# Université de Poitiers
# Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

**THESE**

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
**(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 06 avril 2023 à Poitiers
**par Madame Mathilde ESTEVENON**

Titre

Opinions et attentes des praticiens vis-à-vis de l'allongement du délai légal de l'IVG : étude qualitative par 17 entretiens semi-dirigés

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur Xavier Fritel

**Membres** : Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT
Madame le Docteur Caroline POUDOU

**Directeur de thèse** : Madame le Docteur Mélie SARREAU

# LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

## SECTION MEDECINE

***Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers***

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

***Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers***

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

***Professeur des universités***

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

***Professeur des universités de médecine générale***

- BINDER Philippe

***Maître de Conférences des universités de médecine générale***

- MIGNOT Stéphanie

***Professeur associé des universités des disciplines médicales***

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

***Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales***

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

***Professeurs associés de médecine générale***

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

***Maîtres de Conférences associés de médecine générale***

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

***Professeurs émérites***

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

***Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires***

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## SECTION PHARMACIE

***Professeurs des universités-praticiens hospitaliers***

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

***Professeurs des universités***

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

***Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers***

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

***Maîtres de conférences***

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

***Maîtres de conférences associés - officine***

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

## CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

## ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

## CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

# REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail, soyez assuré de ma reconnaissance. Je vous remercie des connaissances que vous m'avez partagées durant ces années d'internat.

A Madame la Professeure Stéphanie MIGNOT,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Caroline POUDOU,
Je te remercie, d'avoir accepté de faire partie de mon jury, je t'en suis sincèrement reconnaissante. Merci, pour les connaissances que tu m'as transmises durant ces semestres au CHU.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Mélie SARREAU,
Je te remercie sincèrement de m'avoir fait confiance, de m'avoir aidée et guidée dans ce travail. Merci, d'avoir été une chef présente et aidante durant mes semestres à Angoulême.

A ma famille,
Mes parents, je ne vous remercierais jamais assez, vous le savez, pour tout ce que vous m'avez apporté durant mon enfance, une éducation dont je suis fière, beaucoup d'amour, et surtout, deux sœurs incroyables. Merci pour ces moments en famille, qu'on partage tous ensemble grâce à vous.

A Lucille, ma grande sœur, mon modèle, merci de m'avoir laissé vivre mon adolescence en ta compagnie, j'en garde des souvenirs incroyables. Je te remercie, pour tous ces moments de réconforts et de tendresse. Merci de nous avoir fait rencontrer Xavier, ce beau-frère pince-sans-rire que toute la famille adore. Et merci à vous deux, de m'avoir permis d'avoir le statut de « Tata » de deux magnifiques nièces que j'aime de tout mon cœur, Rose et Ava.

A Margot, ma petite sœur, mon binôme, je te remercie de me faire autant rire, pour ces moments de complicité où juste un regard suffit. Nos colocs, nos vacances et nos soirées sont des moments gravés à jamais.

A mes amis,
Pauline, mon amie d'enfance, je te remercie d'avoir toujours été là, pendant toutes ces années. Merci de me faire partager ton extravagance, que j'aime tant, et de continuer à me surprendre après 20 ans d'amitié.

Margaux, je te remercie d'être une amie si attentionnée, toujours présente dans les bons comme les mauvais moments. Je te remercie pour tous ces apéros partagés, une pensée particulière pour nos soirées marcoussissiennes, hâte de continuer ces doux moments en Vendée. Et, encore merci pour ta brillante relecture.

Aude, mon amie depuis le collège, on s'est perdues de vue pendant des années et pourtant notre amitié n'a fait qu'augmenter. Merci pour ta spontanéité qui a engendré tant de fous de rire.

Julia et Célia, je vous remercie d'être là depuis le lycée, merci pour ces virées madrilènes que j'aime tant, vivement notre prochain week-end.

Les amis de KB, je vous remercie d'avoir été présents pendant toutes nos années de fac, on a vécu tellement d'émotions ensemble.

Céline, Capucine, Sophie et Samia, mes copines, mes ampoules, je vous remercie pour ces merveilleux moments qu'on partage toutes les cinq, à jouer au tarot, papoter et prendre l'apéro.

Ma team Mexique, Anna, Clément et Arthur, merci pour les merveilleux souvenirs de ce voyage qui nous a tellement rapproché.

Et merci à tout notre groupe, Ivan, Timothée, Hélène, Margaux, Jérémie, Camille, Julie, Louis, Alexandra, Quentin et Gabriel, je ne vous oublie pas.

Mes rencontres depuis l'internat, Clémence et Lucie, je vous remercie de m'avoir intégrée à vos diners top chefs durant le confinement qui nous a liées pour toujours. Merci à tous mes co-internes durant ces années, qui m'ont toujours aidée et avec qui j'ai souvent créée des liens d'amitié.

# Table des matières :

I. INTRODUCTION
1. Définition de l'IVG
2. Épidémiologie
2.1. Données générales sur l'IVG en France
2.2.Disparités régionales
3. Aspects législatifs : les évolutions
3.1.Avant la loi Veil
3.2.Loi Veil
3.3.Évolutions législatives
3.4.Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement
4. Législation de l'IVG dans les autres pays
4.1.En Europe
4.2.Dans le reste du monde
5. Objectif : pourquoi cette étude ?
II. METHODES ET MATERIEL
1. Analyse qualitative
2. Théorisation ancrée
3. Analyse thématique
4. Les entretiens
5. Le codage
6. La population étudiée
III. RESULTATS
1. Une loi visant à renforcer le droit des femmes
1.1. Des avis favorables
1.2. La femme actrice de son choix
1.2.1.Une information éclairée pour un meilleur choix
1.2.2.Bénéfice du choix
1.3. La bienveillance des praticiens
1.3.1.La patiente au premier plan
1.3.2.L'adaptation des médecins
1.3.3.Un devoir de gynécologue
1.3.4.Répondre à la demande de leurs patientes
1.4. Un meilleur accès aux soins
1.4.1.Des délais rapides
1.4.2.Éviter les disparités sociales et territoriales
1.5. Prise en charge plus sécurisée
2. Technique
2.1. Technique chirurgicale
2.1.1.Avantages
2.1.2.Inconvénients
2.2. Technique médicamenteuse
2.2.1.Avantages

2.2.2.Inconvénients
2.2.3.Parallèle IMG
2.3. Formation à la technique
2.3.1.Manque de formation
2.3.2.Difficulté à la mise en place
2.3.3.Si mauvaise formation, risque de complications
2.3.4.Proposition de formations variées
2.3.5.En attendant la formation
3. Obstacles
3.1. Avis défavorables
3.2. Interrogations / doutes
3.3. Craintes
3.3.1.Risques sur la santé des patientes
3.3.2.Fragiliser l'activité IVG
3.3.3.Santé des soignants
3.3.4.Craintes d'augmenter le nombre d'IVG tardives
3.4. Difficultés personnelles
3.4.1.Vécu actuel des IVG tardives difficiles
3.4.2.Difficulté devant l'ambivalence des patientes
3.5. Manque de communication
3.5.1.Informations concernant la loi
3.5.2.Mauvaise diffusion de l'information
3.5.3.Praticiens non sollicités / non écoutés
3.5.4.Informations à donner aux patientes
3.5.5.Informations sur la technique
3.6. Mauvaise organisation
3.6.1.Manque de matériel
3.6.2. Équipes non prêtes à accueillir les nouvelles demandes
3.7. Mauvaise rémunération
4. Attentes
4.1. Augmenter les moyens
4.1.1.Matériels
4.1.2.Financiers
4.1.3.Humains
4.2. Amélioration de l'accès par des conventions en ville
4.3. Centres référents
4.3.1.Favorables
4.3.2.Défavorables
4.4. Prévention / éducation
4.4.1.Consultation grossesse non prévue
4.4.2.Éducation sexuelle
4.4.3.Contraception
4.5. Meilleure communication/information
4.6. Pas de solution

4.7. Ouverture sur des études
IV. DISCUSSION
1. Forces et limites
2. Comparaison avec la littérature
2.1.Pourquoi réaliser cette étude ?
2.2.Sujet à débat : confrontation de différentes opinions
2.3.Un choix appartenant aux femmes
2.4.Technique
2.4.1. La place de la technique médicamenteuse
2.4.2. Formation à la technique chirurgicale
2.5.Impact psychologique des soignants
2.6.Risques sur la santé des femmes
2.6.1. Risques obstétricaux
2.6.2. Complications aigues
2.6.3. Impact psychologique
2.7.Disparité des pratiques et territoriales
2.8.Éducation sexuelle et contraception
3. Ouvertures sur différentes études
V. CONCLUSION
VI. BIBLIOGRAPHIE

Les abréviations :

IVG : interruption volontaire de grossesse

SA : semaines d'aménorrhée

IMG : interruption médicale de grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens

FCS : fausse couche spontanée

MG : médecin généraliste

GO : gynécologue obstétricien

# I. INTRODUCTION

1. Définition de l'interruption volontaire de grossesse

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) désigne, en France, un avortement déclenché pour des raisons non médicales, à la suite d'une décision personnelle ou familiale, dans un cadre légal défini. (1)
L'interruption de grossesse peut être pratiquée selon deux méthodes :

- la méthode médicamenteuse ou,
- la méthode instrumentale (chirurgicale) (2)

Depuis mars 2022, le terme légal de l'IVG est de 16 semaines d'aménorrhée, soit 14 semaines de grossesse.

2. Épidémiologie

2.1. Données générales sur l'IVG en France

En France, le nombre d'IVG en 2021 s'élevait à 223 300 d'après le rapport du DREES publié en septembre 2022 (3), un chiffre qui reste stable par rapport à 2020. En 2020, une baisse de 4% des IVG avaient été enregistrées par rapport à 2019, cette baisse étant certainement due à la pandémie du Covid 19 et aux restrictions sanitaires.

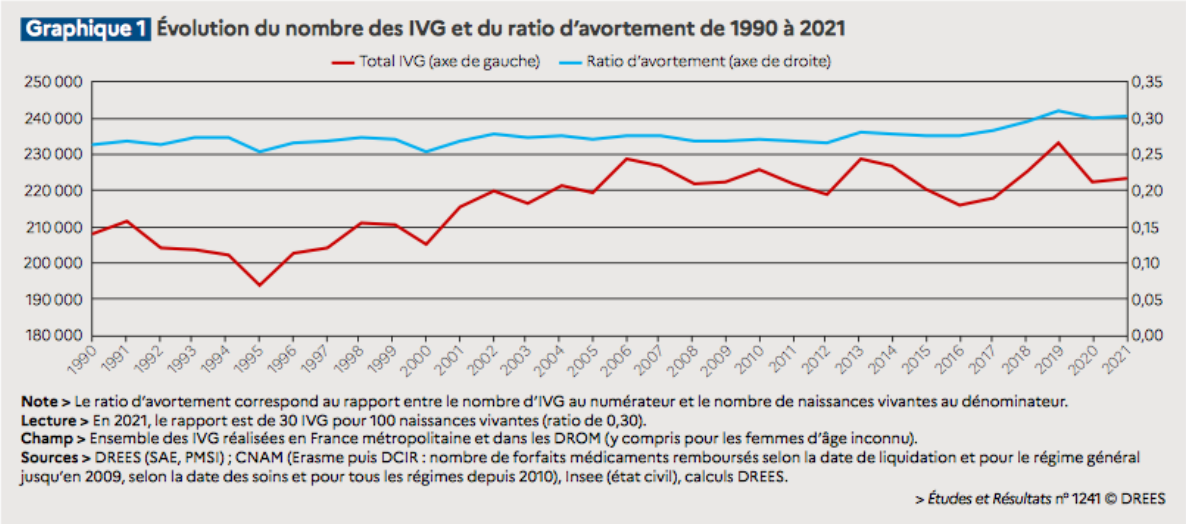


Figure 1 : évolution de l'indice conjoncturel d'avortement et du taux de recours à l'IVG depuis 1990 *issue du rapport du DREES 2022 (3)*

On constate, d'après le rapport du DREES, que 55% des IVG sont réalisées à des termes précoces avant 8 SA. Les IVG instrumentales pratiquées entre 12 et 14 SA en 2021 représentent 18%. Ensuite, 72% des IVG, sont réalisées par méthode médicamenteuse en établissement de santé ou non, avec une augmentation constante des IVG réalisées hors établissement de santé.

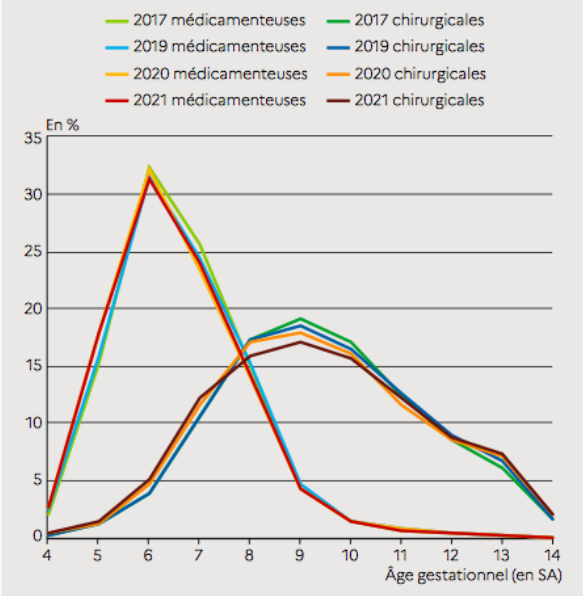


Figure 2 : répartition des IVG hospitalières selon l'âge gestationnel et la méthode, *issue du rapport du DREES 2022 (3)*

Le nombre de patientes réalisant des IVG à l'étranger, pour un dépassement de terme, varie en fonction des données, entre 1500 et 5000 femmes par an (4) (5).

### 2.2. Disparités régionales

Il existe une grande disparité de prévalence des IVG en fonction des régions. En métropole, le taux d'IVG est de 11,5 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire, alors que dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, le taux est quasiment deux fois supérieur avec à 22,1 IVG pour 1000 femmes. Dans les départements d'Outre-mer, les taux atteignent 29,5 pour 1 000 femmes, dépassant 43 ‰ en Guadeloupe et en Guyane. (3)

## 3. Aspects législatifs : les évolutions

### 3.1. Avant la loi Veil

Avant la loi Veil, le fait de réaliser, de subir ou d'aider à une IVG était puni par l'article 317 de l'ancien Code pénal français. Les soignants risquaient une condamnation ou une interdiction d'exercer. La seule solution pour les femmes était de se rendre à l'étranger ou de réaliser l'acte de manière clandestine. Cette intervention était réalisée dans de mauvaises conditions mettant en péril la santé voire la vie des femmes (6).

### 3.2. Loi Veil

Le 26 novembre 1974, le projet de loi visant la légalisation de l'IVG est discuté à l'Assemblée nationale (7). Le projet de loi de Mme Simone Veil repose sur 3 fondements : la responsabilité de la femme : c'est à elle seule de décider, la dissuasion : essayer de dissuader la patiente à réaliser une IVG et la restauration de l'autorité de l'État. Le 17 janvier 1975, le projet de loi est

voté et promulgué. Les lois de 1920 et 1923 sont suspendues pour 5 ans, libéralisant l'avortement qui devient alors l'IVG. La loi dépénalise l'IVG pour les patientes en situation de détresse avant 12 semaines d'aménorrhée, soit 10 semaines de grossesses. L'acte doit être réalisé dans un établissement de santé et uniquement par des médecins, il nécessite deux consultations médicales avec un délai de sept jours de réflexion et une consultation sociale. Dans le cas des patientes mineures, il est nécessaire d'obtenir le consentement parental ou du représentant légal. Les organismes sociaux ne peuvent faire de prise en charge d'interruption de grossesse (8).

### 3.3.Évolutions législatives

En décembre 1979, la loi Pelletier reconduit définitivement la loi Veil et y apporte quelques modifications : le personnel soignant doit être formé à la contraception, une réactualisation annuelle du dossier guide doit être réalisée, le délai de réflexion peut être écourté si le terme de est proche de 10 semaines de grossesse avec un risque de dépassement. L'IVG n'est toujours par remboursée par la sécurité sociale (9).

Le 31 décembre 1982, une loi, portée par la ministre des Droits des femmes Madame Yvette Roudy, est votée et permet un remboursement de l'IVG par la sécurité sociale à hauteur de 80% (10).

La loi Neiertz, votée le 27 janvier 1993, créée l'infraction de délit d'entrave à l'IVG (11).

