

**Allongement du délai d'accès à l'IVG de 14 à 16
semaines d'aménorrhée : qui sont les femmes qui en
bénéficient ?**

Étude descriptive réalisée sur 51 dossiers au
Centre Simone Veil du CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par :

Justine JUDÉAUX

Née le 9 juillet 2000 à NANTES (44)

Directeur de mémoire : Madame Le Docteur Anne-Élisabeth PÉTRY-MAZEL,
Médecin généraliste au CIVG du CHU de Nantes

Validation 1^{ère} session 2023 : Oui Non

Mention : Très bien avec félicitations du jury
 Très bien
 Bien
 Assez bien
 Aucune

Validation 2^{ème} session 2023 : Oui Non

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements à Anne-Élisabeth PÉTRY-MAZEL, médecin généraliste au Centre Simone Veil et directrice de ce mémoire. Merci premièrement d'avoir croisé mon chemin, ce travail n'aurait pas abouti sans votre appel téléphonique. Vous avez su m'orienter judicieusement dans mes recherches durant cette année. Merci pour vos séances de travail toujours constructives, vos encouragements et votre grande disponibilité, je n'aurai pu espérer une meilleure directrice. Je remercie également Solène VIGOUREUX, gynécologue-obstétricienne au CHU de Nantes, pour la validation des tableaux statistiques ainsi que sa relecture.

À Isabelle DERRENDINGER, Directrice de l'École de Sages-Femmes et sage-femme référente dans l'élaboration de ce travail. Merci d'avoir présenté et soutenu ce projet sur le thème de l'IVG. Vos connaissances et vos conseils avisés m'ont été précieux.

À Soizic BEVEN-BUNFORD, assistante médico-administrative au Centre Simone Veil. Merci pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée dans le recueil de certaines données. Merci également à l'ensemble de l'équipe pour sa disponibilité lors de mes nombreux passages au secrétariat.

A toute l'équipe de sages-femmes enseignantes de l'École de Sages-Femmes, et à l'ensemble des sages-femmes et professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mes stages. Merci pour vos enseignements, vous avez toutes et tous contribué à l'évolution de la sage-femme en devenir que je suis aujourd'hui.

Aux centaines de femmes, de couples, de nouveau-nés, dont j'ai croisé le chemin le temps d'une naissance, d'une consultation, ou bien plus encore. Auprès de vous, j'ai pu m'épanouir dans ce métier de passion qui m'anime depuis toujours. Vous m'avez tant appris.

À mes parents, je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien sans faille durant ces cinq années, et depuis toujours. Papa, à nos allers-retours hebdomadaires chaque weekend, et aux centaines d'impressions de cours que tu ne comprenais pas toujours. Maman, pour tous les bons petits plats que j'ai pu apprécier, et pour la relecture attentive de cet écrit. Merci de m'avoir fait confiance.

À ma petite sœur Manon, pour ces deux dernières années de collocation passées ensemble. Merci d'avoir préservé mon sommeil lorsque je rentrais de garde, d'avoir géré toute l'intendance pendant mes révisions. Bonne continuation pour la suite, je suis très fière de toi.

À Jérémy, merci d'avoir été à mes côtés depuis le début de cette longue aventure. Merci, pour ton écoute attentive et l'intérêt que tu portes à mes récits de garde lors des repas, même si tu ne comprends pas toujours tout. Merci pour ton soutien, et pour les révisions des manœuvres obstétricales avec les coussins du salon. Enfin, merci de t'adapter au mieux à ce train de vie différent, c'est un nouveau chapitre qui s'écrit pour nous. Il me tarde de continuer ensemble.

À mes amies de promotion, pour ces années passées à vos côtés. Merci pour votre bonne humeur et votre soutien, dans les bons moments comme dans les moins bons. Désormais, nous volerons de nos propres ailes... On ne se perd pas de vue ! Merci tout particulièrement à Éliisa et Juliette.

À mes proches. À toute ma famille. Merci à mes quatre grands-parents pour leur soutien, vous êtes une source d'inspiration pour moi. Je suis heureuse de vous rendre fiers.

Merci à mes deux belles-familles, pour vos encouragements tout au long de ces cinq années.

Enfin, et surtout, à toutes celles et ceux qui ont œuvré pour cette loi, merci pour Elles ...

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	- 1 -
II. MATÉRIELS ET MÉTHODES	- 5 -
A. NATURE DE L'ETUDE.....	- 5 -
B. OBJECTIFS DE L'ETUDE	- 5 -
C. ÉTUDE MONOCENTRIQUE : LE CENTRE SIMONE VEIL DU CHU DE NANTES	- 5 -
D. POPULATION ETUDIEE	- 6 -
E. CRITERES D'EXCLUSION.....	- 6 -
F. RECUEIL DE DONNEES	- 7 -
G. TRAITEMENT DES DONNEES	- 8 -
H. OUTILS DE COMPARAISON DANS LA LITTERATURE.....	- 8 -
I. UN NOUVEAU PROTOCOLE D'IVG INSTRUMENTALE	- 9 -
III. RÉSULTATS	- 10 -
A. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES.....	- 10 -
a. Âge	- 11 -
b. Nationalité	- 11 -
c. Lieu de résidence	- 11 -
d. Situation conjugale	- 11 -
e. Catégorie socio-professionnelle	- 11 -
f. Prise en charge des frais de santé	- 12 -
B. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRICAUX	- 12 -
a. Parité	- 13 -
b. IVG itérative	- 13 -
c. Contraception	- 13 -
d. Dépistage des IST	- 15 -
e. Frottis cervico-utérin	- 15 -
C. PARCOURS DE SOINS : LA DEMANDE D'IVG	- 16 -
a. Provenance des patientes	- 17 -
b. Délais d'obtention d'une consultation pré- IVG au Centre Simone Veil.....	- 17 -
c. Terme à la réalisation de l'échographie de datation	- 19 -
d. Entretien psychosocial	- 20 -
e. Contexte de violences	- 20 -
f. Éléments pouvant expliquer une consultation tardive	- 21 -
g. Contraception envisagée en post-abortum.....	- 21 -
D. PARCOURS DE SOINS : LA REALISATION DE L'IVG.....	- 21 -
a. Terme à la réalisation de l'IVG	- 22 -
b. Technique de dilatation/évacuation	- 22 -

E.	PARCOURS DE SOINS : SUIVI POST IVG.....	- 23 -
a.	<i>Entretien psychosocial post-IVG</i>	- 23 -
b.	<i>Visite de contrôle post-opératoire</i>	- 24 -
c.	<i>Complications secondaires</i>	- 24 -
F.	MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU PROTOCOLE : ASPECTS PRATIQUES.....	- 24 -
a.	<i>Nombre d'actes</i>	- 24 -
b.	<i>Médecins et doublure</i>	- 25 -
IV.	DISCUSSION.....	- 26 -
A.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	- 26 -
a.	<i>Forces</i>	- 26 -
b.	<i>Limites</i>	- 26 -
c.	<i>Difficultés rencontrées</i>	- 27 -
B.	DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES.....	- 27 -
C.	PARCOURS DE SOINS.....	- 29 -
a.	<i>Accessibilité : la demande d'IVG</i>	- 29 -
b.	<i>L'entretien psychosocial : un espace de parole et d'information</i>	- 29 -
c.	<i>Mise en pratique d'un nouveau protocole instrumental</i>	- 30 -
d.	<i>Survenue de complications immédiates</i>	- 31 -
e.	<i>Suivi des patientes après l'IVG</i>	- 31 -
D.	CONTRACEPTION.....	- 32 -
a.	<i>Recours moindre et abandon d'une contraception</i>	- 32 -
b.	<i>Lien entre antécédent d'IVG et couverture contraceptive</i>	- 34 -
c.	<i>Prévention des GNP en France</i>	- 35 -
d.	<i>Contraception post-abortionum</i>	- 36 -
E.	IVG TARDIVES : CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE ET CONTEXTE.....	- 37 -
a.	<i>Lorsque le parcours de vie influence les choix</i>	- 37 -
b.	<i>Contexte de violences conjugales</i>	- 38 -
c.	<i>Confrontation : délai de réflexion et délai légal pour l'IVG</i>	- 38 -
d.	<i>Et lorsqu'il est trop tard en France</i>	- 39 -
F.	AXES D'AMELIORATION : PRINCIPAUX FREINS IMPACTANT L'ACCES A L'IVG.....	- 40 -
a.	<i>Droits versus accès</i>	- 40 -
b.	<i>Une réticence des praticiens à réaliser les IVG tardives</i>	- 41 -
c.	<i>Reconsidérer l'activité d'IVG</i>	- 42 -
d.	<i>Clauses de conscience : que dit la loi ?</i>	- 42 -
e.	<i>Faciliter l'orientation vers les professionnels</i>	- 43 -
V.	CONCLUSION.....	- 45 -

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

GLOSSAIRE

AG : Anesthésie Générale

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

AME : Aide Médicale d'État

ATCD : antécédent

BIP : diamètre Bi-Pariétal

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré-Natal

CS : consultation

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIU : Dispositif Intra-Utérin

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

FCU : Frottis Cervico-Utérin

GNP : Grossesse Non Prévues

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : hormone Chorionique Gonadotrope

HPV : Papilloma Virus Humain

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

INED : Institut National d'Études Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LCC : Longueur Cranio-Caudale

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

SA : Semaines d'Aménorrhée

SOPK : Syndrome des Ovaires Polykystiques

SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

UGO : Urgences Gynécologiques et Obstétricales

I. INTRODUCTION

Près d'un demi-siècle après la promulgation de la loi Veil du 17 janvier 1975, loi relative à la dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France de façon temporaire, puis définitive en 1980, ce sujet de société débattu continue de connaître des avancées. Aujourd'hui, l'IVG est un acte de soins fréquent qui concernera **1 femme sur 3** au cours de sa vie (1). En France, on considère en moyenne le ratio suivant : 1 IVG pour 4 naissances vivantes. Sur l'année 2021, 223 300 IVG ont été réalisées en France, Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) inclus. Ce chiffre reste stable depuis une quinzaine d'années (*annexe I*).

En septembre 2020, un rapport d'information sur l'accès à l'IVG, réalisé à la demande de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, a été publié. La **difficulté d'accès à l'IVG en France** y est principalement abordée, et elle s'expliquerait notamment par un « *désintérêt à l'égard d'un acte médical peu valorisé et considéré comme peu valorisant* » (2), puisque la pratique de l'IVG est une activité faiblement rémunérée, et qui ne fonctionne que par la volonté de praticiens engagés qui partent à la retraite sans remplaçants, faute d'effectif (3). Une valorisation moindre de l'IVG constitue donc un frein majeur. Un des objectifs est de maintenir un nombre suffisant de praticiens ainsi que leur renouvellement. En effet, des chiffres de 2018 publiés par la Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) rapportent que seulement 3,5% des sages-femmes libérales et 2,9% des médecins généralistes et gynécologues libéraux ont réalisé des IVG médicamenteuses. Les choix politiques ont aussi influencé l'accès à l'IVG sur le territoire. Au cours des quinze dernières années, le nombre d'établissements assurant une activité d'IVG a diminué de 22%, passant de 653 établissements en 2005 à 511 en 2018 (4).

De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande **la réalisation d'une consultation dans les cinq jours ouvrables** pour toute patiente qui souhaite avoir recours à l'IVG, entre son appel téléphonique et le rendez-vous. Des inégalités territoriales persistent, impliquant parfois des délais de prise en charge bien plus longs (*annexe IX*). Chaque année, ce sont entre 1500 et 2000 femmes, probablement sous-estimées, qui, ayant dépassé le délai de recours légal en France, franchissent les frontières et réalisent leur IVG à l'étranger, où la réglementation est différente. Néanmoins, le recours à l'IVG à l'étranger a un coût, estimé entre 600 et 3000€, sans compter les frais de trajet et d'hébergement. Toujours selon ce rapport, une prise de conscience collective est nécessaire, ainsi qu'une politique volontariste, pour garantir aux citoyennes l'accès à l'IVG, qui a été réaffirmée comme droit fondamental par l'Assemblée Nationale dans une résolution votée en 2014 (5). A l'heure où nous rédigeons ce mémoire, il

est envisagé de l'ajouter dans la Constitution (6), comme l'a annoncé le Président de la République le 8 mars dernier. Même si une revalorisation de l'acte et une augmentation des effectifs de professionnels de santé réalisant les IVG sont attendues, d'autres solutions ont déjà été apportées dans le but d'accélérer la prise en charge, comme par exemple la suppression du délai de réflexion de 48h après un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale et familiale (CCF).

Afin de lutter contre ces inégalités territoriales, et dans le but de compléter l'offre de soin, la loi autorise désormais les sages-femmes à réaliser les IVG par voie médicamenteuse depuis 2016 (7), à l'issue d'une formation supplémentaire au sein d'un établissement hospitalier, et sous réserve de disposer d'une convention avec un établissement de santé public ou privé. En 2018, 248 sages-femmes libérales conventionnées, soit environ 1% de la profession totale de sages-femmes, et 3,5% des sages-femmes libérales, ont effectué 10% des IVG hors établissement de santé (7). Leur nombre a doublé en 2019, témoignant de l'engagement réel de la profession, même si les conditions de mise en œuvre de la convention restent parfois compliquées (2).

Toujours en réponse aux problématiques d'accès à l'IVG, la pratique de l'IVG instrumentale, à titre expérimental, a été ouverte aux sages-femmes en 2022 (8). En effet, elles sont trois fois plus nombreuses que les gynécologues : 23 764 dont 34% en libéral (9). Pour autant, l'élargissement de leur champ de compétences fait débat. L'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) estime que les sages-femmes réalisent déjà certains gestes chirurgicaux comme la révision utérine ou la réfection d'épisiotomie, et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) soutient cette extension de compétence afin de permettre à chaque femme d'accéder à son droit fondamental. En revanche, le Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF) émet des réserves : « *les conditions de l'acquisition de cette compétence ne sont et ne seront pas avant longtemps remplies* » (3). Le vice-président du Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) avance le fait qu'il n'y a pas plus de complications par rapport à la méthode médicamenteuse et qu'il n'y a pas de différence pour la sécurité de la femme dans la mesure où la sage-femme est formée, ce qui implique une formation complémentaire théorique et pratique pour garantir une prise en charge optimale. Une expérimentation est d'ailleurs lancée dans certains centres volontaires pour en évaluer la faisabilité (10).

Enfin, la loi du 2 mars 2022 (11) portée par la députée Albane Gaillot, visant à renforcer

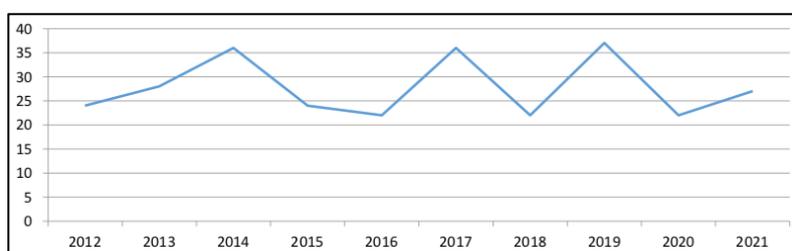
le droit à l'avortement a été promulguée, autorisant le **deuxième allongement du délai légal d'accès à l'IVG en France, de 14 à 16 SA**. Initialement fixé jusqu'à 12 SA, le délai légal de recours à l'IVG a été modifié une première fois en 2001, passant de 12 à 14 SA (12). Un rapport de janvier 2001 sur le projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception (13), présenté au Sénat, retranscrit les débats qui animaient déjà les différents partis à cette époque. Face à un nombre d'IVG n'ayant pas significativement diminué depuis 1975 (*annexe I*), des dysfonctionnements sont constatés dans les structures, et entre autres, un manque de personnels médicaux et paramédicaux dû à des difficultés de recrutement, des moyens insuffisants, et un accueil parfois inadapté des femmes. Nous pouvons y lire : « *certaines femmes renvoyées de structures en structures se retrouvent hors délai au motif que les équipes sont débordées particulièrement à certaines périodes de l'année* ». Dans l'optique d'une harmonisation des législations européennes, l'objectif était alors de réduire le nombre de femmes hors délai, estimé à 5000 chaque année il y a vingt ans, contraintes de rejoindre des pays étrangers où le délai légal permettait d'avoir recours à l'IVG, comme par exemple les Pays-Bas, la Grande Bretagne ou encore l'Espagne.

Pour la seconde fois dans l'histoire de cette loi, nous assistons à l'allongement du délai légal de recours à l'IVG, qui est une solution possible aux problématiques d'accès. Selon le SYNGOF, ce nouvel allongement du délai ferait cesser la pratique de certains professionnels. Une enquête du CNGOF publiée en 2020 a rapporté que 72% des gynécologues-obstétriciens interrogés par l'enquête étaient défavorables à l'allongement du délai, avançant un risque médical majoré (14). Pour autant, une étude menée par Jacot et al (15) n'a pas montré de différence significative du point de vue des complications sévères entre les IVG réalisées avant 15 SA par la technique de curetage/aspiration et celles réalisées après 15 SA par dilatation/évacuation. Le CNGOF a fait part dans un communiqué de février 2022 de son opposition à l'allongement du délai, le qualifiant comme « *une mauvaise réponse aux problèmes d'accessibilité et de réalisation de l'IVG en France* » (16) sans effet sur les problèmes d'accessibilité, de rapidité de prise en charge et de réorientation vers l'étranger. Selon le CNGOF, **la difficulté d'accès aux soins serait la principale raison du dépassement du délai légal**, favorisée notamment par des moyens insuffisants dans les centres. On retrouve finalement ici les mêmes problématiques que celles exprimées vingt ans plus tôt. Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), sollicité par le Ministre des Solidarités et de la Santé, a rendu son avis quant à l'allongement du délai légal en décembre 2020, ne voyant pas d'objection à l'allonger de deux semaines (17), à condition qu'il s'accompagne d'une meilleure

offre de soins, au risque de tomber dans « *un palliatif non bienfaisant d'une prise en charge bienfaisante* ».

Au cours de l'année 2021 au CHU de Nantes, 27 patientes se trouvaient dans la situation du dépassement du délai légal, entre 15 SA et 22 SA, dont la plupart à 16 SA. 7 d'entre elles ont fait la demande d'une interruption médicale de grossesse (IMG) pour motif maternel à type de détresse psycho-sociale. 6 ont été acceptées par le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Pré-Natal (CPDPN). 1 a finalement poursuivi sa grossesse. En 2021, 1 patiente ayant déposé une demande d'IMG pour détresse maternelle a avorté à l'étranger avant la réunion de concertation du CPDPN. Depuis 2012, ce nombre a varié entre 22 et 37 (*figure 1*). Une demande d'IMG diffère totalement d'une demande d'IVG puisqu'elle fait intervenir des professionnels différents, nécessite plusieurs évaluations et fait l'objet de réunions de concertation. Mais surtout, elle ne dépend plus de la seule volonté de la femme. Si le nombre de demandes en dépassement de délai a réaugmenté en 2021, le nombre d'IMG pour raison psychosociale reste stable.

