunoglobulines anti-D, de contraception, d'antibiotiques et autres.

Son remboursement par l'assurance maladie est effectué à hauteur de 70%.

Les modalités de facturation spécifique à la médecine de ville ne permettent pas de garantir l'anonymat des femmes dans les procédures de prise en charge, principalement en raison de l'absence de dispense d'avance des frais. Toutefois, la feuille de soins de la patiente, ainsi que le décompte de remboursement transmis à l'assurée par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de l'entourage de la femme. A cet effet, le médecin portera sur la feuille de soins la mention « FHV / FMV » (dans la colonne relative aux actes) accompagnée du montant du forfait (colonne réservée au montant des actes). Le code « FHV » correspond aux honoraires, le code « FMV » aux médicaments (Mifégyne ® et Gymiso ®).

Il incombe dès lors au médecin d'informer la patiente de ces modalités dès la première consultation préalable. Ces modalités seront rappelées au cours de la deuxième consultation médicale préalable, dans le cadre des explications relatives à la procédure IVG en ville. Pour les femmes qui tiendraient absolument à préserver l'anonymat, le médecin aura la possibilité de l'orienter vers un établissement de santé, qui seul peut assurer une stricte confidentialité de l'IVG.

Les mineures, pour lesquelles le consentement parental à l'IVG n'a pas pu être recueilli, bénéficient pour cet acte d'un dispositif légal de prise en charge anonyme et gratuite [cf. *textes législatifs* : 54-58].

Comparativement, une IVG médicamenteuse en service hospitalier est facturée 257,91 euros à la patiente, ce prix ne comprenant ni le dosage des β HCG, ni la consultation initiale de consentement.

II. La mise place de l'IVG médicamenteuse hors service hospitalier :

II.1- *Qu'est-ce qui explique le retard dans la mise en application de la loi ?*

Les textes de loi n'ont pas pu être appliqués immédiatement après le vote de la loi de 2001 du fait de la non-disponibilité des deux sortes de molécules.

- En ce qui concerne la *mifépristone*, tout d'abord, un arrêté, datant du 10 septembre 1992, empêchait, jusque là, sa délivrance en pharmacie d'officine.

Pour comprendre les circonstances de l'adoption de cet arrêté, remontons à 1980, année de découverte du RU 486 par le laboratoire Roussel-Uclaf. Cette molécule était fort originale car elle constituait la première anti-hormone ; son action, consistant à s'opposer à l'action de la progestérone, permettait d'interrompre une grossesse.

La Mifégyne®, nom de marque donné au médicament (son nom générique chimique étant la *mifépristone*), obtint une autorisation de mise sur le marché en 1988.

Mais, un arrêté datant du 10 septembre 1992 stipulait alors l'obligation de conserver sous clé dans les pharmacies hospitalières (et uniquement celles-ci) cette « substance stupéfiante », qui devait faire l'objet d'une déclaration d'administration dans un registre spécial, paraphé régulièrement par le maire ou le commissaire de police. A chaque délivrance, le personnel hospitalier habilité était dans l'obligation de remplir un bon de toxique ; le médicament étant pris exclusivement sur les lieux mêmes du centre prescripteur.

Sur le terrain, le professeur Nisand s'indignait alors en ces termes : « *Le misoprostol suffit pour provoquer une IVG et il est en vente libre. La mifépristone, elle, a un intérêt pour les grossesses extra-utérines, pour les fibromes, et d'autres indications : c'est la meilleure contraception du lendemain qui soit...et pourtant, on fait tout pour nous empêcher de nous en servir. En France, on a constamment mis le pied sur le frein, alors que la Mifégyne® est un médicament sans danger, qui devrait être en pharmacie depuis longtemps.* » [2].

Le décret du 1^{er} juillet 2004 (décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par le décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004 : JO du 2 juillet 2004) abrogea l'arrêté du 10 septembre 1992. Dès lors, les médecins pouvaient enfin se procurer la Mifégyne® dans les pharmacies de ville, pour la donner ensuite dans leur cabinet, à leurs patientes.

- Parallèlement, Le Cytotec® (*misoprostol*), a comme indication première la « prévention des troubles gastriques chez les personnes consommant des anti-inflammatoires non stéroïdiens », comme l'explique le Professeur Nisand, et est disponible sans ordonnance en pharmacie d'officine. Celui-ci est pourtant « détourné » depuis 15 ans dans la pratique des IVG, par les gynécologues-obstétriciens pour ses

propriétés puissantes sur le tractus génital, ainsi que son très faible coût (0,30 euros le cp), hors autorisation de mise sur le marché.

C'est en 1987, suite à des constatations d'avortements provoqués sur des femmes enceintes qui se soignaient pour leurs problèmes digestifs avec le *misoprostol*, qu'une étude sur l'association *misoprostol* + *mifépristone* a démontré l'efficacité de cette association et a encouragé les médecins à utiliser le seul médicament disponible alors en France à base de *misoprostol* : le Cytotec®, sans AMM dans cette indication.

L'AFSAPS a permis en 1990 une extension de l'AMM dans une indication gynécologique.

L'absence de pharmacovigilance du Cytotec® poussèrent les autorités françaises à souhaiter une forme dédiée en gynécologie lors de la réflexion du projet d'IVG médicamenteuse hors service hospitalier. Mais seul le laboratoire HRA PHARMA accepta produire un médicament dédié à l'IVG et lança la production de Gymiso®. Le médicament obtient son AMM en décembre 2004, et permit enfin la mise en place de l'IVG médicamenteuse hors service hospitalier.

II.2- La controverse :

Ce décret, attendu depuis plusieurs années, a entraîné une polémique au sein du corps médical, mais aussi des associations féministes.

□ D'un côté, le protocole ainsi élaboré permet aux femmes d'éviter l'hôpital ; elles peuvent alors être prises en charge par un médecin qu'elles connaissent, en qui elles ont une certaine confiance, dans des délais d'attente restreints. Ceci contribue à la décharge des centres d'orthogénie, souvent débordés.

□ D'un autre côté, il comporte certains inconvénients ::

- certains médecins redoutent la nécessité d'une grande disponibilité de leur part.