Le 4 juillet 2000, la loi n° 2001-588, dite loi Aubry, est votée afin de permettre un allongement du délai légal de l'IVG de deux semaines supplémentaires. Le délai légal de l'IVG passe ainsi de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. L'entretien psycho-social, qui était toujours obligatoire jusqu'à cette loi, devient optionnel pour les femmes majeures. Pour les patientes mineures, l'autorisation parentale ou du représentant légal est supprimée (12).

L'IVG médicamenteuse en ville, hors établissement de santé, devient possible grâce au décret du 3 mai 2002 (13). Une loi de modernisation du système de santé est votée le 26 janvier 2016 supprimant définitivement le délai de réflexion de 7 jours, et autorisant les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses (14).

Toutes ces évolutions juridiques au fil des décennies ont permis une diminution des inégalités sociales, essayant de rendre l'IVG le plus accessible possible.

### 3.4.Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement

La proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement a été présentée à l'Assemblée nationale le 25 aout 2020. Cette loi propose d'allonger le délai légal de recours à l'IVG jusqu'à 14 semaines de grossesse (15). La loi a été adoptée de manière définitive le 23 février 2022. La promulgation a été faite le 2 mars 2022, puis elle a été publiée au Journal Officiel le 3 mars 2022. Le texte allonge le délai légal de l'IVG de deux semaines, étend la compétence de la pratique des IVG chirurgicales aux sages-femmes dans les hôpitaux, pérennise l'allongement

du délai en ville à 9 SA, (qui avait été mis en place depuis avril 2020 dans le cadre de la crise sanitaire) et supprime le délai de réflexion de deux jours après l'entretien psycho-social (16).

## 4. Législation de l'IVG dans les autres pays

### 4.1. En Europe

En Europe, il existe d'importantes disparités notamment s'agissant de l'acceptation des soins IVG.
Ainsi, à Malte, en Andorre et au Vatican l'IVG est strictement interdite. La Pologne est l'un des pays d'Europe le plus restrictif d'un point de vue juridique car l'IVG est pénalisée à l'exception des cas de viol, d'inceste ou de danger pour la vie de la mère. D'un point de vue mondial, les pays de l'est de l'Europe sont une des zones où le plus de femmes décèdent des suites d'IVG clandestines.

A l'inverse, la Suisse est le pays avec le meilleur soin IVG au monde d'après l'OMS, avec une prévalence très basse. Ainsi, 1 femme sur 6 aura fait une IVG dans sa vie, grâce à une prévention et une éducation sexuelle très développées (17).

Les délais légaux de recours aux soins IVG sont également très variés en Europe pouvant aller de 10 SA au Portugal à 24 SA en au Royaume-Unis et au Pays-Bas.

| | |
|---|---|
| Portugal | 10 SA |
| Luxembourg | 14 SA |
| Chypre | 14 SA / 19 SA (cas particulier) |
| Irlande | 14 SA / 24 SA (cas particulier) |
| France | 16 SA |
| Espagne | 16 SA / 24 SA (cas particulier) |
| Royaume-Unis | 24 SA |
| Pays-Bas | 24 SA |

Tableau 1 : les différents délais légaux d'IVG en Europe

### 4.2. Dans le reste du monde

Dans les autres pays du monde, la législation est aussi différente. Aux États-Unis, par exemple, la législation de l'IVG a été fortement fragilisée récemment, en juin 2022, la Cour Suprême des États-Unis a mis à bas l'arrêt Roe v. Wade datant de 1973, qui autorisait le recours à l'avortement dans l'ensemble du pays, ce qui permet à chaque États d'autoriser ou

non l'IVG (18). Tandis qu'au Canada, la réglementation de l'IVG permet d'y accéder quel que soit le terme de la grossesse (19).

5. Objectif : pourquoi cette étude ?

A l'annonce de cette proposition, de nombreux questionnements sont apparus chez les médecins pratiquant les IVG chirurgicales, les gynécologues et les médecins généralistes, quant à l'allongement du délai légal de recours à l'IVG. Certains, comme le Professeur Nisand, ont pu exprimer certaines inquiétudes (20) dans un communiqué publié en mars 2021, au sein de la revue Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. Par opposition, d'autres médecins sont déterminés à faire évoluer les mœurs, en approuvant et en encourageant l'allongement du délai, afin de permettre de renforcer le droit à l'IVG et, en conséquence, de diminuer les disparités socio-économiques (17).

# II. METHODES ET MATERIEL

## 1. Analyse qualitative

Devant ce sujet controversé, sur lequel les avis différent de manière interindividuelle mais sont nuancée d'un point de vue intra-individuel, l'analyse qualitative semblait être la méthode la plus adaptée. Des entretiens semi-dirigés comportant des questions ouvertes permettaient une meilleure liberté d'expression des sujets interrogés. Cette méthode est préférée dans l'étude de phénomènes sociaux, bien qu'elle ne permette pas d'établir de relations causales entre des variables mesurables. A l'inverse de la méthode quantitative, qui aura tendance à tester des hypothèses, l'analyse qualitative permet d'émettre des hypothèses (21). La méthode qualitative, par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés, est particulièrement appropriée pour recueillir le ressenti et le vécu des médecins sur un thème subjectif lié à leur expérience individuelle, qui est donc objectivement difficile à mesurer.

## 2. Théorisation ancrée

Cette analyse qualitative a été faite à partir de la théorisation ancrée. La théorisation signifie : tendre vers une théorie en dépassant la simple analyse descriptive du corpus et le terme ancré signifie : présent dans la mesure où on s'assure constamment de la correspondance étroite de la théorie avec les données (22).

## 3. Analyse thématique

Cette analyse thématique a été réalisée par une démarche itérative qui est une démarche mixte qui inclue une démarche déductive : grille de lecture, strictement issue de la revue de la lecture réalisée par le chercheur (issus d'études ayant déjà analysé le sujet) et une démarche inductive : grille d'analyse qui n'est pas construite à partir de la littérature et mise en forme à partir des résultats des corpus. La grille de codage a évolué avec les différents corpus. (23)

## 4. Les entretiens

Des entretiens semi-dirigées ont été menés d'avril 2021 à avril 2022. Ils étaient réalisés en présentiel, sur le lieu de travail des sujets interrogés, systématiquement un endroit calme où le chercheur et le praticien interrogés étaient, seuls en face à face, dans la majorité des cas dans des bureaux de consultation et une fois en salle de réunion. La grille d'entretien (annexe 1) a été crée en début d'étude puis a légèrement évoluée au cours des entretiens. En premier lieu, un entretien test a été réalisé en premier afin de pouvoir tester les questions et entrainer le chercheur à l'interrogatoire, et revenir sur certaines questions de l'entretien. La durée de chaque entretien a varié passant de 8 minutes et 39 secondes jusqu'à 30 minutes et 20 secondes, pour un temps moyen de 13 minutes et 37 secondes. Chaque entretien a été retranscrit à la suite de l'enregistrement. Les médecins ont tous signés un consentement (annexe 2) afin de pouvoir utilisées les données de manière anonyme. Toutes informations pouvant compromettre l'anonymat a été retiré. Les entretiens se sont terminés une fois que la saturation des données a été atteinte.

5. Le codage

Après chaque retranscription, le codage été réalisé, initialement manuellement puis par la suite à l'aide d'un logiciel appelé NVivo, afin de simplifier la réalisation de cette étape. Une triangulation des données a été réalisée.

6. La population étudiée

18 praticiens ont été interrogés, un entretien n'a pas été analysé car considéré comme entretien-test afin d'entrainer le chercheur à l'interrogatoire. Les praticiens ont été contactés par mail ou directement en présentiel. Les sujets interrogés étaient tous des médecins pratiquant leur activité en Nouvelle Aquitaine, et plus précisément dans la zone de Poitou-Charentes.
Les praticiens étaient en majorité des gynécologues-obstétriciens, deux d'entre eux étaient des médecins généralistes. Ils exerçaient dans des maternités de niveau 1 à 3. Une majorité de femmes a été interrogée. Leurs âges varient de 30 ans à 60 ans. La plupart des sujets exercent leurs fonctions dans le secteur public.

| Genre | Age | Niveau de maternité | Spécialité | Secteur |
|---|---|---|---|---|
| femme | 39 ans | 2B | GO | publique |
| femme | 36 ans | 2B | MG | publique |
| femme | 33 ans | 2B | GO | publique |
| homme | 49 ans | 2B | GO | publique |
| homme | 60 ans | 3 | GO | publique |
| femme | 43 ans | 2A | GO | privé |
| femme | 43 ans | 2A | GO | privé |
| femme | 31 ans | 2B | GO | publique |
| femme | 30 ans | 2B | GO | publique |
| femme | 44 ans | 3 | GO | publique |
| femme | 36 ans | 2B | GO | publique |
| femme | 35 ans | 2B | GO | publique |
| femme | 33 ans | 2B | MG | publique |
| homme | 32 ans | 3 | GO | publique |
| femme | 33 ans | 3 | GO | publique |
| femme | 38 ans | 2A | GO | prive |
| femme | 31 ans | 3 | GO | publique |

Tableau 2 : variables des sujets interrogés

# III. Résultats

1. Une loi visant à renforcer le droit des femmes

1.1. Des avis favorables

**Des praticiens interrogés avaient un avis favorable sur l'allongement du délai légal.**

E14 : « Et l'impact positif, ça permet de répondre à un droit que… si elles peuvent accéder à garder une grossesse qu'elles ne souhaitaient pas tellement, c'est très positif »

E13 : « Mais moi je suis assez favorable. À réaliser une IVG à 16 semaines pour moi y'a pas d'importance »

E12 : « On est tous d'accord pour le faire et voilà »

E10 : « J'espère que ça va bien se passer je n'ai pas hâte d'en faire mais hâte de voir comment ça se passe. Parce que oui on appréhende »

E11 : « Maintenant en effet pour ces patientes qui sont à 16 SA on pourra au moins répondre de façon favorable »

E3 : « Je me dis c'est toujours mieux pour les femmes, et bien sûr qu'il faudrait faire, c'est super si on peut le faire »

E16 : « Combien de personnes on aide en allongeant le délai d'IVG ? Je pense un certain nombre quand même »

E12 : « j'y suis favorable pour la population générale »

1.2. La femme actrice de son choix

1.2.1. Une information éclairée pour un meilleur choix

**D'après des médecins interrogés, l'information apportée par les médecins aux patientes est primordiale.**

E11 : « pour qu'on puisse conseiller au mieux les patientes parce que malgré tout c'est pour elles »

E12 : « mais il va falloir qu'on informe bien les patientes des risques »

**Il est important de leur donner les informations afin de leur laisser le choix sur la technique qui leur convient.**

E14 : « pouvoir proposer aux femmes le choix par voie instrumentale ou par voie médicamenteuse »

E16 : « on leur laisse le choix en leur donnant une information claire sur le risque des déchirures cervicales, des risques de lésions de l'utérus qui peut être induite par une technique chirurgicale qu'on ne fait pas avec des IMG (…) on leur laisse le choix »

**Les femmes doivent connaitre les différents risques en fonction du terme de la grossesse.**

E4 : « mais il faudra informer ces femmes bien, leur dire qu'il y a plus de risque parce qu'on est avancé »

E11 : « si on la rencontre assez tôt dans sa grossesse, je pense que l'information n'est pas bonne que de dire on a étendu jusqu'à 16 et qu'elles ont le temps de réfléchir jusqu'à 16 »

E13 : « c'est notre travail de leur expliquer que plus on attend plus le risque d'hémorragie est important donc le risque d'hospitalisation et de transfusion »

E16 : « en informant les gens sur les deux possibilités, mais avec que ce soit bien clair sur le fait que des risques qu'elles encourent »

**Les patientes seraient dans l'ignorance vis-à-vis des risques de l'IVG.**

E9 : « les dames elles ne se rendent pas compte de ce que ça implique de par leurs dilatations cervicales, de leur risque d'hémorragies »

E18 : « Est ce qu'elles sont au courant que ce n'est pas un geste anodin ? Est ce qu'elles sont au courant qu'elles sont un risque très au risque de saigner ? »

#### 1.2.2. Bénéfice du choix

**D'après un médecin, laisser le choix de la méthode aux femmes serait bénéfique, quitte à contrebalancer les risques induits par les différentes techniques pour réaliser l'IVG.**

E16 : « Finalement, ces patientes qui veulent absolument une IVG chirurgicale, on leur donne au moins le bénéfice d'avoir pu accéder à leur demande et on contrebalance un petit peu les risques inhérents »

E16 : « celles qui veulent vraiment une IVG chirurgicale, elles vont avoir le bénéfice qu'on ait accepté de répondre à leur demande. Elles auront peut-être le risque du fait de l'IVG chirurgicale à un stade avancé, mais elles auront au moins ce bénéfice-là »

### 1.3.La bienveillance des praticiens

#### 1.3.1. La patiente au premier plan

**Les femmes sont mises au premier plan, même si certains médecins anticipent un geste difficile.**

E7 : « On fait pour rendre service aux patientes mais enfin tout cas moi je le fais sans trop y penser entre guillemets »

E10 : « Ce n'est pas facile, mais après je comprends que ce soit proposé »

E15 : « ça allait être plus galère pour nous mais ça ne passe pas en premier plan de toute façon »

E16 : « Moi, je pense à la vie de ces femmes et je pense à la vie de ses futures enfants, nous quand on nous dit 16 semaines on imagine que ça bouge... Je me dis, moi je préfère faire une IVG à une dame qui te dit clairement qu'elle n'est pas en mesure d'assumer que de vouloir absolument ...Que cette femme… c'est elle qui va devoir l'assumer ce bébé »

E17 : « Faut le faire pour les patientes, ce n'est pas le problème, mais ce n'est pas ce que je préfère faire »

E6 : « je le fais parce que ma conviction que la femme a le droit de choisir d'avoir une IVG est plus forte que mon… que ma source d'embarras ou ma gêne vis-à-vis de déchiqueter un embryon »

#### 1.3.2. L'adaptation des médecins

**L'adaptation doit venir des médecins.**

E3 : « c'est à nous de nous adapter d'avoir des équipes formées pour accompagner ces femmes »

E3 : « bien sûr qu'on peut toujours faire mieux pour accompagner les femmes »

#### 1.3.3. Un devoir de gynécologue

**L'IVG est définie par un certain nombre de praticiens comme un devoir de gynécologue, par conséquent réaliser des IVG jusqu'à 16 SA aussi.**

E10 : « Oui on m'a dit il faut faire donc que je fais. J'ai fait gynéco pour faire mon métier en entier. Oui je ferai »

E11 : « donc au-delà du fait que ce n'est pas un geste très réjouissant de faire une interruption de grossesse même si j'ai toujours estimé que c'était mon devoir de gynécologue »

E15 : « finalement je vois ça comme étant mon devoir de gynéco-obstétricien et mon devoir vis-à-vis des femmes que je prends en charge et voilà ... »

E15 : « moi j'estime qu'on n'a pas ce genre de question à se poser si on est pour ou contre ça fait partie de notre métier »

E11 : « j'ai toujours euh estimé que c'était mon devoir de gynécologue pour la simple et bonne raison que si elle le demande c'est qu'elle en éprouve le besoin »

E18 : « Parce que, ça fait partie de la profession, ça fait partie de la profession »

#### 1.3.4. Répondre à la demande de leur patiente

**Cette loi permettrait de pouvoir répondre à la demande de certaines femmes.**

E11 : « pour la simple et bonne raison que si elle le demande c'est qu'elle en éprouve le besoin et que dans l'intérêt de la patiente on doit faire ce geste-là »

E13 : « Ça ne m'a pas choqué qu'on allonge le délai de deux semaines parce que j'ai été confronté à des patientes à plusieurs reprises quand j'étais en internat qui arrivaient au terme vraiment à 14 semaines et pour lesquelles on avait refusé des procédures donc je trouvais ça plutôt bien »

### 1.4. Un meilleur accès aux soins

#### 1.4.1. Des délais rapides

**Les médecins interrogés considèrent tous, qu'ils travaillent dans des centres où les délais de consultation sont rapides pour les demandes d'IVG.**

E13 : « dans le cas de l'hôpital dans lequel on travaille puisqu'ils ont des délais de consultation qui sont exemplaires, des prises en charge rapides »

E4 : « nous on donne quand même des rendez-vous assez rapides des prise en charge précoces »

**Des rendez-vous d'orthogénie sont rajoutés au planning.**

E17 : « elles appellent le secrétariat et sont rajoutées à un rendez-vous, en rajoutant, en plus de notre planning »