Figure 1 : Évolution du nombre de dépassements de délai légal de 2012 à 2021 au CHU de Nantes



Source : Rapport d'activité du CIVG au CHU de Nantes (18)

Près d'un an après le vote de la loi, il semblerait que certains centres ne prennent toujours pas en charge les femmes au-delà de 14 SA (19), si l'on considère les nombreuses femmes réorientées vers des centres qui appliquent les nouvelles conditions de la loi. Cependant, du fait du caractère récent de la législation, il existe encore peu de données dans la littérature française. Depuis mars 2022, le Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG) du CHU de Nantes, nommé Centre Simone Veil (CSV), réalise les IVG jusqu'à 16 SA, en appliquant un nouveau protocole adapté aux termes plus élevés. L'objectif de ce travail est de comprendre **qui sont les femmes qui ont recours à l'IVG entre 14 et 16 SA au CHU de Nantes**. Nous avons trouvé pertinent d'effectuer un premier travail descriptif sous la forme d'un état des lieux, près d'un an après la mise en place du protocole, afin d'en dégager de potentiels axes d'amélioration. En comparant nos résultats aux caractéristiques de l'ensemble des femmes ayant eu recours à l'IVG au CSV en 2022, nous tenterons d'identifier les facteurs explicatifs éventuels d'un recours plus tardif à l'IVG.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. Nature de l'étude

Nous avons mené une étude statistique observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective dans le but de réaliser un état des lieux de la mise en place d'un nouveau protocole instrumental répondant à l'allongement du délai d'accès à l'IVG jusqu'à 16 SA.

B. Objectifs de l'étude

A travers ce travail de recherche, nos objectifs sont les suivants :

- Définir les **caractéristiques** générales des femmes qui ont recours à l'IVG entre 14 et 16 SA au CHU de Nantes depuis la promulgation de la loi,
- Retracer leur **parcours de soins** concernant l'IVG,
- Identifier les principaux **facteurs** de recours à une IVG tardive,
- Évaluer la mise en place du protocole en analysant les données opératoires.

C. Étude monocentrique : le Centre Simone Veil du CHU de Nantes

Nous avons fait le choix d'une étude monocentrique, c'est-à-dire réalisée sur un seul établissement : ici, le Centre Simone Veil du CHU de Nantes. Ce choix a été déterminé par le fait qu'il s'agit du premier centre en Loire-Atlantique à accueillir les patientes entre 14 et 16 SA.

Le Centre Simone Veil est d'une part un Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG), c'est une activité hospitalière qui permet la prise en charge des demandes d'IVG. S'ajoute à celui-ci un Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) d'autre part, qui fait partie du domaine associatif, financé par le Conseil Général. Leur financement est différent, mais ces deux unités sont interconnectées. Depuis 2022, la dénomination a changé et les CPEF deviennent des « Centres de Santé Sexuelle ». Ces centres sont désormais autorisés à être sous la responsabilité d'une sage-femme et non plus seulement d'un médecin (20).

Sur l'année 2022, le CIVG a réalisé 1620 IVG : 702 IVG médicamenteuses et 918 IVG instrumentales, dont 479 sous anesthésie locale (AL) et 439 sous anesthésie générale (AG). Une hausse du nombre d'IVG sous anesthésie générale est observée par rapport à l'année

précédente, puisque la pratique nouvelle de l'IVG entre 14 et 16 SA se fait uniquement sous anesthésie générale.

On observe également sur les années 2020 et 2021 une baisse du nombre d'IVG réalisées au CIVG. Cette diminution s'explique par la crise sanitaire d'une part, et par la signature de deux nouvelles conventions avec des praticiens libéraux d'autre part. Le CIVG est en effet conventionné avec 12 praticiens libéraux : 8 médecins généralistes et 4 sages-femmes. Ces conventions ont permis la réalisation de 454 IVG médicamenteuses en 2022.

D. Population étudiée

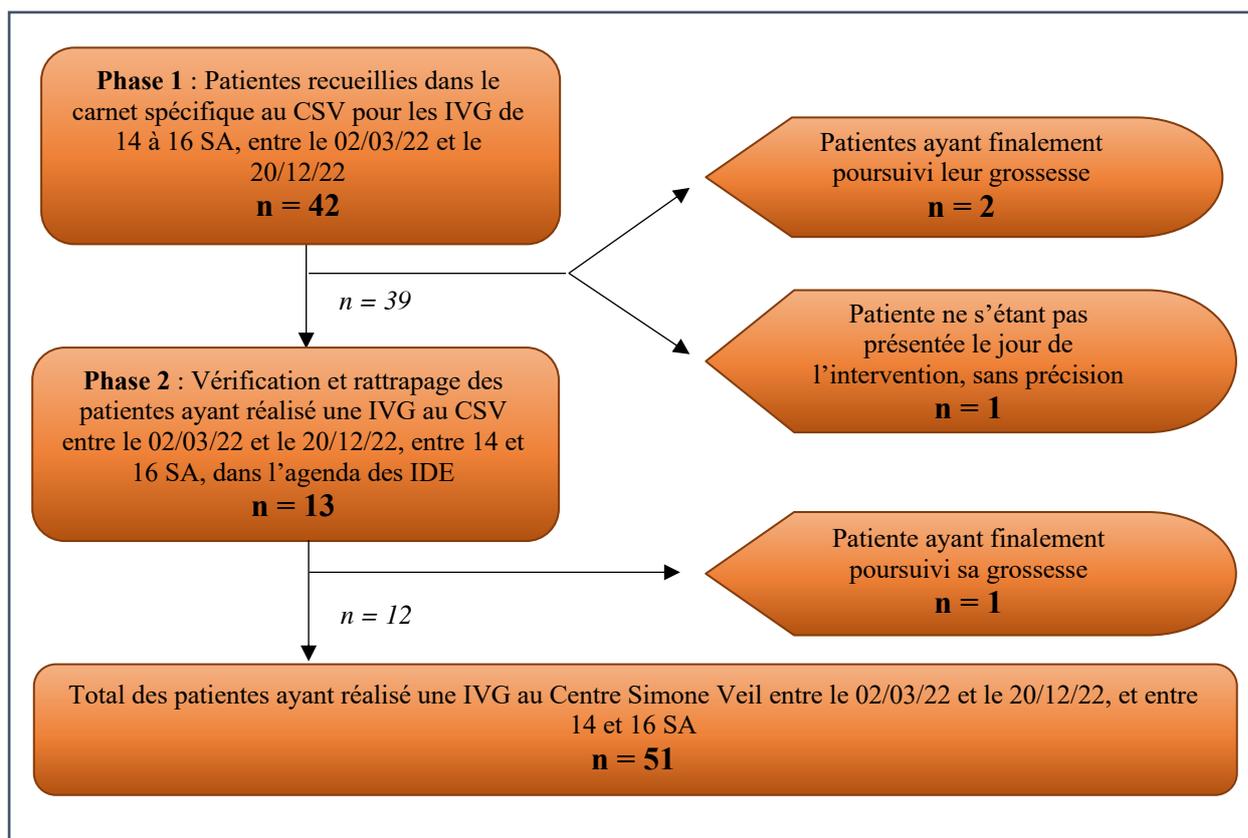
Toutes les femmes ayant eu recours à une IVG instrumentale entre 14 et 16 SA au Centre Simone Veil du CHU de Nantes ont été incluses dans l'étude. Après réflexion, nous avons jugé intéressant d'inclure les femmes réalisant leur IVG au terme exact de 14 SA puisque, malgré le fait qu'elles pouvaient déjà avoir recours à l'IVG à ce terme avant la loi de mars 2022, elles bénéficient maintenant du nouveau protocole spécifique aux IVG entre 14 et 16 SA. Les dossiers analysés sont ceux relatifs aux IVG réalisées à partir du mois de mars 2022, ce qui correspond à la mise en place du protocole suite à la nouvelle législation, jusqu'au mois de décembre 2022.

E. Critères d'exclusion

Ont été exclues les patientes qui ont changé d'avis après la consultation pré-IVG et qui ont poursuivi leur grossesse, et les patientes hors-délai au-delà de 16 SA, ce hors-délai étant apprécié sur la base de la mesure du diamètre bi-pariétal (BIP), revenant supérieur à 38 mm à l'échographie. En effet, la datation échographique étant imprécise, il est primordial de tenir compte de la variabilité percentile des mensurations, avec une fiabilité de plus ou moins cinq jours. Pour les diagnostics de grossesse les plus tardifs, les mesures échographiques priment sur la datation. L'IVG n'est possible que si le BIP est inférieur à 38 mm, ce qui correspond au 95^{ème} percentile du BIP au terme de 16 SA (*annexe V*).

Sur les 51 patientes qui ont réalisé une consultation pré-IVG au Centre Simone Veil entre mars et décembre 2022 à un terme de grossesse situé entre 14 et 16 SA, 3 femmes ont finalement poursuivi leur grossesse, et 1 femme ne s'est pas présentée le jour de l'IVG sans plus de précisions. L'inclusion des patientes est représentée dans le diagramme de flux ci-dessous.

Figure 2 : Diagramme de flux



F. Recueil de données

Le recueil des données s'est déroulé sur la période allant du 2 mars 2022 au 20 décembre 2022, de façon rétrospective. Les données de l'étude ont été recueillies par le biais d'une analyse des dossiers médicaux informatisés des patientes du CIVG du CHU de Nantes, après accord du service. Un carnet regroupant l'identité des patientes réalisant une IVG à un terme strictement supérieur à 14 SA a été créé dès le mois de mars 2022. Toutes les patientes de ce carnet font partie de notre cohorte. Une vérification jour par jour depuis mars 2022 a été effectuée grâce à l'agenda des infirmières du CSV, pour recueillir les IVG à 14 SA, mais également pour s'assurer qu'aucune patiente n'ait été oubliée dans le carnet spécifique des IVG entre 14 et 16 SA. Nous avons créé un tableau de recueil grâce au logiciel *Excel* de *Microsoft* afin de trier les différents paramètres. Des données sociodémographiques, médicales, et administratives ont été traitées. Soizic BENVEN BUNFORD, Assistante médico-administrative, a participé au recueil des données de prise en charge et de remboursement des frais de santé des patientes.

G. Traitement des données

Le traitement des données respecte la réglementation en vigueur, notamment le Règlement Général à la protection des données 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 (RGPD), ainsi que la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2018.

Le logiciel *Microsoft Excel* a été utilisé pour analyser les données. Pour les données qualitatives, nous avons calculé des effectifs et des pourcentages. Les données quantitatives sont décrites par une médiane et des écarts-types. Des tests statistiques ont été réalisés dans le but d'établir une p-value pour certaines variables et d'estimer la significativité en fonction du risque alpha prédéfini à 5%. Le logiciel *P-values* a été utilisé. Pour tester l'indépendance entre deux variables qualitatives, le test de Fisher a été réalisé. C'est une alternative au test de Chi2 lorsque les échantillons sont faibles, et notamment inférieurs à 5. Le seuil de significativité alpha est de 0,05 (5%). Une significativité est donc établie lorsque la p-value est inférieure à 0,05.

H. Outils de comparaison dans la littérature

Un des objectifs de notre étude est de comparer cette nouvelle population de femmes aux autres femmes qui avortaient jusque-là jusqu'à 14 SA. Lorsque les données étaient disponibles dans la littérature, nous les avons ajoutées dans la colonne la plus à droite de certains tableaux illustrant les résultats de notre étude, afin de pouvoir les situer par rapport aux données de la population générale des femmes ayant recours à l'IVG en France, quels que soient le terme et la méthode utilisée. Nous avons notamment fait référence à une enquête nationale réalisée par la DREES, parue en 2011 dans la Revue Française des Affaires Sociales, concernant la diversité des profils des femmes réalisant une IVG. L'étude concerne toutes les IVG ayant eu lieu en France Métropolitaine uniquement, dans les établissements de santé et auprès des médecins de ville conventionnés.

Une colonne consacrée aux données du CSV concerne la population de femmes ayant eu recours à l'IVG quels que soient le terme et la méthode utilisée, au cours de l'année 2022, au CHU de Nantes. Ces dernières sont issues du rapport d'activité du CSV pour l'année 2022, qui n'est pas encore paru au moment de la rédaction de ce travail, mais dont les données statistiques

ont été communiquées en avance avec l'aide de Mme Soizic BEVEN BUNFORD, Assistante médico-administrative. Nous avons obtenu l'autorisation du service pour les utiliser.

I. Un nouveau protocole d'IVG instrumentale

Initialement, un protocole d'IVG instrumentale pour les termes inférieurs à 14 SA était en vigueur, détaillant la technique de l'aspiration.

Désormais, un nouveau protocole adapté aux termes plus élevés entre 14 et 16 SA, a été publié par le REVHO pour la pratique des médecins réalisant ce geste nouveau (*annexe VI*). C'est la technique chirurgicale dite de « Dilatation / Évacuation » qui sera utilisée, et réalisée par un médecin sénior, sous anesthésie générale (AG). Une préparation cervicale préalable par *Mifépristone* puis *Misoprostol* est nécessaire, couplée à un protocole antalgique. La dilatation cervicale s'effectue ensuite via des bougies de Hégar de diamètres croissants. Le liquide amniotique est aspiré. Trois nouveautés apparaissent sur ce protocole :

- L'ajout d'ocytocine, utérotonique, pendant le geste,
- Un contrôle échographique permanent à partir de l'évacuation et jusqu'à la fin du geste,
- L'utilisation d'une pince de Mc Clintock pour l'évacuation des tissus embryonnaires.

Une dernière aspiration assurant l'absence de résidus ainsi qu'une échographie de vacuité terminent l'intervention.

Le CNGOF, qui est pourtant une société savante reconnue dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, n'a publié aucun protocole pour s'adapter à la nouvelle loi. Pas de recommandations officielles non plus de la part d'autres sociétés savantes. C'est le REVHO, qui n'est pas une société savante, qui a publié un protocole pour les termes supérieurs à 14 SA. Plus tard, le CNGOF n'a fait que republier ce protocole pour le diffuser. Lorsqu'un nouveau texte de loi sort, il faut être opérationnel et s'adapter. Rapidement, un partenariat a été mis en place entre les médecins des UGO et ceux du CSV dans un but de formation et de compagnonnage sur cette technique nouvelle. Une formation par les médecins anglais ou hollandais aurait pu être judicieuse. Cela s'est fait par exemple dans le cas de l'IVG médicamenteuse.

Alors que les structures rencontrent généralement des difficultés à maintenir leurs activités au moment des congés d'été, nous pouvons constater que les IVG ont été poursuivies au CSV sur cette période, même après 14 SA.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques socio-économiques

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques des femmes de l'étude (n=51)

Caractéristiques	Nombre de cas n	Pourcentage (%)	Données au CSV	Données nationales
Âge (en années)	n = 51	(100)	n = 1620 (100)	n = 223 300 (1000)⁽⁶⁾
< 15	-	-	1 (0,1)	-
15 - 17	3	(6)	33 (2)	5 ‰
18 - 20	9	(18)	182 (11,2)	14,6 ‰
21 - 24	15	(29)	328 (20,2)	24,8 ‰
25 - 29	15	(29)	390 (24,1)	27,2 ‰
30 - 39	8	(16)	559 (34,5)	41,5 ‰
> 40	1	(2)	127 (7,8)	8,5 ‰
Nationalité	n = 51	(100)		n = 213 000⁽⁷⁾
Française	37	(71)		
Autre ⁽¹⁾	12	(24)		11%
Non renseignée	3	(5)		
Lieu de résidence	n = 51	(100)	n = 1620 (100)	
Nantes	18	(35)	746 (46)	
Petite couronne ⁽²⁾	15	(29)	490 (30)	
Grande couronne ⁽³⁾	10	(20)	282 (18)	
Autre département ⁽⁴⁾	8	(16)	102 (6)	19 ‰ ⁽⁶⁾
Situation conjugale	n = 51	(100)		n = 213 000⁽⁷⁾
Mariée	1	(2)		
Pacsée	1	(2)		En couple :
Union libre	19	(37)		45%
Séparée	8	(16)		
Célibataire	10	(20)		Célibataires :
Non renseignée	12	(20)		55%
Catégorie socio-professionnelle	n = 51	(100)	n = 1620 (100)	n = 213 000⁽⁷⁾
Salariée	11	(22)	710 (44)	54,9%
Étudiante	7	(14)	127 (8)	15,5%
Apprentie	1	(2)	9 (0,5)	
Sans emploi	8	(16)	275 (17)	13,2%
Autre ⁽⁵⁾	2	(3)	103 (6)	16,4%
Non renseignée	22	(43)	396 (24,5)	
Prise en charge des frais de santé	n = 51	(100)		n = 213 000⁽⁷⁾
CPAM	49	(96)		72%
CMU	1	(2)		} 25%
AME	-	-		
Aucune	1	(2)		11%

⁽¹⁾ Brésil (n=1), Roumanie (n=2), Somalie (n=1), Afrique Australe (n=1), Algérie (n=2), République du Congo (n=1), Guinée Conakry (n=1), Nigeria (n=2), Côte d'Ivoire (n=1)

⁽²⁾ Agglomérations nantaises.

⁽³⁾ Autres communes du département.

⁽⁴⁾ Maine et Loire (n=1), Vendée (n=7).

⁽⁵⁾ ESAT (n=1), Service Civique (n=1), collégienne, lycéenne

⁽⁶⁾ Données issues d'Études et Résultats, DREES, septembre 2022 (16)

⁽⁷⁾ Données issues de la Revue Française des Affaires Sociales, parue en 2011 (21)

a. Âge

Les patientes de l'étude sont âgées de 17 à 42 ans. L'âge médian est de 23 ans. Le premier quartile est de 21 ans et le troisième quartile est de 28 ans. Nous utilisons ici les valeurs de classes d'âge recommandées par la DREES pour les études françaises. A effectifs égaux, les tranches d'âge les plus représentées dans notre population sont les femmes ayant entre 21 et 24 ans et celles ayant entre 25 et 29 ans.

b. Nationalité

La majorité des femmes de l'étude sont de nationalité française (n=37), soit 71%.

c. Lieu de résidence

Si près de deux tiers des femmes de l'étude résident à Nantes ou en agglomération nantaise (petite couronne), **16% viennent d'un autre département**, la Vendée (85) et le Maine-et-Loire (49) pour la plupart. La grande couronne nantaise regroupe les autres communes du département.

d. Situation conjugale

41% des femmes de l'étude sont en couple (mariées, pacsées ou en union libre). 36% sont célibataires ou séparées. Par ailleurs, cette donnée n'est pas renseignée pour 20% des dossiers.

e. Catégorie socio-professionnelle

22% des femmes de l'étude sont salariées, avec une situation économique relativement stable. 16% des patientes sont étudiantes ou en formation au moment de la demande d'IVG. Concernant la catégorie « Autre » : 1 patiente en situation de handicap travaille en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), et 1 patiente réalise un service civique. Cette donnée reste cependant difficile à interpréter puisqu'elle n'est pas renseignée dans près de la moitié des dossiers étudiés.

f. Prise en charge des frais de santé

Sur les 51 patientes de l'étude, 49 sont affiliées à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). 1 patiente bénéficie de la Couverture Maladie Universelle (CMU), destinée aux foyers aux ressources modestes et bénéficiaires de l'Assurance Maladie. Aucune patiente ne bénéficie de l'Aide Médicale d'État (AME). 1 patiente ne bénéficie d'aucune prise en charge de ses frais de santé.

B. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Tableau 2 : Antécédents gynécologiques et obstétricaux des femmes de l'étude (n=51)

	Nombre de cas	Pourcentage (%)	Données au CSV	Données nationales
Parité	n = 51	(100)	n = 1620 (100)	
0	27	(52)	909 (56)	47%
1	10	(20)	282 (17)	} 53%
2	4	(8)	249 (15)	
3	7	(14)	128 (8)	
4	2	(4)	33 (2)	
≥ 5	1	(2)	19 (1)	
Antécédents d'IVG	n = 51	(100)	n = 1620 (100)	n = 213 000⁽³⁾
0	30	(59)	Antécédent d'IVG : 882 (54)	66%
1	14	(27)		25%
2	5	(10)		} 9%
3	1	(2)		
7	1	(2)		
Contraception antérieure⁽¹⁾	n = 51	(100)		n = 213 000⁽³⁾
Aucune	11	(25)		33%
DIU	7	(14)		} 30% (dont 92% d'oublis)
Pilule	16	(31)		
Pilule du lendemain	-	-		
Implant	6	(12)		} 16%
Préservatifs	4	(8)		
Non renseigné	5	(10)		Naturelle : 18%
Contraception à la conception	n = 51	(100)	n = 1953⁽²⁾ (100)	n = 213 000⁽³⁾
Aucune	23	(45)	1013 (52)	33%
DIU	1	(2)	69 (6)	} 45%
Pilule	16	(31)	368 (18)	
Pilule du lendemain	1	(2)	15 (1)	
Implant	2	(4)	-	
Préservatifs	7	(14)	364 (17)	} 25%
Non renseigné	1	(2)	-	
Autre	-	-	124 (6)	Naturelle : 26%
Dépistage IST	n = 51	(100)		
Aucun	19	(37)		
Au moins 1 fois	8	(16)		
Au moins 1 fois après 2021	24	(47)		

<i>Antécédent d'IST</i>	n = 51	(100)		
Chlamydiae	7	(14)		
Non	44	(86)		
<i>Frottis cervico-utérin</i>	n = 51	(100)		
Non indiqué	26	(51)		
A jour	12	(23)		
A faire	13	(26)		

⁽¹⁾ Dernière contraception antérieure utilisée

⁽²⁾ Cet effectif supérieur au nombre d'IVG sur l'année 2022 s'explique par le fait que plusieurs contraceptions antérieures ont été comptabilisées pour chaque femme.

⁽³⁾ Données issues de la Revue Française des Affaires Sociales, parue en 2011 (21)

a. Parité

Plus de la moitié des femmes de l'étude (52%) n'a pas d'enfant au moment de la conception. 1 patiente présente dans ses antécédents obstétricaux une IMG pour détresse maternelle à 19 SA, 1 patiente avait fait un déni de grossesse et avait poursuivi la grossesse. 48% des patientes avaient au moins 1 enfant à charge au moment de la conception.

b. IVG itérative

Nous avons répertorié le nombre d'IVG antérieures réalisées par les patientes de l'étude, qu'elles soient médicamenteuses ou instrumentales, au moment de leur demande d'IVG actuelle. 59% (n=30) des patientes ne présentaient aucun antécédent d'IVG au moment de la demande et consultaient donc pour une première demande d'IVG. 1 patiente avait réalisé 7 IVG auparavant. Pour 4 des patientes, la dernière IVG datait de l'année 2021.

c. Contraception

On observe une diminution de la couverture contraceptive au moment de la survenue de la grossesse pour cette cohorte de patientes : 25% (n=11) n'avaient aucune contraception antérieure à la survenue de la grossesse, alors que **45% (n=23) des patientes ne prenaient aucune contraception au moment même de la conception**. Les motifs d'absence de contraception des patientes ne sont pas tous connus car non retrouvés dans les dossiers. Notons qu'une patiente célibataire ne prenaient pas de contraception, pensant avoir le Syndrome des Ovaires Polykystiques (SOPK), et 1 patiente de 37 ans utilisait le préservatif de façon aléatoire et la méthode du retrait, pensant être en péri-ménopause. **7 patientes avaient un désir de grossesse au moment de la conception et ne prenaient donc pas de contraception**. Au total, les femmes ne prenant aucune contraception et sans désir de grossesse représentent 31% des patientes de l'étude. **31% (n=16) des patientes ont obtenu une grossesse sous contraception**

orale. Il y a autant de femmes qui ont obtenu une grossesse sans aucune contraception que de femmes qui ont obtenu une grossesse sous pilule ou avec l'utilisation de préservatifs.

L'utilisation de la contraception orale est similaire avant et au moment de la conception. En revanche, il semblerait que certaines patientes aient changé leur contraception initiale, notamment l'implant et le DIU, pour le préservatif voire aucune contraception au moment de la conception. Au cours de leur consultation de demande d'IVG, 5 patientes ont rapporté une mauvaise tolérance de leur contraception orale initiale (troubles de l'humeur, métrorragies, douleurs), dont 4 patientes qui l'ont arrêtée. 2 patientes ont rapporté avoir arrêté leur pilule à cause d'oublis fréquents. Concernant le DIU avant la conception : 1 patiente rapporte l'avoir expulsé, et 1 patiente a dû le retirer dans un contexte de vaginose. 2 patientes ont fait retirer leur implant pour cause de mauvaise tolérance. 1 seule patiente a utilisé la pilule du lendemain après un rapport non protégé. Le patch contraceptif et l'anneau vaginal ne sont pas mentionnés ici puisqu'aucune patiente ne les utilise.

Tableau 3 : Influence d'un antécédent d'IVG sur la contraception des femmes de l'étude au moment de la conception (n=51)

Contraception à la conception	Antécédent d'IVG : n (%)		Total	p* valeur
	0	≥ 1		
Aucune	12 (41)	11 (52)	23	0,96
Pilule	9 (30)	7 (33)	16	
Préservatifs	5 (17)	2 (10)	7	
Implant	1 (3)	1 (5)	2	
Pilule du lendemain	1 (3)	-	1	
DIU	1 (3)	-	1	
Non renseignée	1 (3)	-	1	
Total	30 (100)	21 (100)	51	

* Test exact de Fisher

Aucune différence significative n'a été démontrée entre la répartition du type de contraception utilisée au moment de la conception et la présence d'au moins un antécédent d'IVG chez les femmes de l'études ($p=0,73$). Cependant, 41% (n=12) des femmes de l'étude n'ayant jamais réalisé d'IVG auparavant n'avaient aucune contraception au moment de la conception. Seules 2 femmes parmi celles ayant déjà réalisé 2 IVG ou plus n'avait pas de contraception au moment de la conception.

*Tableau 4 : Observance des moyens contraceptifs utilisés par les femmes
contraceptées au moment de la conception (n=26)*

	Nombre de cas n	Pourcentage (%)
<i>Grossesse sous pilule</i>	n = 16	(31)
Utilisation optimale	3	(19)
Utilisation non optimale ⁽¹⁾	11	(69)
Sans précision	2	(12)
<i>Grossesse avec préservatif</i>	n = 7	(14)
Utilisation optimale	5	(71)
Utilisation non optimale ⁽²⁾	2	(28)
<i>Grossesse sous implant</i>	n = 2	(4)
Pose très récente	1	(50)
En place et fonctionnel	1	(50)
<i>Grossesse sous DIU en place</i>	n = 1	(2)

⁽¹⁾ Oublis, vomissements

⁽²⁾ Rupture, retrait

En revanche, on remarque une utilisation non optimale de la contraception orale pour deux tiers des patientes prenant la pilule au moment de la conception, avec entre autres des oublis et des vomissements. 7 grossesses sont survenues alors que le préservatif était utilisé, mais 2 patientes ont décrit une mauvaise utilisation de celui-ci : le préservatif a été retiré avant l'éjaculation chez une patiente avec une déficience intellectuelle, et une patiente a constaté une rupture du préservatif à l'issue du rapport sexuel. **4 grossesses sont survenues dans la période du post-partum** : 1 patiente a arrêté sa pilule pour mauvaise tolérance, 2 patientes avaient des oublis fréquents, et enfin 1 patiente avait une bonne observance. 1 grossesse est survenue juste avant la pose d'un implant.

d. Dépistage des IST

63% (n=27) des patientes ont déjà effectué au moins un dépistage complet des infections sexuellement transmissibles (IST), dont 24 dépistages réalisés après 2021. 37% (n=19) n'ont jamais réalisé de dépistage des IST. 7 patientes de l'étude ont un antécédent d'IST à Chlamydiae, dont 6 anciennes et 1 récente datant de 2022.

e. Frottis cervico-utérin

53% (n=2) des patientes sont âgées de moins de 25 ans, le frottis cervico-utérin (FCU) n'est donc pas indiqué. Parmi les 47% (n=17) âgées de plus de 25 ans, 23% (n=12) ont un FCU ou

un test à Papilloma Virus Humain (HPV) à jour. Le dépistage serait à faire ou à refaire pour 26% (n=13) des patientes.

C. Parcours de soins : la demande d'IVG

Tableau 5 : Éléments relatifs à la consultation demande d'IVG chez les femmes de l'étude (n=51)

	Nombre de cas	Pourcentage (%)	Données au CSV
Adressées par :	n = 51	(100)	
Elles-mêmes	37	(73)	
Autre établissement	11	(21)	
UGO CHU	3	(6)	
Délai d'obtention d'une 1^{ère} CS	n = 37	(73)	
0 j	24	(67)	
1 à 3 j	7	(20)	
4 à 5 j	1	-	
6 à 10 j	3	(8)	
> 10 j	2	(5)	
Délai d'obtention d'une CS si adressées	n = 14	(27)	
0 j	1	(7)	
1 à 3 j	9	(65)	
4 à 5 j	1	(7)	
6 à 10 j	-	-	
> 10 j	3	(21)	
Dosage de l'hCG avant la CS	n = 51	(100)	
Sanguin	7	(14)	
Urinaire	17	(33)	
Aucun	26	(51)	
Terme à l'échographie de datation	n = 51	(100)	
< 8 SA	3	(6)	
8 à 12 SA + 6j	11	(22)	
13 à 13 SA + 6j	13	(25)	
14 à 14 SA + 6 j	15	(29)	
15 à 16 SA	9	(18)	
Entretien pré-IVG avec une CCF	n = 51	(100)	
Oui	25	(49)	
Non	26	(51)	
Contexte de violences	n = 51	(100)	
Oui	19	(37)	
Non	32	(63)	

<i>Éléments pouvant expliquer une CS tardive</i>	n = 51	(100)	
Délai de réflexion	4	(8)	
Doute sur paternité	2	(4)	
Cycles irréguliers/Aménorrhée	3	(6)	
Post-partum	4	(8)	
Déficiência intellectuelle	1	(2)	
Séparation du couple	7	(14)	
Se pensait stérile	2	(4)	
Traumatisme obstétrical	1	(2)	
Non renseigné	27	(52)	
<i>Contraception envisagée en post-abortum</i>	n = 51	(100)	n = 860 (100)⁽¹⁾
DIU	12	(23)	250 (29)
Implant	12	(23)	106 (12)
Pilule	15	(30)	299 (35)
Préservatifs	4	(8)	160 (18)
Stérilisation féminine	3	(6)	14 (2)
Injections	1	(2)	-
Patchs	1	(2)	6 (1)
Aucune, à revoir	2	(4)	-
Non renseignée	1	(2)	-
Autre ⁽²⁾	-	-	25 (3)

⁽¹⁾ Cet effectif correspond au nombre de dossier pour lesquels la contraception envisagée est renseignée

⁽²⁾ Méthodes naturelles, vasectomie, anneau vaginal

a. Provenance des patientes

73% (n=37) des patientes ont directement contacté le CSV, par téléphone ou via Internet. 3 patientes n'ayant pas connaissance de leur grossesse ont consulté pour douleurs pelviennes aux Urgences Gynécologiques et Obstétricales (UGO) du CHU de Nantes avant d'être adressées au CSV. 21% (n= 11) des patientes ont d'abord consulté un CIVG à proximité de leur lieu de résidence avant d'être adressées au CHU de Nantes pour une prise en charge entre 14 et 16 SA. 1 patiente est adressée par Jules Vernes (44), 2 par Ancenis (44), 1 par Challans (85), 2 par Cholet (49), 3 par La-Roche-sur-Yon (85) - 2 provenant d'un établissement public et 1 d'un privé -, et 2 par Châteaubriant (44).

b. Délais d'obtention d'une consultation pré- IVG au Centre Simone Veil

1. Pour une première consultation de demande d'IVG (n=37)

67% (n=24) des patientes ayant contacté directement le CSV du CHU ont pu obtenir leur consultation de demande d'IVG le même jour que l'échographie de datation

sans délai. Pour la totalité de ces patientes, l'échographie de datation et la demande d'IVG ont été réalisées au CHU simultanément. 20% (n=7) des patientes ont eu un délai de 1 à 3 jours entre leur échographie de datation (réalisée en dehors du CHU) et la demande d'IVG, et 8% (n=3) ont eu un délai de 6 à 8 jours. Pour 2 patientes, nous observons un délai supérieur à 10 jours, en l'occurrence de 13 jours et 40 jours. La première patiente s'est finalement séparée d'un conjoint violent. La deuxième patiente était en voyage et son échographie de datation a été faite dans un pays étranger, sans plus de précisions.

2. Dans le cadre d'une réorientation par un autre établissement ou service (n=14)

79% (n=11) des patientes adressées par un autre établissement ou service du CHU ont obtenu une consultation de demande d'IVG dans un délai de 5 jours après l'échographie de datation réalisée dans leur centre, dont 1 patiente qui a obtenu un rendez-vous le jour même, et 5 patientes qui ont obtenu leur rendez-vous au CSV le lendemain. 3 patientes ont eu un délai supérieur à 10 jours : 1 patiente adressée des UGO 10 jours après la datation pour cause de séparation avec le conjoint, 2 patientes consultant respectivement à 14 et 17 jours de la datation d'une grossesse initialement désirée suivie d'une séparation avec le conjoint suite à des violences conjugales et à l'annonce de la grossesse.

Deux tiers des patientes adressées par un autre établissement observent un délai de 1 à 3 jours. **84% (n=43) des patientes de l'étude obtiennent une consultation dans un délai de 5 jours.** Pour les 16% restants, il ne s'agit pas d'un défaut d'accessibilité mais plutôt d'un report de cette consultation pré-IVG du fait d'un délai de réflexion.

Tableau 6 : Influence du lieu de résidence sur l'orientation en consultation pré-IVG (n=51)

Lieu de résidence	Adressées par : ... n (%)			Total	p* valeur
	Elles-mêmes	Autre établissement	Service UGO CHU		
Nantes	15 (41)	1 (9)	2 (67)	18	<0,001
Petite couronne	14 (38)	-	1 (33)	15	
Grande couronne	6 (16)	4 (36)	-	10	
Autre département	2 (5)	6 (55)	-	8	
Total	37 (100)	11 (100)	3 (100)	51	

* Test exact de Fisher

De manière significative ($p < 0,001$), il semblerait que les patientes qui vivent dans un autre département soient plus souvent adressées au CIVG du CHU de Nantes, alors que les patientes résidant aux alentours (Nantes et petite couronne) viennent d'elles-mêmes.

c. Terme à la réalisation de l'échographie de datation

47% (n = 24) des femmes de l'étude, soit près de la moitié, ont découvert leur grossesse après 14 SA, âge gestationnel maximal pour la réalisation d'une IVG avant le mois de mars 2022. La majorité des patientes réalise son échographie de datation entre 14 SA et 14 SA + 6j. 18% (n=9) d'entre elles découvrent la grossesse au cours de la dernière semaine de recours à l'IVG désormais légal en France, soit entre 15 SA et 16 SA. 4 patientes étaient à 16 SA (la mesure échographique du BIP primant sur la détermination du terme échographique, la prise en charge était donc toujours possible pour elles). En revanche, 3 patientes étaient à des âges gestationnels beaucoup moins avancés : 6 SA + 4j, 6 SA + 5j, et 7 SA + 2j.

Nous avons recherché les valeurs des mesures échographiques dans les dossiers. Plus l'âge gestationnel est élevé, plus la longueur crano-caudale (LCC) est difficile à mesurer. Ainsi, pour les patientes de l'étude, les valeurs de LCC vont de 5,75 mm pour une grossesse de 6 SA + 4j, jusqu'à 94 mm pour une grossesse de 15 SA. En revanche, lorsque les âges gestationnels sont moins avancés, la LCC est plus précise que le BIP pour la datation. On retrouve chez les patientes de l'étude, des valeurs de BIP allant de 22 mm pour une grossesse de 12 SA + 4j, jusqu'à 37,6 mm pour une grossesse de 16 SA.

Tableau 7 : Influence d'un antécédent de grossesse et d'IVG sur le terme de découverte échographique chez les femmes de l'étude (n=39)

ATCD d'IVG	Terme à l'échographie de datation en SA n (%)				Total	<i>p* valeur</i>
	< 8	8/13 SA + 6j	14/14 SA + 6j	15/16 SA		
Oui	1 (4)	12 (58)	4 (19)	4 (19)	21 (100)	0,57
Non	2 (6)	12 (40)	11 (37)	5 (17)	30 (100)	-
Parité /Total	3	24	15	9	51	
Nullipare	1 (4)	12 (45)	9 (33)	5 (18)	27 (100)	0,89
Primi-multipare	2 (8)	12 (50)	6 (25)	4 (17)	24 (100)	-
Total	3	24	15	9	51	

* Test exact de Fisher

Nous n'avons pas démontré de différence significative entre le terme de découverte

échographique et l'existence d'un antécédent de grossesse ou d'IVG chez les patientes de l'étude ($p>0,05$). Parmi les femmes qui ont découvert tardivement leur grossesse entre 15 et 16 SA, il y a presque autant de femmes pour qui il s'agissait de la première grossesse, que de femmes qui avaient déjà eu une grossesse auparavant et donc susceptibles d'en reconnaître les premiers symptômes.

d. Entretien psychosocial

51% (n=26) des patientes de l'étude n'ont pas bénéficié d'un entretien avec une conseillère conjugale et familiale. 49% (n=25) des patientes ont toutefois souhaité rencontrer une CCF avant l'intervention, dont 3 patientes mineures pour lesquelles ce temps de discussion est obligatoire.

e. Contexte de violences

A l'interrogatoire, **37% des patientes (n=19) ont confié avoir subi des violences.** 7 femmes rapportent des violences psychologiques, 7 femmes rapportent des violences physiques, 5 femmes rapportent des violences sexuelles dont une femme a fait part de son histoire au sein d'un réseau de prostitution dans le passé. Parmi ces 19 femmes, une a subi des violences obstétricales lors de son accouchement, et souffre de grossophobie au quotidien. 5 femmes n'ont pas souhaité apporter de précision sur les violences subies. **9 d'entre elles, soit la moitié (47%), déclarent l'ex-conjoint ou le conjoint actuel comme l'auteur des violences.** 63% (n= 32) déclarent ne pas avoir été confrontées à un contexte de violence au cours de leur vie.