-D'autres condamnent l'isolement des femmes, parlant d'un manque d'accompagnement et restent sceptiques sur les conditions d'hygiène résultant de cette pratique (notamment le fait d'expulser à domicile).

Certains auteurs craignent un manque de suivi des patientes. Une étude prospective sur 433 femmes publiée par P. Faucher et all. en avril 2005 portant sur l'évaluation de la pratique de l'IVG médicamenteuse [37] montre un taux très important de défaut de visite de contrôle (environ 30% de perdue de vue). La suite de cette évaluation, réalisée quelques mois plus tard par cette même équipe, relève un taux moindre mais tout de même inquiétant de défaut de visite de contrôle : 19,1% (cf. commentaire de l'article [37]).

-D'autre part, nous sommes en mesure de nous interroger sur la possibilité de parole qui sera offerte aux femmes. Les médecins continueront-ils à proposer les entretiens pré et post-IVG ? Où pourront-ils les adresser ?

-Certains craignent l'apparition d'une médecine à deux vitesses où les femmes issues des milieux les plus défavorisés seraient amenées à choisir l'hôpital où elles bénéficient du tiers payant ; Sans compter les dépassements d'honoraire.

-Le protocole comporte, lui aussi quelques incohérences. Les médecins s'interrogent en effet sur la nécessité de la troisième consultation (celle de la prise de la *misoprostol*, spécialité Gymiso®) ; dans les établissements de santé, le médecin invite sa patiente à prendre son comprimé de Gymiso® elle-même, 36 à 48 heures plus tard,

chez elle. Or d'après le décret, la pratique consistant à remettre à la patiente les comprimés de *misoprostol* (Gymiso®) pour qu'elle prenne les comprimés à domicile est exclue [cf. textes législatifs : 54-55-57].

Pourtant, comme le souligne E. Aubeny (commentaire de l'article [37]) le *misoprostol* agit 15 à 20 minutes après sa prise, la patiente risque donc d'être prise de maux de ventre et même d'expulser sur le chemin du retour ; nous avons vu que, selon les études, 60 à 70% expulsent l'œuf dans les 4 premières heures après la prise de *misoprostol*. D'autant que la possibilité pour les patientes de prendre le *misoprostol* à la maison a été démontré par un essai français [35].

-D'autre part, les patientes doivent multiplier les démarches. En effet, suivant ce protocole, elles doivent comptabiliser 5 consultations chez leur médecin, plus deux prélèvements sanguins en laboratoire, ainsi qu'une consultation d'échographie servant à la datation de grossesse (si leur médecin n'en pratique pas), ce qui équivaut à 8 démarches ; alors que le protocole IVG médicamenteuse en service hospitalier demande 4 démarches, le Gymiso® étant pris à domicile et le premier prélèvement sanguin ainsi que l'échographie ayant lieu le jour du consentement à l'IVG sur un même lieu.

-De plus, le choix des médicaments ainsi que leur posologie posent question :

La *mifépristone* (ancien R.U. 486), commercialisée sous le nom de Mifégyne® est vendue 76,37 euros la boîte de trois comprimés de 200 mg (soit 25,46 euros le comprimé).

La fiche posologique de la Mifégyne® indique : « *Dans l'interruption médicale de grossesse intra-utérine évolutive, la dose préconisée est de 600 mg (3 comprimés) en une seule prise orale* ». L'arrêté du 23 juillet 2004 spécifie : « *le forfait attribué au médecin inclut le prix TTC de la boîte de trois comprimés de Mifégyne® que le médecin se procure en application de l'article R.2212-16 du code de la santé publique* ».

Mais le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 mentionne : « *Le médecin effectue ces interruptions volontaires de grossesse conformément aux recommandations professionnelles validées par l'ANAES* ». Or, depuis de nombreuses évaluations cliniques et études, tant françaises qu'étrangères, ont démontré l'efficacité comparable et satisfaisante d'un seul comprimé ; de telle sorte que l'ANAES a publié dans ses « *Recommandations pour la pratique de l'IVG* », en mars 2001, une recommandation de grade A « *fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve* » préconisant l'utilisation d'un seul comprimé [27]. Seul un essai récent montre une efficacité diminuée et un nombre de grossesses évolutives plus important avec 200 mg de *mifépristone* [48], ce qui est loin de faire l'unanimité [28-30-37-52].

Le *misoprostol*, quant à lui, commercialisé depuis 1987 sous le nom de Cytotec®, est « détourné » depuis plus de 15 ans dans la pratique des IVG, hors AMM ; Son indication première étant « *la prévention des troubles gastriques chez les personnes consommant des anti-inflammatoires non stéroïdiens* ». Celui-ci est vendu par boîtes de 60 au prix de 19,13 euros, soit 32 centimes d'euros le comprimé dosé à 200 µg. L'utilisation du *misoprostol* dans le domaine de l'IVG a été étudiée et validée par de nombreuses études françaises et étrangères ou encore des travaux financés par l'OMS mais en aucun cas par le laboratoire fabriquant le Cytotec®, ni-même le « jeune » laboratoire français HRAPharma, qui propose depuis avril 2004 une nouvelle présentation de la même molécule portant le nom de Gymiso®.

Cette nouvelle présentation, ayant obtenu son autorisation de mise sur le marché en juillet 2004, qui a été choisie dans le protocole IVG médicamenteuse en ville. Pourtant, le Gymiso® est vendue 15,37 euros la boîte de deux comprimés de même posologie que le Cytotec® (200 µg), soit 7,68 euros le comprimé (25 fois plus cher que le Cytotec®). Selon le protocole, le Gymiso® est assimilé par voie orale. Or, des études ont démontré que le *misoprostol* par voie orale serait moins efficace que par voie vaginale (RR 3 ; 95% CI 1,44-6,24) avec des effets indésirables plus importants [30-34-40-41-47].

III. La mise en place du réseau en Loire-Atlantique

III.1- Histoire du CIVG de Nantes

Le centre CPEF-CIVG de Nantes est marqué par une histoire spécifique. Après le vote de la loi Veil, en 1975, on chercha un lieu sur Nantes pour organiser l'ouverture d'un service spécialisé avec les premiers médecins volontaires. Mais, de fortes oppositions (de la part des médecins gynécologues-obstétriciens ainsi que des dirigeants) se firent alors sentir et empêchèrent l'implantation du centre dans le CHU-même.