E5 : « je sais que quand une secrétaire à un appel on fera tout ce qu'il faut pour essayer de la voir le plus rapidement possible même pour les voir parfois sur nos gardes »

E7 : « quand c'est pour une demande d'IVG on les rajoute on s'organise mais on fait en sorte de les voir le plus tôt possible pour que ça puisse se passer le plus simplement possible »

**Les praticiens interrogés considèrent qu'ils font partie d'une région où le délai des consultations d'IVG est court.**

E14 : « On est dans une région et en tous cas pour notre établissement où on respecte le délai de moins de 4 jours d'accès... Les femmes quand elles sont en plus entre 12 et 14 on les voit sous 24 heures »

E2 : « je pense qu'il y a un biais en fait dans l'interrogatoire des gynécologues c'est que nous on est dans une région où il n'y a absolument pas de problème majeur d'accès à l'IVG »

E8 : « nous, les patientes qui viennent vers nous, elles ne sont jamais à un terme très serré où il faut se dépêcher pour faire l'IVG… pas qu'on est en bout de délai, moi je n'ai pas ce ressenti là en tout cas. Je ne sais pas si dans d'autres régions ce n'est pas comme ça … »

E5 : « Après je pense qu'on n'a pas la même vision que dans certaines grandes villes ou l'accès est plus difficile on est dans des régions ou on a accès qui est relativement facile à l'IVG avec pas trop de délai »

#### 1.4.2. Éviter les disparités sociales et territoriales

**L'augmentation du délai légal de l'IVG permettrait d'éviter certaines disparités socio-économiques et territoriales.**

E6 : « elle a dépassé d'un jour, elle est obligée d'aller à l'étranger, tout le monde n'est pas logé à la même enseigne, ceux qui vont avoir de l'argent, vont pouvoir y aller, les autres non »

E10 : « Ça va leur permettre d'avoir accès à une interruption médicale de grossesse sans dépenser des sommes astronomiques »

E14 : « Après c'est, si on veut donner réponse aux femmes, c'est mieux de leur donner réponse plutôt qu'elles doivent partir à l'étranger »

### 1.5. Prise en charge plus sécurisée

**L'allongement du délai permettrait de sécuriser les prises en charge.**

E10 : « Ça va leur permettre d'avoir accès à une interruption médicale de grossesse (…) sans risque pour leur santé »

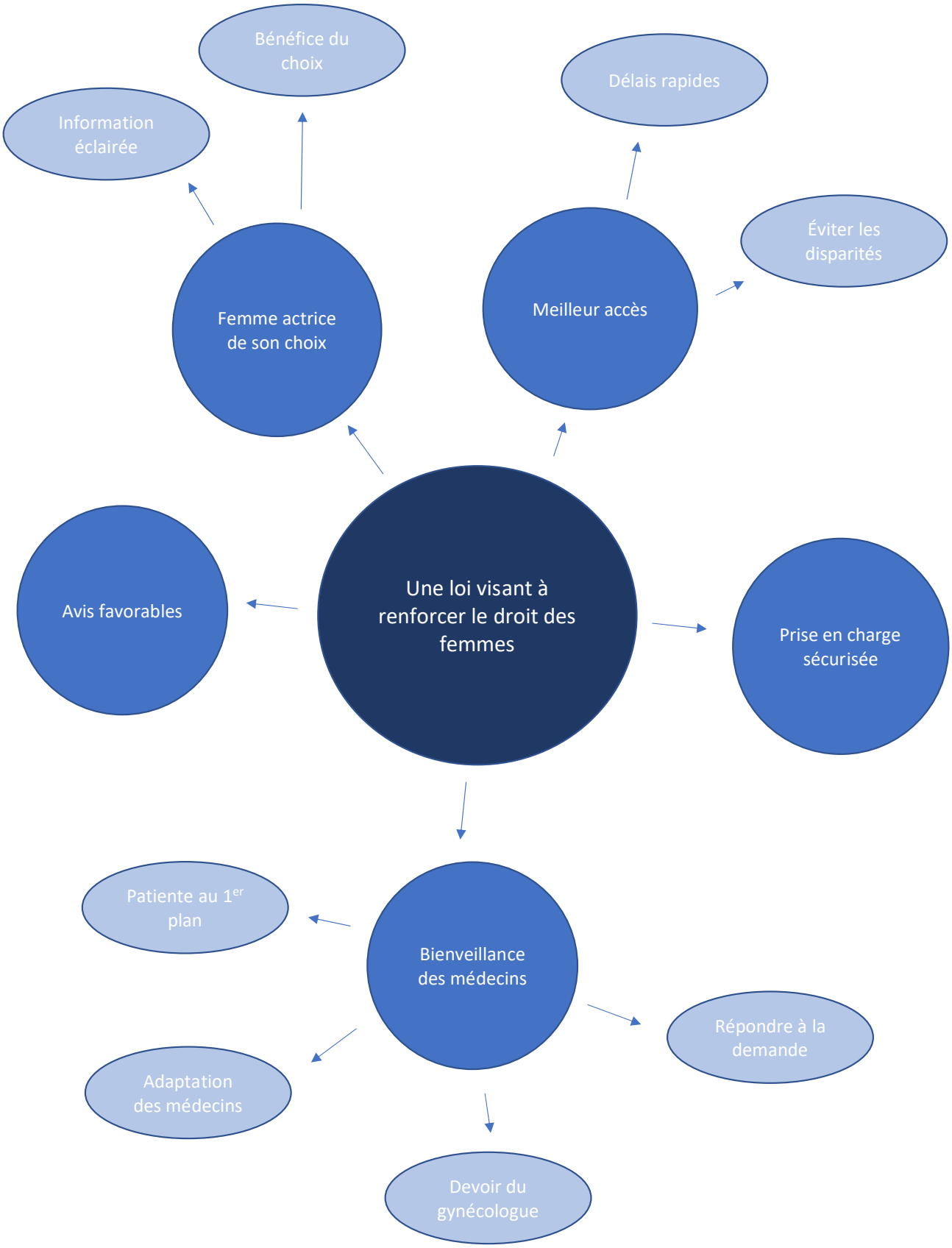


Figure 3 : modélisation du thème « Une loi visant à renforcer le droit des femmes »

## 2. Technique

**Discussion sur les différentes techniques, leurs avantages, leurs inconvénients. Une technique est-elle plus adaptée que l'autre d'après les praticiens ?**

### 2.1. Technique chirurgicale

#### 2.1.1. Avantages

**Les femmes bénéficieraient d'un meilleur vécu avec la méthode chirurgicale.**

E17 : « Je pense que pour le vécu de la patiente, le curetage, c'est certainement mieux parce qu'elles ne se rendent pas compte de ce qui se passe »

E17 : « pour le vécu de la patiente. C'est sûr que la méthode chirurgicale, le curetage classique, c'est à mon avis ce qui sera le plus confortable. »

**Un des médecins considère que les complications immédiates sont faibles.**

E12 : « Alors je crois qu'ils sont assez faibles, parce que on a posé la question à un autre centre qui le démarre déjà à Paris »

#### 2.1.2. Inconvénients

**Certains médecins jugent la technique difficile, et appréhendent certaines difficultés en rapport avec le geste chirurgical et les termes les plus tardifs.**

E17 : « Mais je pense que techniquement, ce n'est pas forcément toujours facile quand on est sur un terme avancé »

E3 : « Moi c'était plus d'un point de vue technique en fait je me dis : je serai dans la difficulté de le faire … »

E5 : « Pour la technicité du geste et le ressenti qu'on n'en a, déjà à 14 semaines c'est difficile à 13 et 6, c'est difficile, alors je n'imagine pas faire ce geste à 15 »

E4 « quand on est dans les 13-14 semaines c'est quand même un autre geste qui est vraiment beaucoup plus difficile »

E15 : « plus le terme avance parce que c'est plus difficile et on peut être amené à être confronté à des situations plus compliquées »

E17 : « Donc moi je trouve que techniquement, je pense que ça peut être source de difficultés. »

E2 : « ça me …stresse toujours un peu chirurgicalement donc je me dis qu'au-delà je m'inquiète de la technique. »

**Un praticien craint de ne pas savoir faite le geste correctement.**

E3 : « moi c'est plus le côté technique de pas pouvoir savoir gérer ce geste correctement »

E3 : « chirurgical j'ai l'impression qu'on ne sait pas faire »

**Un médecin évoque le fait que le geste est parfois réalisé par des médecins non-chirurgiens, ce qui pourrait amener à des complications nécessitant de solliciter des collègues chirurgiens.**

E14 : « Et quand on a pas un passé de chirurgien, bah… derrière s'il y a des complications, on ne peut pas… ce n'est pas à nous de pouvoir les gérer il faut avoir le soutien d'une équipe de gynécologues obstétriciens »

**Un médecin pense qu'une courbe d'apprentissage sera nécessaire afin de pouvoir réaliser correctement le geste.**

E12 : « ça ne va pas être simple, avec une nécessité d'une courbe d'apprentissage quand même. »

**Certaines difficultés ont déjà été rencontrées dans certains centres pour des termes entre 12 et 14 SA.**

E14 : « Déjà, il y a des fois, il y a des difficultés entre 12 et 14 dans certains centres des difficultés à le faire. »

**Beaucoup de médecin redoutent le geste, la « morcellation » est souvent évoquée et dérange certains d'entre eux.**

E11 « Ce n'est vraiment pas un geste très réjouissant »

E6 : « j'ai lu (…) un interview d'Israël Nisand, (…) il disait que ça risque d'être difficile car à partir de certaines dates on va sortir les petits en morceaux »

E5 : « Moi je n'ai pas envie de me retrouver à arracher des morceaux de bébés c'est tout »

E7 : « Et c'est vrai que ce n'est jamais très agréable, enfin voilà parfois on retire des morceaux de fœtus à la pince quand on est déjà entre 12 et 14 SA donc au-delà … »

E9 : « Ce n'est pas rien et le fait d'avoir déjà morceler une seule fois une tête, une fois que t'as morcelé fois une tête tu sais que … »

E9 : « je suis sur la liste de ceux qui ne font pas des IVG après 14. Parce que j'ai lu la procédure de comment faire pour morceler la tête et tout ça … »

E3 « je ne suis pas hyper à l'aise pour les IVG chirurgicales un peu tardives, je n'aime pas trop voir ce que je fais quoi. »

E10 : « c'est un petit peu difficile pour avoir fait plusieurs IVG après 14 semaines enfin 14 ce n'est pas toujours facile à vivre souvent c'est du « morcellement » donc voilà ça ce n'est pas rigolo »

**Certaines complications sont redoutées, particulièrement les hémorragies et les rétentions, une intervention plus longue, et des difficultés de dilatation cervicale.**

E10 : « Hémorragie, rétention »

E7 : « Après y'a une autre chose, je pense que c'est une intervention plus longue, plus compliquée. »

E7 «Sur le geste, il y a la difficulté des dilatations cervicales qui a déjà posé parfois des problèmes à des termes inférieurs, les traumatismes cervicaux»

E7 : « Moi ce que j'appréhende, oui c'est la difficulté technique, les rétentions, les difficultés de dilatation du col oui j'ai déjà vu une autre patiente qui avait une rétention sur un fragment osseux et qui avait eu une perforation. »

E12 : « Oui bien sûr alors la difficulté de dilatation du col »

E7 : « Sur le geste, il y a la difficulté des dilatations cervicales qui a déjà posé parfois des problèmes à des termes inférieurs, les traumatismes cervicaux »

E12 : « Et les risques hémorragiques qui sont très… Qui sont à mon avis majeurs. »

E13 : « M… a fait une 14 semaines dépassées la semaine dernière où il y a eu une hémorragie, après est-ce que c'est le terme qui induit ça ou bien est-ce que c'est autre chose »

E14 : « Le geste en soi pour permettre la vacuité complète ça peut être un peu plus long et que des fois ça peut être un petit peu plus… Ça peut saigner plus »

E15 : « on le voit déjà là, les IVG autour de 13 14 semaines, elles ont quand même franchement tendance à beaucoup plus saigner »

### 2.2.Technique médicamenteuse

**Une méthode médicamenteuse est envisageable pour réaliser les IVG entre 14 et 16 SA, d'après certains médecins.**

E11 : « Donc je ne m'étais pas questionné sur la méthode je m'étais juste te dit, qu'il faudrait peut-être réfléchir à quelle technique on ferait après 14 semaines et que c'était possible »

#### 2.2.1. Avantages

**La méthode médicamenteuse est vue comme une alternative à la technique instrumentale devant l'allongement du délai légal.**

E5 : « je suis pas capable de faire une IVG à 15 ou 16 SA mais ça ne m'empêcherait pas de faire l'IVG en soit mais ça m'empêcherai de proposer une IVG chirurgicale à ces dames »

E15 : « je pense qu'il faudrait plus un protocole médicamenteux »

E2 : « l'IVG médicamenteux serait peut-être moins nocive pour le col que la dilatation cervicale fait à la bougie »

E15 : « après tant qu'on peut éviter les chirurgies à ce terme là je pense que c'est mieux »

**Une méthode qui permettrait de s'affranchir de certaines complications.**

E16 : « je pense que les IVG à des stades tardifs devraient être pris en charge, comme les IMG, pour se s'affranchir des complications qu'on s'attend à voir avec les méthodes du IVG à des stades tardifs »

**La méthode médicamenteuse serait avantageuse sur la santé des femmes au long terme.**

E15 : «je pense qu'il faudrait plus un protocole médicamenteux (…) je pense que c'est là où on rendrait plus service et pour les patients c'est peut-être aussi plus choquant, plus marquant mais si on pense à leur avenir c'est peut-être la meilleure méthode »

**Le vécu des soignants serait plus facile avec une méthode médicamenteuse.**

E5 : « Moi, je pense que pour moi personnellement je proposerai plus une expulsion pour que, nous, on n'ait pas à arracher des bébés et qu'on ne finisse pas par être dépressif » Je pense que c'est mieux, enfin, Je ne suis pas sûr qu'il y a plus de risque de saignements

#### 2.2.2. Inconvénients

**De nombreux inconvénients de la technique médicamenteuse sont décrits par les médecins interrogés.**

- Plus d'échec

**Le risque d'échec de cette méthode est redouté.**

E15 : « on se retrouvera confronté à beaucoup plus d'échecs de la méthode médicamenteuse parce qu'on sait que plus le terme avance plus il y a de risque d'échec »

E4 : « nous on l'a fait au début et puis on est revenu en arrière parce que c'était quand même très très lourds avec beaucoup d'échecs »

- Plus de complications

**Les douleurs et les hémorragies sont des complications qui inquiètent certains médecins.**

E15 : « il y a de risques surtout que si ça fonctionne, ce soit plus hémorragique beaucoup plus douloureux et avec probablement plus de chirurgie d'urgence »

E11 : « Alors c'est évident qu'on aura des difficultés sur les expulsions incomplètes où on décide de faire des méthodes médicamenteuses »

- Traumatique

**L'IVG médicamenteuse avec l'expulsion du fœtus serait potentiellement plus traumatisante pour certaines patientes.**

E5 : « Et pour les dames, bien sûr une expulsion, c'est plus traumatisant après le but ultime est le même, mais une expulsion c'est plus traumatisant que d'être endormi »

- Procédure longue en salle de naissance

**La procédure longue sera imposée aux patientes, en salle de naissance.**

E13 : « c'est imposer à la patiente une procédure longue ce serait en salle de naissance c'est le seul endroit finalement on pourrait soulager ta douleur »

E4 « C'est lourd, … souvent ça marche sous 24h mais c'est de longues heures »

- Organisation compliquée

**La mise en place et l'organisation de la technique médicamenteuse sont difficiles à mettre en place.**

E13 : « ça peut être plusieurs heures de prise médicamenteuse (…) Moi je trouve que ce n'est pas quelque chose d'organisable »

- Illogique

**Deux médecins évoquent une incohérence avec la manière de prendre en charge les IVG actuellement, de manière chirurgicale entre 9 et 14 SA et de proposer une méthode médicamenteuse au-dessus de 14SA.**

E13 : « Je ne vois pas comment on peut justifier auprès des patients qu'à 14 semaines on fasse une aspiration et qu'à 14 + 2 on fasse une prise en charge médicamenteuse (…) je ne trouve vraiment pas ça logique. »

E3 : « si on se dit c'est médicamenteux, OK, mais du coup on remet en question tout notre pratique »