Tableau 8 : Lien entre contexte de violences et antécédent d'IVG chez les femmes de l'étude (n=51)

ATCD d'IVG	ATCD de violences à l'interrogatoire : ... n (%)		Total	<i>p* valeur</i>
	Non	Oui		
Oui	10 (31)	11 (58)	21	0,062
Non	22 (69)	8 (42)	30	
Total	32 (100)	19 (100)	51	

** Test exact de Fisher*

La répartition des antécédents d'IVG ne semble pas significativement différente qu'il y ait ou non un contexte ou un antécédent de violences ($p=0,062$). En revanche, nous remarquons

que plus de la moitié des femmes de l'étude (58%) qui a subi des violences a au moins un antécédent d'IVG.

f. Éléments pouvant expliquer une consultation tardive

Nous pouvons constater que divers éléments peuvent expliquer un recours plus tardif à l'IVG. Certains sont en rapport avec l'environnement conjugal, comme l'adultère ou la séparation du couple, d'autres sont en lien avec des méconnaissances, comme la grossesse du post-partum, et la fertilité. Pour 27 patientes (52%), aucun élément ne figure dans les dossiers à ce sujet.

g. Contraception envisagée en post-abortum

Toutes les femmes de l'étude, à l'exception d'une femme qui avait un désir de grossesse, ont pu discuter de la contraception lors de cette consultation, et choisir une méthode pour le post-abortum. **47% (n=24) des patientes envisagent d'utiliser des contraceptions de longue durée d'action (DIU et implant)**. 3 femmes ont pensé à la stérilisation féminine.

D. Parcours de soins : la réalisation de l'IVG

Tableau 9 : Items relatifs à la réalisation du geste et au respect du protocole IVG entre 14 et 16 SA (n=51)

	Nombre de cas	Pourcentage (%)	Données au CSV
<i>Terme à la réalisation de l'IVG</i>	n = 51	(100)	
14 SA à 14 SA + 6j	26	(51)	
15 SA à 15 SA + 4j	18	(35)	
15 SA + 5j à 16 SA	7	(14)	
<i>Anesthésie</i>	n = 51	(100)	
Générale	51	(100)	
Locale	-	-	
<i>Pince de Mc Clintock</i>	n = 51	(100)	
Utilisée	40	(78)	
Non utilisée	2	(4)	
Non renseigné	9	(18)	
<i>Antibiotiques</i>	n = 51	(100)	
Oui	7	(14)	
Non	44	(86)	
<i>Utilisation de l'ocytocine</i>	n = 51	(100)	
Oui, selon le protocole	46	(90)	
Oui, hors protocole	3	(6)	
Non	2	(4)	

Durée d'intervention	n = 51	(100)	
< 20 min	20	(39)	
20 à 30 min	25	(49)	
> 30 min	6	(12)	
Quantité des saignements	n = 51	(100)	
≤ 300 mL	46	(90)	
400 mL	3	(6)	
500 mL	2	(4)	
Échographie de vacuité utérine en fin de geste	n = 51	(100)	
Oui	51	(100)	
Non	-	-	
Complications immédiates	n = 51	(100)	n = 918 ⁽²⁾
Hémorragie	-	-	2 (0,2)
Perforation	-	-	0
Rétention	1	(2)	4
Aucune	50	(98)	Échec aspiration : 4
Instauration d'une contraception per ou post-opératoire ⁽¹⁾	n = 21	(41)	n = 1620
Pose DIU per-op	11	(22)	250
Pose implant post-op	10	(19)	106

⁽¹⁾ Chez les patientes ayant choisi ces contraceptions lors de la consultation pré-IVG

⁽²⁾ Nombre d'IVG instrumentales total : sous AG et sous AL

a. Terme à la réalisation de l'IVG

Nous constatons que la moitié de ces IVG est réalisée entre 14 et 14 SA + 6j. En revanche, 14% (n=7) ont lieu entre 15 SA + 5j et 16 SA, proche de la fin du nouveau délai légal.

b. Technique de dilatation/évacuation

Toutes les patientes ont bénéficié d'une anesthésie générale. Après vérification avec les médecins du service, la pince de Mc Clintock a été utilisée pour toutes les IVG au-delà de 14 SA, même si cet item n'était pas renseigné dans 9 dossiers. Pour 2 IVG à 14 SA, elle n'a pas été utilisée. 7 patientes ont reçu un traitement antibiotique pour trois raisons : un prélèvement vaginal (PV) positif à *Chlamydiae*, un PV non fait, ou un PV non technique. L'ocytocine a été utilisée pour 90% (n=46) des patientes selon le protocole du REVHO, et 6% (n=3) n'ont bénéficié que d'une dose unique en début de geste. 2 patientes au terme de 14 SA n'ont pas eu d'ocytocine. **88% des interventions ont duré moins de 30 minutes avec une quantité de saignements inférieure à 300 mL.** Une échographie de vacuité a été réalisée pour toutes les patientes en fin de geste. 1 seule complication immédiate a été retrouvée sur l'ensemble des patientes : 1 rétention ayant nécessité une réaspiration immédiate, avec des suites simples.

Aucune hémorragie ou perforation n'est survenue. 11 DIU ont été posés en fin d'intervention, et 10 implants ont été posés dans les suites de l'intervention.

Notons que 2 patientes ont expulsé (chez elle ou dans leur chambre en gynécologie) entre la prise du *misoprostol* et le passage au bloc opératoire. Elles ont tout de même été prises en charge au bloc opératoire pour une aspiration.

E. Parcours de soins : suivi post-IVG

Tableau 10 : Éléments relatifs au suivi post-IVG chez les femmes de l'étude (n=51)

	Nombre de cas	Pourcentage (%)	Données au CSV
<i>Entretien post-IVG avec CCF</i>	n = 51	(100)	
Oui	2	(4)	
Non	49	(96)	
<i>Visite de contrôle</i>	n = 51	(100)	n = 439⁽²⁾
Honorée au CSV	23	(45)	277 (63)
Non honorée au CSV	23	(45)	162 (37)
Hors CHU	5	(10)	
<i>Contrôle échographique⁽¹⁾</i>	n = 23	(45)	
Oui	15	(29)	
Non	5	(10)	
Non renseigné	3	(6)	
<i>Conclusion de l'examen</i>	n = 23	(45)	n = 1239⁽³⁾
Retour à la normale	18	(38)	
Rétention	4	(10)	175 (14)
Vaginose	1	(3)	

⁽¹⁾ Pour les patientes ayant honoré leur visite de contrôle au CSV

⁽²⁾ Nombre d'IVG réalisées sous AG

⁽³⁾ Nombre de patientes venues à la consultation de contrôle quelle que soit la méthode d'IVG

a. Entretien psychosocial post-IVG

Seules 2 patientes de l'étude ont souhaité revoir une CCF en entretien à la suite de l'IVG. L'une d'elle a expulsé seule en chambre avant le passage au bloc opératoire, et a regretté sa décision après avoir vu l'avancée du développement fœtal. Un suivi régulier a été mis en place à l'UGOMPS. La deuxième patiente a consulté dans un contexte de vécu difficile d'une séparation avec un conjoint violent et d'une décision compliquée.

b. Visite de contrôle post-opératoire

Il y a autant de femmes qui ont honoré leur visite de contrôle prévue au CSV que de femmes qui ne se sont pas présentées à leur visite de contrôle sans avoir informé du motif de leur absence. 4 patientes ont choisi de se rapprocher de leur lieu de résidence et de réaliser leur visite de contrôle au sein de l'établissement qui les avait adressées au CHU.

Tableau 11 : Présence à la visite de contrôle post-IVG selon la provenance des patientes (n=51)

Visite de contrôle	Adressées par : ... n (%)			Total	p* valeur
	Elles-mêmes	Autre établissement	Service UGO CHU		
Honorée au CHU	16 (43)	4 (36)	3 (100)	23	
Non honorée au CHU ⁽¹⁾	20 (54)	2 (18)	-	22	< 0,01
Suivi hors CHU	1 (3)	4 (36)	-	5	
Non prévue	-	1 (10)	-	1	
Total	37 (100)	11 (100)	3 (100)	51	

⁽¹⁾ Patiente pour laquelle un RDV était programmé, qui n'est pas venue et n'a pas justifié son absence

* Test exact de Fisher

Parmi les patientes qui se sont dirigées vers le CHU d'elles-mêmes, la moitié n'a pas honoré sa visite de contrôle post-IVG, dont la date est programmée avant la réalisation de l'IVG. De manière significative ($p < 0,01$), il semblerait que les patientes qui viennent d'elles-mêmes consulter au CSV honorent moins souvent leur visite de contrôle.

c. Complications secondaires

4 patientes ont présenté une rétention utérine lors de l'échographie de vacuité réalisée à la consultation de contrôle. Aucune n'a eu besoin d'une réaspiration au bloc opératoire, et n'a été visualisée à nouveau après le cycle suivant. 15 patientes témoignaient d'un retour à la normale à 21 jours de l'IVG.

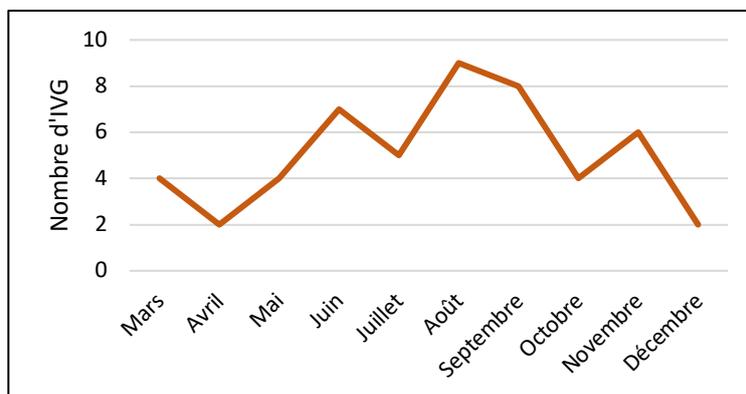
F. Mise en place d'un nouveau protocole : aspects pratiques

a. Nombre d'actes

Nous avons représenté sur la figure 3 le nombre d'IVG pratiqué entre 14 et 16 SA au Centre Simone Veil depuis la nouvelle législation du 2 mars 2022, jusqu'à la fin de la période de notre

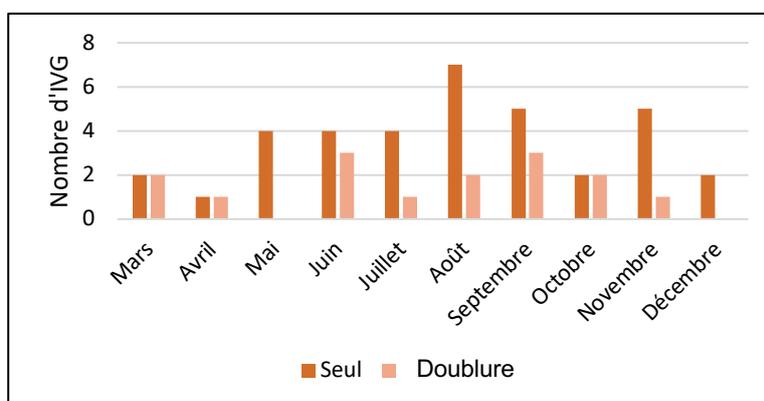
étude, se terminant le 20 décembre 2022. Les IVG pour lesquelles les femmes ont été adressées par des établissements voisins y figurent. Nous remarquons une progression non linéaire de l'activité, avec un pic sur les mois d'août et septembre. Notons que le mois de décembre compte seulement les vingt premiers jours.

Figure 3 : Nombre d'IVG selon le mois de réalisation sur l'année 2022



b. Médecins et doublure

Figure 4 : Intervention seul ou en doublure suivant le mois de réalisation de l'IVG (n=51)



Chaque mois, nous constatons que certains médecins réalisent le geste en doublure avec un médecin des UGO.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

a. Forces

Il s'agit du **tout premier travail de recherche** concernant un sujet innovant : les IVG entre 14 et 16 SA au Centre Simone Veil du CHU de Nantes depuis la nouvelle loi du 2 mars 2022, sujet qui n'avait donc jamais été traité auparavant. Les chiffres initiaux qui ressortent de cette étude participeront à tirer les premiers constats suite à la mise en œuvre rapide de cette loi, et à l'évaluation de cette activité supplémentaire assurée par le CIVG. De plus, le recueil en temps réel a permis l'obtention d'une cohorte satisfaisante de 51 patientes. La double vérification nous permet d'assurer que la cohorte est complète. Le service du CSV porte un réel intérêt à ce travail, notamment par rapport à l'application du nouveau protocole en comparaison à ce qui existait déjà. Les données recueillies lors de ce travail vont contribuer à un travail de thèse sur le même sujet, mais à plus grande échelle, portant sur l'analyse des pratiques des CIVG concernant les IVG entre 14 et 16 SA en Pays de la Loire, ainsi que les caractéristiques des patientes qui avortent entre 14 et 16 SA en Pays de la Loire. Enfin, une relecture exhaustive de tous les dossiers médicaux a été effectuée à la fin de la période de recueil, puis un mois après pour les IVG de la fin d'année, afin de retrouver d'éventuelles complications à distance.

b. Limites

Nous avons pu identifier plusieurs biais dans cette étude :

- Le choix d'une étude rétrospective nous a été imposé par la temporalité : le nouveau texte de loi étant publié le 2 mars 2022, nous n'avions d'autre choix que d'ajouter les patientes qui se présentaient au CIVG à un terme allant de 14 à 16 SA dans la cohorte au fil des mois, sans avoir une idée de l'effectif total final de la cohorte. Au final, nous obtenons une population de 51 femmes, et c'est le Test exact de Fisher qui a été utilisé pour les statistiques, moins puissant qu'un Test du Chi2 réalisé sur de plus grands effectifs.
- Le recueil des données est basé sur les informations qui figurent dans les dossiers informatiques des patientes, renseignées par les praticiens. Un biais de rappel peut apparaître lorsque les femmes ne se souviennent pas de certains éléments antérieurs. Ici, il peut concerner le recueil de leurs antécédents (contraception antérieure, nombre d'IVG antérieures, ...).

- De plus, un biais de déclaration peut apparaître lorsque les patientes occultent ou déforment les informations demandées à l’interrogatoire.
- Enfin, nous pouvons nous poser la question d’un biais d’information quant aux données complétées dans les dossiers des patientes par les praticiens (items non renseignés, items peu développés).

c. Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré deux difficultés majeures lors de ce travail. Premièrement, un problème de traçabilité lors du recueil des patientes dans la cohorte. Nous nous étions initialement basées sur le carnet répertoriant toutes les IVG réalisées entre 14 et 16 SA de façon rétrospective. Nous nous sommes aperçues que certaines patientes avaient été ajoutées en bas de page en cours de recueil, ce qui nous a poussé à vérifier les termes de la totalité des IVG du CSV dans l’agenda des infirmières dans un second temps. Nous y avons retrouvé des patientes ayant réalisé leur IVG entre 14 et 16 SA qui ne figuraient pas dans le carnet. Cet agenda nous a également permis d’ajouter les IVG réalisées au terme de 14 SA. Deuxièmement, chaque histoire de vie est singulière, y compris lorsqu’il s’agit d’IVG. Il a donc été difficile de catégoriser certaines données, comme les contextes de violences, ou les raisons pour lesquelles ces femmes consultaient plus tardivement.

B. Données sociodémographiques

En 2020, 14,9 femmes sur 1000 âgées de 15 à 49 ans ont eu recours à l’IVG en France. Dans la population générale, c’est parmi les femmes âgées de 20 à 29 ans que les IVG sont les plus fréquentes, avec 25,7‰ femmes pour la tranche d’âge de 20 à 24 ans, et 27,1‰ pour celle de 25 à 29 ans (22). **Ce sont également les tranches d’âge des 21-24 ans et des 24-29 ans, à effectifs égaux, qui sont les plus représentées chez les femmes de notre étude** qui avortent entre 14 et 16 SA. Nous retrouvons globalement ces mêmes chiffres pour les patientes du CSV sur l’année 2022, toutes méthodes d’IVG confondues. La grossesse adolescente est une grossesse souvent stigmatisée, alors qu’en proportion, les adolescentes sont celles qui ont le moins de grossesses non prévues (GNP). Une GNP est une grossesse qui survient suite à l’absence ou l’utilisation non optimale d’une contraception alors que la femme ne souhaite pas être enceinte. Les GNP surviennent le plus fréquemment à l’âge de 25 ans. En outre, la chute du taux de recours à l’IVG chez les femmes âgées de moins de 20 ans, initiée en 2014, se poursuit.

Les trois quarts des patientes de l'étude sont des femmes françaises nées en France ou dans les DOM. Les autres patientes sont, pour la plupart, nées en Europe de l'Est ou en Afrique. Presque la moitié des femmes qui avortent entre 14 et 16 SA au CSV sont en couple (41%), ce qui correspond aux données nationales de la littérature qui indiquent un taux de 45% de femmes en couple au moment de l'IVG (21). Les femmes de l'étude n'ont pas de profil socio-professionnel type puisqu'elles sont globalement autant de salariées, d'étudiantes, que de femmes sans emploi. Là aussi, cela nous éloigne de la représentation classique d'une femme mineure et célibataire, qui a recours à l'IVG. Même si cette donnée est difficilement analysable, étant manquante dans une part importante de dossiers, il semblerait que la proportion de femmes salariées soit plus importante dans la population du CSV et dans la population nationale des femmes qui ont recours à l'IVG. Il y aurait donc proportionnellement plus d'étudiantes qui avortent entre 14 et 16 SA. Un communiqué rédigé par la DREES concernant le revenu fiscal et le recours à l'IVG indique que les femmes les plus précaires y auraient plus souvent recours, ce qui ne se vérifie pas dans notre étude puisque 95% des femmes sont affiliées à une CPAM. **Les femmes qui se rendent au CSV pour avorter entre 14 et 16 SA sont proportionnellement plus nombreuses à venir d'un autre département que l'ensemble des patientes du CSV.** Cela s'explique par un nombre plus réduit de centres réalisant les IVG entre 14 et 16 SA depuis la mise en place de la nouvelle loi, par rapport à ceux prenant en charge les IVG aux termes inférieurs à 14 SA. Ainsi, les femmes sont amenées à changer de département, souvent après avoir été adressées par un premier centre qui n'a pas pu les prendre en charge, pour rejoindre un centre qui les prendra en charge au-delà de 14 SA, ce qui peut engendrer un potentiel retard dans la prise en charge.

Il y a presque autant de femmes qui n'avaient aucun enfant à charge (52%) au moment de la demande d'IVG que de femmes qui en avaient au moins un (48%). 56% de l'ensemble des patientes du CSV étaient nullipares, alors que la tendance s'inverse dans les données nationales où 47% des patientes sont nullipares. Concernant les antécédents d'IVG, plus de la moitié des patientes consultait pour une première demande. **38% d'entre elles sont primigestes à la découverte de la grossesse.** Ces chiffres sont semblables pour le CSV dans sa globalité, mais les données nationales portent à 66% les patientes ne présentant aucun antécédent d'IVG.

L'enquête nationale menée par la DREES, à laquelle nous nous référons, a souligné la diversité des profils des femmes ayant recours à l'IVG selon la méthode : si les IVG instrumentales tardives sont davantage le fait de femmes jeunes et étudiantes, les femmes

actives ayant eu plusieurs grossesses, souvent d'origine étrangère et bénéficiant de la couverture maladie universelle (CMU) étaient elles aussi concernées. Finalement, le risque de survenue d'une GNP existe pour toutes les femmes, quels que soient l'âge, l'origine, la situation conjugale et le niveau socio-économique (23).