C'est pourquoi, durant 29 ans, il a fonctionné dans les anciennes urgences de l'hôpital Saint-Jacques, hôpital psychiatrique annexe extériorisé au CHU.

D'autre part, il est important de préciser que le premier responsable du centre d'Orthogénie était un néphrologue hospitalier. Ce centre sera reconnu comme Centre de Planification et d'Education Familiale en 1978.

Le Centre a réintégré l'Hôtel Dieu au moment de l'ouverture de la nouvelle maternité du CHU, en septembre 2004; Il porte le nom de Centre Simone Veil. Il est désormais rattaché au Pôle Mère-enfant.

Au moment du déménagement, un deuxième centre-le Centre Clotilde Vautier (du nom d'une femme décédée en 1968 des suites d'un avortement clandestin) a ouvert ses portes à la Clinique Mutualiste Jules Verne. Ce centre prend en charge environ 700 IVG par an. Le Centre Simone Veil pratique entre 1 800 et 2 000 avortements par an.

A l'heure actuelle, deux médecins gynécologues médicaux travaillent au centre Simone Veil avec 20 médecins d'autres spécialités, généralistes pour la plupart.

Il existe 5 CIVG dans le département de Loire-Atlantique : deux centres à Nantes, deux centres à Saint-Nazaire , un à Ancenis et un à Châteaubriant.

Il n'existe pas actuellement dans l'Ouest de la France de filière de formation spécifique à la prise en charge des IVG (une existe à Lille et une autre à Grenoble).

C'est pourquoi en 2003, les différents centres d'interruption volontaire de grossesse de la région se regroupèrent pour créer un réseau IVG Pays de la Loire, dans le but d'harmoniser les pratiques.

L'année suivante, suite à la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, ces mêmes protagonistes établirent un projet de réseau spécifique pour permettre la collaboration de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé. L'association Rédivog venait de naître.

Un réseau similaire étant en cours dans le Maine et Loire (comprenant les centres d'Angers, Cholet et Saumur), il paraissait intéressant de coordonner cette prise en charge au niveau régional en incluant les centres de ce réseau avec les centres départementaux (CPEF-CIVG de St-Nazaire, Nantes, Ancenis et Châteaubriant).

III.2- Pourquoi ce réseau ? Quel état des lieux ?

La législation offre la possibilité aux femmes répondant à des critères définis dans la circulaire du 26 novembre 2004 de recourir à l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé.

Leur garantie est d'avoir à faire à un professionnel compétent, donc formé, en lien avec un établissement de santé et une équipe capable d'assurer une aide, une formation continue, la permanence des soins et la prise en charge des complications.

Un des objectifs principaux de ce réseau est la formation des médecins. Différentes études ont en effet démontré l'existence de diagnostic erroné du aux erreurs d'interprétation d'images échographiques (inexpérience des opérateurs) [37-50]. Parmi elles, l'étude prospective menée par P. Faucher et son équipe [37], trouve un nombre inquiétant de patientes adressées pour rétention trophoblastique (50 fois sur les 300 patientes venues en consultation de contrôle).

III.3 - Les Objectifs du réseau

✓ Créer une formation initiale pour les praticiens désirant faire partie du réseau mais n'ayant pas d'expérience dans ce domaine : formation à la fois théorique (séances d'enseignement sur une journée) et pratique (stage dans les CIVG) avec évaluation finale leur permettant d'être agréés, de passer convention avec l'hôpital et ainsi d'être intégrés au réseau.

Cette formation peut également être proposée à des internes de médecine générale ou de spécialité intéressés et en fin de cursus.

✓ Organiser une formation continue pour les praticiens déjà formés :

-mise à jour des connaissances

-échanges sur des dossiers à problème

-amélioration des protocoles de prise en charge.

✓ Créer des liens interdisciplinaires avec les médecins, les conseillères conjugales et familiales, assurant ou pouvant assurer les entretiens prévus par la loi.

✓ Créer des liens avec un établissement de soins pouvant en permanence répondre aux demandes de renseignements, d'aide ou de prise en charge des complications émanant tant des professionnels que des patientes.

✓ Etablir des protocoles consensuels à partir de ceux déjà utilisés par les CIVG en se référant aux recommandations de l'ANAES.

✓ Etablir un dossier type de prise en charge en s'inspirant de celui déjà existant dans le service.

Il pourrait par ailleurs permettre de faciliter le renouvellement des médecins intervenants dans les CPEF CIVG.

III.4- La demande

Le nombre de patientes concernées est difficile à prévoir. Les chiffres actuels des IVG médicamenteuses réalisées sur le département de Loire Atlantique en 2004 sont de :

-599 au CPEF-CIVG du CHU de NANTES

-300 environ à SAINT-NAZAIRE

-58 à ANCENIS

-52 CHATEAUBRIANT

-219 au CPEF-CIVG Clotilde Vautier de NANTES (chiffre pour l'année 2005)

Soit environ 1 000 IVG médicamenteuses par an en Loire-Atlantique.

Si environ 10% de ces femmes optaient pour l'IVG médicamenteuse à domicile, cela ferait une centaine de personnes par an, mais cela reste hypothétique ; ce chiffre dépendant vraisemblablement du nombre de professionnels impliqués.

III.5- La diffusion

En septembre 2004, un article a été rédigé et rattaché au bulletin du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique (n°106). Ainsi l'ensemble des médecins généralistes et gynécologues du département a été mis au courant d'une première réunion concernant le réseau. Le 7 octobre 2004, 60 médecins (40 généralistes et 20 gynécologues sur les 57 gynécologues et 1 000 médecins généralistes du département) étaient réunis au CHU.

Une journée de formation théorique était alors prévue pour septembre 2005, suivie de 3 demi-journées de formation pratique réparties sur les 3 centres du département. Mais cette première session n'a jamais pu se concrétiser.

III.6- Le coût

La mise en place de ce réseau nécessite :

- des médecins formés à cette prise en charge médicale,
- une coordination/gestion du réseau assurée par un secrétariat à mi-temps
- un médecin coordinateur à raison de deux demi-journées par semaine,
- des professionnels assurant la prise en charge psychologique et/ou sociale : conseillères conjugales et familiales, assistantes sociales et tout professionnel formé à cette prise en charge.