- Savoir accompagner les patientes

➢ Dans la douleur

**Les équipes réalisant les IVG devront accompagner les patientes, et mettre en place des techniques d'analgésie différentes de celles utilisées actuellement.**

E14 « C'est ce que là… L'accompagnement concernant la douleur, est-ce que c'est l'analgésie ça passe par une péridurale ? »

➢ Par rapport au visuel

**Les équipes devront se former pour accompagner et informer les patientes au visuel du fœtus expulsé.**

E14 : « quel accompagnement mettre en place, comment sur le plan visuel la femme va accueillir tout ça »

#### 2.2.3. Parallèle IMG

**La technique médicamenteuse est comparée à la technique déjà connue utilisée lors des IMG. Certains évoquent une technique bien connue, donc qui pourrait être envisagée pour les IVG. D'autres pensent que même si la finalité est la même, l'accompagnement sera différent.**

E14 « le parcours d'une IMG n'est pas du tout les mêmes sur le plan ni médical ni psychologique ou psycho sociale d'une femme qui a une demande d'IVG donc ce parcours-là est aussi à réfléchir parce que ce ne sont pas les mêmes professionnels qui prennent en charge des patientes ce n'est pas le même accompagnement »

E16 « Les patientes qui font une IMG pour une intervention médicale de grossesse, Elles ont un protocole qui est complétement différent des patientes qui ont un IVG et on n'a pas de … pour les IMG précoces, On n'a pas de complication majeure et on est pas inquiets »

E3 : « donc on sait le faire pour les IMG bah pourquoi on ne ferait pas pour les IVG ? »

E3 : « mettre ça sur le compte que ce n'est pas tolérable, pour les femmes de leur faire subir un avortement par voie médicamenteuse a 16 SA bah ouais mais bon faire accoucher les femmes qui font une IMG je ne suis pas sûre que ce soit forcément mieux vécu »

### 2.3. Formation à la technique

- Nécessaire

**La majorité des praticiens aurait souhaité bénéficier d'une formation vis-à-vis du geste chirurgical.**

E10 : « Oui on se posait la question pour le faire mais qu'on voulait avoir une formation, savoir comment procéder »

E12 : « On ne sait pas, mais ça c'est le CNGOF qui doit nous donner une formation. »

E14 : « On ne va pas réaliser un geste sans avoir les compétences sans être formé. »

E17 : « Mais c'est ça qui m'embête aussi dans le fait de dire « je vais en faire » c'est que je n'ai pas été formée pour »

E3 : « « bah ouais mais est-ce qu'on est correctement formé pour faire ce geste-là dans ce terme la quoi ? »

E16 : « Il faut qu'on soit tous formés à faires des IVG à 16 semaines. »

- Pas nécessaire

**Deux médecins considèrent que la technique chirurgicale n'est pas nécessaire.**

E15 : « mais en soi je ne pense pas qu'il y ait de formation particulière IVG chirurgicale quel que soit le terme le geste est le même »

E15 : « ben je ne compte pas trop me former enfin je ne sais pas s'il existe des formations particulières »

E18 : « Non, je pense que c'est la même chose que les curetages qu'on fait d'habitude comme pour les IVG chirurgicales. Je ne me suis pas posé cette question »

#### 2.3.1. Manque de formation

**Beaucoup de médecins considèrent qu'il y a eu un manque de formation.**

E13 : « pour la formation, il n'y a absolument rien proposé »

E14 : « comment on se forme ? »

E10 : « Je n'en sais rien. Soit faut qu'on aille dans un gros centre qui a l'habitude d'en faire. Je ne suis pas sûre que webinaire ou tuto sur Internet ça fonctionne bien, ça je ne sais pas on ne sait pas nous on attend. Qu'on nous dise comment faut faire pour se former. »

E7 : « En tout cas y'a pas eu de démarche de propositions ce qui est dommage parce que… peut-être que … enfin voilà peut-être qu'on s'y pliera sans difficulté »

E13 : « tu demanderas sur les différents centres de la région il n'y a absolument rien pour la formation il n'y a absolument rien proposé. »

#### 2.3.2. Difficultés à mettre en place

**La formation de la technique chirurgicale sera compliquée à mettre en place dans les différents services.**

E14 : « Voilà il faut un soutien national pour que ce soit organisé au niveau national je pense pour les centres. Donc comment se former ? C'est ça que… Je trouve difficile, à mettre en place. »

E4 : « donc aller envoyer des gens se former ça va être extrêmement difficile »

**Deux praticiens évoquent le fait qu'il y aura peu de patientes demandeuses d'une IVG entre 14 et 16 semaines, ce qui ne permettra pas de se former correctement, en raison de la faible fréquence de la réalisation du geste chirurgical.**

E3 : « Le problème c'est que si on ne fait jamais, on ne sera jamais formé, et on gérera jamais. Il ne va pas y'en avoir dix dans le mois »

E7 : « Parce qu'en plus, effectivement, il n'y a pas non plus une demande énorme, entre guillemets, ce qui fait que c'est un geste qu'on ne fera quand même pas très souvent et que c'est un peu comme la cancéro enfin voilà on en fait pas régulièrement donc je pense qu'on n'est pas à l'aise dans le geste. »

#### 2.3.3. Si mauvaise formation, risque de complications

**Certains évoquent donc un risque de complications plus élevés si les médecins ne sont pas formés, donc certains ne souhaiteront pas réaliser le geste.**

E4 : « quand ça arrive si on n'est pas formé ça peut augmenter le risque de complications »

E12 : « C'est difficile actuellement de répondre aux demandes d'IVG tardive puisqu'on n'est pas formé »

E7 : « Non parce que c'est des techniques auxquelles, je ne suis pas formée donc voilà. »

E14 : « on ne va pas, on ne va pas le faire si on n'est pas formés, à la *cow boy*, sans savoir… Parce que certainement qu'il y a un impact direct sur les complications pour la femme. »

#### 2.3.4. Proposition de formations variées

**Les praticiens anticipent leur propre formation de différentes manières.**

- Par compagnonnage

E10 : « Ici on fait des aspirations à 16 semaines pour des IMG donc ce n'est pas le même contexte. Donc bon on a des personnes qui ont déjà fait ce geste tout ça. »

E16 : « Comme on s'est formé pour le reste, c'est à dire qu'on prend (…) ceux qui ont le plus d'expérience, si tu veux. On fait faire ses IVG par ces personnes-là et par le compagnonnage »

- Autres centres

E16 : « récupérer les expériences d'autres centres, si d'autres centres qui en ont fait. »

- Bibliographie

E16 : « Faire de la biblio, regarder et faire et faire en se mettant dans les conditions maximales »

E11 : « leurs publications sur les IVG tardives, pour qu'on voit quelles sont les conséquences sur les grossesse futures »

- L'étranger

E3 : « Mais du coup qui nous formerait ? faut qu'on aille en Espagne ?»

E4 : « Donc il va falloir qu'on aille se former à l'étranger ou alors qu'on apprenne sur le tas et si la loi passe on n'aura pas le temps d'aller se former à l'étranger on n'a déjà pas le temps de faire nos taches actuelles »

E11 : « il faut qu'on aille voir un petit peu à l'étranger »

E14 : « on avait demandé au planning familial d'essayer de contacter les pays, les pays autour et qu'on ait un retour sur la sécurité des démarches »

#### 2.3.5. En attendant la formation

**Les médecins proposent de faire des IVG médicamenteuses en attendant d'être formés, un des médecins évoquent la crainte que cette technique se pérennise et que les praticiens ne se forment donc pas à l'acte chirurgical, et par conséquent que certaines femmes n'aient pas le choix de la technique.**

E14 : « mais c'est réfléchir à quel parcours en attendant la formation, en attendant qu'on puisse réaliser le geste, donc beaucoup de centres se tourne vers la proposition de prise en charge médicale, d'une IVG par voie médicamenteuse. »

E16 : « C'est à dire qu'au jour d'aujourd'hui, on n'est pas préparé. Il y a un premier cas d'une patiente qui a demandé une IVG tardive et d'ailleurs je ne sais pas comment ça s'est passé je crois qu'ils ont fait comme le protocole comme pour les IMG »

E14 : « que il n'y est pas derrière de … De personnel volontaire à se former aux gestes parce que là… La femme on ne lui propose plus le choix et c'est un choix médicamenteux et c'est tout et… »

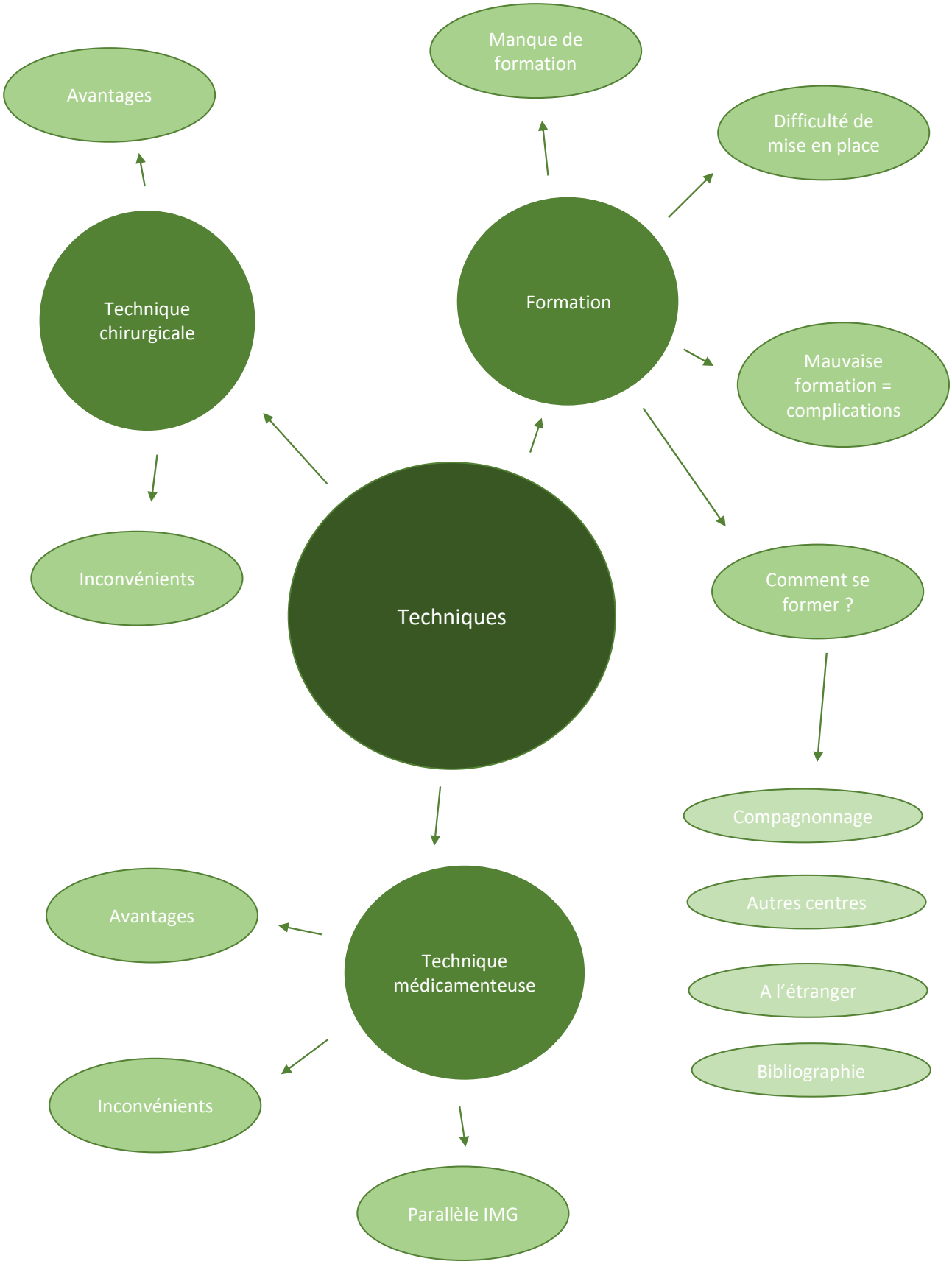


Figure 4 : modélisation du thème « Techniques »

3. Obstacles

3.1.Avis défavorables

**Certains médecins avaient un avis défavorable quant à l'allongement du délai légal de l'IVG.**

E5 : « Au premier abord défavorable »

E9 : « Moi j'étais contre le faire »

E9 : « La loi est passée comme ça mais, on ne nous a rien dit, donc voilà moi j'ai dit « non » pour me protéger un petit peu »

E8 : « Non … parce que je pense que … je ne vais pas faire de patientes qui sont au-delà de 14 SA »

E5 : « quand j'ai vu le projet de loi ça m'a franchement perturbé je pense que je ne suis pas de celles qui est plus de réticence avec l'IVG. »

E17 : « Après… c'est vrai que je dis pour l'instant je dis non, je ne le ferai pas. »

3.2.Interrogations / doutes

**Beaucoup de médecins s'interrogent sur la nécessité/intérêt de cette loi, d'après eux l'allongement du délai n'empêchera pas les femmes de dépasser le délai, beaucoup pensent que c'est une mauvaise réponse à une bonne question.**

E8 : « je ne suis pas forcément pour parce que je n'ai pas l'impression qu'il y ait un besoin voilà »

E11 : « Alors dans mon exercice je ne comprends pas trop en quoi… Pourquoi on allonge ? »

E14 : « je trouvais ça positif pour les femmes …effectivement mais je craignais la mise en place… du fait de comment est structuré l'activité IVG en France… »

E4 : « Ma première approche, c'était pourquoi ? … comme si c'était … Je ne vois pas vraiment l'intérêt d'allonger le temps, enfin la période, c'est vrai qu'il y a quelques femmes qui vont être en difficulté mais on n'aura jamais de délai qui permettra de prendre en charge toutes les femmes que soit 16, 20, 24 ou 30 SA. »

E6 : « je trouve que c'est une mauvaise réponse à une bonne question »

E7 : « Alors je n'y ai pas vu un intérêt très important par rapport à ce que j'ai vu moi dans ma pratique. »

E5 : « Cette proposition de loi ça m'a inquiétée et je me suis posée beaucoup de questions sur la suite. »

E17 : « Mais la question n'est encore jamais posée non plus. Donc c'est quand c'est une patiente que l'on suit et qu'on connaît. Si elle se retrouve dans la difficulté à quatorze semaines et demie, je ne vais pas non plus ne pas la prendre en charge. »

E16 : « après... euh en fait, je suis un peu entre les deux. »

Un des médecins évoque une impression de retour en arrière, même questionnement que l'allongement de délai de la loi de 2001.