En comparaison, une thèse datant de 2018, portant sur un état des lieux de la prise en charge des femmes en demande d'IVG entre 12 et 14 SA en Seine-Maritime et Eure (24), a pour but de définir les caractéristiques de ces femmes. Sur 56 patientes, la moyenne d'âge était de 29,5 ans, 91% étaient de nationalité française, 43% étaient célibataires, 46% étaient sans profession et 7% étaient étudiantes. 63% des patientes avaient au moins un enfant à charge lors de l'IVG et 46% consultaient pour leur première IVG.

C. Parcours de soins

a. Accessibilité : la demande d'IVG

87% des patientes qui ont consulté d'elles-mêmes au CSV ont obtenu un rendez-vous dans les 5 jours qui suivent leur échographie de datation, dont 67% ont pu obtenir sans délai, le jour même, la consultation de demande d'IVG et l'échographie de datation. Ces chiffres témoignent bien d'une prise en charge rapide au CSV, et conforme aux orientations nationales. Les femmes résidant dans un autre département ont été plus souvent adressées au CSV par un premier établissement qui n'a pas pu les prendre en charge. **Parmi elles, 79% ont obtenu une consultation dans les 5 jours également.** Les patientes restantes sont celles qui ont eu besoin d'un délai de réflexion, et qui ont parfois même reprogrammé plusieurs fois la consultation. **Aucune difficulté d'accès n'a été observée dans cette cohorte.** 26 IVG ont pu être réalisées entre 14 et 14 SA + 6j, mais 7 IVG ont eu lieu après 15 SA + 5j, soit quelques jours avant le délai légal. Le CSV a su prendre en compte le caractère urgent de la demande et faciliter le parcours de soins et la prise de rendez-vous, notamment avec l'anesthésiste.

b. L'entretien psychosocial : un espace de parole et d'information

En 2022 sur l'ensemble du CSV, 76% des patientes ont souhaité rencontrer une conseillère conjugale et familiale avant la réalisation de leur IVG, quelle que soit la méthode. « *La majorité des patientes majeures adhère au rendez-vous d'entretien avec une CCF proposé au CSV alors qu'il n'est obligatoire que pour les mineures* », peut-on lire dans le rapport d'activité du CSV

(18). Étonnamment, 51% des femmes de l'étude n'ont pas bénéficié de cet entretien. Ces chiffres interrogent : serait-ce fonction de la prise de rendez-vous (internet, téléphone) ? Ou bien de l'urgence de la prise en charge du fait d'âges gestationnels avancés ? Bien qu'il ne soit obligatoire que pour les patientes mineures, cet entretien doit être proposé à toutes les femmes en demande d'IVG, et au moment de la prise de rendez-vous. Le délai de réflexion de 48h suivant un entretien psychosocial a d'ailleurs été supprimé. Il constituait le seul délai encore obligatoire jusque-là en matière d'IVG. En aucun cas cette consultation n'a pour but d'influer sur la décision de la femme d'interrompre ou non sa grossesse (25) (26), qui est la plupart du temps déjà prise. Il s'agit d'un **temps d'information, d'échange et d'écoute**, nécessitant une disponibilité de l'équipe pour s'assurer que la femme a bien connaissance de tous les tenants et aboutissants de la prise en charge. L'objectif est d'accompagner et de conseiller sans nuire ni juger. Il permet également le dépistage des situations de vulnérabilité (violences conjugales, intrafamiliales). Sur le plan psychologique, aucune corrélation entre la réalisation de cet entretien et la prévention de troubles psychologiques après l'IVG n'a été prouvée dans aucune étude de psychologie clinique.

Gardons cependant à l'esprit qu'un espace de parole n'est pas toujours nécessaire pour chaque femme qui souhaite avorter, et qu'elles n'en ont pas toutes besoin. Entre autres, il n'existe pas pour chaque femme d'ambivalence du désir d'enfant.

c. Mise en pratique d'un nouveau protocole instrumental

Visiblement, deux méthodes coexistent toujours en fonction des opérateurs. Certains réalisent les IVG de 14 SA et plus selon le nouveau protocole de dilatation/évacuation, alors que d'autres continuent d'utiliser la technique d'aspiration pour les IVG à 14 SA uniquement, ce qui a été le cas pour deux IVG de notre étude. C'est la présence de l'ocytocine dans le compte-rendu opératoire qui permet de faire la différence. Près de 90% des IVG de l'étude ont duré moins de 30 minutes. Les IVG ayant dépassé 30 minutes sont celles réalisées aux âges gestationnels les plus élevés, pour lesquelles les volumes à évacuer étaient plus importants. 90% des patientes ont saigné 300 mL ou moins, aucune hémorragie n'est survenue dans cette cohorte. Pour l'ensemble des IVG, une échographie de vacuité a été réalisée en fin de geste comme l'indique le protocole du REVHO.

d. Survenue de complications immédiates

Une rétention a été repérée immédiatement après le geste et la femme a donc pu bénéficier d'une réaspiration immédiate. Aucune autre complication n'a été observée par ailleurs. En comparaison, les IVG instrumentales (sous AL et sous AG confondues) sur l'ensemble du CSV comptent quatre rétentions, quatre échecs d'aspiration, et deux hémorragies. Alors que le CNGOF avançait un risque majoré de complications, il semblerait que celui-ci ne soit pas vérifié.

Selon le Dr Faucher, gynécologue-obstétricien, « *effectuée par des professionnels formés, comme le sont les Anglais ou les Hollandais, cette technique n'est pas plus dangereuse qu'une aspiration simple* ». Une étude américaine solide (15), réalisée sur 5 ans révèle que parmi les 3 355 IVG étudiées, le taux de complications était de 5,1% pour les 2 908 IVG par aspiration avant 15 semaines de grossesse contre 2,9% pour les 447 procédures de dilatation et d'évacuation entre 15 et 20 semaines de grossesse. Les complications graves étaient rares et n'ont pas augmenté chez les femmes bénéficiant d'une dilatation puis d'une évacuation. Une étude récente a comparé le taux de complications de 414 IVG réalisées entre 12 et 16 SA selon le terme et la méthode utilisée (27) : l'aspiration endo-utérine, et la dilatation suivie d'une expulsion. Les pertes sanguines supérieures à 500 mL étaient supérieures en cas d'aspiration (5,5%, $p < 0,001$), mais les réaspirations augmentaient pour les expulsions (14,7%, $p < 0,001$). Aucune différence du taux de complications selon le terme pour le groupe des expulsions, mais une augmentation des transfusions entre 14 et 16 SA, étaient observées dans le groupe des aspirations.

e. Suivi des patientes après l'IVG

La visite de contrôle, qui a lieu environ trois semaines après la réalisation de l'IVG, est considérée comme obligatoire et fait partie du parcours de soins de l'IVG en France. Dans notre étude, il arrive que pour des raisons de proximité, certaines femmes assurent cette consultation dans le centre qui les a adressées au CHU initialement. **En revanche, la moitié des patientes n'a pas honoré sa visite de contrôle prévue au CSV** sans motiver son absence. Pourtant, cette visite est nécessaire à la vérification d'absence de complications et pour attester du retour à la normale. En comparaison sur l'ensemble du CSV, seulement 37% des patientes ne l'ont pas honoré. Plus en détail, les visites de contrôle ont été honorées en 2022 au CSV pour 63% des IVG sous AG, 73% des IVG sous AL et 93% des IVG médicamenteuses. Cet écart peut

être expliqué par le fait que les patientes réalisant une IVG médicamenteuse sont informées de la possibilité de l'échec de la méthode et qu'une nouvelle prise en charge est parfois nécessaire, les incitant à venir contrôler plus facilement, alors que les patientes réalisant une IVG sous AG sont rassurées par l'échographie systématique en fin de geste pour s'assurer du succès de l'IVG. Dans notre étude, à trois semaines de l'IVG instrumentale, la grande majorité des patientes observe un retour à la normale, quatre rétentions n'ayant pas nécessité de réaspiration et une vaginose ont été détectées. En comparaison pour l'ensemble des IVG instrumentales, 42 rétentions (24 après AL et 18 après AG) ont été diagnostiquées, dont la plupart n'a pas nécessité de réaspiration. Enfin, notons que le rapport d'activité du CSV de 2021 indique que « *le confinement a permis d'élargir l'offre de soins en proposant cette visite de contrôle en télémedecine* », et qu'une thèse sur le sujet (28) a montré la satisfaction des patientes avec un niveau égal de sécurité de soins. Depuis, cette offre est censée être pérennisée au CSV. En pratique, il est possible d'accéder à la demande de téléconsultation d'une patiente, mais ce n'est pas proposé de façon systématique.

D. Contraception

a. *Recours moindre et abandon d'une contraception*

Au fil des années, il a été observé que les femmes ayant recouru à l'IVG semblent utiliser de moins en moins de méthodes de contraception, du moins en systématique : en 2011 lors de la consultation de demande d'IVG, 36% des femmes déclaraient ne pas utiliser de contraception alors qu'elles sont près de 52% en 2021 (18). A l'échelle mondiale, une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2019 menée dans 36 pays (29) révèle que 2 femmes sur 3 sexuellement actives qui souhaitent retarder ou limiter la survenue d'une grossesse ont cessé de recourir à la contraception notamment par craintes d'effets secondaires, par manque de praticité ou par sous-estimation du risque d'obtenir une grossesse. 85% des femmes qui ont cessé d'utiliser un moyen de contraception ont obtenu une grossesse au cours de la première année. Dans notre étude, 45% des grossesses sont survenues alors que la femme ne prenait aucune contraception. Nous rappelons cependant que 7 grossesses étaient initialement désirées, expliquant l'absence de contraception chez ces femmes. Sur l'ensemble du CSV ce chiffre augmente à 52%.

Aucun contraceptif n'est fiable à 100%. Au regard de l'indice de Pearl (*annexe VII*), qui mesure par le nombre de grossesses survenues sur une année la fiabilité d'une méthode

contraceptive dans l'hypothèse où elle est utilisée de manière optimale, ce sont les méthodes contraceptives dites « LARC » qui sont les plus efficaces, traduit de l'anglais par contraception réversible de longue durée d'action. L'implant et le DIU en font notamment partie. Cependant, il faut bien distinguer l'efficacité théorique de l'efficacité pratique. Par exemple pour une contraception orale, soit la pilule, le risque théorique de survenue d'une grossesse est de 0,3%, alors qu'en pratique il est de 8% (30). L'observance journalière de la femme est primordiale pour assurer l'efficacité contraceptive, mais des événements indépendants de sa volonté peuvent survenir, comme des vomissements ou des diarrhées aiguës. Il est primordial que la femme connaisse la marche à suivre si elle y est confrontée. Le cas échéant, c'est la plupart du temps ce qui expose la femme à un risque de grossesse. On observe également une importante différence pour le préservatif masculin, qui annonce un risque théorique de 2% mais en pratique de 15%. Pour cause, une utilisation non optimale, ou le port discontinu lors d'un rapport sexuel. Là aussi, des événements comme la rupture du préservatif ou son retrait involontaire peuvent survenir, exposant directement la femme à un risque de grossesse (et d'infections sexuellement transmissibles).

Cela signifie également que **55% des femmes de l'étude avaient une contraception au moment de la conception**. La contraception n'évite donc pas systématiquement la survenue d'une grossesse. Elle est nécessaire, mais doit être bien utilisée. 31% ont déclaré prendre la pilule, dont la plupart avec une utilisation non optimale (oublis, vomissements). 14% déclarent avoir utilisé le préservatif mais de manière optimale pour la plupart. En proportion, les grossesses survenues sous DIU ou implant sont rares. On peut légitimement se demander si ces méthodes sont réellement adaptées à ces femmes pour lesquelles l'observance n'est pas optimale, et à leur rythme de vie. En France, 9 femmes sur 10 n'ont pas utilisé la pilule du lendemain, non pas parce qu'elles en ignorent l'existence, mais essentiellement car elles n'y ont pas pensé ou ne pensaient pas risquer d'être enceintes (21). **1 seule patiente de l'étude a eu recours la contraception d'urgence**. Sur l'ensemble des patientes ayant consulté au CSV en 2022, les grossesses sous contraception sont survenues majoritairement sous pilule, puis avec le préservatif, et enfin sous DIU. Au CSV sur l'année 2022, le nombre de grossesses survenues alors qu'un DIU était en place représente 4,3% des demandes d'IVG. Ce taux est en constante augmentation depuis 10 ans, il était de 1,9% en 2012. Cette hausse peut être expliquée par un plus grand recours au DIU. En ce qui concerne les grossesses survenues alors qu'une contraception orale oestroprogestative ou microprogestative était en cours, elles sont beaucoup plus nombreuses mais en forte diminution depuis 10 ans. De 30,2% des demandes d'IVG en 2012, elles sont passées à 22,7% en 2022.

b. Lien entre antécédent d'IVG et couverture contraceptive

Les dernières études de l'INED montrent que les IVG concernent de plus en plus souvent les mêmes femmes plusieurs fois au cours de leur vie. Parmi les femmes ayant recours à l'IVG, la part des femmes ayant eu précédemment deux IVG et plus augmente de 6,8 % en 1990 à 13,6 % en 2011. La proportion de femmes ayant deux IVG et plus augmente également mais reste faible (4,1 %). **Ces IVG itératives peuvent rendre compte de difficultés d'accès à la contraception ou de problèmes dans l'utilisation de certaines méthodes, voire de violences subies.** Dans notre étude, on retrouve au moins un antécédent d'IVG chez 41% des femmes, toutes âgées de plus de 21 ans. En revanche, nous n'avons pas retrouvé de différence significative au niveau du type de contraception utilisé par les femmes suivant la présence ou non d'un antécédent d'IVG. Autrement dit, les femmes qui ont bénéficié d'une attention particulière quant à leur contraception à l'occasion d'une IVG ne sont pas mieux contraceptées, à distance, que celles qui n'ont jamais eu d'IVG. Une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des femmes en matière de contraception après un avortement pourraient, dans certains cas, contribuer à réduire le nombre d'IVG répétées. Dans notre cohorte, nous avons retrouvé une patiente ayant réalisé une IVG après 14 SA au mois de juillet, qui a consulté de nouveau au CSV pour une IVG médicamenteuse vers 7 SA au mois de novembre. A l'issue de sa première IVG, elle avait décidé d'avoir recours aux injections de *Depo Provera*. Sur l'ensemble du CSV en 2022, 54% des patientes présentaient au moins un antécédent d'IVG.

Une enquête multicentrique sur les caractéristiques de 453 femmes ayant eu recours à plusieurs IVG (31) rapporte que les femmes ayant des antécédents d'IVG étaient plus souvent isolées et en situation sociale précaire que les femmes recourant à l'IVG pour la première fois, ce qui ne semble pas être le cas dans notre cohorte. Il y aurait également plus de recours à l'IVG dans les périodes fragiles et de transition (contraceptive, professionnelle, familiale). De plus, une étude comparative anglo-saxonne a étudié la méthode contraceptive choisie par les femmes selon qu'elles présentent ou non un ou plusieurs antécédents d'IVG (32). Son objet était de déterminer si la contraception choisie était influencée par une histoire récente d'IVG et par l'accès immédiat à la contraception après l'IVG. Il en résulte que les femmes qui se sont vues proposer une contraception immédiatement après une IVG sont plus susceptibles de choisir le DIU et l'implant (donc les LARC) que les femmes sans antécédent d'IVG récente. Une autre étude anglo-saxonne prospective (33) a observé l'impact des LARC sur la récurrence d'une IVG dans les deux ans. Les femmes utilisant les LARC avaient des taux de récurrence d'une IVG significativement plus faibles que les femmes utilisant une autre méthode contraceptive.

c. Prévention des GNP en France

La prévention primaire repose principalement sur l'initiation précoce d'une contraception dès le début de la vie sexuelle et selon les choix de la femme. L'utilisation des LARC, évoquée plus haut, est privilégiée pour assurer la meilleure fiabilité possible. Il faut également rester attentifs et vigilants aux femmes qui consultent moins, comme notamment les femmes en situation d'obésité. En effet, elles ont plus souvent recours à l'IVG. Cela s'expliquerait par le fait que la grossophobie est un facteur de non-accès aux soins. Par peur du jugement ou de remarques de la part des professionnels, elles utilisent plus souvent la méthode du retrait ou le préservatif, qui ne nécessitent pas de consultation médicale ni de suivi, mais dont la fiabilité repose principalement sur la bonne observance. Les femmes à risques médico-sociaux de mésusage de la contraception, et les femmes ayant un antécédent de GNP doivent recevoir une attention particulière (23). Enfin, notons que pour améliorer la prévention des GNP, la contraception d'urgence est désormais disponible gratuitement en pharmacie, sans ordonnance et quel que soit l'âge depuis le 1^{er} janvier 2023 (34), et certains préservatifs sont pris en charge à 100% par l'assurance Maladie sur prescription. Depuis 2022, les femmes de moins de 26 ans bénéficient d'une consultation gynécologique de contraception et de prévention annuelle sans avance de frais.

La prévention secondaire et tertiaire repose sur la prescription immédiate d'une contraception dans le post-abortum (et le post-partum) en discussion avec la femme, ce qui permet d'assurer une continuité contraceptive ou bien de l'initier. Ce choix contraceptif doit être co-construit et doit prendre en compte les souhaits des femmes et les éventuels échecs contraceptifs précédents. Il a été prouvé que les femmes adhèrent mieux à leur moyen de contraception lorsqu'elles l'ont choisi. Les sociétés savantes insistent sur l'intérêt des LARC pour prévenir la répétition de l'IVG. La rédaction d'une fiche de recommandation des bonnes pratiques concernant la contraception chez la femme après une IVG par la HAS (35) rappelle que la reprise de la fertilité après une IVG est immédiate et qu'une contraception efficace est donc nécessaire dès la réalisation de l'IVG. Dans l'idéal, le sujet de la contraception doit être abordé lors de la consultation pré-IVG. C'est l'occasion de refaire une information sur toutes les méthodes contraceptives, le dépistage des IST, et de reprendre le parcours contraceptif de la femme. La méthode choisie sera réévaluée à la consultation de contrôle pour s'assurer qu'elle est adaptée pour la femme. Le CNGOF indique que l'insertion immédiate d'un DIU après une IVG instrumentale (le jour même) est « *une procédure peu risquée* », les complications

infectieuses et perforations étant rares dans ce contexte. Aucun mode de contraception ne fait l'objet de contre-indication spécifique liée au contexte post-abortum.