Le coût de ce réseau s'établissait donc à environ 20 000 euros /an. Un dossier de demande de financement a été établi et envoyé à l'URCAM et l'ARH en avril 2005. Mais ce dossier, passé en commission le 9 juin 2005, a été refusé à la phase de présélection des projets, le Comité Régional des Réseaux ayant considéré qu'il ne rentrait pas dans les priorités régionales de financement.

En effet, actuellement, la prise en charge des IVG dans le département semble assez correctement assurée en particulier au niveau des délais de rendez-vous qui n'excèdent pas une semaine, conformément aux recommandations de l'ANAES. Par conséquent, dans notre département, seuls les quelques médecins expérimentés par la pratique sont dans la capacité de passer convention avec un centre référent.

III.7- Les premiers médecins conventionnés :

Au 1^{er} mars 2005, 11 médecins généralistes et 2 gynécologues ont signé une convention avec le CHU. Ce sont tous des praticiens travaillant déjà dans un CPEF-CIVG. Ils permettront, dans un premier temps, d'expérimenter le dispositif, le temps de former d'autres praticiens. A l'heure actuelle où je rédige ce mémoire, le nombre d'IVG par voie médicamenteuse effectuées hors service hospitalier n'est donc que d'une dizaine au sein du département.

III.8- Epilogue :

Cette situation dans notre région est comparable à l'ensemble du territoire mise à part en Ile-de-France ainsi que dans la région PACA où le dispositif est déjà bien rôdé.

Cette différence s'explique par le fait qu'il a permis d'alléger les services concernés où le délai d'attente excédait quelquefois trois semaines. Or, dans notre région, le délai reste conforme aux recommandations de l'ANAES, pour le moment.

En définitive dans notre région, seuls les médecins préalablement habilités à la pratique des IVG peuvent prétendre à la prise en charge d'une IVG médicamenteuse.

Pour permettre aux médecins les plus motivés de pouvoir malgré tout se former, le directeur du CIVG de Nantes désire les accueillir chacun à tour de rôle, au sein du centre, pour les former individuellement. Une autre alternative consiste à continuer la prise en charge en milieu hospitalier, mis à part les consultations pré et post-IVG, qui pourront être effectuées par un médecin en cabinet libéral.

Toutefois, je pense que cette situation sera amenée à changer dans peu de temps : la prise en charge hospitalière étant plus onéreuse que la prise en charge ambulatoire.

D'autant que début d'année 2007, le laboratoire PFIZER arrête la distribution française du Cytotec®, obligeant l'utilisation de Gymiso® même au sein de l'hôpital, ce qui va accroître le coût des IVG médicamenteuses.

Conclusion

Avant le début de mon enquête j'étais loin de soupçonner la fragilité de cet acquis majeur de l'émancipation des femmes qu'est le droit à l'avortement. Et, bien que les femmes d'aujourd'hui n'aient heureusement plus à subir les drames des avortements clandestins d'avant 1975, je constate que l'accès à l'avortement est réellement menacé.

Les dysfonctionnements d'aujourd'hui sont beaucoup plus insidieux qu'avant la loi Veil. Il faut par ailleurs replacer cette crise dans celle que traverse le système de santé français. Or quand la santé se porte bien, l'avortement se pose déjà comme une question annexe. Que dire alors quand tout va mal ? Si aucune mesure n'est prise pour valoriser significativement la pratique de l'IVG, il n'y aura bientôt plus aucune clinique en France pour proposer cet acte, et suppléer aux carences du service public, si celui-ci ne se donne pas les moyens d'augmenter sa capacité d'accueil dans bon nombre de régions

La loi du 4 juillet 2001 allait dans ce sens, mais les modifications qu'elle apportait n'ont pu être réellement exécutées que 3 ans après le vote. Parmi elles, l'IVG médicamenteuse hors service hospitalier est aujourd'hui peu appliquée sur le territoire français ; cependant ce protocole comporte de nombreuses contraintes difficilement applicables.

Souhaitons que les femmes puissent désormais avoir le choix entre une prise en charge en ambulatoire ou hospitalière.

Bibliographie

Ouvrages

1. BARBAUD Jacques.
Histoires de la Naissance à travers le monde. Paris : Editions Plume, 1990, 190 pages.
2. BENHAMOU Olivia.
Avorter aujourd'hui, trente ans après la loi Veil. Paris : Mille et une Nuits, 2004, 218 pages.
3. BIRMAN Chantal.
Au Monde. Dijon : Editions de la Martinière. 2003, 351 pages.
4. CARRICABURU Danièle, MENORET Marie.
Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies. Paris : Armand Colin. 2004, 235 pages. (Collection : U. Sociologie).
5. CHEVANDIER C.
Les métiers de l'hôpital. Paris : La Découverte. 1997, 122 pages. (Collection : Repères : 218).
6. CONSTANT M.
Atlas d'échoembryologie. Biométrie embryo-fœtale. Paris : Vigot. 1993.
7. DEVREY Anne-Marie.
Les rapports sociaux de sexe : un cadre d'analyse pour des questions de santé ? In AIACH Pierre, *Femmes et hommes dans le champs de la santé : approches sociologiques*, Paris : Edition de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 2001, p.97-117, 330 pages. (Collection : Recherche, santé sociale).
8. EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre, BROWN Lorraine, GERMAIN Catherine.
Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine, traduit de l'anglais par Lorraine BROWN et Catherine GERMAIN. Montréal : Remue-ménage. 1983, 99 pages.
9. FERRAND Michèle.
Les médecins face à l'avortement. Sociologie du travail, 1988.
10. FOUCAULT Michel.
Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical, Paris : PUF. 1963, 215 pages. (Collection : Galien : Histoire de la philosophie de la biologie et de la médecin).
11. GARDEY Delphine, LOWY Ilona.
L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin. Paris : Des Archives Contemporaines. 2000, 227 pages. (Collection :Histoires des Sciences, des techniques et de la médecine, n° 1027- 4030).