E6 : « Dans 10 ans on va avoir exactement le même discours et on va allonger de nouveau le délai donc c'est exactement la même chose voilà. »

E6 « Et ce que je pensais avant c'est pareil ce n'est pas en allongeant le délai qu'on va améliorer le sort des femmes… ça va faire pareil. On va toujours avoir des patientes qui auront dépassé le délai. »

E6 : « J'ai cru revenir 20 ans en arrière, lorsque j'avais entendu parler de l'allongement du délai entre 10 et 12 semaines avec les mêmes réflexions »

E18 : « Donc… je suis un peu partagée... Mais bon… c'est comme ça (rire) »

### 3.3. Craintes

#### 3.3.1. Risques sur la santé des patientes

**Certains praticiens s'interrogent sur l'impact des IVG tardives sur la santé physique et mental des femmes.**

- Santé mentale

**Selon deux médecins, les IVG tardives entre 14 et 16 SA pourraient être plus impactantes d'un point de vue psychologique que les IVG à des termes précoces.**

E15 : « le côté psychologique est très important et je pense plus on est avancé dans la grossesse plus c'est dur »

E16 : « je pense que psychologiquement, pour la femme, ça va être un peu plus difficile à un stade avancé »

E16 : « pour certaines patientes, le fait que ce soit plus tardif, ça va ajouter quelque chose à la difficulté de cette démarche »

**Un des médecins compare l'impact psychologique d'avoir recours à l'IVG ou de garder une grossesse non prévue.**

E16 : « Ça aurait pu être aussi plus difficile pour certaines patientes de se dire je suis à 15 semaines, j'aurais bien voulu arrêter la grossesse et finalement je finis avec une grossesse que je suis obligée d'assumer »

- Santé physique

**Le pronostic obstétrical, pour des grossesses désirées ultérieures, est le risque le plus redoutés par les médecins interrogés.**

E13 : « oui pour le pronostic obstétrical ça peut être quelque chose à discuter »

E10 : « à posteriori, je n'espère pas des accouchements prématurés mais ça ce sera plus tard on n'a pas trop de recul »

E11 : « Ce qui m'inquiète surtout c'est est-ce qu'on n'aura pas de conséquences obstétricales futures pour ses patientes là sur des traumatismes cervicaux »

E13 : « on a des patientes qui font des accouchements prématurés ou des fausses couches tardives et qui ont eu une IVG tardive à l'étranger »

E13 : « il y a un facteur de risque d'abîmer le col en fait créer une incompétence cervicale ça c'est aussi des choses qu'on doit expliquer aux gens et c'est pour ça que la préparation cervicale, elle est hyper importante »

E15 : « des interventions très hémorragiques et très délétères pour le futur obstétrical des patientes qui aurait des IVG tardives »

E16 : « On a peur qu'il y ait plus de déchirure du col par la manipulation du col. On a peur qu'il y ait plus de, comment dire, de perforation des choses comme ça, on a peur qu'il y ait plus de complications des gestes »

E15 : « je suis plus inquiet pour la suite voilà pour la suite, le futur obstétrical de ces patientes »

E18 : « Après, sur le plan obstétrical, est ce que c'est le mieux pour elles ? Je ne sais pas… »

E18 : « Est-ce que sur le plan obstétrical, on ne va pas abîmer leur col ? Est qu'elles ne vont pas faire plus de fausses couches ? »

E18 : « Sur le plan obstétrical, je suis… je me demande si ça ne va pas impacter leur projet, leur grossesse future »

**Quelques praticiens évoquent les complications immédiates, particulièrement liés à l'IVG chirurgicale, dont les hémorragies, les lésions cervicales, les perforations utérines et les rétentions, engendrant plus d'hospitalisations.**

E16 : « On a peur, Nous, en tant praticien, qu'il y ait plus d'hémorragie, on a peur qu'il y ait plus de déchirure du col par la manipulation du col, on a peur qu'il y ait plus de, comment dire, de perforation des choses comme ça »

E11 : « Forcément c'est qu'on va forcer ces cols et on expose probablement ces femmes à des traumatismes, enfin des lésions cervicales »

E13 : « Pas spécialement je pense que oui il va y avoir des difficultés plus d'hémorragie probablement plus hospitalisation »

E15 : « je pense qu'on sera plus délétère sur l'utérus on sera ... il y aura peut-être plus de risque d'hémorragie enfin voilà sur la santé aiguë autour de l'acte chirurgical avec le risque d'hémorragie plus important »

E8 : « enfin voilà plus on rallonge, plus les risques d'hémorragie, de complications sont importants »

E18 : « Elles vont beaucoup saigner »

- Impact sur la fertilité

**Un seul médecin évoque le probable retentissement sur la fertilité des femmes.**

E15 : « est sur la santé à long terme, sur la fertilité à long terme avec … »

#### 3.3.2. Fragiliser l'activité IVG

**Des médecins interrogés craignent que cet allongement de délai engendre une fragilité de l'activité par la désaffection de l'orthogénie par certains médecins.**

E14 : « la peur que les centres IVG se fragilisent de plus parce que des fois il y a des professionnels qui ont réagi à arrêter l'activité »

E6 : « Ah « il y a ce stade où le taille du fœtus nécessite la dilacération ce qui pourrait nécessiter le refus de pratiquer cet acte par certains obstétricien » alors quand tu aspires tu ne vois pas mais quand tu arraches »

E6 : « voilà les gestes nécessaires au-delàs de 12 SA peuvent être source de complications chez les femmes et la pénibilité peut entraîner la désaffection des professionnels de santé »

E7 : « il ne va pas y avoir beaucoup de médecins qui vont en faire »

E14 : « on est déjà en sous-effectif »

E7 : « ça risque de diminuer la pratique de l'IVG plutôt que d'améliorer l'accès à l'IVG. »

#### 3.3.3. Santé des soignants

**Des praticiens évoquent la crainte de l'impact psychologique des IVG tardives sur la santé des soignants.**

E14 : « J'avais des craintes sur ça, mais aussi le vécu des équipes »

E14 : « Comment elles… Si ce sont des sages-femmes. Comment elles vivent cet accompagnement ? »

E7 : « je pense que pour nous c'est encore plus traumatisant enfin voilà »

E6 : « traumatiser aussi bien la maman que les médecins »

E14 : « pour veiller à la santé aussi des professionnels qui accompagne en fait ça peut être plus complexe que ça »

E10 : « pour les équipes c'est pas facile »

E6 : « ça ne m'empêche pas de dormir non mais pour d'autres je pense que ça peut »

E7 : « je pense que pour nous c'est encore plus traumatisant »

#### 3.3.4. Craintes d'augmenter le nombre d'IVG tardives

**Certains médecins évoquent la crainte que le fait d'augmenter le délai légal de l'IVG amène certaines femmes à attendre avant de prendre leur décision, et ainsi d'augmenter le nombre d'IVG tardives.**

E4 : « j'espère que de repousser de deux semaines ne va pas augmenter le nombre de prise en charge en tardive »

E2 : « Peut-être que ça va générer un questionnement chez les femmes avec un terme plus avancé. »

E13 : « est-ce que les patientes attendent plus pour prendre une décision ? »

### 3.4. Difficultés personnelles

#### 3.4.1. Vécu actuel des IVG tardives difficiles

**Malgré l'engagement des différents médecins interrogés, certains d'entre eux ont tout de même un vécu des IVG tardives difficile, et anticipent des difficultés supplémentaires avec l'allongement du délai.**

**Un geste déjà difficile entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée chez certains praticiens.**

E10 : « oui ça m'est déjà arrivé de rentrer chez soi pas bien. Que ça m'ait miné toute la journée parce que ce n'était pas un geste facile »

E17 : « je trouve que c'est déjà difficile de faire un peu les IVG chirurgicales tardives. »

E2 : « je fais déjà les 14 semaines à reculons"

E5 : « Quand tu vois l'impact que peut avoir une IVG sur toi-même pour une journée entière et parfois plusieurs jours. »

E5 : « d'une IVG à 14 SA moi j'ai des images qui restent en tête de certaines IVG à 14 »

E6 : « déjà sortir des quatorze semaines ce n'est pas facile alors si on va au 16 semaines… »

E7 : « Et c'est vrai que ce n'est jamais très agréable, enfin voilà parfois on retire des morceaux de fœtus à la pince quand on est déjà entre 12 et 14 SA donc au-delà »

E18 : « quand même on a un fœtus qui commence à se former, on a un cœur, il y a le crâne. »

E8 : « on se dit mince… ce n'est pas… Très rigolo à faire ouais »

E9 : « 14 c'est difficile, je trouve. Alors au-dessus de 14 »

**Un médecin a peur d'être perturbé par des mouvements fœtaux plus importants qu'à des termes inférieurs à 14 SA.**

E17 : « il y a déjà quand même des mouvements fœtaux. Et chose qui personnellement me gêne un petit peu, sur le fait de faire une IVG à ce terme-là. »

#### 3.4.2. Difficulté devant l'ambivalence des patientes

**Un médecin évoque l'ambivalence des patientes à des termes avancés, qui prennent une décision car elle se rapproche de la date limite, être l'acteur de l'acte est parfois difficile.**

E14 : « La gestion, il y a quelque chose en lien avec la gestion de l'ambivalence et ce délai … cette limite (reprise du terme utilisé) cette limite et il y a des fois ce n'est pas confortable pour le professionnel qui accompagne donc des fois je pense ça… »

E14 : « ce n'est pas autant le geste qui me… me mettait mal à l'aise c'était plutôt le… la psychologie des femmes dans certains cas surtout quand elles sont… comme il y a cette limite. »

### 3.5.Manque de communication

**Un point récurent durant les entretiens et qui a conduit à ajouter une question à la grille d'entretien, a été le manque d'information. La quasi-totalité des médecins se sont plaints d'un manque de communication vis-à-vis du passage de cette loi sur différents points de vue.**

#### 3.5.1. Informations concernant la loi

**Trois médecins évoquent l'incompréhension vis-à-vis du passage de la loi, ils ne savaient pas à quel moment la loi était entrée en vigueur et que les demandes étaient désormais recevables.**

E14 : « Est-ce qu'il fallait attendre le décret est-ce que la parution au journal officiel suffisait, la loi était passé, on était un peu dans le doute. »

E14 : « Quand il y a eu la parution au passage c'est vrai qu'on ne savait pas si le décret était passé ou pas « dans combien de temps ça allait passer ? est-ce que ça pouvait se mettre en place sous trois jours ou trois mois ou deux ans ? » on ne savait pas »

E17 : « j'avoue que je ne sais pas du tout si c'est déjà commencé d'ailleurs dans les centres de planning familial ou autres. « Comment ils le gèrent ? »

E18 : « Mais en effet, je ne sais pas quand est ce qu'elle est passée. Je pense qu'il n'y a pas longtemps, elle est passée récemment »

#### 3.5.2. Mauvaise diffusion de l'information

**Certains évoquent un mauvais moyen de diffusion de l'information, la diffusion aurait dû être plus large d'après certains.**

E16 : « Je pense que ce type d'information là, ça aurait dû être plus diffusé (…) Moi, j'étais plus informé sur la PMA ouverte et avec des indications qui étaient élargies »

E10 : « Alors moi j'ai juste reçu un mail du CNGOF j'en avais entendu parler au congrès que c'était en questionnement. »

E10 : « Non il n'y a rien qui n'a été proposé on s'était dit qu'on allait se mettre en lien avec le réseau périnatalité de Nouvelle Aquitaine parce qu'eux ils allaient mettre en place. Mais pour l'instant je n'ai pas de nouvelles. »

E17 : « J'avoue que je ne sais même pas, et je parce que l'information n'est pas vraiment passée de ce côté-là »

E17 « parce que l'information, à part l'information dans les médias comme ça, chacun à titre personnel, en tout cas, nous, sur l'activité libérale »

E8 : « Je ne sais toujours pas, à part dans le journal, que c'est passé. »

E18 : « Je l'ai vu passer sur Internet »

E18 : « on n'a pas eu une information après. Est ce qu'on a reçu des mails ? Je ne sais pas trop, mais en tout cas je l'ai vu sur Internet. »

**Une communication par les sociétés savantes aurait été souhaitée par un médecin, évoquant aussi une influence sur son opinion.**

E8 : « vu qu'on n'est pas de retour de nos autorités, de nos sociétés savantes comme le CNGOF, peut-être qu'ils pourraient nous communiquer, nous dire « bah voilà à partir de telle date le délai s'allonge, on vous conseille telle méthode ou telle méthode » enfin voilà on n'a aucun retour pour nous accompagner et ça n'aide pas en tout cas. »

**Certains médecins avouent qu'ils n'ont pas fait l'effort d'aller chercher l'information par eux-mêmes.**

E16 : « peut-être que j'aurais dû aller chercher l'information »

E4 : « Moi je n'ai pas suivi, je n'ai pas regardé, je ne suis pas au fait des choses »

E15 : « Mais après c'est peut-être un tort en tant que gynécos obstétricien justement de ne pas avoir fait l'effort mais vu que ce n'est pas mon activité principale j'avoue que je me suis pas intéressé plus que ça »

E15 : « je n'ai pas fait l'effort non plus donc là-dessus je ne peux pas non plus trop jeter la pierre à qui que ce soit »

E17 : « Est-ce que c'est à nous d'aller les chercher ? Bien sûr, mais oui. »

#### 3.5.3. Praticiens non sollicités / non écoutés

**Certains médecins considèrent qu'ils n'ont pas été sollicité ou écoutés vis-à-vis du passage de la nouvelle loi.**

E10 : « Je n'ai pas l'impression qu'on a été… que notre avis était demandé. »

E9 : « Oui parce que d'un côté je me suis dit : on nous a un peu imposé ce truc-là, en nous disant il faut le faire et puis voilà »

E8 : « Je ne sais pas trop… on ne m'a pas demandé mon avis. Vous êtes la première à me demander mon avis. »

E8 : « on a l'impression que ce n'est pas ceux qui font, qui ont le pouvoir de décision, ou au moins de donner leur avis, nous, on ne nous a pas demander notre avis. »

E14 : « Du coup voilà, beaucoup de craintes vis-à-vis de ça et après nous… On a fait remonter les difficultés qu'on craignait mais on ne s'est pas senti entendus »

E19 : « et puis parce que là ça fait partie de ces choses où on nous impose quelque chose par des gens qui n'en ont jamais vu jamais fait et qui ne savent pas à quoi ça correspond de faire des IVG à 16 SA. »

E18 : « on nous impose du jour au lendemain, vous faites des IVG à seize semaines, mais personne ne nous a demandé notre avis avant. »

#### 3.5.4. Informations à donner aux patientes

**Certains médecins sont frustrés par le fait de pas avoir assez d'informations afin de pouvoir informer au mieux les patientes.**

E11 : « après il va falloir qu'on fasse une information bien complète mais après, on n'a pas l'information par contre nous... »

E11 : « on n'a malheureusement pas l'information de quelles sont les conséquences d'une IVG aussi tardive pour ces patientes »

E11 : « pour qu'on puisse conseiller au mieux les patientes parce que malgré tout c'est pour elles »

E14 : « Et comment on l'informe quels termes on utilise pour lui dire ce qu'elle peut voir quelles sont les douleurs auxquelles elle doit s'attendre et puis donc ça pour le vécu de la femme … »

E11 : « après il va falloir qu'on fasse une information bien complète mais après, on n'a pas l'information par contre nous... »

#### 3.5.5. Informations sur la technique

**Les praticiens ne savaient pas pour certains d'entre eux comment allait se réaliser le geste, n'avait pas de protocoles. Deux des derniers médecins interrogés ont évoqué un protocole qu'ils avaient reçu par mail vers mars 2022.**

E13 : « Ils sont restés assez vague sur… (…) sur comment faire c'est marqué faites une bonne préparation cervicale etc. donc on n'a pas vraiment eu d'infos très claires sur comment faire »

E17 : « Mais dans l'immédiat en tout cas, je ne me trouve pas assez informé sur les démarches à faire, ce qu'on fait, etc. D'accord, elle nous a un peu tombée « ah voila, le délai est rallongé, débrouillez-vous » »

E8 : « On n'est pas informé avec nos collègues on se dit que ça doit pouvoir se faire encore par curetage même si … »

E17 : « c'est vraiment la question que je me pose entre 14 et 16, est ce qu'on les fait par techniques chirurgicales classiques ou est ce qu'on part sur les méthodes qu'on utilise pour les IMG avec des déclenchements médicamenteux d'une expulsion par voie vaginale en fait »

E7 : « je me suis un peu questionné sur la façon dont c'était fait, le démembrement etc. »

E14 : « Et la loi a été rédigé plutôt dans le sens de plutôt proposer une voix instrumentale et ben tant que nous ne sommes pas informés ou que nous n'avons pas un soutien »

E8 : « on n'a pas de recommandations »

E11 : « quelle est la technique à privilégier ? »

E10 : « Il n'y a rien en fait officiellement personne n'a été formé à l'IVG tardive en France vu que ça ne fait pas partie de nos pratiques donc on s'est renseigné comme on pouvait »

### 3.6. Mauvaise organisation

#### 3.6.1. Manque de matériel

**L'organisation a mené à un manque de matériel au bloc afin de pouvoir réaliser les IVG chirurgicales dans certains centres.**

E12 « On n'a pas de canule de 15 on n'a pas de canule de 16. »

E12 : « Le seul problème c'est qu'on n'est pas formé pour le faire on n'a même pas de matériel »

E13 : « Nous avoir mis devant le fait accompli sachant qu'il n'y a aucune… Aucun matériel de commandé dans aucun hôpitaux »

E13 « on ne nous a pas mis à disposition du matériel ou des protocoles »

**Un manque de matériel qui aurait pu engendrer des complications.**

E13 : « c'est surtout oui la commande en urgence de matériel qui a pêché un peu quoi on a la chance pour l'instant de ne pas avoir eu de demande et on aurait pu vite se retrouver dans la difficulté technique à utiliser des instruments qui ne sont pas adaptés et faire des bêtises »

#### 3.6.2. Équipes non prêtes à accueillir les nouvelles demandes

**Une organisation à rediscuter, des médecins et des structures n'était pas prêts à accueillir des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA.**