La prévention et l'éducation sont des leviers primordiaux qui ne sont pourtant pas assez développés en France. En outre, certains établissements scolaires ne respectent pas leurs obligations. En effet, la loi stipule qu'une information et une éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, collèges et lycées « à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène » (36). Pourtant, elle reste peu appliquée depuis 20 ans. Une enquête de 2022 réalisée par le collectif féministe *Nous toutes* montre que les répondants ont bénéficié en moyenne de 13% du nombre de séances prévues, soit 2,7 sur les 21 prévues sur la scolarité entière. Des réticences manifestées par certaines familles, et parfois même au sein de la communauté éducative sont observées (4). Plus que jamais, des professionnels du CSV assurent des actions de prévention en santé dans les établissements scolaires à raison de trois animations par semaine de novembre à juin. Lors de la semaine internationale de la contraception et du droit à l'IVG, le CPEF, le Centre de Dépistage en Santé Sexuelle (CEGIDD) et l'École de Sages-Femmes ont pris l'initiative d'organiser, le 28 septembre 2022, une journée d'information sur ce thème aux jeunes ligériens.

d. Contraception post-abortum

La contraception orale arrive en tête de la méthode contraceptive envisagée par les femmes de l'étude (30%), suivie par l'implant (23%) et le DIU (23%). 3 patientes ont envisagé la stérilisation féminine à moyen terme. Sur l'ensemble du CSV, la pilule est également en tête (35%), suivie par le DIU (29%) puis le préservatif (18%). L'implant n'en concerne que 12%. Au final, le DIU a été posé en per-opératoire pour 22% des patientes de l'étude, et 19% ont pu bénéficier de la pose d'un implant après l'intervention. Au CSV, un DIU a été posé pour 15% des patientes après l'intervention, et un implant pour 6% d'entre elles. Comme énoncé plus haut, la moitié des femmes n'ayant pas honoré sa visite de contrôle, **l'introduction d'une contraception doit donc se faire le plus tôt possible, juste après l'intervention ou à la sortie.** Une thèse réalisée au CSV publiée en 2022 (37) révèle que 4 femmes sur 5 sortent du parcours d'IVG avec une contraception médicale : un LARC dans 38% des cas, et un contraceptif oral dans 38% des cas. On observe ainsi **une inversion des situations contraceptives** autour de l'IVG. Une grande part des femmes n'a pas de contraception au moment de l'IVG, ou bien utilise le préservatif ou la pilule, alors que les LARC deviennent majoritaires à l'issue de l'IVG.

Nous pouvons parler de **remédicalisation de la contraception**, qui avait déjà été évoquée dans l'enquête COCON en 2006.

La contraception n'a pas pour but premier d'empêcher une IVG, mais plutôt de permettre aux femmes et aux couples de planifier une grossesse. Contrairement aux idées reçues, l'IVG n'est pas forcément un échec de contraception, et c'est encore plus vrai à des termes tardifs.

E. IVG tardives : circonstances de découverte et contexte

a. Lorsque le parcours de vie influence les choix

Dans certains dossiers, il arrive que la femme ait précisé les raisons de sa venue tardive en consultation. Même si les raisons demeurent inconnues dans la moitié des cas, rappelons qu'une femme qui consulte pour une IVG n'est pas dans l'obligation de justifier sa demande. **Un des motifs qui revient le plus souvent est la séparation du couple (14%)** alors que la grossesse était initialement désirée ou bien acceptée si non prévue. Cette donnée illustre bien le recours plus important à l'IVG par les femmes dans les périodes de transitions sociales et/ou familiales. Toujours concernant le contexte conjugal, 2 patientes ont souhaité, après réflexion, mettre un terme à leur grossesse en raison d'un doute sur la paternité. 4 grossesses sont survenues dans le post-partum, dont une chez une femme qui venait d'arrêter la contraception microprogestative qu'elle tolérait mal. 5 femmes ont découvert leur grossesse tardivement en raison de cycles irréguliers voire d'aménorrhée induite (adénome), ou alors qu'elles se pensaient stériles (SOPK, pré-ménopause). Enfin, une femme ayant subi des violences obstétricales traumatiques a retardé sa prise en charge par peur du corps médical.

Une étude datant de 2014 (38), réalisée au CHU de Bordeaux, compare le profil de 66 patientes ayant eu recours à l'IVG ainsi que les raisons psychosociales des demandes d'IVG, selon deux intervalles de termes : entre 9 et 11 SA, et entre 12 et 14 SA. Il en résulte que les raisons qui motivent les demandes les plus tardives entre 12 et 14 SA sont **un diagnostic plus tardif de la grossesse, et une forte hésitation liée à une ambivalence du désir de grossesse**. Il n'y a pas de différence d'âge, de niveau d'étude, de situation professionnelle, de contraception récente entre les deux groupes. Nous pouvons y lire en conclusion que le recours plus tardif à l'IVG peut être motivé par un désir de grossesse plus fort.

b. Contexte de violences conjugales

Il existe un lien entre le recours à l'IVG et les violences faites aux femmes. Selon une étude canadienne (39), les femmes ayant réalisé une ou plusieurs IVG ont une probabilité trois fois plus élevée d'avoir été victimes de violences conjugales psychologiques, physiques et/ou sexuelles au cours de l'année précédente, par rapport aux femmes n'ayant jamais eu recours à l'IVG. Une étude néo-zélandaise (40), menée auprès de 62 femmes, a rapporté que parmi les femmes qui ont eu une ou plusieurs IVG, 50,8% ont été victimes de violences sexuelles ou physiques au cours de leur vie, 43,3% ont subi des violences physiques et 32,2% des violences sexuelles, dont l'auteur est le partenaire dans 69% des cas. Dans notre étude, avec un échantillon d'effectif comparable (n=51), 58% des femmes qui ont subi des violences ont au moins un antécédent d'IVG, et, dans 47% des cas, l'auteur de ces violences est le partenaire ou l'ex-conjoint.

Si le repérage des violences peut se faire devant la présence de signes cliniques visibles, il est nécessaire de rappeler que la seule possibilité de découvrir les violences est le **dépistage systématique**. D'autant plus que la plupart des femmes accueille très favorablement ce dépistage, qu'elle soit victime ou non de violences (41). Sages-femmes et médecins sont en première ligne pour libérer la parole des femmes et initier un accompagnement adapté. Dans les dossiers étudiés au CSV, la question des violences est systématiquement abordée avec les femmes, mais les traces écrites restent peu développées lorsque les femmes apportent une réponse à cette question. Ce n'est que lorsque la femme accepte de rencontrer une CCF au cours d'un entretien supplémentaire que les traces écrites sont étoffées et permettent de mieux comprendre les contextes.

c. Confrontation : délai de réflexion et délai légal pour l'IVG

Seulement 3 femmes de l'étude ont découvert leur grossesse avant 8 SA et ont avorté après 14 SA. Il est clair qu'il ne s'agit pas ici d'un retard de prise en charge puisque la grossesse était connue plus d'un mois et demi avant la réalisation de l'IVG. L'une de ces patientes avait d'ailleurs consulté initialement pour formuler une demande d'IVG médicamenteuse puisque le terme l'y autorisait. En se basant sur le terme à l'échographie de datation, la moitié des femmes a découvert sa grossesse avant 14 SA. Pourtant, certaines ont avorté quelques jours avant le délai, alors que la grossesse était connue depuis près de deux semaines. Nous verrons plus loin que les femmes n'ont rencontré aucun problème d'accessibilité et que les réorientations

nécessaires ont été faites rapidement. Ici, **c'est bien le délai de réflexion qui est en cause, témoignant de la difficulté et du temps nécessaire à prendre une décision.**

Cela signifie également que la moitié des femmes de l'étude a découvert sa grossesse après 14 SA, terme auquel elle n'aurait pas pu être prise en charge en France quelques mois auparavant. **En 2022, l'allongement du délai a donc permis la prise en charge de 24 patientes supplémentaires au CSV** du CHU de Nantes. 9 femmes ont toutefois découvert leur grossesse dans la dernière semaine du délai désormais légal pour avoir recours à l'IVG. Quel que soit le délai légal de recours à l'IVG, il y aura toujours des femmes qui découvriront une grossesse non prévue au-delà de celui-ci.

d. Et lorsqu'il est trop tard en France ...

Le système de soins français n'offre pas de réponse adaptée aux femmes ayant dépassé le délai légal (4). En 2018, le CCNE estime qu'entre 1500 et 2000 femmes se rendent en Angleterre ou aux Pays-Bas pour accéder à l'avortement. Ce nombre est sans doute sous-estimé. Une étude récente datant de 2020 (42) et réalisée sur 5 ans a analysé les obstacles à l'avortement légal et les déplacements pour avorter. Par exemple en 2017, 3495 femmes non néerlandaises ont demandé des soins d'avortement au Pays-Bas, dont la majorité voyageant depuis la France, l'Allemagne et la Belgique. Sur 204 femmes qui ont souhaité répondre au questionnaire quantitatif, 23% venaient de France. Les 204 femmes avaient majoritairement entre 18 et 24 ans, n'avaient pas d'enfant à charge (61%), vivaient en couple ou étaient célibataires à part égale, travaillaient (57%) ou étaient étudiantes (25%), avaient un revenu constant (39%) ou irrégulier (27%). Pour 50% des grossesses, l'âge gestationnel était compris entre 14 et 19 SA + 6j au moment de la confirmation de grossesse. 74% des femmes étaient entre 14 et 19 SA + 6j lorsqu'elles se présentaient pour les premiers soins en clinique d'avortement. Les raisons auto-déclarées ayant motivé leur déplacement transfrontalier étaient sans appel : 79% déclaraient que le délai légal en vigueur dans leur pays était dépassé. Des entretiens qualitatifs ont été réalisés, notamment avec 13 patientes venant de France. 10 d'entre elles avaient dépassé le délai légal pour avoir recours à l'IVG sur place lors de la découverte de leur grossesse. Elles expliquaient ne pas s'être aperçues de la grossesse en raison de règles irrégulières, de circonstances de vie pénibles, d'absence de signes de grossesse clairs, ou encore d'informations erronées ou mal comprises sur la contraception. Elles se sont toutes déclarées choquées à la découverte de la grossesse, et d'autant plus en apprenant que le délai légal en France était dépassé. 1 patiente a découvert sa grossesse dans les limites d'âge gestationnel mais a été retardée dans sa recherche de praticien par certains obstacles : accès difficile aux informations

sur l'IVG, rareté des praticiens dans sa région. Il est notifié que les patientes d'Italie et d'Allemagne avaient plus de difficultés sur l'accès aux informations sur l'IVG que celles vivants en France. Enfin, 2 patientes françaises ont signalé que l'âge gestationnel avait été mal calculé par les professionnels de santé. Elles pensaient disposer de plus de temps pour réfléchir aux options concernant la grossesse en cours, et avoir la possibilité de recourir à l'IVG en France dans les délais. Au total, il a été établi que la nécessité de se déplacer pour rechercher des services de santé accroît les inégalités d'accès existantes compte-tenu du coût, du temps et des problèmes logistiques que cela engendre.

Lorsque le terme légal est dépassé, il n'est plus question pour une femme d'avoir le choix d'avoir recours à l'IVG. Il est possible de demander une IMG dont l'accord revient aux médecins. L'unique motif valable pour interrompre une grossesse est alors l'existence d'un péril grave pour la santé de la femme, selon la loi. En général, l'état de santé de la femme ne se limite pas à la dimension médicale, puisqu'elle est la plupart du temps normale, mais inclut également la dimension psychologique et sociale. La demande d'IMG est soumise à une équipe pluridisciplinaire associant un médecin spécialiste de l'affection, un obstétricien membre d'un CPDPN, un psychologue ou assistant social qualifié ainsi qu'un médecin choisi par la femme. Un psychiatre juge la gravité de la menace qu'induirait la poursuite de la grossesse sur l'état mental de la femme, et son avis permettra au médecin d'organiser l'IMG. **C'est une procédure longue, dont l'issue est aléatoire et non certaine** (43). Le terme de « détresse psychosociale » n'est qu'un glissement de l'interprétation du terme légal « péril grave pour la santé de la femme », choisi pour prendre en charge plus facilement les femmes ayant dépassé le délai. Il n'est cependant pas inscrit dans la loi française, et demeure vague et imprécis. Le CNGOF déclare dans un communiqué en 2019 : « *l'IMG psychosociale est actuellement mal connue dans les services de gynécologie-obstétrique. Elle concerne des femmes en situation de danger personnel, de violences, de difficultés psychologiques majeures ou d'extrême précarité, rendant impossible la poursuite de leur grossesse alors même qu'elles dépassent le délai légal de l'IVG de 14 SA* » (44).

F. Axes d'amélioration : principaux freins impactant l'accès à l'IVG

a. Droits versus accès

Selon la loi du 2 mars 2022, l'allongement du délai de 14 à 16 SA de l'IVG ne précise pas les modalités médicamenteuses ou instrumentales de celle-ci. Pourtant, dans le cadre de notre

étude, aucune patiente n'a bénéficié de la méthode médicamenteuse, alors que le choix devrait être possible, après une information sur les avantages et inconvénients des deux procédures. Il s'agit d'un choix stratégique de la part de certains centres, impliquant une logistique et une disponibilité de personnel formé. Nous pouvons lire dans un communiqué du CNGOF que « *plus l'IVG est réalisée tard, plus elle implique un nombre important de soins, complexifie sa prise en charge et limite le choix de la méthode* ». Les recommandations pour la pratique clinique publiées par la HAS (45) en 2021 rappellent que la méthode médicamenteuse peut être proposée jusqu'à 9 SA en ville ou en établissement de santé. Les IVG sont généralement instrumentales une fois passé ce terme. Si elle n'est généralement plus proposée après 9 SA, il est logique que l'IVG médicamenteuse ne soit pas proposée non plus après 14 SA. C'est un parti pris au CHU de Nantes (et dans d'autres centres), qui implique directement la question de la bienveillance de faire vivre à une patiente une IVG médicamenteuse à des termes aussi avancés. Une revue de la littérature datant de 2022 (46) indique que l'efficacité de la méthode médicamenteuse est supérieure à 95% lorsque les protocoles sont adaptés en fonction de l'âge gestationnel. Une dose de 200 mg de *mifépristone* est suffisante, suivie de la prise de 800 µg de *misoprostol* par voie orale ou sublinguale. Ensuite, 400 µg sont administrés toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion. Un protocole antalgique et la prévention de troubles digestifs éventuels sont mis en place classiquement. Il est primordial de pouvoir laisser le choix de la méthode à la patiente, même si nous pouvons émettre certaines réserves sur le vécu de l'expulsion à des termes plus tardifs, au vu du développement fœtal avancé.

b. Une réticence des praticiens à réaliser les IVG tardives

Une enquête réalisée par le CNGOF en octobre 2020 a permis de recueillir l'avis de 783 médecins dont 542 pratiquent des IVG. 72% des gynécologues-obstétriciens interrogés se déclarent défavorables à l'allongement du délai légal de l'IVG à 16 SA, mais 37,3% les réaliseraient malgré tout si la loi était votée. Parmi ceux-ci, 39% favoriseraient l'IVG médicamenteuse. Par ailleurs, 77,2% des médecins, parmi les 542 qui pratiquent les IVG, réalisent des IVG entre 10 et 12 semaines. Comment faire accepter la pratique des IVG à la société si même certains professionnels sont réticents ? Il est compréhensible que cette pratique n'attire que peu de professionnels, sachant que la cotation est la même pour une IVG à 10 SA qu'à 16 SA, alors que le geste est différent, peu connu, et nécessite une formation supplémentaire. De plus, certains avancent que l'allongement du délai n'est pas une solution aux problématiques d'accès, considérant que 5% des IVG ont été réalisés dans les deux dernières semaines du délai jusque-là légal de 14 SA (2).

c. Reconsidérer l'activité d'IVG

La réhabilitation de l'acte d'IVG comme un soin prioritaire dans notre système de santé est urgente et nécessaire. L'activité d'IVG est déconsidérée au sein de la communauté médicale, et délaissée par le système de soins hospitalier (2). Les centres privés ferment car l'IVG coûte plus cher que ce qu'elle rapporte. Peu valorisée sur le plan tarifaire et relativement déconsidérée dans la pratique de gynécologie-obstétrique, l'IVG n'est pas identifiée comme activité prioritaire dans les besoins de recrutement des établissements. Pourtant, le principe indiquant qu'une offre d'orthogénie doit être proposée par tous les établissements dotés d'un service de gynécologie ou de chirurgie, est inégalement respecté sur le territoire (14). Il existe également une interdiction pour tout établissement disposant d'un service de gynécologie ou de chirurgie de refuser de pratiquer une IVG (47). Selon le CNGOF, le tarif d'une aspiration pour fausse couche est supérieur à celui pratiqué pour une IVG par aspiration, ce qui induit parfois certaines dérives pour bénéficier d'une rémunération plus avantageuse de l'acte. Le CNGOF propose une revalorisation tarifaire des actes liés à l'IVG, ou bien que des crédits de missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) soient mobilisés pour financer cette activité. Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes propose la suppression de la forfaitisation de l'IVG.

d. Clauses de conscience : que dit la loi ?

Il existe une clause de conscience spécifique à l'IVG, qui a initialement servi de compromis ayant contribué à la dépénalisation de l'IVG en 1975, telle une concession aux plus réticents. Une clause de conscience générale existe déjà dans les codes de déontologie des professionnels de santé, leur permettant de ne pas accomplir un acte contraire à leurs convictions (y compris l'IVG). Le CNGOF, le SYNGOF et le CCNE sont en faveur du maintien de cette clause spécifique, soulignant « *la singularité de l'acte médical que représente l'IVG* », alors que l'ANCIC et le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes sont contre, avançant le fait que « *l'IVG est un acte médical comme un autre* » et que cette mesure pourrait participer à une « *meilleure acceptation sociale de l'IVG* ». Il convient de ne plus l'isoler dans un cadre médical distinct des autres actes de la médecine sexuelle et reproductive. Lorsqu'un praticien fait valoir sa clause de conscience et refuse de pratiquer l'IVG, il doit informer la femme sans délai et se trouve dans l'obligation de l'orienter vers un autre praticien qui pourra la prendre en charge. Un problème se pose lorsque tous les praticiens d'un établissement font valoir leur clause de conscience. Dans certaines régions isolées, ce droit de refus peut parfois rendre l'accès à

l'avortement difficile. L'hôpital de Bailleul dans la Sarthe en est un bon exemple. De janvier à octobre 2019, aucune IVG n'y étaient réalisées car trois gynécologues sur quatre invoquaient leur clause de conscience. Les femmes étaient alors contraintes de parcourir 45 km pour être prises en charge dans un autre établissement (48). Certains médecins opposés à sa suppression redoutent d'être contraints d'effectuer cet acte contre leur gré, alors que dans les faits, la clause de conscience générale peut s'appliquer à n'importe quel soin y compris l'IVG. Des sénateurs socialistes ont déposé en 2018 une proposition de loi pour la suppression de la clause de conscience relative à l'IVG, avançant une portée symbolique forte : « *la clause de conscience de l'IVG est un doublon dont la seule finalité est de culpabiliser et de dissuader les femmes. La supprimer adresse aux adversaires de l'IVG et à la société un message fort : le corps des femmes leur appartient* ». Nous observons parfois une clause de conscience incomplète, lorsque certains professionnels décident de ne plus réaliser d'IVG à partir d'un certain terme. Selon une étude de la DREES, les IVG tardives réalisées entre 12 et 14 SA représentaient 5% des IVG pratiquées en 2017. Le Conseil National de L'Ordre des Sages-Femmes rappelle que 13% des établissements publics n'ont pas réalisé d'IVG tardives en 2018, soit pas moins de 45 hôpitaux, ce chiffre augmente à 30% en ce qui concerne le secteur privé. L'IVG n'est donc pas partout un droit réel tel que le garantit la loi.

Rappelons que, pendant 21 ans suivant le vote de la loi Veil, les médecins français ont fait le serment de ne pas réaliser d'IVG. La mention « *je ne remettrai à aucune femme de pessaire abortif* », interdisant aux médecins de pratiquer un avortement, n'a été retirée du serment d'Hippocrate qu'en 1996.

e. Faciliter l'orientation vers les professionnels

Pour améliorer l'accès à l'IVG, certaines mesures ont été prises à l'heure actuelle. En effet, le tiers payant concerne désormais l'intégralité des frais relatifs à l'IVG. L'IVG est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Les examens complémentaires tels que l'échographie et le bilan sanguin sont également entièrement remboursés. Tout dépassement d'honoraires dans le cadre de l'IVG est interdit.

En France aujourd'hui, il n'existe aucune liste qui recense les établissements qui prennent en charge au-delà de 14 SA (et par extension 16 SA). A l'avenir, la création d'un répertoire regroupant les professionnels et les structures qui pratiquent l'IVG, sous réserve de leur accord, est envisagée par les agences régionales de santé (ARS). Un tel répertoire éviterait aux femmes

d'être réadressées par un établissement qui ne les prendra pas en charge, et permettrait de réduire les délais dans leur parcours de soins. Les patientes réadressées par les établissements voisins ont une perte de chance, c'est d'autant plus vrai pour les délais limites qui sont pris en charge en urgence dans une ville différente. Des données récentes dans le cadre d'une thèse en cours de rédaction indiquent que dans la région des Pays de la Loire, 6 centres sur 16 pratiquent les IVG entre 14 et 16 SA au 1^{er} janvier 2023. Un centre rapporte un délai d'attente important pour recevoir du matériel spécifique à la réalisation du nouveau protocole.

V. CONCLUSION

L'accès précoce à l'IVG est nécessaire mais n'apparaît pas suffisant actuellement pour répondre aux besoins des femmes, en témoignent les voyages transfrontaliers réguliers pour avorter. L'ensemble des mesures qui ont d'ores et déjà été prises, et notamment l'ouverture des compétences des sages-femmes en matière d'IVG, vont dans le sens de l'amélioration de l'offre de soins, mais cette amélioration ne doit pas être remise en cause du fait de la fermeture des structures qui proposent une activité d'IVG.

En réponse à l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG, le CHU de Nantes a su s'adapter en peu de temps aux nouveaux décrets dans le cadre de sa mission de service public. Malgré une mise en œuvre rapide, l'accueil des femmes a pu être fait dans le respect des recommandations de la HAS, en garantissant une qualité et une sécurité des soins, qui passe avant tout par une bonne technicité. L'absence d'événements indésirables graves sur l'année 2022 témoigne d'une méthode sûre et ne semble pas aller dans le sens des professionnels les plus réticents, avançant un risque médical majoré comme obstacle à l'allongement du délai. La prise en charge contraceptive des femmes à la suite de leur IVG est également un élément très positif avec un fort taux d'instauration d'une contraception à longue durée d'action dans les suites de l'intervention, et avant le retour à domicile. En revanche, l'accès à un entretien psychosocial reste à améliorer, en renforçant l'équipe de Conseillères Conjugales et Familiales, ou en créant un poste de psychologue affilié au service. La formation des professionnels à l'IVG tardive en France pourrait être bénéfique dans d'autres applications, notamment la réalisation d'IMG précoces dans le cadre de syndromes poly-malformatifs par exemple, pour laquelle la femme n'aurait pas à expulser par voie basse en salle de naissance, dans l'optique d'une prise en charge toujours plus bienveillante.

Les femmes qui avortent entre 14 et 16 SA ne sont pas différentes sur le plan socio-économique de l'ensemble des femmes qui ont recours à l'IVG en France. De mars à décembre 2022, les IVG entre 14 et 16 SA ont représenté 3,15% des IVG réalisées au CSV. Contrairement à ce qu'avancait le CNGOF dans son communiqué défavorable à l'allongement du délai légal, les IVG tardives ne sont pas dues à une problématique de délai d'accès aux soins, mais bien souvent à un diagnostic tardif de la grossesse, ou, lorsqu'elle était connue, à un changement de situation conjugale alors que la grossesse était initialement désirée.

En France, l'avortement est certes une liberté, mais surtout un droit établi par loi, dont disposent les femmes. L'accès à ce droit ne peut, pour autant, pas être complètement garanti du fait de difficultés d'accès. L'existence d'un délai au-delà duquel une IVG n'est plus possible sur simple demande de la femme en est la preuve. La question de la nécessité d'un délai légal se pose légitimement. Le Canada est le seul pays dans le monde pour lequel l'avortement a été retiré du Code de procédure pénal, ce qui signifie que plus aucune loi n'y restreint l'avortement depuis presque quarante ans. Force est de constater qu'au Canada, où l'avortement est donc légal tout au long de la grossesse, des données de 2020 (49) montrent que 86,8% des IVG sont pratiquées avant le terme de 14 SA. Seulement 1,26% des IVG ont lieu après 22 SA. L'exemple du Canada laisse penser que l'IVG pourrait être pratiquée de façon sûre et éthique en l'absence de loi pénale.

L'enjeu de la constitutionnalisation de l'IVG pourrait être la voie pour garantir ce droit maintenant et dans le futur. Mais le chemin est encore long : selon la commission des lois du Sénat, l'inscription d'un droit constitutionnel à l'avortement n'est pas justifiée par la situation rencontrée en France. Déposée à l'Assemblée Nationale le 7 octobre 2022, la proposition de loi constitutionnelle (51) visant à protéger et à garantir le droit fondamental à l'IVG et à la contraception est actuellement en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale.

*« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique,
économique ou religieuse pour que les droits des femmes
soient remis en question.
Ces droits ne sont jamais acquis.
Vous devrez rester vigilantes votre vie durant. »*

Simone de Beauvoir, *Le Deuxième Sexe*, 1949.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété : Population & Sociétés. 1 janv 2015; n° 518(1):1-4.
2. Battistel M, Muschotti C. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Assemblée nationale. Le 16 septembre 2020. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur : https://www.assembleenationale.fr/dyn/15/rapports/egal/15b3343_rapport-information
3. GNGOF. Réponse à la proposition de loi IVG. 2020. [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur : <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2020/10/Re%CC%81ponse-a%CC%80-la-proposition-de-loi-IVG-2020.pdf>
4. Deroche C, Rossignol L. Commissions des Affaires Sociales. Proposition de loi : renforcer le droit à l'avortement. [Internet]. Sénat. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur : https://www.senat.fr/lessentiel/pp120-023_1.pdf
5. Texte adopté n° 433 - Résolution réaffirmant le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse en France et en Europe [Internet]. Assemblée Nationale. 26 novembre 2014. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0433.asp>
6. Proposition de loi constitutionnelle n°15 visant à protéger le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Assemblée nationale. 6 juillet 2022. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/16b0015_proposition-loi
7. Pour une pleine compétence orthogénique des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 18 janvier 2021. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/pour-une-pleine-competence-orthogenique-des-sages-femmes/>
8. Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes. 2021-1934 déc 30, 2021.
9. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 26 mars 2021. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
10. Communiqué de presse : IVG instrumentales, une expérimentation est lancée en établissement de santé pour leur réalisation par les sages-femmes. Direction Générale de l'Offre de Soins. [Internet]. 1^{er} septembre 2022. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_dgos_ivg_instrumentales_une_experimentation_est_lancee_en_etablissement_de_sante_pour_leur_realisation_par_les_sages-femmes.pdf

11. Loi n° 2022-295 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. Gaillot A. vie-publique.fr. 2 mars 2022 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/loi/276586-loi-2-mars-2022-renforcer-droit-avortement-delai-porte-14-semaines>
12. Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. [Internet]. 28 septembre 2001. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432832.htm>
13. GIRAUD F. Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 31 janvier 2001. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l00-210/l00-2100.html>
14. Comité Consultatif National d'Éthique. Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse. [Internet]. 2 octobre 2020. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-saisine%20IVG%20-%20R%C3%A9sum%C3%A9%20-%2008.12.20.pdf>
15. Jacot F, Poulin C, Bilodeau A, et al. A five-year experience with second-trimester induced abortions : no increase in complication rate as compared to the first trimester. Journal américain d'obstétrique et gynécologie. 1 février 1993;168(2):633-7.
16. CNGOF. L'allongement du délai est une mauvaise réponse aux problèmes d'accessibilité et de réalisation de l'IVG en France. [Internet]. Communiqué de presse du 25 février 2022. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/referentiels/IVG/Allongement-delai-IVG-28-02-22.pdf>
17. Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse. Comité Consultatif National d'Éthique [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/node/386>
18. VIGOUREUX S, BAZIN T. Rapport d'activité du CIVG au CHU de Nantes, Année 2021.
19. Cordier S. IVG : pourquoi la loi qui a allongé le délai légal pour avorter est difficilement appliquée. Le Monde. [Internet]. 17 novembre 2022 [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/11/17/ivg-la-difficile-application-de-l-allongement-des-delais-entre-clause-de-conscience-des-medecins-et-manque-de-centres-de-prise-en-charge_6150230_3224.html
20. Article 34 - LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Légifrance [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045133813
21. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des Affaires Sociales. 2011;(1):116-47.
22. L'IVG : délais et consultations préalables [Internet]. Ameli. 16 mars 2022. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/ivg/ivg-france>
23. LINET T. IVG et sages-femmes. janvier 2023.

24. Gerbron É. État des lieux de la prise en charge des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée en Seine-Maritime et dans l'Eure en 2018. Thèse pour le Doctorat en Médecine. Université de Rouen. 2019.
25. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. Journal de Gynécologie et d'Obstétrique. 1 décembre 2016; 45(10):1552-67.
26. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : L'interruption volontaire de grossesse [Internet]. 2016 [cité 5 déc 2022]. Disponible sur : http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2016/RPC_2016_IVG.pdf
27. Gottardi E, Renaudin B, Ville Y. Complications des interruptions de grossesse de 12 à 16 SA : comparaison en fonction du terme et de la méthode utilisée. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie n°50. (519-526). 2022. [cité 24 nov 2022].
28. Seguin C. IVG médicamenteuse à domicile : étude comparative observationnelle entre un suivi présentiel et suivi téléphonique. Thèse pour le Diplôme de Doctorat en Médecine. Université de Nantes; 2021.
29. Keenan L. Selon une nouvelle étude de l'OMS, le nombre élevé de grossesses non désirées est lié au manque de services de planification familiale [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 25 octobre 2019. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
30. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. Ameli. 12 juillet 2022. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/santel/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
31. Opatowski M, Bardy F, David P, et al. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG. Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie. 1 janvier 2017; 45(1):22-7.
32. Madden T, Secura G, Allsworth J, et al. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. Contraception. décembre 2011; 84(6):571-7.
33. Rose S, Lawton B. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. Journal américain de Gynécologie et d'Obstétrique. janvier 2012; 206(1):37.e1-6.
34. La « pilule du lendemain » est prise en charge à 100 % sans ordonnance [Internet]. Direction de l'information légale et administrative. Service Public. 9 février 2023 [cité 8 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16291>
35. Eric D. Recommander les bonnes pratiques : contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. Haute Autorité de Santé. 24 avril 2013, mis à jour en juillet 2019.
36. Article L312-16 du Code de l'éducation - Éducation à la santé et à la sexualité. Légifrance [Internet]. 26 août 2021. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032400741

37. Leroyer E. Contraception autour de l'interruption volontaire de grossesse et caractéristiques socio-démographiques des femmes : une étude descriptive rétrospective de 904 patientes au centre Simone Veil de Nantes. Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine. Université de Nantes. 2022.
38. Dufossé M. Raisons psychosociales des demandes d'IVG entre 12 et 14 SA et profil des patientes : résultats d'une étude prospective comparative entre les demandes d'IVG entre 9 et 11 SA vs entre 12 et 14 SA, menée au CHU de Bordeaux sur 1 an. Thèse d'exercice. Université de Bordeaux. 2014.
39. Bourassa D, Bérubé J. The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *Journal américain de Gynécologie et d'Obstétrique*. mai 2007; 29(5):415-23.
40. Whitehead A, Fanslow J. Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. *Journal américain de Gynécologie et d'Obstétrique*. 2005; 45(4):321-4.
41. Mathilde D. Violences faites aux femmes en maternité : entre respect de l'autonomie et bienfaisance : quels parcours de prise en charge ? Mémoire pour le Master Recherche en éthique médicale. Université René Descartes Paris V.
42. De Zordo S, Zanini G, Mishtal J et al. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. *Journal américain de Gynécologie et d'Obstétrique*. 2021; 128(5):838-45.
43. Que faire en cas de dépassement du délai légal d'IVG ? [Internet]. Le planning familial. 8 juillet 2022. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.planning-familial.org/fr/que-faire-en-cas-de-depassement-du-delai-legal-divg-1676>
44. CNGOF. IMG psycho-sociale. [Internet]. 2019. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/actualites/677-img-psycho-sociale-position-du-cngof>
45. Recommandations pour la pratique clinique : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. Haute Autorité de Santé. 11 mars 2021 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
46. Bettahar K, Koch A, Deruelle P. Interruption volontaire de grossesse entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée : place de la technique médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*. 1er novembre 2022; 50(11):735-40.
47. Article R2212-4 du Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 mars 2023]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020602207
48. IVG : qu'est-ce que la clause de conscience ? [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/ivg-quest-ce-que-la-clause-de-conscience_3638273.html
49. La coalition pour le droit à l'avortement au Canada. Statistiques actuelles. [Internet]. 1^{er} avril

2022. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.arcc-cdac.ca/media/2020/06/Statistiques-actuelles.pdf>

50. Collège Français d'échographie fœtale. Tableau du BIP. [cité 6 déc 2022]. Disponible sur : <https://www.cfef.org/archives/communication/biometrie2000/tableau.html>

51. Texte de loi n°293. Proposition de loi constitutionnelle visant à protéger et à garantir le droit fondamental à l'IVG et à la contraception. Assemblée Nationale. 7 octobre 2022. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0293_proposition-loi#

Ressources non citées :

- Simone, le voyage du siècle. Réalisateur : DAHAN O. Marvelous Production. 2022.
- Robert A. Complications des IVG : 230 complications recensées au centre d'Orthogénie de Nantes entre 1997 et 2000. Mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme. Université de Nantes. 2002.
- Faucher P. Une sur trois. Édition Robert Laffont. Avril 2021.
- Linet T, Hassoun D, Faucher P. La contraception. Édition Vuibert. 2019.
- Kerforn C. Formation orthogénie. Cours dispensé à l'École de Sages-Femmes. 2023.
- Podcast « Je suis une sur trois », par Culot Créative pour REVHO, 2021.

ANNEXES

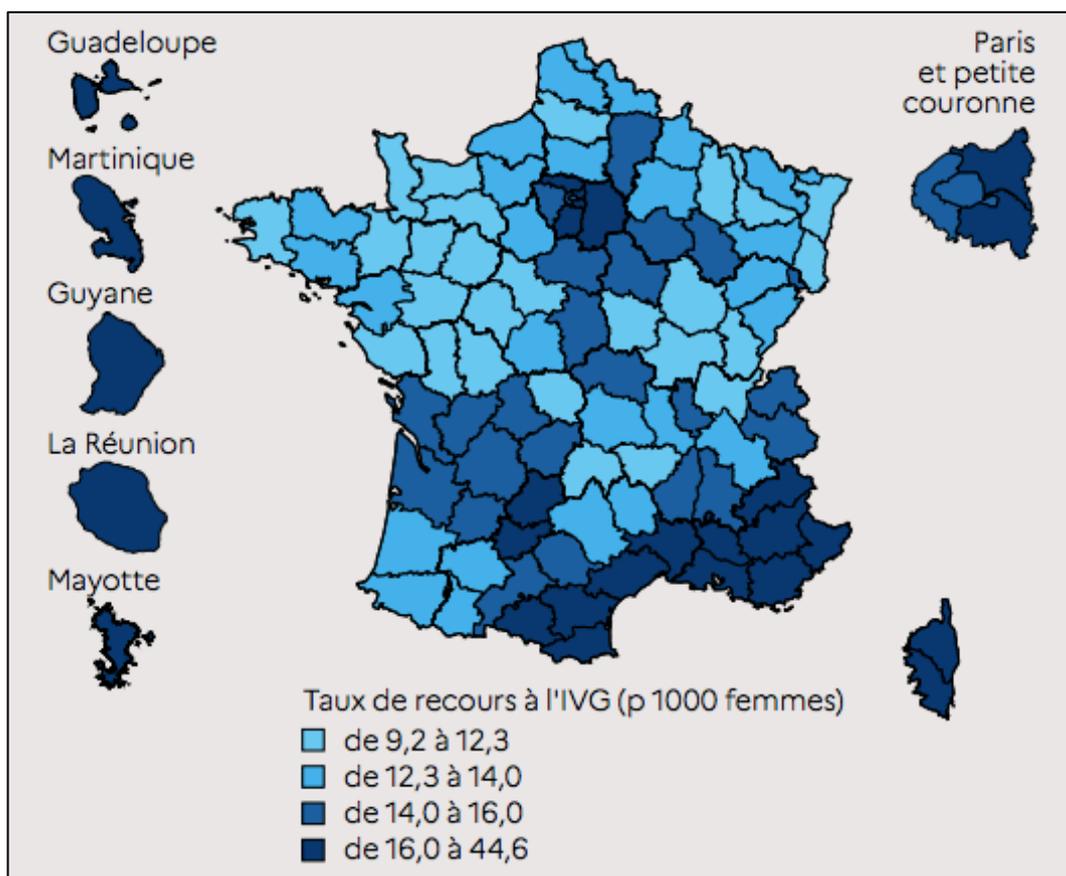
- Annexe I : Évolution du nombre d'IVG et des indices annuels depuis 1976 en France métropolitaine
- Annexe II : Taux de recours à l'IVG en 2021 (pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)
- Annexe III : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 2014 à 2021
- Annexe IV : IVG selon la région de résidence en 2021
- Annexe V : Extrait du tableau de mesure du diamètre bi-pariétal (BIP) selon le terme
- Annexe VI : Protocole IVG 14-16 SA publié par le REVHO
- Annexe VII : Indice de Pearl des différents moyens de contraception
- Annexe VIII : Part des IVG réalisées hors département de résidence en 2019
- Annexe IX : Tranche de délais régionaux d'IVG entre la demande d'IVG et la réalisation de l'acte en 2019

Annexe I : Évolution du nombre d'IVG et des indices annuels depuis 1976 en France métropolitaine

Année	Nombre d'IVG + IMG déclarés dans les bulletins (1)	Nombre d'IVG Statistiques médicales (2)	Nombre d'IVG estimé par l'Ined (3)	Nombre d'IVG pour 100 naissances (4)	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (4)	Nombre moyen d'IVG par femme (4)
1976	134 173		246 000	34,1	19,6	0,66
1981	180 695		245 000	30,4	18,8	0,62
1986	166 797		221 000	28,4	16,2	0,53
1991	172 152		206 000	27,1	14,4	0,48
1996	162 792	187 114	207 000	28,2	14,2	0,50
2001		202 180	206 000	26,7	14,2	0,51
2006	174 561	215 390		27,0	14,9	0,53
2007	185 498	213 382		27,1	14,7	0,53
2008	180 108	209 245		26,3	14,5	0,52
2009	171 152	209 987		26,5	14,6	0,53
2010	172 505	213 317		26,4	14,8	0,53
2011	170 081	209 291		26,4	14,7	0,53
2012	156 824	207 120		26,2	14,5	0,53
2013	149 579	216 697		26,7	15,3	0,55
2014	126 464	211 764		27,1	15,0	0,55
2015		203 463		26,7	14,5	0,52
2016		197 800		26,6	13,9	0,51
2017		204 000		27,9	14,4	0,53
2018*		209 522		29,1	15,0	0,54
2019*		217 291		30,4	15,7	0,57
2020*		207 594		29,8	14,4	0,52

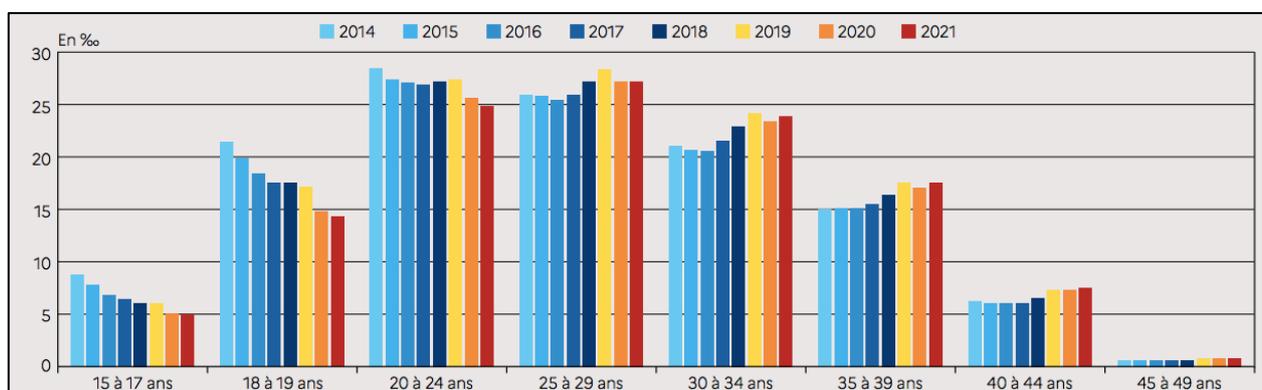
Source : Institut National d'Études Démographiques (Ined)

Annexe II : Taux de recours à l'IVG en 2021 (pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)



Source : DREES, 09/2022

Annexe III : Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 2014 à 2021



Source : DREES, 09/2022

Annexe IV : IVG selon la région de résidence en 2021

	IVG en établissement de santé	Forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	FMV remboursés en cabinet libéral	IVG téléconsultation	Total IVG	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans taux bruts	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans taux standardisés	IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans	ICA
Île-de-France	29 979	3 672	18 478	247	52 376	17,6	16,9	4,8	0,60
Centre-Val de Loire	5 175	155	1 298	18	6 646	13,0	13,4	4,4	0,48
Bourgogne-Franche-Comté	4 703	104	2 206	11	7 024	12,8	13,1	3,8	0,47
Normandie	6 119	177	1 873	58	8 227	12,2	12,3	4,5	0,44
Hauts-de-France	13 555	642	3 548	27	17 772	13,6	13,6	5,0	0,49
Grand Est	12 047	119	1 984	22	14 172	12,2	12,2	3,8	0,44
Pays de la Loire	8 140	26	861	15	9 042	11,3	11,5	3,4	0,41
Bretagne	6 537	131	1 360	11	8 039	11,9	12,3	3,4	0,44
Nouvelle-Aquitaine	11 122	632	5 076	209	17 039	14,1	14,5	4,3	0,51
Occitanie	12 953	419	7 161	124	20 657	16,8	16,9	5,4	0,60
Auvergne-Rhône-Alpes	15 491	1 348	6 490	96	23 425	13,5	13,5	3,8	0,48
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12 798	493	9 269	103	22 663	21,8	22,1	6,7	0,79
Corse	918	44	204		1 166	16,6	17,2	4,1	0,62
Résidentes France métropolitaine	139 537	7 962	59 808	941	208 248	14,9	14,9	4,5	0,53
Guadeloupe*	1 268	52	2 119	22	3 461	43,3	47,2	10,5	1,68
Martinique	1 300	8	782	5	2 095	29,3	31,2	9,2	1,12
Guyane	1 129	153	1 977	0	3 259	43,1	41,2	18,3	1,47
Réunion	2 144	12	2 409	3	4 568	22,3	22,5	11,7	0,80
Mayotte	1 153	3	353		1 509	20,4	18,5	11,7	0,66
Résidentes DROM	6 994	228	7 640	30	14 892	29,5	29,6	12,2	1,06
Résidentes France entière***	146 531	8 190	67 448	971	223 140	15,5	-	4,9	0,55
Résidence à l'étranger	142				142	-	-	-	-
France entière	146 673	8 190	67 448	971	223 282	-	-	-	-

* Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
** Calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15 à 49 ans.
*** Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.
Lecture > En 2021, les femmes résidant en Île-de-France ont effectué 52 376 IVG, soit un taux de recours de 17,6 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.
Champ > France entière, tous régimes, non compris les IVG dont l'âge de la femme est inconnu.

Source : DREES, 09/2022

Annexe V : Extrait du tableau de mesure du diamètre bi-pariétal (BIP) selon le terme

(SA ± 3J)	BIP p3	BIP p10	BIP p50	BIP p90	BIP p97
11	12,08	13,12	15,36	17,60	18,63
12	15,81	16,96	19,40	21,81	22,92
13	19,47	20,71	23,30	25,92	27,12
14	23,05	24,36	27,14	29,92	31,23
15	26,56	27,93	30,89	33,82	35,23
16	29,97	31,41	34,53	37,62	39,08
17	33,32	34,85	38,12	41,35	42,87
18	36,55	38,15	41,58	44,97	46,56

Source : Collège Français d'Échographie Fœtale (CFEF) (50)



IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA

Technique pas à pas

Avertissement : cette fiche technique s'adresse à des professionnel.le.s qui maîtrisent déjà la technique de l'IVG instrumentale. Nous ne reprenons pas la description de la totalité du manuel opératoire de celle-ci.

Si jusqu'à 15 SA, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration, technique de référence pour les IVG à 14 SA, entre 14 et 16 SA, il est nécessaire de maîtriser la technique dite de Dilatation-Evacuation (D&E).

Points clés

- Une bonne préparation cervicale
- Une dilatation suffisante
- Un échoguidage
- Un geste sous syntocinon

La préparation cervicale :

On associe mifépristone et misoprostol

- Mifépristone 200 mg 36 à 48 heures avant le geste

Si possible ne pas réduire le délai

- Misoprostol 400 microgrammes de (Misoone 1 cp ou Gymyso 2 cp) 2 à 3 heures avant le geste par voie jugale ou per os

Contrairement aux termes de grossesse plus jeunes où le misoprostol peut être donné ½ heures avant le geste, le délai de 2 heures d'action est nécessaire

Ne pas oublier les antalgiques (Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracetamol 1 gr) 1/2h avant le misoprostol.

Attention avec l'association Mifépristone + misoprostol une expulsion peut avoir lieu, surveiller l'apparition de CU.

La dilatation du col

La procédure de D&E ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé. La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante.

Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel.

- entre 14 et 15 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 14 ou n° 15
- entre 15 et 16 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16

Si le col peut admettre une bougie d'un diamètre supérieur, utiliser des bougies plus grandes sans dépasser la bougie n°16.

En pratique : évaluer l'efficacité de la préparation cervicale en début du geste. Si la dilatation est difficile et en fonction de la dilatation souhaitée, il peut être nécessaire d'administrer une dose supplémentaire de misoprostol ou mettre en place des dilateurs osmotiques(Dilapan*). Le geste sera repris plus tard : 1 heure au moins après une nouvelle dose de misoprostol, 3 heures après la pose de Dilapans.

Une dilatation insuffisante est source de prolongation excessive du geste et augmente le risque hémorragique.

L'évacuation de l'utérus

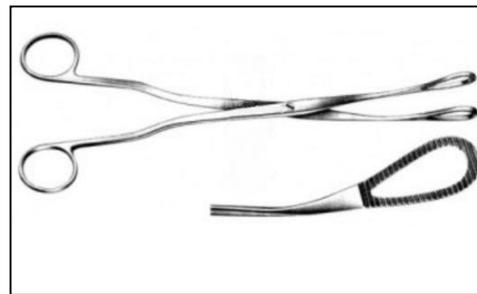
- Commencer par une aspiration intra-utérine (prendre la plus grosse canule disponible) et aspirer le liquide amniotique.
- Demander l'injection de 5 unités de syntocynon en IVL qui peut être poursuivie par 10 U dans une poche de 250 ml durant toute la procédure. L'ocytocyne provoque la contraction de l'utérus qui
 - favorise le décollement du trophoblaste « délivrance dirigée per abortum »
 - diminue le risque de perforation
 - diminue les pertes sanguines

- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.
- Réaliser la procédure de D&E. sous contrôle échographique à l'aide d'une pince

Le type de pince recommandée est une pince de Mc Clintok 24 cm

C'est un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 12 et qui ne se démonte pas. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.

Pince de Mc Clintok 24



- Introduire la pince sous contrôle écho
- Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement (*Figure 1*)

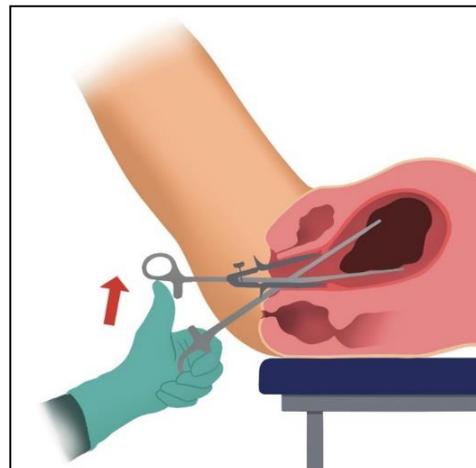


Figure 1

- Après passage de l'orifice cervical interne, ouvrir la pince aussi largement que possible en abaissant la main et la pince en direction du sol pour amener les mâchoires de celle-ci dans la partie antéro-inférieure de l'utérus. (Figure 2)

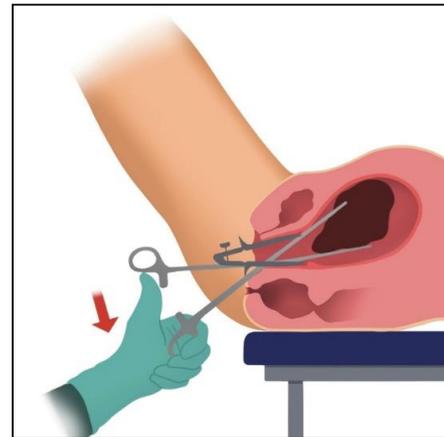


Figure 2

- Evacuer les tissus, en fermant les mâchoires de la pince autour des tissus fœtaux et la faire pivoter de 90° avant de la retirer par traction douce avec des petits mouvements de droite/ gauche de la main.

- Pour ne pas saisir le myomètre avec la pince : maintenir la pince en bas et au milieu de la cavité utérine et ne pas aller au fond de la cavité utérine, ce qui augmente le risque de perforation. (Figure 3)

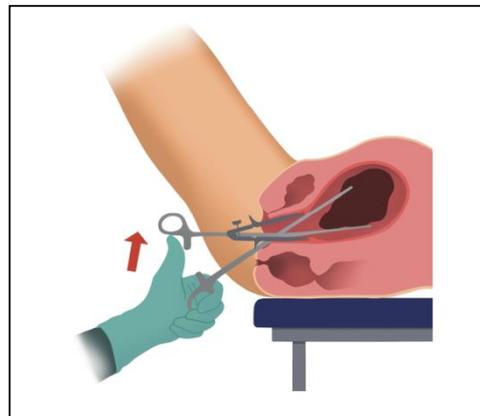


Figure 3

- Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste
- 3 conseils pratiques :
 - Recourir à l'aspiration en cours de geste est très utile pour amener à portée de la pince des fragments situés au fond de l'utérus.



- 5 nouvelles unités de syntocynon en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.
 - Les vacuettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles
-
- Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels.
 - Faire une échographie finale de vacuité

L'antibioprophylaxie :

Les indications sont les mêmes que pour les IVG instrumentales à des termes plus précoces. Il n'y a pas lieu de faire une antibioprophylaxie systématique. Celle-ci sera indiquée en fonction des résultats des dépistages IST.

Rédaction P.Faucher et S.Gaudu :

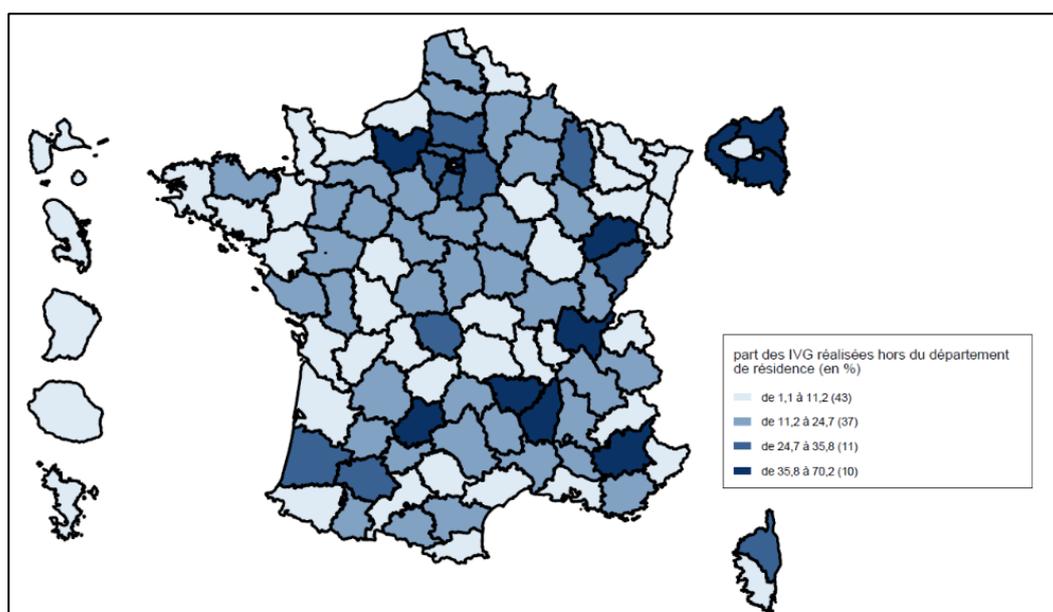
Référence : Dilatation & Evacuation : Reference Guide IPAS 2018

Annexe VII : Indice de Pearl des différents moyens de contraception

Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

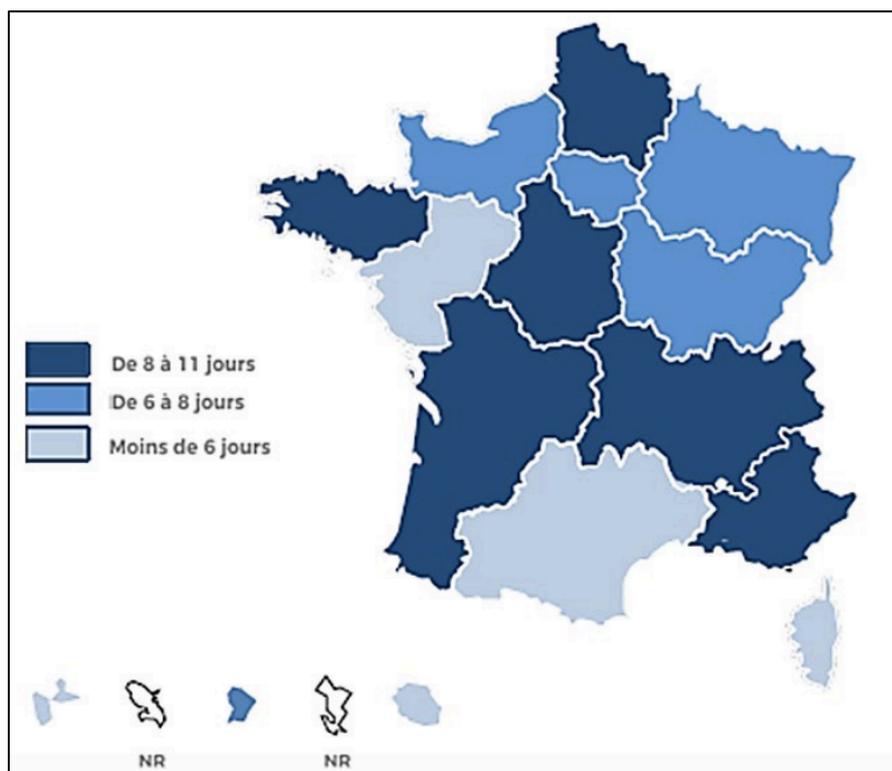
Source : Ameli.fr

Annexe VIII : Part des IVG réalisées hors département de résidence en 2019



Source : Direction Générale de la Santé du Ministère des Solidarités et de la Santé

Annexe IX : Tranche de délais régionaux d'IVG entre la demande d'IVG et la réalisation de l'acte en 2019



Source : Direction Générale de la Santé du Ministère des Solidarités et de la Santé

RÉSUMÉ

Depuis le 2 mars 2022, la loi autorise désormais la réalisation des interruptions volontaires de grossesse (IVG) jusqu'à 16 SA. A travers une étude statistique observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective, nous avons réalisé un état des lieux de la mise en place d'un nouveau protocole instrumental répondant à l'allongement du délai d'accès à l'IVG.

Au Centre Simone Veil du CHU de Nantes, 3,15% des IVG réalisées en 2022 ont eu lieu entre 14 et 16 SA et ont concerné 51 femmes. Ces femmes ne sont pas différentes sur le plan socio-économique de l'ensemble des femmes qui ont recours à l'IVG au Centre Simone Veil et en France de manière générale. En revanche, 16% des patientes résident dans un département voisin, témoignant de la rareté des centres prenant en charge les IVG entre 14 et 16 SA suite à l'allongement du délai légal. A l'exception des femmes qui ont eu besoin d'un délai de réflexion plus long, toutes ont obtenu une consultation de demande d'IVG dans les cinq jours recommandés par la Haute Autorité de Santé. Dans cette cohorte, les IVG tardives ne sont pas dues à une problématique de délai d'accès aux soins, mais bien souvent à un diagnostic tardif de la grossesse, ou, lorsqu'elle était connue, à un changement de situation conjugale alors que la grossesse était initialement désirée. Alors que 76% des femmes en demande d'IVG au Centre Simone Veil ont rencontré une Conseillère Conjugale et Familiale lors d'un entretien psychosocial non obligatoire pour les majeures, seulement 51% des femmes de l'étude en ont bénéficié.

Le protocole instrumental développé au Centre Simone Veil est celui qui a été publié par le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO). Le très faible taux de complications retrouvé dans cette cohorte et l'absence d'effet indésirable grave en font une méthode sûre. 41% des patientes ont pu bénéficier de l'instauration d'une contraception à longue durée d'action (LARC) avant leur retour à domicile. En revanche, il y a autant de femmes qui ont honoré leur visite de contrôle au Centre Simone Veil à trois semaines de l'intervention, que de femmes qui ne l'ont pas honoré.

Mots clés : IVG, loi Albane Gaillot, délais, accès, parcours de soins, contraception, grossesse non prévue.