12. GAUTHIER Xavière.
Naissance d'une liberté : avortement, contraception : le grand combat des femmes au XXème siècle. Paris : Robert-Laffont. 2002, 436 pages.
13. HASSOUN Danielle.
Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement. In CESBRON Paul, *L'Interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil, bilans et perspectives*, Paris : Flammarion Médecine- Sciences. 1997, 126 pages.
14. HERITIER F.
Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. In BEAULIER Etienne-Emile, HERITIER Françoise, LERIDON Henri., *Contraception : contrainte ou liberté ?* Paris : Odile Jacob. 1999, pages 37 à 52.
15. HIPPOCRATE, Traduction d'Emile LITRE.
De l'art médical, Paris : Librairie générale française. 1994, 606 pages .(Collection : Bibliothèque classique ; collection principale : Le livre de poche, n° 704).
16. JEANDET-MENGUAL E.
Rapport d'activité du Groupe National d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Rapport 2002 145 de l'Inspection Général des Affaires Sociales ; décembre 2002.
17. KNIBIEHLER Yvonne, MARAND-FOUQUET Catherine.
La Femme et les médecins, analyse historique, Paris : Hachette. 1983, 333 pages. (Collection : La Force des idées, n° 0240- 2092).
18. KNIBIEHLER Yvonne.
Avortement. In LECOURT Dominique, DELAPORTE François, PINELL Patrice, SINDING Christiane, BOURGEOIS Thomas, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris : Presses Universitaires de France (PUF). 2004, 1270 pages (Collection : Quadrige, 0291- 0489, Dicos poche)]
19. LE NAOUR Jean-Yves, VALENTI Catherine.
Histoire de l'avortement : XIXè-XXème siècle. Paris : Seuil. 2003, 387 pages(Collection : L'Univers historique).
20. LEROY Fernand, PAPIERNIK Emile.
Histoire de Naître, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : édition De Boeck. 2001, 456 pages.
21. MOSSUZ-LAVAU Janine.
Les lois de l'amour : les politiques de la sexualité en France (1950- 2002), Paris : Payot, 2002, 501 pages. (Collection : Petite bibliothèque Payot, n° 0480- 2012 448).
22. MUEL-DREYFUS Francine.
Vichy et l'éternel féminin : contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps. Paris : Seuil. 1996, 384 pages (Collection : XXème siècle).
23. OMS.
International conference on primary health care, Alma-Ata, 1978.

24. PONS Jean-Claude, VENDITELLI Françoise, LACHCAR Pierre.
l'Interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Paris : Edition Masson. 2004.
25. VEIL Simone, entretien avec Annick COJEAN.
Les hommes aussi s'en souviennent, une loi pour l'histoire. Paris ? Editions : Stock. 122 pages.
26. WINCKLER Martin. *Contraceptions, mode d'emploi*. Paris : Au Diable Vauvert. 2003, 439 pages.

Articles de périodiques:

27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Paris: ANAES/Service des recommandations et références professionnelles; mars 2001.
28. AUBENY E., PEYRON R., TURPIN CL et al.
Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol. *Int J Ferti Menopausal Stud*. 1995, Suppl 2 : 85-91.
29. AUBENY E, CHATELIER G.
A randomized comparison of mifepristone and self-administration oral or vaginal misoprostol for early abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000, 5: 171-6.
30. BAIRD DT.
Medical abortion in the first trimester *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002, 16 : 221-36.
31. BAJOS Na., MOREAU C., FERRAND M. et al.
Filières d'accès à l'IVG en France : approches qualitative et quantitative. *Rev. Epidemiol Santé Publique* 2003, 51 : 631-647.
32. BAJOS Na, LERIDON ?? GOULARD H. and the Cocon Group.
Contraception : from accessibility to efficiency. *HUM Reprod*. 2003, 18: 994-999.
33. BIRMAN Ch.
Une nouvelle compétence pour les sages-femmes, paru dans : *Profession Sage-Femme*, juin 2002, n °86.
34. CARLAN SJ., BOULDIN S., BLUST D. et al.
Safety and efficacy of misoprostol orally and vaginally: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2001, 98: 107-12.
35. DAGOUSSET I, FOURRIER E, AUBENY E. et al.
Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynecol Obstet Fertil* . 2004, 32 : 28-33.

36. D.R.E.S.S., Etudes et Résultats,
Les interruptions volontaires de grossesse en 2003, bulletin n°431, octobre 2005,
Ministère de la Santé et de la Solidarité, www.sante.gouv.fr/html/publication.
37. FAUCHER P., BAUNOT N., MADELENAT P.
The efficacy and acceptability of mifepristone medical abortion with home
administration misoprostol provided by private providers linked with the hospital : a
prospective study of 433 patients: *Gynecol Obstet Fertil*. 2005, .33: 220-7.
Comment in : *Gynecol Obstet Fertil* 2005, 33 : 727-32.
38. GELIS Jacques,
Sages-femmes et accoucheurs : L'obstétrique populaire aux XVIIème et XVIIIème
siècle, article issu de annales ESC, 32ème année, n°5, septembre-octobre 1977, 927-
957.
39. IRS Institut Régional de la Santé, service statistique de la DRASS.
40. KNUDSEN UB.
First trimester abortion with mifepristone and vaginal misoprostol. *Contraception*.
2001, 63 : 247-50.
41. KULIER R, GULMEZOGLU AM, HOFMEYR GJ. et al.
Cochrane Database Syst Rev. 2004: CD002855.
42. MULLER Patrice
« 20 000 euros par an et par médecin ! », In *Pratiques*, n° 25 : « Hold-up sur nos
assiettes », avril 2004.
43. PEYRON R., AUBENY E., TARGOSZ V. et al.
Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active
prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*. 1993, 328 : 1509-13.
44. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet
2001 – Rapport 2002 145. IGAS. Décembre 2002.
45.
45. SCHAFF EA, EISINGER SH, STADALIUS LS et al.
Low-dose mifepristone 200mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*
1999 janv. ; vol 59,.1-6.
46. SCHAFF EA, FIELDING SL, EIDINGER SH et al.
Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up
to 63 days. *Contraception* . 2000, 61 : 41-6.
47. SCHAFF EA, FIELDING SL, WESTHOFF C.
Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200
mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*. 2002 Oct.; vol.66 (n° 4)
: p. 247-50.

48 SHANNON CS, WINICOFF B, HAUSKNECHT R et al.

Multicenter Trial of a Simplified Mifepristone Medical Abortion Regimen. *Obstet Gynecol.* 2005, 60 : 300-1.

49. SPITZ IM, BARDIN CW, BENTON L et al.

Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med.* 1998, 338 : 1241-7.

50. WEINGERTNER A-S, HAMID D, BALDAUF J-J, NISAND I.

Utilisations actuelles et potentielles de la mifépristone en gynécologie-obstétrique et dans les autres disciplines médicales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004 : 33, 692-702.

51. World Health Organisation (WHO). Task Force on post-ovulatory methods of fertility regulation

Comparaison of two doses mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *British J Obstet Gynaecol.* 2000 :107, 524-30.

52. World Health Organisation. Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation.

Medical abortion at 57 to 63 days' gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial. *Acta obstet Gynecol Scand.* 2001, 80 : 447-51.

53. XU J, CHEN H, MA T, WU X.

Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 : 72,,245-51.

Textes législatifs :

54. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. J.O n °156 du 7 juillet 2001, page 10823.

55. 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. J.O n°105 du 5 mai 2002, page 8658.

56. Décret n°2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental. J.O n°105 du 5 mai 2002, page 8661.

57. Décret n°2004-636 du 1^{er} juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le code de la santé publique. J.O n°152 du 2 juillet 2004, page 12061.

58. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. J.O n°173 du 28 juillet 2004, page 13433. Texte n°33.

Thèses :

59. CABON Ludovic, REDON Jean-Yves (directeur de thèse) *Contraception et médecine générale. Evaluation des pratiques professionnelles et souhaits en terme de formation médicale continue.* Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de Brest, 2003.

Glossaire

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie Locale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

BIG: Bulletins d'interruption volontaire de grossesse

CIVG : Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centre de Planning et d'Education Familial

CREDEPS : Comité Régional et Départemental d'Education et de Promotion de la Santé

CRN: Comité Régionale de la Naissance

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DOM: Départements d'Outre-Mer

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

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

GEU: Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : Hormone gonadotrophine chorionique

HTA : Hypertension Artérielle

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

IRS :Institut Régional de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

JA : Jours d'Aménorrhée

JO : Journal Officiel

LCC : Longueur Cranio-Caudale

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NS : non significatif

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PACA: Provence-Alpes-Côte-D'Azur

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAE: Statistiques Annuelle des Etablissements

Unicef : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

WHO : World Health Organisation

ANNEXE 1

Au Moyen Âge : les théologiens chrétiens ont d'abord fixé l'apparition d'une âme chez le fœtus à 40 jours pour les garçons et 80 pour les filles (XIII^{ème} siècle).La *Constitutio Criminalis Carolina*, sous Charles Quint, en 1532, fixe la date de l'animation du fœtus dès que la mère perçoit les mouvements. En 1558, le pape Sixte-Quint condamne formellement l'avortement quel que soit le terme.

A la Renaissance : apparaît la notion d'avortement médical possible en cas d'hémorragies graves.

1810 : création du code civil, le code Napoléon. L'article 317 condamne sans distinction : « quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement aux moyens d'aliments, de drogues, de médicaments, par violences ou d'autres remèdes, est puni de prison. »

1852 : une nouvelle loi stipule que l'avortement est un « crime contre l'ordre des familles et de la moralité publique ».La jurisprudence reconnaît cependant l'avortement thérapeutique comme un acte médical. Le sujet provoque toujours des dissensions entre l'Etat et l'Eglise.

1920 : en juillet, une loi est adoptée qui « réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle », ainsi que les ventes des « remèdes secrets préventifs à la grossesse ».Cette loi correctionnalise les contrevenants à une peine de six mois à deux ans d'emprisonnement, et de 100 à 5 000 francs d'amende. En 1923, cette loi est modifiée : quiconque aura provoqué l'avortement d'une femme sera puni d'un emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 500 à 10 000 francs. La femme avortée risque, quant à elle, de six mois à deux ans de prison.

1941 : loi classant l'avortement parmi les « infractions de nature à nuire à l'unité nationale, à l'Etat et au peuple français ».

1942 : loi assimilant l'avortement à un crime contre la Sûreté de l'Etat ; passible, après jugement par des tribunaux d'exception, de la peine de mort.

1943 : exécution de Marie-Louise Giraud, blanchisseuse et « faiseuse d'anges », sous le gouvernement de Vichy, guillotinée pour l'exemple.

1956 : création de la pilule par l'Américain Grégory Pincus.

En France : Création de la « maternité heureuse » qui se propose de « permettre aux couples, grâce à la contraception, de n'avoir des enfants que lorsqu'ils le désirent ».Les militantes de ce groupe distinguent nettement avortement et contraception. Ce groupe deviendra en 1960 le b Mouvement français pour le planning familial » (MFPF).

1969 : création par les dirigeants de MFPF de l'Association pour l'étude de l'avortement (ANEA) et création du Mouvement de libération de la femme (MLF).

1971 : le « Manifeste des 343 salopes » paru dans Le Nouvel Observateur le 5 avril est un appel rédigé par Simone de Beauvoir, et signé par 343 femmes qui prétendent s'être fait avorter et donc avoir enfreint l'article 317 du code pénal. Ce texte entend signifier avec éclat l'existence du problème et contraindre le gouvernement à prendre position sur l'avortement libre. Parmi les signataires, on retrouve Marguerite Duras, Françoise Sagan, Delphine Seyrig ou Catherine Deneuve.

Fondation du mouvement « Choisir ».

1972 : procès de Marie-Claire à Bobigny. Enceinte de dix-sept ans, elle se fait avorter avec la complicité de sa mère. Le tribunal l'acquittera, confirmant ainsi que la loi de 1920 sur l'avortement n'est plus applicable.

1973 : création du Mouvement pour la libération de l'avortement et la contraception (MLAC). 330 médecins signent un manifeste où ils affirment pratiquer des avortements.

Organisation de voyages en Angleterre pour les femmes voulant avorter.

1975 : promulgation de la loi Veil, qui suspend partiellement l'article 317 du code pénal pour cinq ans, autorisant ainsi l'avortement sous certaines conditions.

1979 : adoption par le Parlement de la loi Pelletier sur l'IVG (interruption volontaire de grossesse), reconduisant celle de 1975.

1982 : loi Roudy. Remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale.

1988 : autorisation de mise sur le marché du RU 486 (hormone de synthèse antiprogestative) permettant l'avortement médicamenteux.

1991 : création de la CADAC, Coordination nationale d'associations pour le droit à l'avortement et à la contraception.

1992 : la loi Neiertz est adoptée. Elle stipule que l'entrave à l'IVG est un délit passible de deux mois à trois ans de prison et de 2 000 à 30 000 francs d'amende.

2001 : réforme de la loi de 1975 préparée par Martine Aubry et Elisabeth Guigou, et adoptée le 4 juillet. Cette loi fait passer le délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines, et autorise les mineures à obtenir une IVG sans l'autorisation de leurs parents, si elles sont accompagnées d'un adulte de leur choix.

2004 : Philippe Douste-Blazy promulgue le décret permettant l'IVG médicamenteuse à domicile, inscrit dans la loi de 2001.

ANNEXE 2

Convention fixant les conditions dans lesquelles sont réalisées, hors établissement de santé, les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Entre :

- le Centre Hospitalier Universitaire de, d'une part, et :

- M. le Docteurdont le cabinet est situé

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L 2212-2 et R 2212-9 à R 2212-19,

Vu la circulaire ministérielle n° DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé,

Vu la demande exprimée par M. le Docteurpar courrier du Il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} - Objet de la convention

La présente convention a pour objet de préciser les relations conventionnelles entre le Centre Hospitalier Universitaire et le médecin contractant, réalisant des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses.

Le Centre Hospitalier Universitaire s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux dispositions de l'article R.2212-11 du code de la santé publique. Le Centre Hospitalier Universitaire s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2 – Transfert de la patiente vers le Centre Hospitalier Universitaire

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente au Centre Hospitalier Universitaire qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Ce transfert est accompagné d'une copie du dossier médical de la patiente.

Article 3 – Communication d'informations entre le médecin et le Centre Hospitalier Universitaire

Après administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet au Centre Hospitalier Universitaire une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Article 4 – Engagement du Centre Hospitalier Universitaire sur l'accueil des personnes en recours

Le Centre Hospitalier Universitaire s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5 – Composition du dossier médical de la patiente

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption volontaire de grossesse.

Le médecin adresse au Centre Hospitalier Universitaire (Centre de Planification et d'Education Familiale) les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6 – Evaluation de la convention

Le Centre Hospitalier Universitaire effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse réalisée dans le cadre la présente convention.

Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au Médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7 – Date d'effet et durée de la convention

La présente convention, établie pour une durée d'un an, prend effet à compter de sa date de signature. Elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire, pour de nouvelles durées de une année.

La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec demande d'avis de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Article 8 – Dispositions diverses

Une copie de la présente convention est transmise, pour information,
-par le Centre Hospitalier Universitaire à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire ainsi qu'à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Loire-Atlantique,
-et par le médecin, au Conseil départemental de l'ordre des médecins, au Conseil départemental de l'ordre des pharmaciens, et à la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle il exerce.

Fait à Nantes, le.....

Le médecin contractant,
Signature précédée de « lu et approuvé »

Pour le Centre Hospitalier
Universitaire
Le Directeur Général adjoint,

Docteur

Mr

Vu, le responsable du Centre de Planification
et d'éducation familiale , Docteur

ANNEXE 3

**FICHE DE LIAISON MÉDECIN / ÉTABLISSEMENT
DE SANTÉ
IVG MÉDICAMENTEUSE EN MÉDECINE DE VILLE
(un exemplaire est remis à la patiente)
(une copie est transmise à l'établissement de santé après
prise des médicaments)**

DATE DE LA CONVENTION :

1^{ère} partie – CONSULTATIONS COMPORTANT UNE PRISE DE MÉDICAMENT

NOM de la PATIENTE : MÉDECIN : (cachet)

PRÉNOM :

Age :

Groupe Rhésus :

Téléphone :

▪ Dernières règles – date : ▪ Terme (en semaines d'aménorrhée) :

▪ Début de grossesse – date présumée :

▪ Métrorragies :

▪ Dosage β HCG – date – taux :

(résultat à joindre)

et/ou

▪ Echographie – date – terme : (compte-rendu à joindre)

ANTÉCÉDENTS GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX :

▪ Grossesses :

▪ FCS :

▪ IVG : Instrumentale Médicamenteuse

▪ GEU :

▪ Infections :

▪ Autres :

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX :

▪ Cardio-vasculaires :

▪ Tabac :

▪ Traitements en cours :

▪ Allergies :

▪ Autres :

EXAMEN CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE :

- *Date de prise de la MIFEPRISTONE :*
 - *au terme de : SA*
- *Date de prise du MISOPROSTOL :*
- *Incompatibilité rhésus :*
 - *date de l'injection d'immunoglobuline anti-D :*

- *Date prévue pour la visite de contrôle :*

2ème partie – CONSULTATION DE CONTROLE

NOM de la PATIENTE : MÉDECIN : (cachet)

PRÉNOM :

Date de naissance :

Date de la visite de contrôle :

- *Réussite de la méthode :*
 oui *non*

▪ *Date du dosage β HCG :* ▪ *Taux :*

▪ *Date de l'échographie :* ▪ *Résultat :*

- *Nécessité d'un geste chirurgical :*

▪ *Date :*

▪ *Cause :*

▪ *Lieu :*

- *Nécessité d'un traitement médical complémentaire :*

▪ *Date :*

▪ *Cause :*

▪ *Type de traitement :*

- *Prescription d'une contraception :*

ANNEXE 4

FICHE D'INFORMATION DE LA PATIENTE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR METHODE MEDICAMENTEUSE PAR UN MEDECIN DE VILLE (fiche à joindre au dossier-guide IVG remis à la patiente au cours de la 1ère consultation médicale préalable)

Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation.

La méthode :

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents en présence du médecin, dans son cabinet, au cours de 2 consultations :

- la mifépristone (Mifégyne®) ;*
- le misoprostol (Gymiso®), de 36 à 48 h plus tard.*

La mifépristone interrompt la grossesse: elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin;

Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'œuf.

Après la prise de mifépristone (Mifégyne®) : que peut il se passer ?

Si vous vomissez dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin afin de renouveler la prise si nécessaire ;

Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles

Quelquefois vous pouvez saigner comme des règles, vous sentir fatiguée. Il est possible que vous ressentiez quelques douleurs ;

Très rarement, vous pouvez saigner plus abondamment, avec des caillots, ressentir des douleurs ressemblant à celles des règles ;

Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade ;

Les saignements, plus ou moins importants, ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol (Gymiso®).

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) : que peut il se passer ?

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) au cabinet du médecin, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile. Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée. Vous pouvez boire et manger;

Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes. Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.

Les saignements peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;

- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol.

Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

A TOUT MOMENT, si vous êtes inquiète ou si les troubles suivants surviennent :

- de la fièvre ;*
- des douleurs persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;*
- des pertes importantes de sang persistent ;*
- un malaise ;*

APPELEZ : le médecin qui vous a remis les médicaments ;
à défaut, l'établissement de santé dont le médecin vous a donné les coordonnées.
N'OUBIEZ PAS la fiche de liaison mise à jour dans chacune de vos démarches.

Suites immédiates de l'IVG :

- avant la visite de contrôle :*

La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestroprogestative (pilule) peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.

- la visite de contrôle :*

Elle est absolument nécessaire et intervient entre le 14ème et le 21ème jour après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que la grossesse est bien interrompue (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage de β HCG).

La visite a lieu au cabinet du médecin qui vous a remis les médicaments.
Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.
La possibilité d'avoir recours, suite à l'IVG, à un entretien psychosocial, si vous le souhaitez, est évoquée.

Le tarif :

Le tarif est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des 2 médicaments nécessaires (Mifégyne® et Gymiso®), la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés. Ce forfait est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 70 %. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement.

Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, ainsi que la première consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse. Votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage (pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsqu' aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue).

I.V.G. par méthode médicamenteuse :
(ne pas venir à jeun)

Vous devrez apporter :

- carte de groupe sanguin
- compte-rendu de l'échographie
- résultat du test de grossesse
- carte vitale – mutuelle-cmu

Vous aurez à confirmer par écrit, le jour de la prise de la MIFEGYNE®, votre décision auprès du médecin.

Une ordonnance d'antalgiques vous a été ou vous sera remise.

Une contraception sera instituée en fonction de votre choix et des éventuelles contre-indications médicales.

<p>Vous avez rendez-vous le : à : Dr :</p> <p>Pour la prise de la MIFEGYNE® °</p> <p>La prise de comprimés de GYMISO® aura lieu :</p> <p><input type="checkbox"/> Au cabinet du dr., le</p> <p>Vous aurez à faire deux tests de grossesse :</p> <p>le : au centre ou dans un laboratoire</p> <p>le : au centre ou dans un laboratoire</p> <p>(ce résultat ne sera pas négatif)</p>

La visite de contrôle aura lieu Au cabinet du dr.
le : à :

ANNEXE 5

Conditions légales de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissement de santé.

Elles sont fixées par le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié par celui du 1^{er} juillet 2004.

Article R.2212-9

Les interruptions volontaires de grossesse (soumises aux conditions de la loi du 4 juillet 2001) ne peuvent être réalisées que dans le cadre d'une convention conclue entre un médecin et un établissement de santé public ou privé, conforme à la convention type annexée au présent décret.

Article R.2212-10 du CSP

Ces IVG sont exclusivement réalisées par voie médicamenteuse, jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse, conformément aux recommandations professionnelles validées par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Art R.2212-11

Le médecin doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, soit par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

Art. R.2212-12

Avant de recueillir le consentement écrit de la femme dont l'âge de la grossesse et dont l'état médical et psycho-social permet la réalisation d'une IVG médicamenteuse, le médecin l'informe sur les différentes méthodes d'IVG et leurs éventuelles complications.

Il rappelle à la femme la possibilité de rencontrer une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée. (conditions L.2212-4)

Il délivre à la femme une information complète sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Art. R.2212-13

Il précise par écrit à la femme le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

Il invite la femme à se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments.

Art. R.2212-14 et 15

Il informe la femme sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai de l'ordre d'une heure, avec un document écrit où sont indiqués l'adresse et le téléphone de cet établissement ainsi qu'une fiche de liaison contenant les éléments utiles de son dossier médical pour son admission éventuelle.

Article R.2212-16

Pour s'approvisionner en médicaments nécessaires à la réalisation d'une IVG médicamenteuse, le médecin passe commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine. Cette commande, rédigée dans les conditions prévues à l'article R.5194, indique en outre le nom de l'établissement de santé public ou privé avec lequel il a conclu la convention mentionnée à l'article R.2212-9 et la date de cette convention.

Art. R.2212-17

La prise des médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG est effectuée en présence du médecin.

Article R.2212-18

Une consultation de contrôle et de vérification de l'IVG est réalisée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant l'IVG.

L'arrêté du 23 juillet 2004 fixe les forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse à domicile :

Le prix limite du forfait attribué au médecin est fixé à **191.74€**. Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments et les consultations (consentement, prise des médicaments et contrôle). Soit :

- 100 € pour le forfait consultations
- 76.37 € pour la boîte de 3 comprimés à 200 mg de MIFEGYNE® (MIFEPRISTONE)
- 15.37 € pour la boîte de 2 comprimés de GYMISO® (MISOPROSTOL).

Résumé :

La première partie de mon mémoire définit la position sociale de la femme à travers l'histoire en mettant en évidence le rôle décisif du corps médical. Une des fonctions remplies par le savoir médical a d'abord constitué en la légitimation scientifique de l'ordre social sexué.

Après avoir retracé l'histoire du discours médical sur les femmes, j'ai cherché à analyser l'actualité de l'IVG en France. Cette actualité comprend la mise en place de l'IVG médicamenteuse hors service hospitalier. La troisième partie de ce mémoire aborde les disparités territoriales qui expliquent le retard dans l'application de cette pratique, en Pays de Loire.

Mots-clés :

Histoire de la médecine

IVG

Actualité de l'avortement en France

IVG médicamenteuse hors service hospitalier