E13 : « après tout ce qui est pratique et organisationnel j'avoue que le fait d'avoir passé une loi enfin un décret d'application sans avoir eu de recommandation, avoir organisé la prise en charge chirurgicale au sain médecin ni les informer a été un petit peu. Ce n'était peut-être pas le meilleur timing quoi »

E13 : « Avoir organisé la prise en charge chirurgicale (…) ni les informer a été un petit peu, ce n'était peut-être pas le meilleur timing quoi »

E14 « il y a eu une prolongation de délai c'est juste qu'il aurait fallu anticiper parce que on se retrouve dans des difficultés… »

E14 : « maintenant les demandes arrivent, les femmes sont, sont là… Nous ne sommes pas organisés »

E14 : « Je craignais que la loi passe avant que la France et les professionnels, les centre IVG soient compétents pour pouvoir proposer une façon de faire adaptée aux femmes »

### 3.7. Mauvaise rémunération

**Un médecin dit que la mauvaise rémunération de l'IVG est un frein à la réalisation de celle-ci surtout quand ils considèrent que le geste technique devient de plus en plus difficile avec des risques plus importants de complications.**

E7 : « je ne le fais pas du tout d'un point de vue mercatique mais je trouve que la tarification de l'IVG elle n'est pas mise en rapport avec les risques chirurgicaux notamment »

E7 : « je pense que la rémunération n'est pas à la hauteur de la difficulté du geste et du risque potentiel. »

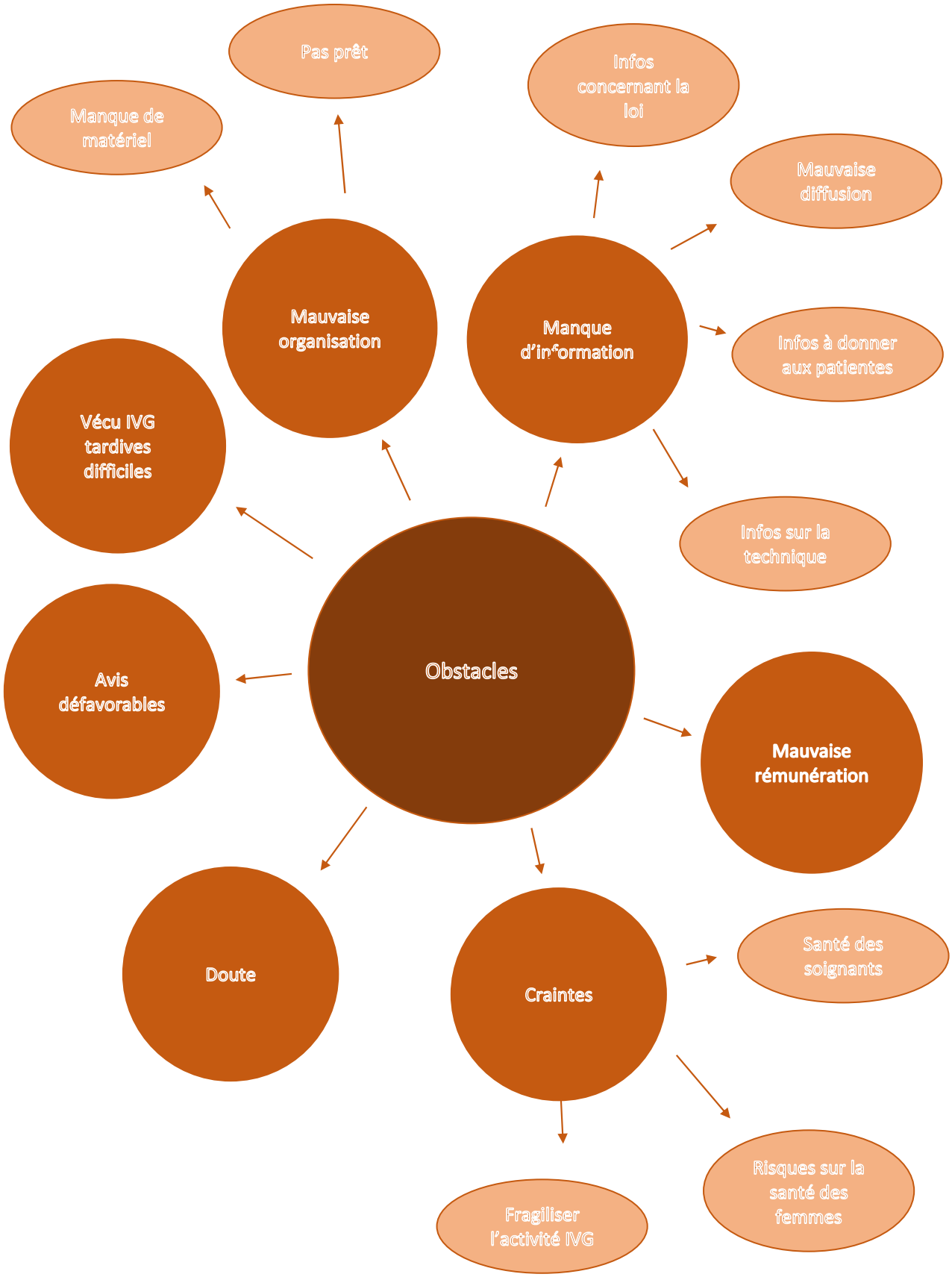


Figure 5 : modélisation du thème « Obstacles »

## 4. Attentes

**Les médecins ont différentes attentes et propositions afin d'améliorer les droits à l'IVG des femmes, et ainsi diminuer les inégalités sociales. Certaines de leurs attentes sont des moyens déjà mis en place mais qu'il faudrait optimiser.**

### 4.1. Augmenter les moyens

#### 4.1.1. Matériels

**Un médecin évoque un manque de place au bloc opératoire pour les IVG, ce sont des opérations réalisées en semi-urgences, donc difficiles à anticiper, un des médecins interrogés explique la difficulté à avoir des créneaux afin de pouvoir accéder facilement à l'IVG chirurgicale.**

E6 : « pas parce qu'on ne veut pas en faire ce n'est pas ça mais on a besoin de plus de places opératoires »

#### 4.1.2. Financiers

**Une des attentes des médecins est d'apporter plus de moyens financiers aux centres IVG.**

E14 : « il faut mettre les moyens »

E12 : « qu'ils financent »

#### 4.1.3. Humains

**Certains d'entre eux, évoquent la nécessité d'avoir plus de moyens humains, recruter plus de soignants formés à l'IVG, avec du personnel dédié à l'orthogénie.**

E14 : « je pense qu'il faut avoir plus de moyens dans les centres IVG ce qui permettrait d'être … recruter plus de personnel pour être plus nombreux d'être moins dans la fragilité »

E5 « dans les zones où il y a des il y a des délais qui sont trop longs qu'il y ait plus de personnes qui puissent faire l'IVG. Que les dames aient plus d'accès en termes de nombre et pas en termes de temps. »

E14 : « il faut mettre les moyens pour tous les centres aient des secrétariats dédiés il faut déjà mettre un secrétariat dédié, une ligne dédiée »

E3 « Je pense que le tout c'est d'avoir plus de personnel formé. »

**Certains évoquent le fait de former des sages-femmes à l'IVG et leur capacité à réaliser des IVG chirurgicales.**

E4 « Par ex la, mesure que fait qu'on fait accéder les sages-femmes à la possibilité de faire des IVG, on augmente le nombre de gens qui vont pouvoir prendre en charge les patientes et ça va être plus efficace que d'augmenter la durée »

E4 « Donc moi on m'a demandé pour les sages-femmes et moi je suis favorable à ce que les sages-femmes fassent des IVG »

### 4.2. Amélioration accès/réseau IVG par des conventions en ville

**Les médecins proposent plus de conventionnements en ville avec des médecins ou sages-femmes libéraux.**

E12 : « Après là c'est pareil on fonctionne très bien avec les IVG médicamenteuses en libéral Il y a des conventions, qui sont signées avec des sages-femmes libérales. Donc c'est

pareil ça permet d'offrir encore plus cette possibilité-là aux patientes. Qui n'ont pas forcément besoin de venir au centre d'Orthogénie. »

E14 : « aider au conventionnement en fait aussi local pour que les gens aient à faire moins de kilomètres, à aller dans les établissements et aider aux conventionnements en ville c'est pour les IVG médicamenteuses … »

E3 « former les libéraux aux IVG en ville oui carrément »

### 4.3.Centres référents

**L'idée de créer des centres référents, était discutée, certains médecins considéraient intéressant d'avoir des médecins habitués à réaliser le geste chirurgical dans ces centres, d'autres considéraient que ça reproduirait le même effet que des patientes allant à l'étranger, ne permettant pas une accessibilité à toutes.**

#### 4.3.1. Favorables

E17 : « Peut-être, ça peut être effectivement …déjà dans le circuit pour que justement elles aient … elles soient prises rapidement et qu'il y ait moins de pertes de temps possible »

E3 : « Je me dis que les femmes seraient mieux prise en charge avec des centres avec du personnel qui gère »

E8 : « Oui moi je pense qu'effectivement. Ça pourrait ouais… ça pourrait être une bonne filière de visibilité et puis au moins d'adresser correctement … enfin de mieux aiguiller pour les patientes quoi. Je pense que ça peut être une bonne option. »

E2 : « s'il y a des centres qui sont référents c'est probablement des centres qui travailleront mieux que des gens isolés »

E7 « Je pense qu'il vaut mieux le réserver à un nombre de praticiens réduits et former à ça, plutôt que d'en faire une de façon épisodique. »

#### 4.3.2. Défavorables

E6 : « est-ce qu'il faut le faire ? je ne crois pas car on se retrouverait exactement dans la même situation que quelqu'un qui va à l'étranger »

E6 : « Il y a des patientes qui risquent de ne pas pouvoir voyager, ne pas pouvoir venir car c'est contraignant »

E4 : « ce qui veut dire que tu demanderais à la population charentaise d'aller se faire prendre en charge à Poitiers Limoges ou Bordeaux ce n'est pas souhaitable »

E15 : « si on veut qu'il n'y ait pas beaucoup de termes dépassés enfin le moins possible de termes avancés est le plus possible de fluidité et de facilité il faut que le maillage soit vraiment large et bien réparti »

E3 : « Le problème c'est que si on ne fait jamais, on ne sera jamais formé, et on gérera jamais. »

E4 « t'as quand même les femmes qui ont des grossesses, qui compte être prises en charge tardivement, pas toujours mais souvent, c'est des milieux pas très favorisés, dans des difficultés à se déplacer pour aller sur un autre département pour une pris en charge, donc il faudra le faire ici le mieux possible. »

### 4.4.Prévention / éducation

#### 4.4.1. Consultation grossesses non prévues

**Un des médecins propose de créer des consultations dédiées au début de grossesse non prévues, sans que ce soit forcément une consultation dans l'objectif de faire une IVG mais afin de pouvoir donner toutes les informations possibles sur les possibilités et le déroulement d'une grossesse.**

E15 : « après ça demande beaucoup de temps médical mais il faudrait pouvoir recevoir toutes les personnes qui ont besoin… qui sollicitent d'être reçues au planning pour une consultation pas forcément directement fléchée IVG quoi..., une consultation découverte de grossesse pour répondre aux questionnements »

#### 4.4.2. Éducation sexuelle

**Beaucoup de médecins ont évoqué des lacunes en éducation sexuelle, des axes sur lesquels des améliorations peuvent être réalisées, afin d'éduquer au mieux les jeunes, particulièrement dans les écoles.**

E11 : « il y a plein de choses à faire dans l'éducation sexuelle en fait, tout au départ. »

E11 : « Mais de l'éducation de base en fait ... La plupart des femmes ne savent pas du tout l'anatomie de leurs organes reproducteurs, la physiologie normale, leur dire qu'on n'a pas besoin de tester leur fertilité. »

E15 : « il y a un gros problème d'éducation à la base, de l'éducation sexuelle parce que on ne va pas se mentir à la plupart des IVG c'est quand même par un manque éducation »

E6 : « La formation à la sexualité normalement depuis les années 2000 il doit y avoir des cours à la sexualité dans les collèges, lycées, les écoles primaires. »

E6 : « Et ce n'est pas fait l'éducation à la sexualité voilà il faut qu'il y ait une éducation à la sexualité correcte tant qu'il n'y a pas ça il y aura toujours des IVG. »

#### 4.4.3. Contraception

**La contraception est aussi un sujet récurent, trouver des moyens afin que les femmes puissent connaitre et avoir accès à la contraception qui leur convient le mieux.**

E16 : « remettre encore de moyens sur l'information de la contraception. Moi je suis intransigeante les femmes qui viennent me voir parce qu'elles font une IVG et que je les recroise pour autre chose je leur dire, l'IVG n'est pas un moyen de contraception. »

E16 : « Donc informer sur la contraception enfin par tous les moyens possibles ».

E6 : « Et surtout c'est la formation sur la contraception »

### 4.5.Meilleure communication/information

**D'après un médecin, la communication auprès des patientes devrait être mieux faite, qu'elles aient accès à plus d'informations afin de pouvoir se diriger au mieux et donc au plus rapidement auprès des centres d'orthogénie.**

E10 : « Bah peut-être une meilleure diffusion d'informations de ce droit à l'IVG, des plannings familiaux »

E10 : « en tant que professionnel c'est facile je sais que ça existe mais est-ce que quand les dames tapent sur Google IVG, elles tombent facilement sur les sites des plannings familial ?

est-ce que l'information elle est bien ? enfin je ne sais pas… Enfin je n'ai pas l'impression qu'à l'entrée de l'hôpital c'est clair, que le numéro est facilement accessible des choses comme ça. »

### 4.6. Pas de solution

**Un des médecins interrogés pensent qu'il n'y a pas de réelle solution afin d'éviter les termes tardifs.**

E8 : « J'ai bien peur qu'il n'ait pas de solution… »

### 4.7.Ouvertures sur des études

**Des médecins sont intéressés par les études qui seront menées par la suite de cette loi afin de savoir s'il y a des complications à court et à long terme et si une méthode sera préférée à l'autre.**

E16 : « On récupère les données, on se laisse une période, on fait les deux, on voit ce que ça donne »

E11 : « Mais j'aimerais bien savoir les conséquences obstétricales après. »

E18 : « ce qui serait intéressant je pense, c'est que ces femmes là à 16 semaine, enfin ces IVG chirurgicaux, de faire une étude… de… enfin après de faire une étude et de voir si elles font plus de saignements. Est-ce que pour leur grossesse, d'après est ce qu'elles font plus de fausses couches tardives ? est ce qu'elles sont plus transfusées ? »

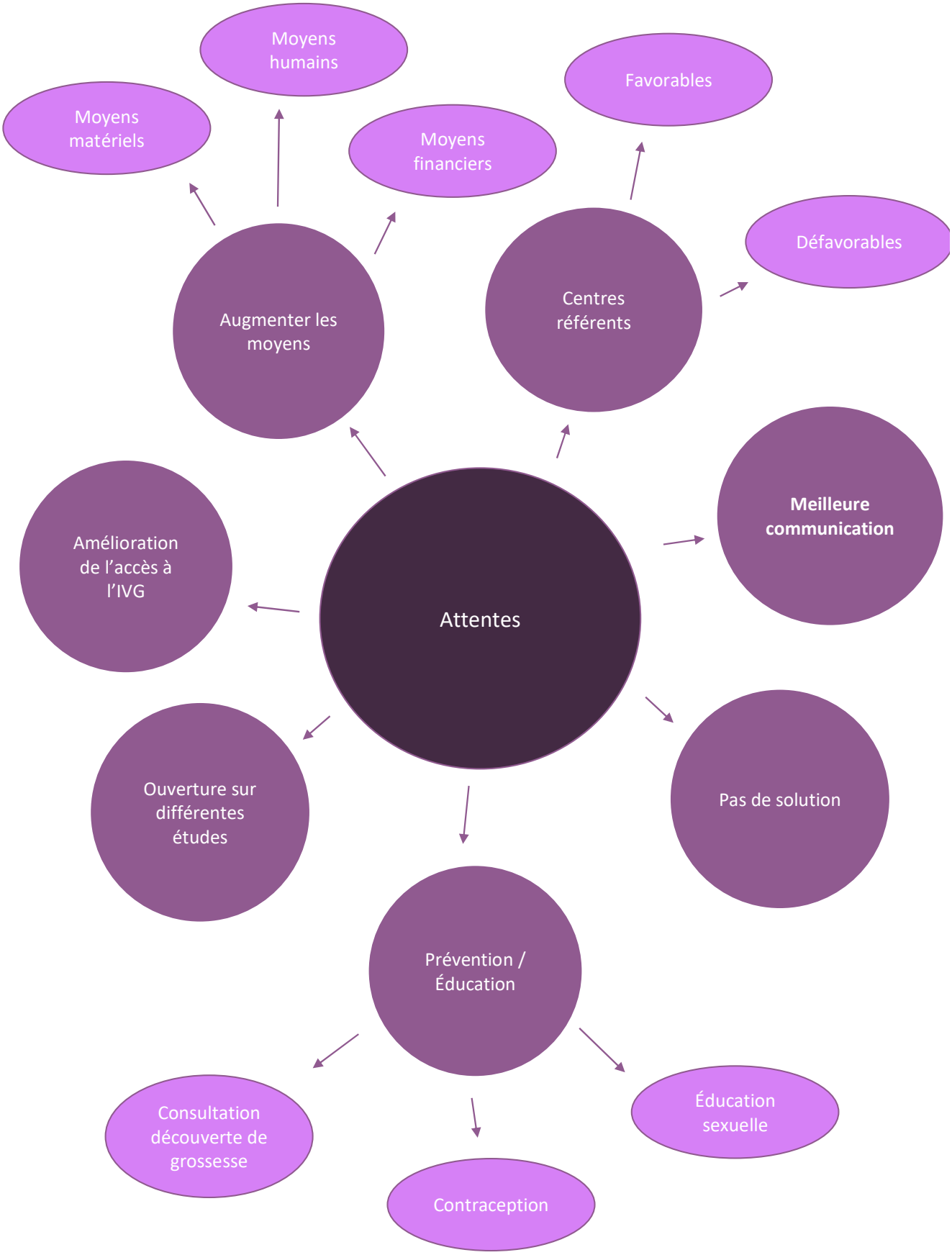


Figure 6 : modélisation du thème « Attentes »

# IV. DISCUSSION

## 1. Forces et limites

La principale force de cette étude était le fait de réaliser une triangulation des données afin de renforcer la validité interne de l'analyse. Les entretiens étaient réalisés dans des conditions identiques, dans des lieux calmes, les médecins interrogés étaient seuls avec l'enquêteur, afin de limiter le biais d'interactions. Les questions ouvertes lors des entretiens permettaient une liberté d'expression et d'éviter l'influence de l'enquêteur sur les sujets interrogés ce qui renforce la validité interne de l'analyse (cf Annexe 1). La saturation des données a été atteinte au cours de cette étude et est un facteur essentiel à la validité externe.

Une des principales limites de cette analyse est la faible expérience de l'enquêteur dans la réalisation d'entretiens, qui a néanmoins suivi une courbe croissante d'apprentissage au fil des interviews. Un délai d'un an s'est écoulé entre les premiers et les derniers entretiens (avril 2021 à avril 2022). Une partie des entretiens ont été réalisés alors que la loi était entrée en vigueur, certains centres avaient déjà réalisé des IVG entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée et un des sujets interrogés avait lui-même pratiqué une IVG entre 14 et 16 SA, ce qui crée un biais de durée. Certains médecins interrogés connaissaient l'enquêteur d'un point de vue professionnel, ce qui engendre un biais de sélection, ceci peut-être à l'origine d'une expression plus libre des sujets interrogés ou bien à l'inverse d'une retenue, ce qui crée un biais d'interaction. La subjectivité de l'enquêteur a pu fausser les résultats par des biais de mesures.

## 2. Comparaison avec la littérature

### 2.1. Pourquoi réaliser cette étude ?

Cette étude a été menée car à l'approche du passage de cette loi, allongeant le délai légal de l'IVG de deux semaines, de nombreux médecins se sont questionnés au sein des centres réalisant des IVG. Il nous paraissait intéressant de connaitre l'opinion des professionnels, afin de comprendre leurs motivations, craintes et attentes vis-à-vis de l'allongement du délai. L'analyse qualitative semblait la méthode la plus adaptée afin de permettre une expression plus libre des médecins interrogés.

### 2.2.Sujet à débat : confrontation de différentes opinions

Il ressort dans les différents entretiens, réalisés pour cette analyse, des opinions différentes, des médecins interrogés, vis-à-vis de l'allongement du délai légal de l'IVG. Certains médecins sont favorables à cette loi qui permettrait de diminuer, pour partie, les inégalités socio-économiques et de pouvoir répondre à la demande des femmes. Ces propos font écho à un article écrit par le Docteur Philipe Faucher, dans lequel il justifie la nécessité d'allonger le délai par la volonté de limiter les IVG réalisées à l'étranger qui créée des disparités socio-économiques. Il défend la méthode chirurgicale en s'appuyant notamment sur des études faites à l'étranger qui ne

montrent pas de risques plus importants que les risques actuels des IVG inférieurs à 14 SA. Il cite certains pays comme le Canada qui n'a pas de délai légal et où pourtant 90% des IVG sont réalisées avant 12 SA et seulement 0,6% au-dessus de 20 SA (21). Une publication de 2020 par de De Zordo (24) souligne que chez les patientes françaises ayant eu recours à des IVG à l'étranger (concernant uniquement les Pays-Bas, l'Angleterre et l'Espagne) 70% d'entre-elles ont découvert leur grossesse après le terme de 14 SA, ce que le Dr Faucher reprend pour mettre en évidence qu'une rapidité des délais des rendez-vous n'aurait pas suffi pour répondre favorablement à la demande d'IVG de ces femmes en France. Le 12 novembre 2020 le comité consultatif national d'éthique s'est réuni afin donner son avis sur l'allongement du délai et a considéré qu'il n'y avait pas d'objection éthique à allonger ce délai de deux semaines supplémentaires (4).

D'après le comité consultatif national d'éthique, une enquête avait été réalisée par le CNGOF en octobre 2020 auprès de 783 gynécologues-obstétriciens, indique que seulement 37,3% d'entre eux réaliseraient les IVG entre 14 et 16 SA si la loi les y autorisaient. Cette étude concerne uniquement les gynécologues obstétriciens, d'autres spécialités sont aptes à réalisées des IVG tardives. Dans notre étude, la majorité des médecins, réaliseront des IVG entre 14 et 16 SA, mais il y a un biais de sélection car la grande majorité des médecins travaillent en hôpital publique et ont une formation chirurgicale.

D'autres praticiens exprimeront des avis défavorables et beaucoup d'interrogations, comme le soulignait un communiqué de presse du CNGOF qui préférait prioriser le respect et la qualité des soins apportés au femmes, conscients que l'accès à l'IVG n'est pas évident et que de réels progrès sont à faire. D'après eux, la principale raison du dépassement de délai est la difficulté d'accès aux soins qui s'explique par le non-respect des recommandations et de la loi déjà existantes. Ils considèrent que les moyens accordés aux centres sont insuffisants, et que cette loi ne réglera pas le problème d'accessibilité, de rapidité des rendez-vous et ne permettra pas une diminution du nombre de femmes allant réaliser des IVG à l'étranger, d'ailleurs une phrase est ressortie plusieurs fois dans les interrogatoires et dans la littérature, « c'est une mauvaise réponse, à une bonne question ». Ils considèrent que l'allongement du délai ne résoudra que très partiellement les problèmes existants et ne constituera pas une amélioration de la prise en charge des femmes. Pour les citer ils disent que « proposer un allongement du délai parce qu'il existe une carence dans l'organisation des soins ne permettant pas une prise en charge précoce est donc une solution inappropriée ». Comme évoqué par un des médecins interrogés, dans le communiqué les auteurs considèrent inadmissible que les coûts de remboursement de prise en charge de l'IVG fassent de celle-ci une activité déficitaire pour les structures de soins (25).

Les gynécologues obstétriciens du CNGOF, craignaient des lésions du col utérin pouvant être responsable d'accouchements prématurés, une crainte largement évoquée par les médecins interrogés dans l'étude. Cette différence de techniques, passant de l'aspiration à la dilatation-évacuation, faisait craindre une désaffection des professionnels pour l'orthogénie. Alors que la méthode médicamenteuse n'était pas envisageable au vu des moyens personnels. Leur conclusion était « Augmenter le délai légal parce qu'on ne peut pas recevoir les femmes en demande d'IVG au moment de leur demande, est-ce améliorer le droit des femmes ? C'est au

contraire leur proposer un geste plus compliqué et plus risqué, là où il aurait été plus simple et moins dommageable si on avait pu réagir d'emblée » (26)

### 2.3. Un choix appartenant aux femmes

Certains médecins interrogés soulèvent l'importance de l'information fournie à la patiente, afin qu'elle puisse avoir tous les outils pour prendre une décision réfléchie tout en ayant conscience des bénéfices et des risques. En effet, le type d'IVG a une influence sur la satisfaction des patientes, une étude montre que les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse ont moins tendance à opter de nouveau pour cette technique. Par ailleurs, la même étude confirme l'importance du choix de la patiente car le caractère imposé de la méthode est significativement associé à une moindre satisfaction (27).

Une analyse qualitative publiée en 2018, réalisée chez 38 femmes ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse pour anomalie fœtale ou complications de la grossesse, a conclu, que proposer aux femmes le choix entre une interruption chirurgicale et médicamenteuse fait partie intégrante de la satisfaction de la décision. (28)

### 2.4. Technique

#### 2.4.1. La place de la technique médicamenteuse

L'étude montre que les praticiens s'interrogent sur les deux différentes techniques possibles, l'instrumentale ou la médicamenteuse. Une étude publiée en avril 2022 montre que la technique médicamenteuse est une méthode sûre et efficace jusqu'à 16 SA, si les protocoles, en fonction du terme, sont respectés (29). Le tableau ci-dessous liste les différents avantages et inconvénients des deux méthodes. D'après une étude, quand les femmes ont le choix, plus de 80 % choisissent la méthode médicamenteuse. Un des médecins de l'étude s'interrogeait sur l'accompagnement de la douleur si une méthode médicamenteuse était réalisée, une étude signale que l'utilisation d'antalgiques de palier 3 peut être nécessaire surtout après 13 SA (30). Il a été retrouvé un lien entre le niveau de douleurs et le terme (31). Une étude américaine publiée en 2020, compare les taux de complications (hémorragies, rétention, maladies thromboemboliques) de la méthode chirurgicale, dilatation et évacuation, et de la méthode médicamenteuse, avec mifépristone et misoprostol, lors des IVG du deuxième trimestre pour des indications fœtales. Elle valide la sécurité des deux procédures pour l'avortement du deuxième trimestre (32). Une autre analyse datant de 2009 montre des résultats rassurants sur le fait que l'IVG médicamenteuse avec misoprostol pendant le premier ou le deuxième trimestre de la grossesse est sans danger pour le futur obstétrical (33).

Synthèse des principaux avantages et inconvénients liés au deux méthodes d'IVG.

| | IVG médicamenteuse | IVG Chirurgicale |
|---|---|---|
| Avantages | Absence de geste chirurgical et d'anesthésie<br>Moins de délai d'attente | Rares échecs<br>Procédure courte |
| Inconvénients | Procédure de plusieurs heures<br>Risque d'échec<br>Saignements<br>Douleurs, nausées, vomissements, diarrhée | Risque anesthésique<br>Rares cas d'infection, de perforation utérine et de synéchies<br>Risque hémorragique<br>Risque de béance cervicale<br>Nécessite un opérateur entraîné |

Tableau 3 : Synthèse des principaux avantages et inconvénients liés aux deux méthodes d'IVG issu de l'article *Interruption volontaire de grossesse entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée : place de la technique médicamenteuse* de K. Bettahar

#### 2.4.2. Formation à la technique chirurgicale

Pour la formation à la technique chirurgicale, beaucoup de praticiens étaient inquiets de devoir réaliser des actes chirurgicaux sans avoir été formés et/ou informés, un article disponible sur internet depuis le 27 avril 2022, publiée postérieurement à la fin des entretiens réalisés pour l'étude, détaille la technique chirurgicale à réaliser pour une IVG entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée, et détaille comment faire une bonne préparation du col utérin, la réalisation de l'extraction avec le matériel à utiliser et la fréquence des complications issues des données étrangères de pays réalisant des IVG à ce terme (34). A l'approche de la fin des entretiens deux médecins avait reçu une fiche technique expliquant la technique du geste chirurgical et les matériels nécessaires éditée le 28 février 2022, alors que douze médecins ont été interrogés après cette date. (35).

### 2.5.Impact psychologique soignant

Certains sujets interrogés se sont questionnés sur l'impact psychologique que pourrait avoir la réalisation d'une IVG entre 14 et 16 SA sur leur santé psychologique, ainsi que sur celles des autres soignants travaillant dans des centres d'orthogénie. Aucun article n'a été retrouvé dans la littérature sur l'impact sur la santé mentale des IVG tardives sur les soignants.

### 2.6.Risque sur la santé des femmes

#### 2.6.1. Risques obstétricaux

De nombreux médecins interrogés lors de l'étude ont témoigné de leur inquiétude vis-à-vis du futur obstétrical des patientes qui auront recours à une IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA. Une revue systématique et une méta-analyse datant de 2008 ont signalé qu'un antécédent d'avortement est associé à une légère augmentation du risque d'accouchement prématuré (36). Une autre méta-analyse de 36 études, plus récente, publiée en 2016, avait analysé si l'évacuation de l'utérus pour une grossesse (FCS ou IVG) était un facteur de risque d'accouchement prématuré (32), et dans 5 des études l'IVG instrumentale a augmenté le risque

d'accouchement prématuré de manière significative. Toutefois, la puissance des études était faible et la description de la technique utilisée pour réaliser l'IVG (aspiration instrumentale ou dilatation et évacuation) ainsi que la préparation cervicale du col utérin n'était pas précisées. Ce biais majeur a bien été notifié par l'auteur pour interpréter les résultats de sa méta-analyse. Une étude publiée en 2015 évalue si l'interruption de grossesse au deuxième trimestre avec la méthode dilatation-évacuation par rapport à l'IVG médicamenteuse affecte le risque ultérieur d'accouchement prématuré. Les résultats ne montraient pas de différence sur les taux de naissances prématurées pour les femmes qui avaient subi une IVG par dilatation évacuation par rapport aux moyennes nationales et rapport aux femmes ayant eu une IVG médicamenteuse (37). Une méta-analyse anglaise publiée en 2021, a abouti aux recommandations de préparation du col utérin en fonction de l'âge gestationnel, qui préconise une préparation du col utérin avec l'utilisation de dilatateurs osmotiques, de misoprostol ou de mifépristone avant l'avortement pour les grossesses à 14 à 16 semaines (38), afin de limiter au maximum les lésions cervicales.

### 2.6.2. Complications aigues

Certains praticiens interrogés dans le cadre de l'étude proposaient de se renseigner sur les données des pays réalisant déjà des IVG supérieures à 14 SA, afin de connaitre les complications auxquelles s'attendre. Une étude américaine relève que dans les pays pratiquant déjà la technique chirurgicale de la dilatation-évacuation la mortalité est de 2,5 décès pour 100 000 femmes (39). Dans le cas où la technique chirurgicale était une dilatation-évacuation entre 13 et 26 SA, la nécessité d'une transfusion était comprise en 0,09 et 0,6% (40). Une étude portant sur 11 747 procédures dilatation-évacuation démontre que le risque de saignement supérieur à 500 ml était nul si l'âge gestationnel était inférieur à 19 SA (41). Une étude réalisée à l'hôpital Necker sur 414 patientes réalisant une interruption de grossesse entre 12 et 16 SA, a montré que les pertes sanguines et les taux d'hémorragies étaient plus importantes en cas d'aspiration endo-utérine qu'en cas de prise en charge médicamenteuse (3,5 vs 55% $p<0,001$), la transfusion était plus fréquente entre 14 et 16 SA qu'entre 12 et 14 SA dans le cas des interruptions par aspiration, alors que le taux d'hémorragie > 500ml ne différait pas significativement. Pour les patientes dans le groupe de la technique médicamenteuse, il n'y avait pas de différence du taux de complication en fonction du terme. (42).

### 2.6.3. Impact psychologique

Les médecins de l'étude se souciaient de l'impact psychologique d'une IVG tardive, ainsi que l'impact en fonction de la méthode utilisée. Dans l'étude de Dr K. Bettahar déjà citée précédemment qui étudie la place de la technique médicamenteuse dans les IVG entre 14 et 16 SA, il a été montré qu'il n'y avait pas plus de séquelle psychologique lors d'une IVG médicamenteuse entre 10 et 13 SA par rapport à la technique chirurgicale au même âge gestationnel (29), on pourrait en déduire que cela se reproduit pour les termes entre 14 et 16 SA. Une étude citée précédemment, étudiant le choix des femmes vis-à-vis de la technique si elles devaient subir une nouvelle IVG, souligne que le terme est un élément déterminant car les IVG réalisées après 9 SA sont également associées à une moins bonne satisfaction, ce qui peut

également être pris en compte quant au lien entre le moment du terme et l'impact psychologique (34). Aucune donnée évaluant spécifiquement l'impact de l'IVG en fonction de l'âge gestationnel n'a été retrouvée.

### 2.7. Disparité des pratiques et territoriales

Une enquête de Bajos et Ferrand (43) montre que l'attitude du premier interlocuteur de la femme lors de son parcours d'IVG a des incidences sur sa prise en charge. En effet, si ce dernier laisse la patiente contacter seule la structure adéquate ou le professionnel intervenant pour l'étape ultérieure, les délais de rendez-vous s'allongent. Le rapport du DREES 2022, cité dans l'introduction montre une disparité des territoires quant à la demande d'IVG faite par les femmes en fonction des régions françaises. Les délais pour avoir accès aux consultations d'IVG sont aussi différentes en fonction des régions. Une étude datant de 2019 réalisée dans les Hauts de France montre que les délais de consultation en orthogénie dans cette région étaient de 5,25 ± 5,20 jours : 6,32 ± 4,72 pour les établissements de santé ; 3,84 ± 5,11 pour les gynécologues ; 5,22 ± 5,88 pour les généralistes et 0,67 ± 0,58 pour les sages-femmes, le délai moyen variait de 1 à 15,5 jours en fonction des arrondissements. (44). Une autre étude faite dans le Pays de la Loire montre un délai de 7 jours (45).

### 2.8. Éducation sexuelle et contraception

La plupart des médecins interrogés évoquent une éducation sexuelle manquante auprès des jeunes, dans les écoles, ainsi que des efforts à faire d'un point de vue de l'information sur les différentes contraceptions existantes. Le comité consultatif national d'éthique l'évoque dans son avis donné sur l'allongement du délai légal de l'IVG et cite même un rapport du CESE publié en 2019 indiquant un « déficit alarmant en matière d'éducation ». Une enquête montre que l'accès des élèves à l'éducation à la sexualité reste très modeste, moins de 15 % des élèves bénéficient de trois séances d'éducation à la sexualité pendant l'année scolaire en école et au lycée (respectivement moins de 20 % en collège). Il n'y a pas d'évolution significative entre les années scolaires 2018-2019 et 2020-2021 (46).

## 3. Ouverture sur différentes études

A la suite de ces différents entretiens et questionnements évoqués par les médecins interrogés, il en ressort certaines idées d'études qui pourraient faire avancer les protocoles ou les soins IVG, notamment une étude sur le ressenti actuel des médecins face aux IVG entre 14 et 16SA. En effet, après en avoir réalisées depuis plus d'un an, leurs craintes se sont-elles confirmées ? Il serait bénéfique d'avoir un retour sur les différents risques, dans un premier temps immédiat, sur les complications aigues des techniques chirurgicales ou médicamenteuses, puis à plus long terme pour étudier les conséquences sur le pronostic obstétrical puis sur la fertilité des femmes ayant eu recours à des IVG entre 14 et 16 SA. Un retour des patientes sur leur vécu des IVG qu'elles soient médicamenteuses ou chirurgicales pourraient permettre de savoir si une technique devrait être préférée à une autre.

# V. CONCLUSION

L'IVG est légale depuis la loi Veil en 1975 et a connu de nombreuses évolutions législatives au cours des dernières décennies. La dernière, datant de mars 2022, allongeant le délai légal de l'IVG à 16 semaines d'aménorrhée, a engendré de nombreux questionnements auprès des médecins. Cette étude a été réalisée dans le but de connaitre l'opinion et les attentes des praticiens vis-à-vis de cet allongement de délai. L'étude qualitative a été préférée afin de permettre une expression plus libre des professionnels interrogés, et de moins orienter les réponses. Les opinions des praticiens interrogés étaient nuancées entre les médecins favorables à l'évolution du soins IVG en France avec l'allongement du délai légal de l'IVG et d'autres médecins plus réticents et inquiets au vu de ces deux semaines supplémentaires. Leurs avis étaient aussi nuancés d'un point de vue intra-individuel confrontant motivations et craintes.

Cette étude a permis d'évaluer les différentes motivations des médecins favorables au passage de cette loi. Une des principales est de permettre aux femmes de renforcer leur droit, en leur donnant un meilleur accès à l'IVG et en leur permettant d'avoir le choix de réaliser une IVG jusqu'à 16 SA. En effet la littérature montre que le choix des patientes est crucial pour le vécu des femmes.

Les deux différentes techniques, médicamenteuse et chirurgicale, ont été aussi critiquées, leurs avantages et inconvénients ont été discutés. Le manque de formation, particulièrement pour la technique chirurgicale a été un thème souvent abordé, inquiétant les gynécologues et médecins généralistes réalisant les IVG instrumentales.

Certains obstacles ont été exprimés par les médecins. Le manque de communication et d'informations a été largement évoqué par la quasi-totalité des sujets interrogés. Les médecins ont abordé des craintes sur les risques potentiels des IVG entre 14 et 16 SA, les complications aigues et les risques obstétricaux au long cours. La littérature est plutôt rassurante en ce qui concerne les complications aigues. Le pronostic obstétrical est encore discuté mais d'après les données une bonne préparation cervicale diminuerait de manière considérable les risques de prématurité sur de futures grossesses. L'impact psychologique des femmes et des soignants a aussi été une inquiétude soulevée par les sujets interrogés.

La dernière partie des résultats évoque les attentes des médecins afin de renforcer le droit à l'IVG. Il s'agit pour la plupart, de principes déjà connus à améliorer, principalement l'éducation sexuelle, une thématique souvent évoquée. Les dernières données de la littérature, en France, confirment le manque d'accès à cette éducation.

Cette étude permet une ouverture sur des problématiques intéressantes à étudier sur les prochaines années sur le choix de la technique à utiliser, le vécu des patientes, les complications aigues et le pronostic obstétrical des patientes réalisant des IVG entre 14 et 16 SA.

# VI. BIBLIOGRAPHIE


(1) Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), service public, 03 mars 2022 Interruption volontaire de grossesse (IVG); service-public.fr (consulté le 14 août 2022).

(2) Vigoureux, S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 45, nº 10 ; décembre 2016 ; 146276

(3) Vilain, A. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 ; DREES 2022 ; septembre 2022 n° 1241

(4) Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse ; 12 novembre 2020

(5) Battistel, M-N. et Muschotti, C. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le 16 septembre 2020

(6) Art. 317 du Code pénal (ancien)

(7) Projet de loi de novembre 1974 relative à l'interruption de la grossesse, Simone Veil

(8) Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

(9) Loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

(10) Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure

(11) Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social

(12) Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

(13) Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur

(14) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

(15) Proposition de loi n°3292 visant à renforcer le droit à l'avortement

(16) Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement

(17) Bieronski, E. Les disparités d'acceptation du soin IVG en Europe, Ethics, Medicine and Public Health 8 (Janvier 2019): 5664

(18) Arrêt Roe v Wade

(19) Faucher, P. L'allongement du délai légal de l'IVG est justifié ; Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 49, nº 3 ; mars 2021 ; 15758

(20) Nisand, I. Allonger le délai légal d'IVG : une mauvaise réponse à une bonne question, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, mars 2021 ; 3431

(21) Aubin-Auger, I. et al. Introduction à la recherche qualitative, exercer 2008 ; 84:142-5

(22) Paillé, P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, 1994, 147–181
(23) Mukamurera, J. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques ; Recherches qualitatives 26, nº 1 (2006) : 110
(24) De Zordo, S. Gestational Age Limits for Abortion and Cross-border Reproductive Care in Europe: A Mixed-methods Study, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 128, nº 5 (avril 2021): 83845
(25) Communiqué de presse, L'allongement du délai est une mauvaise réponse aux problèmes d'accessibilité et de réalisation de l'IVG en France, CNGOF, du 25 février 2022
(26) Communiqué du Conseil d'administration du CNGOF adopté à l'unanimité, CNGOF, octobre 2020
(27) Bréard, H. Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? À propos du niveau de satisfaction de 1032 patientes, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 49, nº 6 (juin 2021): 51116
(28) Kerns, J. et al. Decision Satisfaction among Women Choosing a Method of Pregnancy Termination in the Setting of Fetal Anomalies and Other Pregnancy Complications: A Qualitative Study. Patient Education and Counseling 101, nº 10 octobre 2018: 185964
(29) Bettahar, K. Interruption volontaire de grossesse entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée : place de la technique médicamenteuse. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 50, nº 11 novembre 2022 : 73540
(30) Coll, R. and al. The care of women requesting induced abortion. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2011, No. 213280
(31) Louie, KS. Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. Europ J Contracept Reprod Health Care 2017; 22:76–80
(32) Jacques, L. and al. Complication Rates of Dilation and Evacuation and Labor Induction in Second-Trimester Abortion for Fetal Indications: A Retrospective Cohort Study. Contraception 102, nº 2 août 2020: 8386
(33) Winer, N. and al. Is Induced Abortion with Misoprostol a Risk Factor for Late Abortion or Preterm Delivery in Subsequent Pregnancies? European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 145, nº 1 juillet 2009: 5356
(34) Faucher, P. et Gaudu, S. Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée ? Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 50, nº 78 juillet 2022 : 55962.
(35) Faucher, P. et Gaudu, S. IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA : Technique pas à pas, REVHO, février 2022
(36) Shah, PS. Induced Termination of Pregnancy and Low Birthweight and Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-Analyses: Induced Termination of Pregnancy and Birth Outcomes; An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 116, nº 11 octobre 2009: 142542
(37) Little, S E. Second Trimester Dilation and Evacuation: A Risk Factor for Preterm Birth? Journal of Perinatology 35, nº 12 décembre 2015: 100610

(38) O'Shea, L. et al. Cervical Priming before Surgical Abortion between 14 and 24 Weeks: A Systematic Review and Meta-Analyses for the National Institute for Health and Care Excellence—New Clinical Guidelines for England. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM 3, nº 1 janvier 2021: 100283
(39) Zane, S. Abortion-related mortality in the United States: 1998-2010. Obstet Gynecol 2015;126: 258–65
(40) Grossman, D. Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion. Reproductive Health Matters 16, nº sup31 janvier 2008: 17382
(41) Peterson, WF. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11747 cases. Obstet Gynecol 1983; 62:185–90
(42) Gottardi, E.,Complications des interruptions de grossesse de 12 à 16 SA : comparaison en fonction du terme et de la méthode utilisée, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 50, nº 78 juillet 2022: 51926.
(43) Bajos, N. et Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative : Sociétés contemporaines n°61, nº 1 mars 2006 : 91117
(44) Quandalle, C. Interruption volontaire de grossesse dans les Hauts-de-France : quel délai pour un premier rendez-vous ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 67, nº 1 février 2019 : 5157
(45) Branger, B., Enquête de satisfaction de 319 femmes ayant eu recours aux centres d'IVG dans les Pays de la Loire. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 45, nº 8 octobre 2016 : 95562
(46) Liouville, E. et Romulus, A-M. Éducation à la sexualité en milieu scolaire, Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, juillet 2021 : n°2021-149

ANNEXE 1 : Grille d'entretien

| | |
|---|---|
| Opinion : | - Que pensez de cette nouvelle proposition de loi vis-à-vis de l'allongement du délai légal de l'IVG ?<br>- Que pensez-vous de l'allongement du délai légal de l'IVG ?<br>→ En fonction de la réponse, pour quelles raisons ? |
| Technique : | - Quelle serait la technique la plus adaptée à votre avis ?<br>→ En fonction de la réponse, pour quelles raisons ? |
| Difficultés : | - Appréhendez-vous certaines difficultés ?<br>→ Si oui lesquelles ? |
| Impact : | - Avez-vous déjà été impacté par des IVG tardives ? |
| Santé des femmes : | - D'après vous, quel impact pourrait cela pourrait avoir sur la santé des femmes ? |
| Centres spécialisés : | - Pensez-vous qu'il faudrait adresser à des centres spécialisés ?<br>→ Pourquoi ? Si réponse non développée |
| Informations : | - Par quels moyens avez-vous été informé ?<br>- Cela vous a-t-il paru suffisant ? |
| Formation : | - Avez-vous eu des propositions de formation ?<br>- Comment comptez-vous vous former ? |
| Attentes / alternatives | - Quelles alternatives à cet allongement aurez pu permettre de renforcer le droit à l'IVG ? |
| Remarques supplémentaires : | - Avez-vous des remarques supplémentaires ? |
| | - *Quel impact a eu le Covid sur les IVG d'après vous ?*<br>*Point non intégré à l'étude* |

ANNEXE 2 : Consentement

## Consentement éclairé

Je soussigné(e), ……..,

- autorise par la présente Mme/M. ……
  à m'enregistrer en audio/vidéo
- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonyme

➢ seulement dans le cadre d'une recherche scientifique à but non lucratif (mémoires, thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

➢ à des fins d'enseignement universitaire

➢ pour une diffusion dans la communauté des chercheurs sous la forme d'éventuels échanges et prêts de corpus

- prends acte que, pour toutes ces utilisations scientifiques, les données ainsi enregistrées seront anonymes.

Lieu et date : Signature

## RESUME :

Introduction :

L'interruption volontaire de grossesse est un droit français depuis la loi Veil de 1975. De nombreuses évolutions législatives ont eu lieu depuis ces dernières décennies. La dernière date de mars 2022 avec en partie, l'allongement du délai légal de l'IVG passant de 14 à 16 semaines d'aménorrhée. Ce changement a soulevé de nombreuses questions auprès des praticiens réalisant des IVG chirurgicales. L'objectif était donc de connaitre les différentes opinions et attentes des médecins vis-à-vis de l'allongement du délai légal de l'IVG.

Méthode :

Analyse qualitative menée par des entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de 17 praticiens pratiquant des IVG instrumentales dans des hôpitaux de Poitou-Charentes, d'avril 2021 à avril 2022. L'analyse a été réalisée jusqu'à saturation des données.

Résultats :

Cette étude montre les différentes réflexions des médecins à propos de l'allongement du délai légal de l'IVG. Les résultats ont été classés en quatre grands thèmes principaux. Le premier thème abordé était, les motivations des sujets interrogés afin de renforcer le droit des femmes, en permettant un meilleur accès à l'orthogénie. Une des principales motivations était de permettre aux femmes d'être actrices de leur choix, en les informant de manière optimale. Le deuxième thème concernait les deux différentes techniques, instrumentale et médicamenteuse, permettant de réaliser une IVG entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée, énumérant les avantages et inconvénients de chaque méthode. Le manque de formation, particulièrement pour la technique chirurgicale a été soulevé par la grande majorité des sujets interrogés. Le troisième thème présentait les obstacles redoutés, par les médecins interrogés, à la promulgation de cette loi. Les médecins craignaient certains risques pour la santé des femmes, que ce soit l'impact physique ou psychologique. Le pronostic obstétrical des futures grossesses désirées était l'inquiétude la plus citée par les médecins. Les difficultés personnelles des médecins à réaliser des IVG tardives entre 12 et 14 SA, et l'anticipation de la « morcellation » étaient des sujets souvent abordés. Le manque d'information a été quasiment systématiquement évoqué lors des entretiens. Dans le dernier thème, les médecins ont partagé leurs idées afin d'améliorer le système de soins, de renforcer ce droit à l'IVG. Beaucoup sont déjà mises en place, et à améliorer, comme l'éducation à la sexualité, l'information sur la contraception, ainsi que le conventionnement en ville afin d'augmenter le nombre de praticiens formés à l'orthogénie et faciliter l'accès à l'IVG.

Conclusion :

Cette loi a créé des divergences d'opinions chez les différents praticiens interrogés. Ces résultats ont montré les différentes motivations, obstacles et attentes des médecins. La littérature est rassurante sur de nombreuses craintes évoquées par les sujets de l'étude, particulièrement sur les risques pour la santé des femmes. Cette étude relève des interrogations sur le choix de la technique à utiliser, le vécu des femmes, les complications aigues et le pronostic obstétrical chez les patientes réalisant des IVG entre 14 et 16 SA, qui pourraient mener à réaliser des études au long terme.


Mots clés : Interruption volontaire de grossesse – droit – femme

# SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !