

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le lundi 16 décembre 2013 à Poitiers
Par Quentin MARBOEUF

Etat des lieux des IVG en Charente en 2013.
Quelles sont les causes des grossesses non prévues ?
Place du médecin généraliste.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur J. GOMES DA CUNHA

Membres :

Monsieur le Professeur X. FRITEL

Monsieur le Professeur P. INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur J.L. LEVESQUE

UNIVERSITE DE
POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)

15. DROUOT Xavier, physiologie
 16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
 17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
 18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
 19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
 20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
 21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
 22. GILBERT Brigitte, génétique
 23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
 24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
 25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
 26. GUILLET Gérard, dermatologie
 27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
 28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
 29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
 30. HERPIN Daniel, cardiologie
 31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
 32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
 33. IRANI Jacques, urologie
 34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
 35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
 36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
 37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
- (de septembre à décembre)**
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
 39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
 40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
 41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
 42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
 43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
 44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
 45. MACCHI Laurent, hématologie

46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro- entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens

Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépto-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe

BIRAULT François

FRECHE Bernard

GIRARDEAU Stéphane

GRANDCOLIN Stéphanie

PARTHENAY Pascal

VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié

LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie

11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy radiologue

A Cynthia et Marin,
Ma future épouse et mon fils,
Merci de votre amour et de votre soutien,

A mes parents,
Merci d'avoir toujours été là pour moi,
Merci d'avoir toujours cru en moi,

A mon frère,
Merci pour ta complicité,
Merci de répondre toujours présent pour nous.

A mes grand-mères,
Et à toute ma famille,
Merci d'avoir construit ce lien familial qui nous uni,

A mes beaux parents,
Merci de m'avoir confié votre fille,
Merci d'être toujours là pour nous,

A mon grand père Marcel tant regretté,
Parti trop tôt mais toujours présent dans ma mémoire et dans mon cœur,
Merci pour tes enseignements et ta passion.

A Damien, Thibaut,
Etienne, Olivier, Yoann, Patrick, Vincent,
Et les autres...

Pour leur amitié et toutes les bonnes choses qui restent encore à partager.

A mes membres d'Equipe,
Merci de votre présence à nos côtés,
Pour ces années passées ensemble,
Et pour celles à venir,

A Sandrine,
Merci pour ta gentillesse et tes conseils,
A notre future association,

A tous mes maîtres de stage et à tous les médecins qui m'ont transmis
Des savoirs et des savoir-faire,
Merci pour vos enseignements,

Mes remerciements :

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,
Professeur des universités de médecine Générale,
Merci d'avoir accepté la présidence de cette thèse,

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Xavier FRITEL,
Professeur des Universités Praticien hospitalier,
Gynécologie-Obstétrique,

Monsieur le Professeur Pierre INGRAND,
Professeur des Universités Praticien hospitalier,
Biostatistique, Informatique médical

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Mes remerciements :

A mon Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Jean-Louis LEVESQUE,
Merci d'avoir accepté de me diriger pour ce travail de thèse,
Et merci de m'avoir proposé ce sujet.
Merci pour ton enseignement, ton professionnalisme et ta sympathie.

Au Docteur Jean-Marie CHARTIER,
Gynécologue-obstétricien du Centre hospitalier d'Angoulême,
Merci pour votre aide, vos précieux conseils et votre accueil.

Aux Docteurs Dominique MAHIEU et Mustapha DIEYE,
Médecin du DIM du Centre Hospitalier d'Angoulême,
Merci de votre aide, de votre disponibilité et de vos précieux conseils
Pour les statistiques.

Aux Docteurs TARIEL, SALOU, D'HALLUIN,
VACQUIER, BOUDERBALA,
gynécologues-obstétriciens,
Merci d'avoir accepté la diffusion du questionnaire dans vos services,
Merci de votre aide.

Mes remerciements :

A Mesdames DUGUE, DENIMAL, PEIGAT,
Cadres de Santé,
Merci d'avoir accepté la diffusion du questionnaire dans vos services,
Merci de votre aide.

A Mme GARNIER,
Assistante de Gestion de pôle
Merci de m'avoir communiqué vos données chiffrées
Merci de votre aide.

A Mesdames les Infirmières des établissements de santé d'Angoulême,
Cognac et Soyaux,
Merci pour la distribution, les explications et
La récupération des questionnaires,
Merci de votre aide.

A Mesdames les Secrétaires des établissements de santé d'Angoulême,
Cognac et Soyaux,
Merci pour la distribution et
La récupération des questionnaires,
Merci de votre aide.

ABREVIATIONS :

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

ARS : Agence Régionale de Santé

CADAC : Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

COCON : COhorte CONtraception, étude sociodémographique de 2000-2001

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

DIM : Département d'Information Médicale

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

FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

GIS : Groupe Information Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MLAC : Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

MMS : de l'anglais *Multimedia Messaging Service*, service de messagerie multimédia

PASS : PASS santé contraception, coupons de tickets permettant d'accéder à des services médicaux et paramédicaux en matière de santé et de contraception

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAE : Statistique Annuelle d'Etablissement

SMS : de l'anglais *Short Message Service*, service de messages succincts

PLAN de thèse :

- I- Introduction
- II- Historique et législation de l'IVG en France
 - A) Historique et législation des IVG avant le XXe siècle
 - B) Historique et législation des IVG à partir du XXe siècle
 - C) La Loi Veil, extraits et discours
 - D) Enjeux éthiques soulevés par les lois sur l'avortement
 - E) Les IVG dans les différents pays européens
- III- Les IVG : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale.
 - A) Le déroulement d'une IVG
 - B) La méthode médicamenteuse
 - C) Pharmacologie des médicaments utilisés
 - D) La méthode chirurgicale
 - a) Les anesthésies
 - b) La technique chirurgicale
- IV- Epidémiologie des IVG ces dernières années, en France, en région Poitou-Charentes et en Charente
 - A) Les différentes sources de données mobilisables sur les IVG
 - B) Les IVG au niveau national
 - C) Les IVG au niveau régional
 - D) Les IVG au niveau départemental
- V- Matériels et Méthodes
 - 1) Populations étudiées et objectifs
 - 2) Outil : le questionnaire
 - 3) Lieux d'étude
 - 4) Analyse statistique
- VI- Résultats
 - 1) Statistiques générales
 - 2) Résultats
 - a) Analyse descriptive
 - b) Analyse en composantes principales
- VII- Discussion
- VIII- Conclusion

IX- Annexes

- 1) Annexe 1 : La loi Veil, texte original
- 2) Annexe 2 : le questionnaire
- 3) Annexe 3 : Informations aux infirmières du centre hospitalier d'Angoulême
- 4) Annexe 4 : Informations aux infirmières du centre hospitalier de Cognac
- 5) Annexe 5 : Informations aux infirmières du Centre Clinical de Soyaux
- 6) Annexe 6 : Diagramme des valeurs propres (ou Sree Plot) des facteurs favorisant ou non la prise d'un moyen de contraception
- 7) Annexe 7 : Diagramme des valeurs propres (ou Sree Plot) des facteurs prédictifs de grossesses non prévues
- 8) Annexe 8 : Diagramme des valeurs propres (ou Sree Plot) de la connaissance de la contraception d'urgence

X- Références bibliographiques

XI- Résumé

XII- Serment d'Hippocrate

INTRODUCTION

I- Introduction :

Le contrôle des naissances est un droit fondamental des femmes consacré par la loi de 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). La loi permet « à toute femme, majeure ou mineure, qui s'estime placée dans une situation de détresse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Seule la femme concernée peut en faire la demande ». L'IVG est un acte médical qui n'est jamais anodin pour la femme tant du point de vue médico-chirurgical que psychologique, d'où l'attention qui doit être portée au choix de la technique d'IVG mais aussi à l'accueil et à l'écoute de la patiente.

Jusqu'à la loi du 4 juillet 2001, toute femme, pouvait interrompre sa grossesse jusqu'à 12 SA. L'entretien avec un conseiller conjugal et familial était obligatoire. Les femmes mineures célibataires devaient obtenir le consentement parental écrit, et les femmes étrangères devaient justifier d'un titre de résidence d'au moins trois mois sur le territoire français. Les établissements privés devaient être agréés par le préfet, et le nombre d'IVG ne devait pas dépasser 25 % du total des actes médicaux et chirurgicaux de l'établissement privé.(1,2)

Depuis la loi du 4 juillet 2001, le délai légal d'accès à l'IVG a été repoussé à 14 SA, les mineurs n'ont plus besoin de l'autorisation parentale et les femmes étrangères ne doivent plus justifier d'une condition de résidence. La loi supprime également le quota imposé au secteur privé et le caractère obligatoire de l'entretien social pré-IVG pour les femmes majeures. Le décret de juillet 2004 précise les conditions dans lesquelles l'IVG médicamenteuse peut être réalisée par des médecins de ville.(3)

Considérant l'IVG comme un ultime recours, les législateurs espéraient que le développement parallèle de la pratique contraceptive (légalisée par la loi Neuwirth de 1967) conduirait à une diminution progressive du recours à l'avortement. Trente ans après la promulgation de la loi, l'IVG reste pourtant aussi fréquente qu'à la fin des années 1970. En effet, les grossesses non prévues ont bien diminué, mais le nombre d'avortements n'a pas baissé.(4)

220 000 IVG par an sont observées en France métropolitaine et on estime que près de 40 % des femmes y auront recours dans leur vie. L'IVG est donc un problème majeur de santé publique compte tenu du nombre de femmes concernées. (5,6)

La stabilité du recours à l'IVG semble toutefois masquer une hausse des taux chez les moins de 25 ans. En effet, la problématique de la grossesse à l'adolescence suscite de nombreuses questions. Pourquoi certaines adolescentes « tombent-elles enceintes » ? Ont-elles connaissance des divers moyens de contraceptions ? Et si oui, pourquoi ne les utilisent-elles pas ? Ou pourquoi ne les utilisent-elles pas efficacement ? (7,8,9,10)

Pour éviter le recours à l'IVG, le Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé) ont lancé en fin d'année 2007 une grande campagne d'information sur le thème de la contraception. Ce dispositif a été mis en place avec un objectif prioritaire qui consiste à « mieux faire connaître l'ensemble des

moyens contraceptifs disponibles pour aider à réduire le nombre de grossesses non prévues ». (11,12)

Il ne faudrait pas en déduire que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG. Mais la liaison est complexe, le recours à l'IVG étant un processus résultant de la succession de plusieurs événements. Il faut d'abord que les femmes aient des rapports sexuels alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes, ensuite, qu'elles n'utilisent pas de méthode anticonceptionnelle ou qu'elles connaissent un échec de contraception. Face à une grossesse non prévue, il faut qu'elles choisissent de l'interrompre plutôt que de la poursuivre, et qu'elles accèdent à temps au système de soins dans le contexte prévu par la loi. Dans une telle succession d'événements, la stabilité du nombre d'IVG peut traduire soit la stabilité de chacun des événements, soit des évolutions contraires qui se compenseraient globalement.

Les femmes exposées au risque de grossesse ne sont pas plus nombreuses aujourd'hui que dans les années 1970 : l'âge du premier rapport sexuel n'a que légèrement diminué, la fréquence des rapports sexuels est restée stable et la proportion de femmes sans enfant également. Quant aux femmes exposées au risque de grossesse non prévue, elles sont moins nombreuses qu'il y a quelques années en raison d'une plus grande diffusion de la contraception moderne : en 1978, 52 % des femmes exposées au risque de grossesse non prévue utilisaient une méthode contraceptive médicale (pilule ou stérilet) et la proportion est aujourd'hui de 90.2 %. (13) Il en résulte une diminution du nombre de grossesse non prévue qui représentaient 46 % des grossesses vers 1975, 36 % en 1990 et 33 % aujourd'hui. (1)

Alors que quatre grossesses non prévues sur dix (41%) se terminent par une IVG en 1975, c'est le cas de six sur dix aujourd'hui. La tendance semble particulièrement marquée chez les très jeunes femmes : en dépit d'une baisse significative des conceptions, elles recourent plus souvent à l'IVG depuis une dizaine d'année. Cette modification de l'usage de l'IVG s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes, caractérisé notamment par l'essor des taux de scolarité et d'activité professionnelle féminins. La contraception, et, en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de maternité choisie. Tout se passe comme si la nouvelle « norme procréative » et l'évolution des trajectoires se conjugaient pour augmenter la propension à avorter en cas de grossesse non prévue. Celle-ci annule statistiquement l'effet de hausse de l'utilisation de la contraception moderne, qui a entraîné une diminution du nombre de grossesses accidentelles. (4)

Au moment où est survenue la grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 28% des femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive, 22 % une méthode naturelle, 19% le préservatif, 23 % des femmes prenaient la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à un oubli de prendre les comprimés. Au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception dans certains groupes de femmes, c'est l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse et d'un désir d'enfant qui est parfois évoquée mais qui reste le plus souvent inavouée. Ces raisons renvoient à la non-reconnaissance sociale de la sexualité de certaines femmes, des jeunes en particulier, qui compromettent leur entrée dans une démarche contraceptive. Les échecs viennent aussi de ce que la méthode utilisée n'est pas toujours

adaptée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. La « norme contraceptive » qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif dans l'entrée dans la sexualité, relayée par la pilule dès que la relation se stabilise ; la contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est stable ou supposée telle, et le stérilet n'est prescrit que lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. Loin de faiblir, cette norme s'est renforcée au cours de la dernière décennie.(13)

Ainsi la pilule, dont l'efficacité théorique est la plus élevée de tous les moyens contraceptifs (à l'exception de la stérilisation et des implants) n'est pas forcément la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière (il est difficile de se protéger quotidiennement d'un risque que l'on n'encourt pas quotidiennement) ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale. Derrière ce constat, c'est la question de la prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription qui se trouve posée. Une véritable implication des femmes dans le choix de leur contraception permettrait sans doute de réduire l'écart entre l'efficacité théorique d'une méthode et son efficacité pratique.(14,15,16)

Soulignons aussi qu'une femme ayant eu recours à l'IVG sur deux avait changé de situation contraceptive dans les 6 mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG, ce qui invite à porter une attention particulière aux phases de transitions contraceptives. (14)

Ensuite, le recours à la contraception d'urgence en cas d'échec contraceptif reste peu fréquent. Depuis 1999, la contraception d'urgence est disponible en pharmacie sans ordonnance. Depuis 2001, elle peut être distribuée par les pharmacies de manière gratuite et anonyme pour les mineures. En 1999, 8 à 10 % des femmes de 15 à 44 ans sexuellement actives, ont déclaré avoir utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie. Elles étaient 13 % à l'avoir utilisé en 2005.(17,18,19,20)

Enfin la décision de recourir à l'IVG en cas de grossesse non prévue tient compte du contexte affectif et matériel. Ainsi, pour les femmes de moins de 25 ans, l'engagement scolaire est un élément déterminant. Ce constat rejoint les conclusions de nombreux travaux qui montrent que, dans les pays industrialisés, une maternité précoce apparaît comme un frein au déroulement d'une scolarité et donc à une bonne insertion professionnelle ultérieure. A l'inverse, quand les études ne représentent guère un investissement rentable, le choix d'une maternité précoce peut représenter un moyen d'acquérir un statut et une identité sociale, il est de même quand on se réfère au niveau d'étude du partenaire. Dans la même logique, l'IVG apparaît comme un moyen de reporter une maternité survenue trop tôt pour les femmes dans une situation professionnelle débutante. A 25-34 ans, âge habituel de la maternité, c'est le contexte affectif qui apparaît déterminant; pour les mères d'au moins deux enfants, l'IVG est clairement le moyen d'éviter une naissance « de trop » et enfin chez les femmes de 35 ans et plus, la trajectoire professionnelle semble aussi déterminante que le contexte affectif.(1,4)

Finalement, la décision d'avorter, loin de correspondre à un comportement « égoïste » qui conduirait la femme à interrompre sa grossesse seulement parce que celle-ci intervient à un moment qui ne lui convient pas, traduit l'attention portée aux conditions d'accueil de l'enfant. Il s'agit donc d'une anticipation pour les femmes et les hommes de leur capacité

d'engagement dans une parentalité où le contexte relationnel et matériel soit favorable, face aux aléas des parcours de vie.

Ce sont toutes ces raisons qui ont fait que nous nous sommes intéressés à la situation des femmes ayant subies une IVG en Charente.

Nous allons tenter de répondre à deux questions principales :

- Quelles sont les causes des grossesses non prévues en Charente ayant abouties à une IVG?
- Quel est le rôle du manque d'information sur la contraception ? Définir la place du médecin généraliste.

Notre travail s'articule en quatre parties.

La première partie correspond à un rappel historique et législatif des IVG en France.

La seconde partie correspond à une description des différentes méthodes d'IVG proposées aux femmes, leurs aspects techniques, ainsi que la pharmacologie des médicaments employés.

La troisième partie correspond à l'épidémiologie des IVG en France, dans la région Poitou-Charentes et en Charente ces dernières années.

La quatrième partie consiste en une étude prospective réalisée pendant trois mois en Charente dans les trois principaux centres réalisant les IVG. Elle constitue un état des lieux des IVG en Charente sur trois mois en 2013. Il s'agit d'une étude descriptive des causes contraceptives ayant conduit à l'IVG, d'une recherche d'un manque d'information sur les différentes contraceptions et leur utilisation.

Le but de ce travail est notamment d'améliorer la qualité de la prise en charge en matière de contraception en médecine générale.

HISTORIQUE ET LEGISLATION DE L'AVORTEMENT EN FRANCE

II- Historique et législation de l'avortement en France :

A) Historique et législation des avortements avant le XX e siècle

La pratique de l'avortement, répandue dans toutes les sociétés depuis l'Antiquité, obéissait au désir de limiter les naissances pour raison économique (accueil impossible d'un enfant supplémentaire), d'éviter l'opprobre d'une grossesse illégitime ou délictueuse, mais aussi de préserver la santé de la mère, épuisée par l'enchaînement des grossesses, la plupart du temps non prévues avec des naissances parfois dramatiques.

Autorisé par les Grecques, l'avortement était sanctionné par les Romains et les Hébreux. Les sociétés antiques qui faisaient peu de cas de la vie des enfants donnaient des conseils abortifs.

Les procédés employés pour contribuer à l'arrêt de la grossesse et à l'expulsion du produit de conception étaient d'une étonnante variété. Outre le recours à une pharmacopée traditionnelle à l'aide de plantes abortives (rue, queue de persil, racine de fougère mâle, tige de lierre, ergot de seigle) plus ou moins accompagné de pratiques incantatoires, s'ajoutaient des procédés mécaniques parfois violents allant des contraintes corporelles (contention de ventre, chute volontaire) à l'intrusion de corps étranger dans la matrice (injection d'eau savonneuse, aiguilles à tricoter, crochets, sonde...) qui étaient très délétères et mutilants, voire mortels pour la femme enceinte.

L'attitude et le regard de la société à l'égard de l'avortement dépend fortement de l'influence religieuse et en particulier de celle du christianisme.

Dès le Moyen Age, les théologiens ont débattu de la date « d'animation de l'âme du fœtus » (40 jours pour les garçons et 80 jours pour les filles), pour finalement au XIIIe siècle, la fixer vers le milieu de la grossesse lorsque les mouvements actifs fœtaux sont perçus par la mère. En déterminant les normes morales, l'Eglise condamne l'infanticide comme un crime, à l'instar de l'homicide volontaire, donc passible de la même sanction, à savoir la peine de mort. Cette dernière visait à la fois la femme ayant recours à des pratiques abortives, mais aussi ses complices, matrones et sages-femmes, celles-ci étaient plus souvent accusées que les charlatans ou médecins. La peine capitale est cependant demeurée peu appliquée, remplacée parfois par le bannissement, la fustigation publique ou une peine de réclusion pour l'avorteur(se).

En 1556, un édit d'Henri II, « première trace législative concernant l'avortement en France » interdit l'avortement dans la société française. Cet édit visait de manière égale avortement et infanticide, condamnant à mort les femmes et les avorteurs. Il est à noter qu'apparaît déjà vers la Renaissance la notion d'avortement pour raison médicale en cas de danger imminent pour la mère, essentiellement hémorragique, qui restera la seule indication jusqu'au XXe siècle. (21)

Au XVIIIe siècle, sous l'influence des philosophes des Lumières, l'avortement fut distingué de l'infanticide et la peine capitale supprimée pour l'avorteur néanmoins astreint à vingt années de fers, la femme étant généralement absoute (Code Pénal de 1791).

C'est à partir du XIXe siècle que l'on observe une attitude hostile grandissante à l'égard de l'avortement, en raison de l'inquiétude liée à la baisse de la fécondité.

La France a été en effet un des premiers pays européens à voir, de façon significative et durable, une diminution de la natalité dès la fin du XVIII^e siècle. Le comportement « malthusianisme* » plus ou moins conscient, de la population s'explique en partie par l'adaptation aux transformations socio-économiques (paupérisation, urbanisation...) mais aussi par la diminution progressive de la mortalité et de la mortinatalité liée aux épidémies, aux famines et à la guerre. Dans le même temps, on observe une évolution de la place de l'enfant dans la famille et dans la société : l'enfant à naître pour les classes sociales les plus favorisées devient désiré et cesse progressivement d'être une fatalité contraignante.(2)

En 1810, la législation pénale du Code Napoléon, ou Code Pénal, dans son article 317, revient à un régime beaucoup plus sévère en interdisant l'avortement et en condamnant à l'emprisonnement sans distinction :

« Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement au moyen d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou autres remèdes est puni de prison ». Les médecins et pharmaciens coupables d'un tel délit sont passibles des travaux forcés à perpétuité. Les jurés populaires manifestent cependant une certaine indulgence pour les femmes ayant recours à des pratiques abortives, alors que l'infanticide, plus fréquent dans les campagnes est lui plus fortement réprimé. Les journaux font même état de publicité pour les produits abortifs. Le recours aux « faiseuses d'ange », parfois sages-femmes diplômées mais aussi pour les moins fortunés, matrones sans diplôme, voire aux médecins est fréquent : on estime qu'il y avait 100 000 avortements rien qu'à Paris à cette époque.(2,21)

Au début du XIX^e siècle, la France est au deuxième rang des grandes puissances avec 36 millions d'habitants. En 1870, la France est rétrogradée au 4^e rang alors que son principal ennemi, l'Allemagne, continue de voir sa population progresser. En effet, la transition démographique est plus précoce en France, survenant dès la seconde moitié du XVIII^e siècle, alors qu'elle ne surviendra qu'un siècle plus tard dans les autres pays européens. De ce constat, naît une focalisation particulière des gouvernants sur la nécessité d'une politique nataliste et familialiste. Ce natalisme d'Etat, qui se fait jour au début de la III^e République, a pour objectif de contrer une menace d'extinction de la « race française ».

Les préoccupations démographiques des politiques vont alors prendre le dessus, avec l'appui sans réserve de l'église catholique, très influente et puissante à l'époque. L'hécatombe de la première guerre mondiale renforcera ces inquiétudes et exacerbera la répression à l'égard des comportements visant à limiter les naissances, qu'il s'agisse de moyens contraceptifs ou de pratiques abortive.

Cette focalisation explique le vote de la loi de 1920, loi qui condamne de la même manière toute pratique et toute diffusion d'information visant à éviter une naissance, qu'il s'agisse de pratiques anticonceptionnelles ou abortives, avec l'objectif explicite de repeupler la France après l'hécatombe de la Première Guerre mondiale.(2,21)

* Malthusianisme : TR Malthus (1766-1834) pasteur anglican et théoricien des sciences économiques publie en 1798 un Essai sur le principe de population. Il y énonce la loi des tendances. Tandis que la population tend à croître selon une progression géométrique : 2, 4, 8, 16... les moyens de subsistance augmentent eux, selon une progression arithmétique : 2, 3, 4, 5... beaucoup moins rapide. Les « obstacles répressifs » à la croissance excessive de la population que sont les guerres, les famines, les épidémies régulatrices de la fécondité à cette époque ne suffisent pas à éviter la surpopulation. Pour faire disparaître la misère qui en est

selon lui la conséquence, il propose des « obstacles préventifs » en limitant la descendance par la contrainte morale. Il désigne ainsi le mariage tardif, l'abstinence sexuelle au sein des couples, l'abstention des rapports sexuels hors mariage. Sa condamnation de la contraception est sans équivoque. Son objectif est de faire disparaître la misère non dans un but philanthropique mais pour diminuer les charges d'assistance aux plus démunis que supportent la société et pour s'opposer aux utopies socialistes qui apparaissent à cette époque. Celles-ci vont mettre en avant la variable économique comme cause de la misère et vont préconiser un changement de l'organisation sociale comme solution.(22)

B) Historique et législation des avortements à partir du XXe siècle

L'évolution progressive de la législation : vers la dépénalisation de l'avortement

• 1920 :

- Le 31 juillet 1920, la Loi "réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle" est promulguée. La loi stipule que l'avortement est un crime passible de 6 mois à 3 ans de prison. Cette loi entrave surtout la contraception féminine (cape, pessaire), tout en autorisant la vente libre du préservatif dans un objectif de lutte contre les maladies vénériennes. Aux craintes démographiques des politiques s'ajoutent des raisons purement morales de préservation de la vie ainsi qu'une certaine hantise d'émancipation féminine : le travail des femmes, en nette augmentation depuis la première guerre mondiale, les conduisait alors à sortir de leur foyer et à intégrer tous les niveaux de la vie économique et sociale. Apparut alors la crainte inavouée que la liberté des femmes de procréer réduise la natalité et remette en question le dynamisme de la société et de la vie familiale traditionnelle.(23,24)

• 1923 :

- Loi du 27 mars 1923 qui correctionnalise l'avortement et aggrave les peines. Les tribunaux auparavant composés de jurés populaires sont désormais composés de magistrats. Le taux de condamnation passe alors de 28 % entre 1897 et 1908 à 81% entre 1925 et 1934.(25)

• 1939 :

- Le 29 juillet 1939, le Code de la famille est promulgué. Il consacre « le délit impossible » à savoir la tentative d'avortement sur une femme supposée enceinte.(21,26)

• 1942 :

- Le 15 février 1942, le gouvernement de Vichy accentue la gravité de l'acte en faisant de l'avortement « un crime contre la sûreté de l'Etat ». Les avorteurs deviennent donc des criminels passibles du tribunal d'Etat et de la peine capitale. Pendant l'occupation, les peines prononcées sont très lourdes et en 1943, deux personnes sont exécutées en raison de leur pratique d'avortement, Désiré Pioge et Marie-Louise Giraud qui est la dernière femme exécutée dans notre pays pour avoir pratiqué des avortements.(23,27)

• 1943 :

- Le conseil de l'Ordre des médecins est créé par le gouvernement de Vichy et a pour fonction d'appliquer des mesures disciplinaires spécifiques (telle que l'interdiction d'exercice) pour les médecins reconnus coupables d'avortement. L'ordre des sages femmes est créé en 1944 et répondra aux mêmes objectifs.

Ces lois appelés par la suite « lois scélérates » par les mouvements féministes, vont porter un coup fatal aux « néomalthusiens* », qui continueront de dénoncer les pratiques scandaleuses et les risques liés aux avortements clandestins (hémorragie, perforation, septicémie) souvent mutilants voire fatals pour les femmes.

La seconde moitié du XXe siècle est marquée par l'évolution des idées et des lois amenant à la légalisation de l'avortement.

A la libération, les conseils de l'ordre créés par Vichy sont dissous et la loi de 1942 est abrogée. Cependant, le Code de la famille reste en vigueur et la période de l'après guerre voit l'apogée de la répression.

La notion de contrôle des naissances ou *Birth control* émergée aux Etats Unis et en Angleterre dès 1930, va faire son apparition en France en 1935 à Suresnes où le Dr Jean Dalsace ouvre la première consultation de contrôle des naissances.(2,23)

• 1955 :

- Marie-Andrée Lagroua-Weil-Hallé fonde, avec Evelyne Sullerot et le Dr A.M. Dourlen-Roullier, l'association « La Maternité Heureuse », avec pour objectif de lutter contre les avortements clandestins, d'assurer l'équilibre psychologique du couple et d'améliorer la santé de la mère et des enfants.(21)

• 1960 :

- L'association « la Maternité Heureuse » prendra le nom de « Mouvement Français pour le Planning Familial » (MFPF). Celui-ci va alors s'attacher à combattre l'avortement clandestin tout en démontrant la nécessité de la contraception.
- Commencent alors des années pendant lesquelles associations et mouvements militants cherchent à sensibiliser l'opinion publique en dénonçant les dangers de l'avortement clandestin. Chaque mois, deux femmes mouraient des suites d'un avortement pratiqué dans de telles conditions. (2,21,23)

* Néomalthusianisme : C'est en Grande Bretagne que naît le mouvement néomalthusien. En 1822, Francis Place publie « *Illustration et preuve du principe de population* » qui expose pour la première fois les idées néomalthusiennes. Il accepte la loi de Malthus mais s'oppose aux moyens préconisés par celui-ci. Le mouvement néomalthusien va définir des objectifs et des moyens pour lutter contre la surpopulation, radicalement différents de ceux proposés par Malthus.

Les objectifs des néomalthusiens seront de permettre aux pauvres de s'affranchir de l'oppression, aux femmes d'acquérir une possible liberté, aux couples de ne pas donner de fils

condamnés à périr au champ d'honneur. Les moyens proposés seront, non l'abstinence mais la libre satisfaction des désirs sexuels et l'utilisation de la contraception et de l'avortement dans de bonnes conditions sanitaires. En 1825, Richard Carlyle publie « *What is love* » qui décrit tous les moyens contraceptifs connus à l'époque. La première organisation néomalthusienne, la Malthusian League se crée à Londres en 1877. La restriction des naissances devient pour les néomalthusiens une arme politique révolutionnaire bien éloignée du principe de Malthus.(22)

• 1967 :

- Lucien Neuwirth (député UDF) fait voter, le 28 décembre 1967, une loi abrogeant les articles de la loi de 1920 pénalisant la contraception. Cette loi autorise la fabrication et l'importation des contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale. La contraception est désormais disponible pour les femmes majeures (l'âge de la majorité était de 21 ans) et également pour les mineures qui doivent fournir un consentement écrit de leurs parents. Cette restriction ne sera levée qu'en 1974. La publicité commerciale même indirecte en matière de contraception reste interdite ainsi que la propagande anti-nataliste, limitant ainsi l'information des femmes en âge de procréer. Cette interdiction ne sera levée qu'en 1987 pour permettre la propagande pour les préservatifs afin de limiter la diffusion du VIH.(2,4,21,28)

• 1968 :

- Le 25 juillet 1968, le Pape Paul VI publie l'encyclique *Humanae vitae* qui réaffirme l'hostilité de l'église catholique aux méthodes de contraception.

• 1970 :

- En décembre 1970, constitution de l'association « Laissez-les-vivre » par le Dr Jérôme Lejeune, qui va initier de nombreuses actions et campagnes contre l'avortement.(2)

• 1971 :

- Le 5 avril 1971, le journal *Le Nouvel Observateur* publie le « manifeste des 343 » (dont de nombreuses célébrités : actrices, avocates, femmes de lettre, enseignantes, etc.) Ces femmes déclarent avoir avorté et réclament l'avortement libre. Aucune ne sera inculpée.
- En juillet 1971, création de l'association « Choisir », autour de l'avocate Gisèle Halimi, qui lutte pour l'abrogation de la loi de 1920 qui fait de l'avortement un crime.
- Le 30 novembre 1971 : marche internationale pour l'abolition des lois contre l'avortement à Paris.(2,29)

• 1972 :

- Le procès de Marie Claire à Bobigny contribue à faire évoluer les mentalités en mettant en exergue l'impossible application de la loi de 1920 : une jeune fille de 17 ans, comparaisait ainsi que sa mère et son avorteuse, pour s'être fait avorter à la suite d'un viol. Des témoignages de la part de personnalités, telles que le Pr Milliez, gynécologue-obstétricien reconnu, Simone de Beauvoir, célèbre femme de lettre, ainsi que la plaidoirie de l'avocate Me Gisèle Halimi, conduisent à la relaxe de la jeune fille. L'issue de ce procès contribue à une diffusion médiatique en faveur des partisans de l'avortement.(2)

• 1973 :

- Création du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), qui regroupe des militants du Planning familial, du MLF (Mouvement de Libération des Femmes) et du GIS (Groupe Information Santé).
- Le 11 juillet 1973, Loi n°73-639 portant création du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale.(30)

La mise en place progressive de la loi Veil

• 1974 :

- Valéry Giscard d'Estaing, nouvellement élu président de la République, confie à sa ministre de la santé, Simone Veil la préparation d'un projet de loi sur l'Interruption Volontaire de Grossesse.
- Le 13 novembre 1974 : le projet de Loi sur IVG est présenté au conseil des ministres
- Le 4 décembre 1974 : Loi n°74-1026 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, qui libéralise la contraception et élargit le dispositif de la loi de 1967 : notamment le remboursement de la contraception par la Sécurité Sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures en matière de contraception. Cette loi autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs sur prescription médicale, aux mineures qui désirent garder le secret.(29,31)
- Le 20 décembre 1974, la loi sur l'IVG (loi Veil) est adoptée au Sénat par 185 voix contre 88 et à L'Assemblée Nationale par 277 contre 192. Les opposants saisissent alors le Conseil Constitutionnel qui rejettera ce recours.
- La Loi autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines de grossesse, sur simple demande de la femme à un médecin ; elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG (clause de conscience) ; elle s'efforce de limiter les IVG à des cas de nécessité et d'empêcher qu'elles ne deviennent un moyen de réguler les naissances ; elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité Sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale. L'IVG est réalisée par un médecin dans un établissement de santé après que la femme est effectuée les démarches obligatoires destinées à son information et à sa réflexion, préalablement à l'intervention (2 consultations médicales et un entretien psychosocial obligatoires).(2,23,32)

• **1975 :**

- Le 17 janvier 1975, la loi Veil relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est promulguée avec une mise à l'essai de cinq ans. Elle suspend partiellement l'article 317 du Code Pénal.(29,32)

• **1979 :**

- Le 31 décembre 1979, la loi Pelletier vient confirmer et compléter la loi Veil. Elle rend définitives les dispositions de la loi de 1975, et supprime notamment certaines entraves à la réalisation de l'IVG, concernant les modalités d'accord du médecin et de l'accueil dans les services hospitaliers.(33)

• **1981 :**

- Le 18 novembre 1981, lancement de la première campagne nationale sur la contraception intitulé « Pouvoir choisir » (qui dure jusqu'au 9 décembre), dont les spots télévisés provoquent des réactions d'opposition notamment de la part d'associations familiales et de représentants des cultes.(29)

• **1982 :**

- Le 31 décembre, promulgation de la loi Roudy relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, instaurant la prise en charge par l'Etat des dépenses engagées par l'Assurance-maladie au titre des IVG.(34)

• **1988 :**

- Autorisation de mise sur le marché du RU 486 permettant l'IVG médicamenteuse.

• **1990 :**

- Janvier 1990 : première opération d'un « commando anti-IVG » qui s'attaque à la maternité des Lilas (Seine-Saint-Denis), clinique associative précurseur des techniques d'accouchement sans douleur et de contraception.
- Octobre 1990 : Création de la Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception (CADAC).
- 21 décembre 1990 : décision du Conseil d'Etat n°111417 estimant que la loi autorisant l'IVG n'est pas contraire à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.(2,29)

• **1991 :**

- Loi portant des dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales permettant notamment la publicité pour les préservatifs et la contraception.(35)

• 1993 :

- Le 27 janvier 1993, la loi Neiertz crée le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse et supprime la pénalisation de l'auto-avortement. Elle visait les "commandos anti-IVG". L'entrave à l'IVG constitue désormais un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.(29,36)
- Le 21 décembre 1993, le tribunal correctionnel de Bordeaux prononce des peines d'emprisonnement contre les membres d'un commando anti-IVG.

• 1995 :

- Le 17 janvier 1995, à la date anniversaire de la promulgation de la première loi sur l'IVG, Mme Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, estime dans le journal *Le Monde*, que « l'Avortement ne représente plus en France un enjeu politique », vingt ans après le vote de la loi. Le même jour, la conférence des évêques de France réitère son opposition à l'IVG, qualifiée de « Dénî d'humanité ».
- Le 25 mars 1995, le Pape Jean-Paul II publie l'encyclique *Evangelium Vitae* qui condamne notamment les législations sur l'avortement et sur l'euthanasie, ainsi que les Etats « tyrans » qui légalisent ces pratiques, « violant le droit à la vie ». L'encyclique prône, au bénéfice des médecins, des parlementaires et des personnels de santé, un véritable droit à l'objection de conscience pour s'opposer à « la culture de la mort ».
- Le 25 novembre 1995, une Marche des femmes pour la défense du droit à l'IVG est organisée à l'appel de la Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception (CADAC).

• 1998 :

- Le 20 novembre 1998, remise du rapport de Michèle Uzan, Chef de service de gynécologie-obstétrique à Bondy (93), sur « la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes », qui constate environ 10 000 grossesses non désirées chaque année chez les adolescentes et propose une campagne d'information sur la contraception au plan national et local, un « programme national minimal intégré dans le cursus scolaire » sur l'éducation sexuelle et une réflexion sur la notion de « majorité sanitaire » à l'âge de 16 ans.(29)

• 1999 :

- A la demande de Martine Aubry et Bernard Kouchner, respectivement ministre de l'emploi et de la solidarité et secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale, le Pr I. Nisand, chef de service de gynécologie-obstétrique à Strasbourg, rédige un rapport intitulé : "Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes". Il y met en évidence les difficultés d'accès à l'IVG et les mauvaises conditions d'accueil, la réponse insuffisante du service public et insiste sur la détresse des mineures. Il propose un ensemble de mesures pour une meilleure application de la loi Veil. Ces propositions comprennent : la création d'un numéro vert IVG, l'assouplissement au cas par cas du cadre légal, le développement de l'IVG médicamenteuse et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.(37)

• 2000 :

- 30 juin 2000 : Arrêt du Conseil d'Etat annulant une circulaire autorisant les infirmières scolaires à délivrer la « pilule du lendemain » aux mineures, jugeant qu'elle contrevient à la loi Neuwirth de 1967 qui impose la vente des contraceptifs sur prescription médicale ou dans des centres de planification ou d'éducation familiale agréés.
- 13 septembre 2000 : Dépôt à l'Assemblée Nationale d'une proposition de loi sur la contraception d'urgence destinée à faciliter l'accès aux contraceptifs d'urgence notamment pour les mineures.
- 4 octobre 2000 : présentation en Conseil des ministres par Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, du projet de loi sur la contraception et l'IVG, réformant la loi Neuwirth sur la contraception de 1967 et Veil sur l'IVG de 1975. Cette loi propose un allongement du délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse (soit de 12 à 14 SA) et un assouplissement des conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures.
- 23 novembre 2000 : le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), saisi par les présidents de l'Assemblée Nationale et du Sénat, à la demande des groupes de l'opposition parlementaire, ne soulève pas d'objection quant à l'allongement du délai légal de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines, soulignant notamment que « le risque d'une dérive eugénique ne paraît pas fondé »
- 13 décembre 2000 : promulgation de la loi n°2000-1209 relative à la contraception d'urgence. La délivrance de la contraception d'urgence n'est plus soumise à prescription médicale. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin, elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.(38)

• 2001 :

- Le 4 juillet 2001 : Promulgation de la Loi n°2001-588 relative à l'IVG et à la contraception ou loi Aubry. Cette loi découle des propositions effectuées lors du rapport Nisand de 1999. (3,37)
 - Elle sort l'interruption volontaire de grossesse du Code Pénal pour l'inscrire uniquement au Code de la Santé Publique.
 - Elle modifie sensiblement les règles de recours à l'IVG. Les principales dispositions, précisées par une circulaire du 28 septembre 2001 et trois décrets du 3 mai 2002, sont les suivantes :
- l'allongement du délai légal de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, soit jusqu'à la fin de la 14^e semaine d'aménorrhée. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens
 - l'obligation de l'autorisation parentale pour les mineures et l'exigence d'un entretien préalable pour les majeures sont supprimées ;
 - la réalisation de l'IVG chez la mineure est subordonnée à la présence d'un adulte librement choisi par l'intéressée ;

- l'entretien psychosocial demeure obligatoire pour les mineures et est proposé systématique à toutes les femmes ayant recours à l'IVG avant et après l'intervention
- la possibilité de recourir à l'IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville ;
- l'obligation pour les établissements publics qui disposent de lits ou de places en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie de pratiquer des IVG ;
- la nouvelle tarification des IVG. (À noter que la loi du 2 juillet 2004 revalorise de 4 % les tarifs de l'IVG).
- La prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineures ne sont plus soumises au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal.(2,3,23)
- Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement.

• **2004 :**

- Les différents décrets, arrêtés et circulaires concernant la mise en place de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville sont édités (délai légal de sept semaines d'aménorrhée maximum, convention ville-hôpital, approvisionnement des médecins de ville en médicaments et règles à retenir en matière de qualification des médecins réalisant les IVG hors établissements de santé).(2)

• **2013 :**

- 17 janvier 2013 : Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, rend gratuite l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (chirurgicale ou médicamenteuse).
- Décret n°2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraception pour les mineures.(39)
- Journal Officiel du 27 mars 2013 : Parution du décret à la page 5133
- En France, depuis le 31 mars 2013 l'intégralité des frais liés à l'IVG chirurgicale ou médicamenteuse est prise en charge à 100% par la sécurité sociale. Auparavant, la loi de 1982 prévoyait des taux de prise en charge variable selon qu'il s'agissait d'une mineure (prise en charge à 100%), ou non, d'un acte réalisé en ville (prise en charge à 70 %) ou en établissement de santé (prise en charge à 80 %). En matière de contraception, ce même décret permet une dispensation gratuite, protégée par le secret médical aux mineures âgées d'au moins 15 ans des différents contraceptifs disponibles en France.(40)
- Le 28 septembre 2013 : création du site : www.ivg.gouv.fr : site d'informations fiables et claires sur l'IVG, qui rappelle que l'IVG est un droit garanti par la loi. Ce site a été mis en place par le ministère des affaires sociales et de la santé.(29)

C) La Loi Veil : Extraits et discours: (Cf. annexe 1)

TITRE PREMIER

Article premier. La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2. Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du Code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L 176 du Code de la santé publique.

TITRE II SECTION I *Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine.*

" Art. L. 162-1. - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

" Art. L. 162-7. - Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

" Art L. 162-8. - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

" Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

" Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

" Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

" Art. L. 162-9. - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

" Art. L. 162-11. - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

" Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7."

Art. 5. La section II du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION II *Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.*

" *Art. L. 162-12.* - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Extraits du discours du 26 novembre 1974 prononcé par Simone Veil, ministre de la Santé, à l'Assemblée nationale lors de la présentation du projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse :

« Je voudrais enfin vous dire ceci : au cours de la discussion, je défendrai ce texte, au nom du gouvernement, sans arrière pensée, et avec toute ma conviction, mais il est vrai que personne ne peut éprouver une satisfaction profonde à défendre un tel texte – le meilleur possible à mon avis – sur un tel sujet : personne n'a jamais contesté, et la ministre de la Santé moins que quiconque, que l'avortement soit un échec quand il n'est pas un drame.

Mais nous ne pouvons plus fermer les yeux sur les 300 000 avortements qui, chaque année, mutilent les femmes de ce pays, qui bafouent nos lois et qui humilient ou traumatisent celles qui y ont recours.

L'histoire nous montre que les grands débats qui ont divisé un moment les Français apparaissent avec le recul du temps comme une étape nécessaire à la formation d'un nouveau consensus social, qui s'inscrit dans la tradition de tolérance et de mesure de notre pays. »

D) Enjeux éthiques soulevés par la loi sur l'avortement :

Les débats soulevés par les propositions de la Loi Veil en 1974 ont été réactivés avec force lors de l'annonce en 2000 des projets de réforme des textes législatifs relatifs à la contraception (notamment la contraception d'urgence pour les mineures) et surtout l'allongement des délais de l'IVG. De nombreuses personnalités représentant les instances religieuses, parlementaires, médicales, éthiques et associatives ont pris position sur ces délicates questions de société.

Le statut de l'embryon a suscité de nombreux débats à propos du diagnostic prénatal, de la procréation médicalement assistée ou de la recherche, pour ne citer que ceux-là : bien que n'étant pas directement en lien avec l'IVG, la référence à la loi de 1975 a été souvent mise en avant lorsque le statut de « personne humaine potentielle » reconnu pour l'embryon devenait un argument de contestation de l'IVG.(2,41)

Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), créé en 1981, a été sollicité à maintes reprises sur l'IVG et la contraception : il a émis plusieurs recommandations, rapports et avis dont celui du 16 décembre 1987 (Avis n°10) qui donnait approbation à l'expérimentation de la mifépristone (nouvelle molécule alors appelée RU 486) dans l'IVG précoce dans des

centres agréés après que des polémiques aient surgi sur le risque de « banalisation » de cet acte.

Un second Avis n°66 du 23 novembre 2000 portait sur l'allongement du délai de l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse (soit de 12 à 14 SA) après une saisine du président du Sénat et de l'Assemblée Nationale sur le risque de « dérives eugéniques » en raison du progrès des connaissances et des techniques médicales, en particulier du développement de l'échographie.

Un des objectifs de l'allongement de délai de l'IVG de 12 à 14 SA est de résoudre les problèmes de dépassement de ce délai. Pour certains, il s'agit d'une mauvaise réponse à un problème organisationnel récurrent des structures réalisant des IVG et des difficultés d'accès des demandeuses. Pour d'autres, ce texte place la France au niveau de la plupart de ses voisins européens, permettant un accès plus équitable pour les femmes françaises, tant sur le plan moral que matériel pour les plus démunies.

Quelques médecins se sont par ailleurs élevés contre cet allongement de délai qui, sur un plan purement technique, en raison de la croissance importante de l'embryon sur ces 2 semaines, nécessite de nouvelles pratiques (avis non partagé par l'ensemble de la communauté médicale). En 2007, 9 établissements sur 10 indiquaient la possibilité de prendre en charge les IVG tardives. Le débat le plus sensible soulevé par cet allongement a été la crainte de dérive eugénique en raison du chevauchement entre la réalisation habituelle de la première échographie obstétricale (échographie de datation à 12 SA) et la nouvelle limite du délai d'IVG (14 SA) : dans l'hypothèse d'un dépistage prénatal d'anomalie fœtale mineure (ne justifiant pas d'une Interruption Médicale de Grossesse IMG), le désir de « l'enfant parfait » pourrait conduire les couples à demander une IVG, puisqu'étant dans les délais. La détermination du sexe pourrait être aussi un prétexte à une demande d'IVG.

A ce sujet le CCNE, considérant que ces propos portaient atteinte à la dignité des femmes et des couples en les « plaçant en situation d'accusés potentiels », a souligné dans son avis N°66 que le « débat éthique se situait en amont et pas seulement sur l'allongement de délai... et que la question n'était pas tant celle de l'eugénisme que celle des moyens techniques et sociaux à mettre en œuvre » pour éviter le trop grand nombre d'IVG dans notre pays. Cet allongement ne semble pas avoir eu pour conséquence de retarder massivement les décisions des demandes, puisque le nombre d'IVG « tardives » à 13 à 14 SA reste faible (autour de 3 %).(42)

Concernant la substitution d'un adulte choisi par une femme mineure afin d'accomplir les formalités nécessaires à l'interruption de grossesse lorsqu'elle se trouve dans l'incapacité d'obtenir le consentement de ses parents ou qu'elle souhaite garder le secret envers eux, de nombreuses interrogations ont été formulées à propos du statut de cette personne et de sa mission. Cette alternative à l'autorisation parentale semble pour certains nuisible au dialogue et à la cohésion au sein de la famille dans son sens traditionnel. Cependant, d'autres mettent en avant le secret médical dû aux mineurs, en soulignant par ailleurs que, statistiquement, seule une minorité de mineures, dans des circonstances de danger potentiel pour elles-mêmes, souhaitent que leur parents ne soient pas informés.

E) Les IVG dans les différents pays européens.

Dans la majorité des vingt-sept pays membres de l'Union européenne, l'avortement est légal dans un délai qui varie entre douze et quatorze semaines de grossesse. Même si les conditions d'accès à l'IVG en Europe sont globalement bonnes, on constate des différences importantes dans les différents pays membres.

La façon dont les pays européens ont voté puis modifié et interprété les lois sur l'avortement ne tient pas seulement à des aspects médicaux mais aussi à des raisons d'ordre socio-économique, culturel et politique. On peut en effet distinguer en Europe, quatre types de situations qui correspondent à des histoires et des cultures différentes.

Le Nord et l'Ouest de l'Europe :

L'Islande, la Suède et le Danemark ont libéralisé l'avortement de manière progressive à partir de 1935 avec des conditions de recours restrictives, qui se sont élargies au début des années soixante-dix aux indications médico-sociales. *L'Abortion Act* est voté en Grande Bretagne en 1967. En France, la Loi Veil de 1975 puis la loi Aubry de 2001 légalise l'avortement et en fait un droit. En 1981, une loi en matière d'avortement est votée aux Pays-Bas. En Belgique, la loi autorisant l'avortement est votée en 1991. Et en 1995, une loi en matière d'avortement est votée en Allemagne, permettant d'harmoniser les législations en vigueur dans les anciennes Républiques d'Allemagne de l'Est et de l'Ouest.

Les pays du Sud de l'Europe :

L'Espagne, La Grèce, l'Italie et le Portugal légalisent à leur tour l'avortement dans les années quatre-vingt, mais rencontrent souvent des difficultés à faire appliquer la loi. L'accès à l'IVG est limité en particulier par l'utilisation importante de la clause de conscience pour des motifs religieux en Espagne, au Portugal et en Italie.

Les pays d'Europe centrale et orientale :

Sous l'influence de l'URSS, les pays d'Europe de l'Est légalisent l'avortement dans les années cinquante. Depuis les bouleversements politiques des années quatre-vingt dix, les pays d'Europe de l'Est gardent des législations globalement libérales en matière d'IVG, mais des mouvements religieux anti-avortements et nationalistes s'expriment fortement et veulent revenir sur ces lois. Pour l'instant, seule la Pologne est revenue sur ces lois n'autorisant l'avortement que dans trois situations (lorsque la grossesse met en danger la vie et la santé de la mère, lorsque la grossesse résulte d'un acte criminel et en cas de malformation fœtale).

Les exceptions européennes :

L'Irlande, Chypre et Malte n'ont jamais voté des lois autorisant l'Avortement. En Irlande, les femmes ont le droit de pratiquer une IVG à l'étranger sans être passibles de poursuites. Ainsi, environ 5000 Irlandaises se rendraient en Angleterre pour pratiquer une IVG chaque année. L'avortement est possible à Malte uniquement pour sauver la vie de la mère et à Chypre pour sauver la vie de la mère et en cas de viol.(43,44)

Le Délai maximal légal de recours à l'IVG varie d'un pays à l'autre :

- 10 semaines de grossesse : Danemark, Norvège
- 12 semaines de grossesse : Autriche, Allemagne, Belgique, France, Grèce, Italie, Luxembourg, Espagne (si viol)
- 18 semaines de grossesse : Suède
- 20 à 22 semaines de grossesse : Pays-Bas, Espagne (si malformation fœtale)
- 24 semaines de grossesse : Grande Bretagne

La carte d'Europe suivante compare les délais légaux limites d'IVG dans les différents pays européens.



Carte : âge gestationnel limite pour une demande d'IVG en Europe (en semaines de grossesse).

**LES IVG : LA METHODE
MEDICAMENTEUSE ET LA
METHODE CHIRURGICALE**

III- Les IVG : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale.

A) Le déroulement d'une IVG :

Première consultation médicale (J0) ou consultation pré-IVG :

Tout médecin peut être amené à pratiquer une IVG s'il dispose d'une formation spécifique en gynécologie. Le médecin sollicité est en droit de refuser cette demande en utilisant la clause de conscience prévue par la loi. Dans ce cas il doit en informer sans délai l'intéressée, et lui communiquer immédiatement le nom des praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ou un établissement pratiquant les IVG.

Lors de cette consultation la patiente formule la demande d'interruption volontaire de grossesse.

Au cours de cette consultation le médecin doit :

- Confirmer la grossesse et déterminer l'âge gestationnel
- Réaliser un interrogatoire complet recherchant la date des dernières règles, les antécédents et les contre-indications à chacune des deux techniques
- Réaliser un examen gynécologique complet avec examen au spéculum (aspect du vagin, aspect, position et taille du col de l'utérus) et un toucher vaginal (souplesse des culs-de-sac vaginaux, position et volume utérin)
- Réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage si celui-ci date de plus de 3 ans (à partir de l'âge de 25 ans)
- Exclure les diagnostics différentiels à savoir une grossesse extra-utérine, une grossesse multiple, une grossesse molaire, une grossesse arrêtée, un utérus fibromateux
- Informer la patiente de manière claire, loyale, appropriée et adaptée à la compréhension de la patiente sur les différentes méthodes possibles (médicamenteuse et chirurgicale), leurs risques et leurs effets secondaires potentiels, les différentes méthodes d'anesthésie (locale ou générale) ainsi que sur les réseaux IVG médicamenteux Ville-Hôpital
- Demander à une patiente mineure d'être accompagnée dans sa démarche soit par un des parents ayant autorité parentale soit par un adulte majeur référent de son choix, si elle souhaite garder le secret vis-à-vis de ses parents
- Renseigner la patiente sur les avantages et les aides sociales existantes si la patiente décidait de garder sa grossesse
- Délivrer une information sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles qui peuvent être dépistées si la patiente le souhaite (VIH 1 et 2, Syphilis, Chlamydia trachomatis)
- Envisager avec la patiente le mode de contraception ultérieure
- Prendre en compte l'aspect psychoaffectif et social, il est proposé à la patiente un entretien psychosocial pré et post-IVG, qui est obligatoire pour les patientes mineures (avec délivrance d'une attestation de consultation)

- Remettre à la patiente le dossier guide édité par l'ARS comportant les droits, avantages et les aides garantis par la loi pour les mères et leurs enfants, les possibilités d'adoption et les établissements agréés
- Remettre un certificat attestant que la patiente demande une IVG et se trouve dans les délais légaux (maximum de 12 semaines de grossesse ou 14 SA)
- Compléter la fiche de liaison avec le centre hospitalier référent en cas d'IVG hors établissement de santé
- Vérifier le groupe sanguin et le rhésus de la patiente (voir la carte de groupe) et si nécessaire prescrire une double détermination groupe et rhésus et une Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI)
- Prescrire un dosage des β hCG et/ou une échographie de datation.

A compter de ce jour, une semaine de réflexion (sept jours) est obligatoire, prévue par la loi. Ce délai peut être réduit à deux jours si le terme légal risque d'être dépassé, c'est la procédure d'urgence.(2,29,45,46,47,49)

L'entretien psychosocial pré et post-IVG :

- Il est systématiquement proposé à toutes les patientes souhaitant une IVG.
- Depuis la loi du 4 juillet 2001, cet entretien n'est plus obligatoire pour les femmes majeures
- Il demeure obligatoire pour les patientes mineures avec délivrance en fin d'entretien d'une attestation de participation qui sera remise au médecin lors de la deuxième consultation.
- Il est réalisé par une personne qualifiée (psychologue ou une conseillère conjugale).
- Il a lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, dans un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé
- Si la patiente le souhaite, le partenaire peut être reçu.
- Dans le cas des patientes mineures, les parents peuvent également être reçus à la demande de la patiente.
- L'entretien n'intervient pas bien sûr sur la décision d'IVG sauf peut-être pour en éclaircir les différents éléments.
- C'est un moment d'information, de dialogue et de soutien. C'est une écoute de chaque patiente telle qu'elle est, de sa souffrance dans ce moment de crise (parler de soi, être écoutée sans jugement ni conseil).
- Cet entretien permet aux patientes de parler de l'échec ou de l'absence de contraception, de ses blocages, de la signification que peut avoir cet acte manqué. La patiente peut exprimer l'angoisse et l'ambivalence de cette situation et chercher un sens à cette grossesse.
- Le sens de cette grossesse peut être de vérifier sa fécondité, de sentir femme adulte plus rapidement ou encore fertile (40 ans et plus). Ou bien de tester son partenaire, son

engagement dans la relation, de s'interroger sur la place de l'homme, de cet homme-là, dans cette relation-là.

- Les femmes demandant une IVG ont tendance à aborder une attitude psychologique défensive vis-à-vis de la situation de l'IVG, et à occulter leur éprouvé affectif ainsi que les processus spontanés de maturation maternelle liés au vécu de grossesse. Cet écueil à l'élaboration psychique semble s'associer, selon les cas, à une forme particulière de deuil pathologique de la grossesse, à un facteur de recours à l'agir (plus prégnant chez les adolescentes), ou à des difficultés ultérieures à soutenir d'autres maternités. Les différences des dynamiques de changement observées chez les femmes ayant recours à l'IVG semblent illustrer le rôle que peuvent avoir le médecin et l'équipe soignante qui les prennent en charge, par leur écoute, dans le vécu psychologique de chaque patiente. Il apparaît ainsi que la prise en charge des IVG peut comprendre un aspect de prévention psychologique, tant pour les femmes majeures que mineures. Le médecin et l'équipe soignante, dans leur manière d'accueillir et d'écouter les patientes en demande d'IVG, permettront que cette expérience s'inscrive dans l'histoire de la femme, de son couple et de son entourage.
(2,22,46,48,49)

Délai légal :

La loi du 17 janvier 1975 (Loi Veil), puis du 30 novembre 1979 (Loi Veil Pelletier) ont défini le cadre légal de la pratique des IVG, fixant le délai légal de demande d'IVG à 10 semaines de grossesse soit 12 semaines d'aménorrhées.

Suite à des dépassements de délai légal fréquents, obligeant les femmes à se rendre à l'étranger pour avorter et dans un souci d'harmonisation européenne, le délai légal pour le recours à l'IVG a été porté à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhées par la loi du 4 juillet 2001. Cet allongement de délai n'a pas eu d'impact sur le nombre total d'IVG et n'a pas entraîné d'augmentation des IVG tardives, qui ne représentent que 3 % du nombre total d'IVG, mais a au contraire permis d'éviter aux femmes, qui sont souvent les plus jeunes, une détresse supplémentaire représentée par le fait de se rendre à l'étranger pour avorter.

Le délai de réflexion obligatoire entre la première consultation (consultation pré-IVG, jour de la demande d'IVG) et la deuxième consultation (jour de confirmation de la demande et de début de l'IVG) est de 7 jours. Ce délai peut être réduit à 2 jours en cas de risque de dépassement du délai légal, c'est la procédure d'urgence.(2,23,29,49,50)

Cas de la jeune femme mineure :

Le droit civil prévoit qu'un mineur ne peut exercer lui-même les droits qu'il/elle a sur son corps en raison de son incapacité juridique (Code Civil, article 371-2).

La mineure non émancipée présente au médecin la confirmation écrite de la demande d'IVG, en dehors de la présence de toute personne. Elle doit joindre l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou de son représentant légal pour la pratique de cet acte. Si elle désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que l'un ou

l'autre de ses parents soit consulté, ou il doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien social. Si elle ne veut pas effectuer cette démarche, l'IVG peut être pratiquée à sa seule demande, elle se fait alors accompagner de la personne majeure de son choix comme le prévoit la loi du 4 juillet 2001.

La mineure doit être informée sur le choix de cette personne. L'adulte choisi par la mineure n'engage pas sa responsabilité ni civile ni pénale. Il a juste une mission d'accompagnement et de soutien psychologique et ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale. (2,22,23,29,49)

Structure de prise en charge :

Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours suivant son appel. En effet, plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. L'accès à l'IVG doit être simple et rapide.

Chaque établissement de santé prenant en charge les IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée.

Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en hôpital de jour (séjour inférieur à 12 heures d'hospitalisation).

La prise en charge de l'IVG médicamenteuse peut se faire soit en établissement de santé (public ou privé) jusqu'à 9 SA avec ou sans hospitalisation, soit hors établissement de santé par des médecins de ville jusqu'à 7 SA.

La prise en charge de l'IVG chirurgicale s'effectue uniquement en établissement de santé jusqu'à 14 SA.

L'IVG peut avoir lieu dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés désignés par arrêté préfectoral. Ces structures doivent être en nombre suffisant pour prendre en charge les demandes dans chaque département. Un praticien d'exercice libéral (médecin généraliste, médecin de CPEF, gynécologue obstétricien, gynécologue médical) pourra prendre en charge des IVG médicamenteuse à son cabinet à condition de justifier d'une expérience professionnelle adaptée (qualification universitaire en gynécologie médicale, en gynécologie-obstétrique ou attestation d'une expérience pratique d'IVG médicamenteuse dans un établissement de santé) et avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé, fixée par le décret du 30 mai 2002. (2,23,29,49,50)

Réglementation pour les Femmes étrangères :

L'article L 162-11 du Code de la Santé Publique mentionnait qu'une femme d'origine étrangère devait pouvoir attester d'une résidence régulière en France depuis au moins 3 mois pour avoir accès à l'IVG. Depuis juin 2000, cette disposition a été supprimée. La réalisation d'une IVG concernant une femme étrangère n'est soumise actuellement à aucune condition de durée et de régularité de séjour en France. (29,49)

Couverture des frais :

La loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 (Loi Roudy) régleme la prise en charge de l'IVG par la Sécurité Sociale. Les frais afférents aux IVG sont pris en charge par l'Etat. Le remboursement est effectué par la Sécurité Sociale : 80% pour les patientes ayant une couverture sociale en établissement de santé, 70 % en cabinet libéral et 100% pour les mineures et les bénéficiaires de la CMU. Les mutuelles complémentaires complètent généralement la part non remboursée.(34)

En France, depuis le 31 mars 2013 l'intégralité des frais liés à l'IVG chirurgicale ou médicamenteuse est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Auparavant, la loi de 1982 prévoyait des taux de prise en charge variable selon qu'il s'agissait d'une mineure (prise en charge à 100%), ou non, d'un acte réalisé en ville (prise en charge à 70 %) ou en établissement de santé (prise en charge à 80 %). En matière de contraception, ce même décret permet une dispensation gratuite, protégée par le secret médical aux mineures âgées d'au moins 15 ans des différents contraceptifs disponibles en France.(39,40)

L'anonymat :

L'anonymat peut être garanti dans un établissement de santé qui assure la dispense d'avance de frais. Pour les IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet libéral, la feuille de soins ainsi que le décompte transmis à la sécurité sociale sont aménagés de façon à préserver la confidentialité vis-à-vis de l'entourage.(2,23,29,49)

Deuxième consultation (J7) :

La patiente doit confirmer par écrit sa demande d'IVG après le délai de réflexion légal de sept jours suivant la première consultation. Un formulaire de consentement libre et éclairé doit être signé par la patiente dont un exemplaire lui est remis.

Le médecin doit au cours de cette consultation :

- Prévoir la contraception ultérieure
- Vérifier le groupe sanguin de la patiente (si le rhésus est négatif, la prévention d'une immunisation rhésus est réalisée par une injection de gamma globulines anti D (Rhophylac 300µg en IV ou IM)
- Prescrire des antalgiques de pallier I ou II ainsi que des traitements symptomatiques des troubles digestifs
- Donner ses coordonnées téléphoniques (portable éventuellement) ainsi que celles de l'hôpital de référence en cas de problème ou de question (dans le cadre du réseau ville-hôpital)
- Compléter la fiche de liaison avec l'établissement hospitalier référent
- Donner à la patiente la Mifégyne® (Mifépristone) qu'elle prend en présence du médecin si la méthode médicamenteuse a été choisie par la patiente
- Si la méthode chirurgicale a été choisie, le médecin prescrit à la patiente un dilatateur du col : soit 1 comprimé de Mifépristone 48 heures avant l'intervention soit 2 comprimés de Misoprostol 4 heures avant l'intervention (par voie orale ou vaginale).

Une consultation d'anesthésie est également organisée en cas d'anesthésie générale.
(2,23,29,49)

Troisième consultation (J9) :

C'est le jour de l'IVG à proprement parler :

- Pour une IVG médicamenteuse prise du MISOPROSTOL (GYMISO ® avec AMM ou CYTOTEC ® hors AMM) soit au cabinet médical, soit en établissement de santé, soit à domicile
- Pour une IVG chirurgicale, aspiration endo-utérine sous anesthésie locale ou générale
- Une contraception est prescrite et pour certains celle-ci est débutée dès le lendemain de l'IVG
- la déclaration anonyme obligatoire est adressée à l'ARS (Bulletin IVG ou BIG)
(2,23,29,49,51)

Des conseils sont donnés aux patientes après l'IVG pendant 8 jours :

- Prendre la température rectale matin et soir
- Eviter : les injections et les douches vaginales, les bains, le port de tampon et les rapports sexuels
- Les saignements peuvent durer une dizaine de jours sans dépasser l'abondance des règles
- Si la température dépasse 38 °C pendant plus de 24 heures ou si les saignements sont trop importants, la patiente doit consulter un médecin.(49,50,52)

Quatrième consultation (entre J14 et J21) :

C'est la consultation pour examen de contrôle :

- Cette consultation est fortement conseillée, elle doit être réalisée entre J 14 et J 21 (deux semaines minimum et trois semaines maximum après la prise de Mifépristone)
- Le but de cette consultation est de vérifier :
 - la vacuité de la cavité utérine cliniquement, mais aussi soit par une échographie soit par la cinétique des β hCG
 - l'arrêt des saignements et l'absence d'infection
 - le bon déroulement de la contraception mise en place (adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la patiente, compréhension et bonne utilisation)
 - un accompagnement psychologique peut être proposé (entretien psychosocial post-IVG)
 - les documents doivent être conservés au minimum un an par le médecin ou l'établissement ayant réalisé l'IVG
 - un stérilet peut être mis en place lors de cette consultation s'il s'agit du mode contraception souhaité par la patiente.

Il est important d'insister auprès des patientes sur l'importance de cette consultation surtout en cas d'IVG médicamenteuse où le risque d'échec, et donc de grossesse évolutive est plus important, avec un risque tératogène pour celle-ci. (2,23,29,48,49,52)

B) La technique médicamenteuse :

Cette technique n'est possible légalement que pour une grossesse de moins de sept semaines d'aménorrhée (49 jours d'aménorrhée). Elle peut être réalisée à l'hôpital jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée (public ou privé). Elle peut aussi être réalisée en cabinet de ville chez un médecin jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (gynécologue, gynéco-obstétricien, généraliste ou médecin de CPEF) ayant signé une convention avec un centre hospitalier référent (en cas de complications) mais également dans un centre de santé ou un centre de planification ou d'éducation familiale.(2,29,46,47,49,52,53)

La première consultation (J0) : consultation pré IVG décrite précédemment

Outre les examens cités ci-dessus, le médecin recherche les contre-indications spécifiques à la méthode médicamenteuse. (Se reporter au chapitre : la Pharmacologie des médicaments utilisés)

La deuxième consultation (J7) :

Après les sept jours de réflexion légaux, la patiente confirme par écrit sa demande d'IVG. Le consentement libre et éclairé est signé.

Pour les grossesses jusqu'à 7 SA :

La patiente est soit reçue dans un cabinet libéral soit dans un établissement de santé (public ou privé) soit en centre de santé soit en centre de planification ou d'éducation familiale.

Le traitement consiste en la prise de Mifépristone (Mifégyne®) selon des protocoles différents :

- soit 600 mg de Mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de 400 µg de misoprostol par voie orale (AMM)
- soit 200 mg de Mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de 400 µg de misoprostol par voie orale (AMM)
- soit 200 mg de Mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de 1 mg de géméprost par voie vaginale. (Peu utilisée en France du fait des douleurs abdominopelviennes occasionnées et des difficultés de conservation du géméprost)

Pour les grossesses de 7 à 9 SA :

La patiente est uniquement reçue en établissement de santé.

Le traitement consiste en la prise de Mifépristone (Mifégyne) selon des protocoles différents :

- soit 200 mg ou 600 mg de Mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de 1 mg de géméprost par voie vaginale (AMM)
- soit 200 mg de Mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de 800 µg de misoprostol par voie vaginale (hors AMM avec de rares cas de chocs septiques fatals à Clostridium Sordeli survenus après utilisation du misoprostol par voie vaginale)
- soit 200 mg de Mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard de 800 µg de misoprostol par voie orale ou sublinguale (hors AMM)

Après la prise de Mifépristone qui s'effectue en présence du médecin, une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence. (2,29,46,49,50,52)

Pour les grossesses de 12 à 14 SA :

Le protocole repose sur la prise de mifépristone 200 mg per os suivi de 800 µg de misoprostol par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard. Une hospitalisation des patientes est obligatoire et une analgésie péridurale doit être disponible car cette méthode est très douloureuse. Une révision utérine est systématique. Ce protocole fait l'objet d'une étude multicentrique nationale en cours. (2,29,46,49,50,52,53,54)

La troisième consultation (J9) :

36 à 48 heures plus tard, la patiente est reçue pour la deuxième prise médicamenteuse.

La patiente prend en présence du médecin 400 µg de Misoprostol (Gymiso®) par voie orale ou 1 mg de géméprost. Jusqu'à 7 SA cette prise de comprimé s'effectue soit en cabinet libéral soit en établissement de santé. Au delà de 7 SA, cette consultation a lieu obligatoirement en établissement de santé.

Enfin cette consultation peut tout à fait être virtuelle et la patiente peut prendre seule à domicile les 2 comprimés de misoprostol.

Cependant, l'administration de Misoprostol à domicile nécessite certaines précautions (recommandations de la HAS 2010) :

- distance entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent limitée (délai de transport de l'ordre d'une heure) et possibilité de le joindre ou de s'y rendre 24h/24
- choix laissé à la patiente du lieu de réalisation de l'IVG (hôpital, cabinet libéral ou domicile)
- évaluation médico-psycho sociale des patientes éligibles à cette procédure

- délivrance d'informations à la patiente sur la conduite à tenir en cas de survenue d'effets indésirables, tels que les hémorragies et la douleur, avec un support écrit comportant les coordonnées de l'établissement à consulter
- remise d'une fiche de liaison à la patiente contenant les éléments essentiels de son dossier médical, destinée au médecin de l'établissement médical
- prise en charge « anticipée » de la douleur survenant à domicile par une prescription d'antalgique de paliers I (paracétamol, ibuprofène, fénoprofène) et II (paracétamol codéiné, tramadol ou tramadol associé au paracétamol). Un arrêt de travail peut être également envisagé par avance
- il est préférable que la patiente ne soit pas seule à son domicile lors de l'expulsion
- limitation à 7 SA de cette méthode ambulatoire (les douleurs étant plus importantes à des âges gestationnels plus avancés)
- importance d'insister sur la nécessité de la visite de contrôle pour vérifier la vacuité utérine, 14 à 21 jours après la prise de Mifégyne, comportant au minimum un examen clinique et le recours facile au dosage plasmatique de beta HCG ou bien de l'échographie pelvienne.

La patiente peut rester en surveillance trois heures lorsque l'IVG se déroule en milieu hospitalier. Cette surveillance peut se justifier comme un accompagnement de la patiente, à sa demande, mais n'a plus de véritable raison médicale.

Lorsque l'IVG se déroule en cabinet de ville, la femme rentre à domicile après la prise des comprimés, une permanence téléphonique ainsi qu'un accueil soit au cabinet soit dans le centre hospitalier de référence sont alors à sa disposition en cas de problème.

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par une injection de 300 µg de Rhophylac (Gamma Globulines Anti-D) en intraveineux ou intramusculaire. Cette prévention doit être faite au plus tard dans les 72 heures qui suivent le début des saignements. En cas d'IVG à domicile, il est recommandé de faire l'injection lors de la prise de mifépristone.

Les douleurs à type de contraction surviennent habituellement dans les trente minutes qui suivent la prise.

L'expulsion survient généralement dans les trois heures qui suivent la prise.

Le médecin doit lors de cette consultation informer la patiente sur les effets du MISOPROSTOL qui sont peu importants et de courte durée :

- Douleurs abdominales au moment de l'expulsion de l'œuf
- Métrorragies abondantes au moment de l'expulsion de l'œuf dans les 2 à 4 heures suivant la prise
- Troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, diarrhées dans l'heure suivant la prise
- Rare syndrome fébrile : fièvre, frissons

Pour pallier à ces effets, un traitement antalgique de paliers I (paracétamol, ibuprofène, fénoprofène) et II (paracétamol codéiné, tramadol ou tramadol associé au paracétamol) sont prescrits à la patiente ainsi qu'un traitement antiémétique (Métoclopramide par exemple).

Les coordonnées du médecin et du centre hospitalier de référence sont remises à la patiente.

Elle est informée qu'en cas de métrorragies abondantes (changement de plus de trois grandes protections par heure pendant plus de deux heures) elle doit consulter en urgence.

(2,29,46,49,52,53)

La quatrième consultation :

Entre J 14 et J 21 après la prise de Mifégyne : jour de l'examen de contrôle de l'absence de grossesse évolutive et de suivi de la contraception déjà mise en œuvre.

C) Pharmacologie des médicaments utilisés :

La Mifépristone (MIFEGYNE®) :

Indications :

- interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive
- en association séquentielle à un analogue des prostaglandines, au plus tard au 63^e jour d'aménorrhée
- ramollissement et dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse au premier trimestre.

Posologie et mode d'administration :

- jusqu'à 7 SA : 600 mg de mifépristone soit 3 comprimés de 200 mg par voie orale en une seule prise ou bien 200 mg, suivis, 36 à 48 heures plus tard, de l'administration d'un analogue des prostaglandines. (misoprostol ou géméprost)
- Jusqu'à 9 SA : 600 mg de mifépristone soit 3 comprimés de 200 mg en une seule prise ou bien 200 mg, suivis, 36 à 48 heures plus tard, de l'administration d'un analogue des prostaglandines.(géméprost)
- ramollissement et dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse au premier trimestre : 200 mg de mifépristone par voie orale en une seule prise, suivi, 36 à 48 heures plus tard du geste chirurgical.

Contre-indications :

- insuffisance surrénalienne chronique
- allergie connue à la substance active ou à l'un des excipients
- asthme sévère, non contrôlé par le traitement
- porphyrie héréditaire
- suspicion de grossesse extra-utérine
- grossesse non confirmée par échographie ou biologiquement
- grossesse dépassant le délai légal fixé par la loi
- contre-indication à l'analogue de la prostaglandine utilisé

Mises en garde :

- Echecs : le risque non négligeable d'échecs de la méthode médicamenteuse, de l'ordre de 1.3 à 7.5 %, rend obligatoire la visite de contrôle destinée à vérifier si l'expulsion a été complète. Dans de rares cas d'expulsion incomplète, une intervention chirurgicale peut être nécessaire.
- Métrorragies : la patiente doit être informée de la survenue de métrorragies prolongées parfois abondantes jusqu'à 12 jours après la prise de mifépristone. Elles surviennent dans la quasi-totalité des cas et sont nullement une preuve d'expulsion complète. En cas de métrorragies sévères un curetage hémostatique est réalisé dans 0 à 1.4% des cas.
- Infection : de très rares cas de choc septique toxique fatal ou grave dû à des pathogènes comme *Clostridium sordellii* endometritis et *Escherichia Coli* accompagnés ou de fièvre ou d'autres symptômes évidents ont été rapportés après une IVG médicamenteuse réalisée avec 200 mg de mifépristone suivie par l'administration vaginale hors AMM de comprimés de misoprostol destinés à l'utilisation orale.

Précautions d'emploi :

- En cas d'insuffisance surrénale aiguë, l'administration de dexaméthasone est recommandée. 1 mg de dexaméthasone pour neutraliser l'action de 400 mg de mifépristone.
- En raison de l'activité antiglucocorticoïde de la mifépristone, l'efficacité d'un traitement chronique par les corticostéroïdes, y compris les corticostéroïdes inhalés dans le traitement de l'asthme, peut être diminuée pendant 3 à 4 jours après la prise de Mifégyne.

Fertilité, grossesse et allaitement :

- Grossesse : chez l'animal des malformations ont été seulement observées chez le lapin (cavité crânienne, encéphale et moelle épinière) mais pas chez le rat et la souris. En clinique, seules des malformations très rares des extrémités ont été observées (pied-bot).
- Allaitement : la mifépristone est lipophile, elle est donc susceptible d'être éliminée dans le lait maternel. Il est donc recommandé d'éviter la prise de mifépristone pendant l'allaitement.

Effets indésirables :

- Affections du système nerveux : rares céphalées
- Affections gastro-intestinales : très fréquent : nausées, vomissements, diarrhées. Fréquent : crampes abdominales d'intensité légère à modérée.
- Affections de la peau et du tissu sous-cutané : peu fréquent : hypersensibilité (rash cutané) ; rares cas isolés d'urticaire, d'érythrodermie, d'érythème noueux, de nécrolyse épidermique toxique ont été rapportés ; très rare : angiodèmes
- Infections : fréquent : infections consécutives à l'IVG (endométrite ou affections pelviennes inflammatoires) ont été rapportées chez moins de 5 % des femmes ; très rare : de très rares cas de choc septique toxique fatal ou grave dû à des pathogènes comme *Clostridium sordellii* endometritis et *Escherichia Coli* accompagnés ou de fièvre ou d'autres symptômes évidents ont été rapportés après une IVG médicamenteuse réalisée avec 200 mg de mifépristone suivie par l'administration vaginale hors AMM de comprimés de misoprostol destinés à l'utilisation orale

- Affections vasculaires : peu fréquent : hypotension
- Troubles généraux et anomalie au site d'administration : rare : malaises, manifestations vagales (bouffées de chaleur, vertiges, frissons), fièvre
- Affections des organes de la reproduction et du sein : très fréquent : contractions utérines ou crampes dans 10 à 45 % des cas dans les heures qui suivent la prise de prostaglandine ; fréquent : métrorragies importantes surviennent dans 5 % des cas et peuvent nécessiter un curetage hémostatique dans 0 à 1.4 % des cas.

Pharmacodynamie :

- Autres hormones sexuelles et modulateurs de la fonction reproductrice, antiprogestatif.
- La mifépristone est un stéroïde de synthèse à action antiprogestative par compétition avec la progestérone au niveau de ses récepteurs. A des doses de 3 à 10 mg/kg par voie orale, elle inhibe l'action de la progestérone endogène ou exogène chez différentes espèces animales (rat, souris, lapin et singe). Cette action se manifeste par une interruption de la gestation chez le rongeur.
- Chez la femme, à des doses supérieures ou égales à 1mg/kg, la mifépristone antagonise les effets endométriaux et myométriaux de la progestérone. Pendant la grossesse, elle sensibilise le myomètre aux contractions utérines induites par les prostaglandines. Au cours du premier trimestre, elle permet la dilatation et l'ouverture du col utérin.
- La mifépristone se lie également au récepteur des glucocorticoïdes. Chez l'être humain, l'action antiglucocorticoïde se manifeste à une dose supérieure ou égale à 4.5 mg/kg par une élévation compensatoire de l'ACTH et du cortisol.
- La mifépristone a une faible action antiandrogène qui n'apparaît chez l'animal que lors d'administration prolongée à doses très élevées.

Pharmacocinétique :

- Après l'administration orale d'une dose unique de 600 mg, la mifépristone est rapidement absorbée. La concentration maximale de 1.98 mg/l est atteinte après environ 1h30.
- La cinétique est non linéaire. Après une phase de distribution, l'élimination est d'abord lente, la concentration diminuant de moitié entre 12 et 72 heures environ, puis plus rapide.
- La demi-vie d'élimination de 18 heures. La demi-vie terminale est de 90 heures.
- Dans le plasma, la mifépristone est liée à 98 % aux protéines plasmatiques (albumine et alpha-1-glycoprotéine acide (AAG)), la fixation étant saturable.
- La N-déméthylation et l'hydroxylation terminale de la chaîne 17-propynyle sont les voies métaboliques principales du métabolisme hépatique.
- L'élimination des métabolites de la mifépristone est essentiellement fécale (90 %) et urinaire (10 %).(55)

Le Misoprostol (GYMISO®) :

Indications :

- Interruption volontaire de grossesse intra-utérine, en association à la mifépristone, au plus tard au 49^e jour d'aménorrhée.
- Préparation du col utérin avant interruption chirurgicale de grossesse au cours du premier trimestre.

Posologie et mode d'administration :

- Le misoprostol doit être administré 36 à 48 heures après la prise orale de mifépristone.
- La posologie est de 400 µg, soit 2 comprimés de misoprostol par voie orale.
- Préparation du col utérin avant interruption chirurgicale de grossesse au cours du premier trimestre : le misoprostol doit être administré 3 à 4 heures avant l'intervention chirurgicale, la posologie est de 400 µg par voie orale.

Contre-indications :

- Hypersensibilité au misoprostol ou à l'un des excipients
- Antécédents d'allergie aux prostaglandines
- Grossesse non confirmée par échographie ou biologiquement
- Suspicion de grossesse extra-utérine (GEU)

Mises en garde et précautions d'emploi :

- Métrorragies : la patiente doit être informée de la survenue de métrorragies prolongées parfois abondantes jusqu'à 12 jours après la prise de mifépristone. Elles surviennent dans la quasi-totalité des cas et sont nullement une preuve d'expulsion complète. En cas de métrorragies sévères un curetage hémostatique est réalisé dans 0 à 1.4% des cas.
- En raison de la survenue possible (très rare au 1^{er} trimestre de grossesse) de rupture utérine, le misoprostol doit être utilisé avec prudence en cas de fragilité utérine, en particulier en cas de grande multiparité ou d'utérus cicatriciel.

Fertilité, grossesse et allaitement :

- Grossesse : en cas d'utilisation en automédication à visée abortive, des effets délétère du misoprostol ont été observé : anomalie de membres, de la mobilité fœtale et des paires crâniennes (hypomimie, anomalie de la succion, de la déglutition et des mouvements oculaires). A ce jour, la possibilité d'un risque malformatif n'est pas exclue. Les études chez l'animal n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène mais une foetotoxicité à doses élevées.
- Allaitement : en l'absence de données concernant le passage du misoprostol dans le lait maternel, l'utilisation du misoprostol est à éviter au cours de l'allaitement.

Effets indésirables :

- Troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales
- Symptômes et pathologies gynécologiques : contractions utérines observées dans les heures qui suivent la prise du misoprostol : métrorragies, parfois abondantes et prolongées lorsque le misoprostol est utilisé en association de la mifépristone dans L'IVG médicamenteuse. De très rares cas de rupture utérine lors de la préparation du col utérin avant l'interruption chirurgicale de grossesse ont été observés.
- Troubles généraux : céphalées, malaise et plus rarement fièvre et frissons.

Surdosage :

- Symptômes liés à un surdosage en misoprostol : fièvre, troubles tensionnels, nausées, crampes abdominales et tremblements.

Pharmacodynamie :

- Autres médicaments gynécologiques, prostaglandines.
- Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1.
- Aux doses recommandées, le misoprostol entraîne des contractions des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin. Les propriétés utérotoniques du misoprostol devraient faciliter l'ouverture du col utérin et l'expulsion des débris intra-utérins.
- Aux doses recommandées, le misoprostol ne devrait pas entraîner d'effets indésirables cardiaque, hépatique ou rénal.

Pharmacocinétique :

- Après administration orale, le misoprostol est absorbé et rapidement métabolisé. Les concentrations plasmatiques du misoprostol acide, son métabolite de dégradation principal, atteignent un pic à la 30^e minute environ, avant de diminuer rapidement. De ce fait, la contractilité utérine augmente et atteint un plateau au bout d'une heure environ. L'ingestion simultanée de nourriture diminue la biodisponibilité du misoprostol.
- Le foie est le principal lieu de métabolisme et moins de 1 % du misoprostol acides sont excrétés dans les urines.
- Aucune induction du système enzymatique hépatique du cytochrome P450 n'a été observée. (55)

Efficacité et échec de la méthode médicamenteuse :

Le taux de succès de la méthode est d'environ 95 %.

Le taux d'échec est de 1.3 à 7.5 % avec l'utilisation séquentielle mifépristone – misoprostol.

- 0 à 1.5 % de grossesses évolutives
- 1.3 à 4.6 % de grossesses arrêtées mais non complètement expulsées
- 0 à 1.4 % de gestes endo-utérins à visée hémostatique.

Complications de l'IVG médicamenteuses :

- Effets secondaires du misoprostol : état subfébrile, nausées, vomissements, diarrhées
- Hémorragie nécessitant parfois une aspiration endo-utérine ou une transfusion de culot globulaire
- infection du post-abortum à type d'endométrite qui est rare
- échec de la procédure : grossesse évolutive (1 à 3% des cas), grossesse arrêtée non expulsée, rétention partielle de débris ovulaires
- Perdues de vue par non venues à la consultation de contrôle et persistance d'une grossesse évolutive avec un risque tératogène (cependant très faible) lié à la prise des deux médicaments
- séquelles psychoaffectives
- allo-immunisation Rhésus en cas d'absence de prévention chez les patientes Rhésus négatif
(2,46,49,52,56)

D) La technique chirurgicale :

Légalement, c'est la technique utilisable jusqu'à 14 SA en dehors des protocoles de recherche en cours avec la technique médicamenteuse entre 12 et 14 SA.

La première consultation (J0) est identique à la méthode médicamenteuse.

La deuxième consultation (J7) :

- prise d'un comprimé de Mifépristone ou deux comprimés de Misoprostol par voie orale selon les protocoles en présence du médecin pour permettre la dilatation cervicale médicamenteuse 36 à 48 heures (Mifépristone) ou 4 heures (Misoprostol) avant geste chirurgical.
- Une consultation d'anesthésie est réalisée en cas d'IVG sous anesthésie générale

La troisième consultation (J9) :

A lieu en hospitalisation de jour. C'est le jour de l'IVG à proprement parler.

La dilatation cervicale est réalisée par méthode médicamenteuse à J 7 (Mifépristone) ou 4 heures avant le geste par Misoprostol (deux comprimés par voie orale ou vaginale) puis le jour de l'IVG par méthode mécanique avec un dilateur (bougies de Hégar).

L'IVG chirurgicale se pratique soit sous anesthésie locale soit sous anesthésie générale (selon les souhaits et les antécédents de la patiente ainsi que les possibilités du plateau technique d'anesthésie).

a) Les anesthésies :

Sous anesthésie locale :

Une prémédication est effectuée : atropine sublinguale (0.5 mg) associée si nécessaire à un comprimé de lexomil ou de lysanxia en sublingual.

Deux techniques d'anesthésie locale sont possibles :

- **Bloc paracervical** :
- asepsie rigoureuse du col utérin et des culs-de-sac vaginaux, puis pose de la pince de Pozzi sur la lèvre antérieure et traction.
- Injection aux divers sites (soit 3h et 9h, soit 5h et 7h, soit 12-3-6-9h) sur maximum 0.5 cm de pénétration de Xylocaïne à 1%.

- **Injection intracervicale** : injection directement dans le col, parallèlement au canal cervical, à 4 ou 5 cm de profondeur, de Xylocaïne à 1%.

- Les effets secondaires immédiats sont : pâleur, tachycardie, acouphènes.

- Ensuite l'anesthésie locale réalisée, il convient d'attendre 3 minutes avant de débiter la dilatation cervicale.

Sous anesthésie générale :

Pratiquée en ambulatoire après une consultation d'anesthésie obligatoire.

La patiente peut regagner son domicile à la cinquième heure post opératoire accompagnée d'une personne majeure de son choix.

Les produits utilisés sont l'association analgésique et hypnotique en ventilation spontanée.

L'analgésique le mieux adapté est le morphinique Alfentanil.

L'hypnotique de référence est le Propofol. Des benzodiazépines peuvent être utilisées en compléments, et on préfère l'hypnovel au valium car l'élimination de l'hypnovel est plus rapide.

(2,29,49,50,52)

b) La technique chirurgicale :

Intervention :

La dilatation est favorisée par l'administration d'un « facilitateur » (Mifépristone ou Misoprostol).

Les gestes sont rigoureux pour éviter les lésions du col (déchirure et perforation utérine) et de préférence réalisés par un opérateur entraîné.

L'utérus est verticalisé par traction avec la pince de Pozzi placée sur la lèvre antérieure ou postérieure selon l'opérateur.

La dilatation s'effectue alors par des sondes en gomme ou métalliques au diamètre croissant (le diamètre désiré correspond au terme de la grossesse : introduire une canule de 6 mm pour 6 SA, une canule de 7mm pour 7 SA etc.).

Il s'ensuit une aspiration endo-utérine par une canule d'aspiration reliée à une aspiration sous vide, avec une dépression de 600 à 800 mbar selon la source de vide utilisée (seringue à butée de 50 ml ou aspirateur électrique).

La technique d'aspiration doit être précise :

- Mise en place de la sonde d'aspiration jusqu'au fond utérin
- Branchement de la source de vide
- Mouvements de rotation de la canule jusqu'à l'obtention d'une sensation de rétraction
- Retrait de la canule après avoir débranché la dépression
- Parfois il est nécessaire d'évacuer les débris ovulaires à la pince

Une injection d'utérotonique est réalisée (ocytocine en IV) pour faciliter la rétraction utérine.

Le produit d'aspiration est examiné avec soins surtout en cas de grossesse jeune pour affirmer la présence de villosités choriales et en cas d'aspect inhabituel, les débris sont envoyés en histologie pour éliminer une môle hydatiforme.

En cas d'anesthésie locale, la femme se lève aussitôt, elle reste en salle de repos durant une heure où une collation lui est servie. La sortie est autorisée une heure après l'intervention accompagnée.

En cas d'anesthésie générale, la patiente est surveillée une heure en salle de réveil, elle sort d'hospitalisation à la cinquième heure accompagnée.

Dans les deux cas la patiente regagne son domicile accompagnée d'une personne majeure de son choix.

Des conseils sont donnés aux patientes après l'IVG pendant 8 jours (Cf. supra).

(2,29,49,52)

Efficacité et échec de la méthode chirurgicale :

Le Taux de succès est d'environ 99.7 %.

Le risque d'échec d'une IVG par aspiration est très rare.

Complications des IVG chirurgicales :

- Décès : 0.6 à 1.2 décès pour 100 000 avortements légaux avant 13 SA selon OMS
- Les lésions cervicales : déchirures habituellement bénignes, elles saignent peu et laissent une cicatrice sans conséquence. Une suture hémostatique est parfois nécessaire pour un petit nombre d'entre elles. L'OMS donne un taux de lésions cervicales entre 0.10 et 1.18 %. Leur fréquence augmente en cas d'anesthésie générale.
- Les perforations utérines et les fausses routes : elles correspondent à l'effraction du col et de l'isthme utérin et nécessitent la plupart du temps une coelioscopie de contrôle. Leur taux est estimé entre 0.4 et 0.9 % selon l'ANAES.
- Hémorragies sévères : elles surviennent pendant et dans l'heure qui suit l'intervention. Leur fréquence est plus importante en cas d'anesthésie générale et augmente avec l'âge gestationnel. Outre la plaie du col utérin, elles sont dues soit à une atonie utérine qui répond bien à une injection d'utérotonique (ocytocique) soit à une rétention ovulaire. Leur taux est de 0.15 % des IVG, mais seulement 0.12 % des IVG à un terme inférieur à 13 SA selon ANAES.
- Complications liées à l'anesthésie : taux de mortalité est de 0.6 pour 100 000 avortements sous anesthésie générale, taux quatre fois plus élevé que sous anesthésie locale
- Infections secondaires : l'endométrite avec un tableau associant douleur, métrorragies, fièvre est relativement rare mais grave et doit être traitée rapidement pour éviter les séquelles.
- Béance du col utérin
- Méconnaissance d'une grossesse ectopique et molaire : la généralisation de l'échographie et le recours éventuel à l'examen anatomopathologique du produit d'aspiration ont considérablement réduit ce risque.
- Rétention partielle ou complète de débris ovulaires : elle complique 0.75 % des IVG. Elle se manifeste par des métrorragies et pelviaigies ainsi qu'une absence d'involution

utérine majorant ainsi le risque infectieux. Une révision utérine sous échographie est alors proposée.

- Synéchie utérine
- Allo-immunisation rhésus lorsque la prévention en cas de rhésus négatif n'est pas réalisée
- Séquelles psychologiques et affectives : le traumatisme physique subi par la patiente est très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle mais aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG. De nombreuses femmes éprouvent un sentiment de culpabilité. Il est communément admis que pour les femmes en bonne santé physique et mentale l'IVG n'a que peu de conséquences psychologiques, mais il n'en est pas de même pour les patientes fragiles psychologiquement, sans soutien familial ou atteintes d'une pathologie psychiatrique, notamment du registre psychotique. Dans ce cas une prise en charge psychiatrique préventive est souhaitable. Pour les patientes ayant subi un important choc psychologique suite à l'IVG, un suivi psychologique doit être débuté et suivi de manière rigoureuse.
(2,29,49,52,56,57,58)

**EPIDEMIOLOGIE DES IVG EN
FRANCE, DANS LA REGION
POITOU-CHARENTES ET EN
CHARENTE**

IV - Epidémiologie des IVG en France, dans la région Poitou-Charentes et en Charente

A) Les différentes sources de données mobilisables sur les IVG :

Trois sources de données peuvent être exploitées concernant les interruptions volontaires de grossesse réalisées chaque année :

- Les Bulletins IVG (BIG ou BIVG) dont le remplissage est obligatoire et prévu par la loi depuis 1975
- La Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE)
- Les données issues du Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI)

Les Bulletins IVG :

Le recueil des Bulletins d'IVG répond à une obligation légale. En effet, depuis la loi de 1975 qui autorise les IVG en France, les praticiens ont l'obligation de remplir un bulletin pour chaque IVG pratiqué. Ce recueil vise ainsi à être exhaustif de tous les recours à l'IVG, en établissement et en cabinet de ville, en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer. Les données sont recueillies chaque année en continu depuis 1975.

Ces bulletins statistiques permettent de fournir des informations complémentaires au PMSI et à la SAE, concernant notamment la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité etc.

Comme le prévoit l'article L.2212-10 du Code de la Santé Publique, les bulletins sont routés chaque année par la DREES dans les ARS. Ces bulletins sont ensuite répartis par les ARS au sein des établissements de santé pratiquant les IVG qui les répartissent à leur tour auprès des services de gynécologie-obstétrique, des médecins de ville et des centres de santé ayant passé des conventions avec eux pour effectuer des IVG médicamenteuses (cabinets libéraux, centre de planification ou d'éducation familiale, centre de santé) en application des dispositions des articles L.2212-2, R.2212-9 du Code de la Santé Publique.

Simplifié en 2004, puis en 2005 le nouveau bulletin d'IVG s'articule sur trois thèmes :

- Le lieu où l'IVG a été pratiqué (département, lieu de l'acte médical, statut de l'établissement)
- La femme qui a recours à une telle intervention (âge à la date de l'acte, département ou lieu de naissance, département de domicile, activité professionnelle)
- Des informations médicales (date de l'acte médical, date du début des dernières règles, durée de gestation, s'agit-il ou non d'une interruption médicale de grossesse, technique employée, nombre de naissances et d'IVG antérieurs)

Une dernière modification a été opérée en 2011 pour tenir compte des IVG réalisés en cabinet de ville, en CPEF ou en centre de santé, avec quelques variables supplémentaires : la vie en couple, année de la précédente IVG et date de naissance de la femme qui remplace son âge.(29,49,51)

La Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) :

Il s'agit d'une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnels médicaux et non-médicaux.

L'enquête SAE a été lancée pour la première fois en 1995. Elle constitue l'une des principales sources de données sur les établissements de santé (Hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées). La SAE produit deux types de données :

- Une base administrative restituant les déclarations des établissements
- Une base statistique traitant la non-réponse totale et partielle destinée aux études.

La SAE a pour principaux objectifs :

- Caractériser de façon précise les établissements : structure, capacités, équipements des plateaux techniques et personnels
- Caractériser l'activité réalisée par type d'activité ou de discipline d'équipements
- Recueillir des indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soin soumises à autorisation.

La SAE permet ainsi :

- Une cartographie fine des établissements de santé
- Une analyse de l'activité mise en regard des moyens
- L'alimentation des indicateurs des tableaux de bord, d'indicateurs de suivi des agences régionales de santé (ARS). (29,49,51)

Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information :

Ce programme a pour objectif d'évaluer l'activité et les ressources des différents services de tous les établissements de santé. Depuis 2005, cet outil de gestion médico-économique est utilisé dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Le PMSI recueille des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), les diagnostics et les actes réalisés. Cette « approche patient » est complémentaire de la SAE.

Il existe plusieurs PMSI selon la discipline :

- Médecine, Chirurgie et Obstétrique (PMSI-MCO)
- Soins de Suite et de Réadaptation (PMSI-SSR)
- Hospitalisation A Domicile (PMSI-HAD)
- Psychiatrie (RIM-P)

Pour l'estimation globale du nombre d'IVG, les comparaisons ont montré que les chiffres issus de la SAE étaient les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les Bulletins IVG ne sont quant à eux pas exhaustifs. Ils permettent toutefois de fournir des informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité etc. En Poitou-Charentes par exemple, la différence entre le nombre de bulletin IVG remplis et la SAE laisse apparaître une différence de l'ordre de 11 %. Ainsi en 2008, 3569 bulletins IVG, hors IMG ont été exploités. La SAE comptabilise 3996 IVG sur la même période en Poitou-Charentes.

Les données du PMSI ne sont, elles aussi, pas directement utilisables pour le dénombrement précis des seules IVG (elles comprennent également les IMG sans toujours les distinguer). En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour. (29,49,51,60)

B) Les IVG au niveau national :

Les IVG en 2011 :

222 500 IVG ont été réalisées en France en 2011, dont 209 300 en métropole. Après une dizaine d'année de hausse, leur nombre est pratiquement stable depuis 2006. Les données provisoires de 2012 ne montrent pas non plus d'augmentation.

Le taux de recours à l'IVG est de 15.1 IVG en métropole pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011.

Ce taux demeure plus élevé parmi les femmes de 20 à 24 ans : 27 pour 1000.

Le nombre de femmes mineures ou de moins de 20 ans concernées par une IVG est stable depuis quelques années. Les écarts régionaux perdurent, avec des taux toujours plus élevés qu'ailleurs dans les départements d'outre-mer, en Ile de France et dans le Sud de la France.

La part des IVG réalisées avec la méthode médicamenteuse continue de croître, atteignant 54 IVG sur 100, qu'elles soient pratiquées ou non en établissement de santé.

Désormais, 13 % des IVG sont réalisées en cabinet de ville en 2011 en France métropolitaine.

Les IVG en CPEF ou en centre de santé, autorisées depuis mai 2009, représentent, en 2011, 1 % de l'ensemble des IVG de métropole.

Les IVG chirurgicales réalisées en établissement de santé diminuent légèrement.

Parmi les IVG réalisées en établissement de santé, le secteur public, largement majoritaire, continue de progresser, avec 79 % des IVG en 2010.

On observe donc en France métropolitaine une progression des IVG médicamenteuses passant de 50.3 % en 2008 à 54 % en 2010.

Les tableaux suivants représentent une synthèse des chiffres des IVG en France métropolitaine depuis 1990.

Tableau 1 : Evolution du nombre d'IVG et du Taux de recours depuis 1990 en France Métropolitaine.

Année	15-49 ans	Taux moyen calculé	Taux observé
1990	197 063	14	14
1991	199 308	14	14
1992	191 883	14	13,4
1993	190 702	14	13,2
1994	188 841	13	13
1995	179 333	13	12,3
1996	186 752	14	12,8
1997	188 477	14	12,9
1998	195 368	14	13,4
1999	196 295	15	13,6
2000	191 473	14	13,3
2001	201 435	15	14
2002	205 897	15	14,3
2003	202 596	15	14
2004	209 914	16	14,5
2005	205 393	15	14,2
2006	214 361	16	14,8
2007	212 285	16	14,6
2008	208 242	16	14,4
2009	208 939	16	14,5
2010	210 814	16	14,7

Notes : les statistiques des années 1995 et 2000 sont jugées un peu moins complètes que les autres, car il s'agit de dates de transitions majeures pour la SAE (passage à l'informatique en 1995 et refonte du questionnaire en 2000)

Champ : France Métropolitaine

Source : DREES (SAE), CNAM-TS (Erasme)

Tableau 2 : Évolution des taux de recours selon l'âge (1990-2010)

IVG pour 1000 femmes	1990	1999	2006	2010
15-17 ans	7,0	8,9	11,0	10,6
18-19 ans	16,4	21,9	22,9	22,1
20 à 24 ans	21,8	24,4	27,3	26,9
25 à 29 ans	21,7	20,8	24,1	24,0
30 à 34 ans	18,8	17,7	18,7	19,5
35 à 39 ans	13,2	13,3	13,9	13,6
40 à 44 ans	5,7	5,8	5,9	6,0
45 à 49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6
Tous âges	14,0	13,6	14,8	14,8

Champ : France métropolitaine

Source : DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP)

Tableau 3 : Nombre d'IVG et taux de recours selon le groupe d'âge.

	1990	1999	2006	2009	2010
total IVG	197 406	196 885	215 390	209 987	211 985
répartition selon le groupe d'âge					
15-19 ans	22 987	26 563	31 093	29 014	28 838
15-17 ans	8 751	9 642	12 855	11 670	11 612
18-19 ans	14 236	16 922	18 238	17 344	17 226
20-24 ans	46 134	45 111	53 411	52 530	52 687
25-29 ans	46 826	44 029	45 838	46 417	47 361
30-34 ans	40 262	38 088	39 261	36 509	37 566
35-39 ans	28 320	29 057	30 268	30 209	29 798
40-44 ans	11 612	12 337	13 224	12 843	13 235
45-49 ans	922	1 111	1 265	1 417	1 328
15-49 ans	197 063	196 295	214 361	208 939	210 814

Taux de recours (pour 1000 femmes de chaque groupe d'âge)					
15-19 ans	10,9	13,8	15,8	15,2	15,3
15-17 ans	7,0	8,9	11,0	10,4	10,6
18-19 ans	16,4	21,9	22,9	22,1	22,1
20-24 ans	21,8	24,4	27,3	27,0	26,9
25-29 ans	21,7	20,8	24,1	23,5	24,0
30-34 ans	18,8	17,7	18,7	18,8	19,5
35-39 ans	13,2	13,3	13,9	13,6	13,6
40-44 ans	5,7	5,8	5,9	5,8	6,0
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	13,6	14,8	14,5	14,7

Note : Par rapport à l'Etude et Résultats n° 765, les données pour 2009 ont été actualisées en prenant en compte les 719 IVG réalisées en centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). Champ : France métropolitaine. Sources : DREES (SAE, PMSI), INSEE (ELP).

Tableau 4 : IVG selon la méthode et le secteur d'exercice

		2001	2005	2006	2007
Secteur public	IVG chirurgicales	90 450	77 854	79 244	79 849
	IVG médicamenteuses	44 550	66 320	67 505	68 019
Secteur privé	IVG chirurgicales	49 713	36 563	33 676	29 289
	IVG médicamenteuses	17 467	20 566	20 640	17 952
Ensemble établissements	IVG chirurgicales	140 163	114 417	112 920	109 138
	IVG médicamenteuses	62 017	86 886	88 145	85 971
IVG médicamenteuses en ville		0	5 008	14 325	18 273
IVG médicamenteuses en centres de santé ou CPEF*		0	0	0	0

		2008	2009	2010
Secteur public	IVG chirurgicales	77 824	75 729	74 517
	IVG médicamenteuses	68 209	68 637	71 190
Secteur privé	IVG chirurgicales	26 158	25 292	22 876
	IVG médicamenteuses	16 629	16 908	16 279
Ensemble établissements	IVG chirurgicales	103 982	101 021	97 393
	IVG médicamenteuses	84 838	85 545	87 469
IVG médicamenteuses en ville		20 427	22 702	25 747
IVG médicamenteuses en centres de santé ou CPEF*		0	719	1 376

Champ : France métropolitaine. Sources : DREES (SAE), CNAM-TS (nombre de forfaits honoraires de ville remboursés dans l'année à partir de 2006)

Tableau 5 : Evolution du nombre des IVG et des naissances depuis 1990

Années	Naissances	IVG
1990	762 407	197 063
1991	759 056	199 308
1992	743 658	191 883
1993	711 610	190 702
1994	710 993	188 841
1995	729 609	179 333
1996	734 341	186 752
1997	726 768	188 477
1998	738 080	195 368
1999	744 791	196 295
2000	774 782	191 473
2001	770 945	201 435
2002	761 630	205 897
2003	761 464	202 596
2004	767 816	209 914
2005	774 355	205 393
2006	796 896	214 361
2007	785 985	212 285
2008	796 044	208 242
2009	796 045	208 290
2010	802 220	210 814

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES (SAE, PMSI), INSEE (état civil).

Note : Les statistiques des années 1995 et 2000 sont jugées un peu moins complètes que les autres car il s'agit de dates de transitions majeures pour la SAE (passage à l'informatique en 1995 et refonte du questionnaire en 2000).

(5,6,12,60,62,63,64,65,66,67,68,69,70)

C) Les IVG au niveau Régional :

Depuis 1976, le taux d'IVG oscille entre 3500 et 4000 IVG annuelles selon l'INED. Les chiffres détaillés sont présentés dans le tableau 6. Ces chiffres sont issus des BIG, donc des différences apparaissent avec les données de la SAE compte tenu de la sous déclaration des BIG observée par l'INED.

Tableau 6 : Nombre d'IVG en Poitou-Charentes depuis 1976.

Années	Poitou-Charentes	Charente	Charente-Maritime	Vienne	Deux-Sèvres
1976	3636	685	1152	782	1017
1980	4066	923	1374	899	870
1990	3646	746	1299	873	728
2002	2871	531	1234	839	267
2005	3596	726	1393	896	581
2006	3852	553	1609	994	696
2007	3772	551	1590	1019	612
2008	3816	567	1622	1000	627
2009	3717	568	1479	1054	616
2010	3918	551	1550	1114	703

Source : INED

On observe donc une augmentation du nombre d'IVG réalisées en Charente-Maritime et dans la Vienne qui passent respectivement de 1299 IVG en 1990 à 1550 IVG en 2010 et de 873 IVG en 1990 à 1114 IVG en 2010. (données issues du BIG)

En revanche, on observe une stagnation des IVG en Deux-Sèvres qui passe de 728 IVG en 1990 à 703 IVG en 2010. (données issues du BIG)

Enfin en Charente, on observe une diminution du nombre d'IVG qui passe de 746 IVG en 1990 à 551 IVG en 2010. (données issues du BIG). Cependant, du fait de la sous déclaration des BIG, les chiffres sont quelque peu biaisés, mais les données du PMSI confirment cette baisse : le nombre d'IVG en Charente passe de 856 en 2008 à 850 en 2011 puis 805 en 2012.

En 2008, l'ARS a effectué un Etat des lieux et de prise en charge des IVG en Poitou-Charentes. Ces chiffres ont été publiés dans le COM'STAT n°4 de septembre 2009.

En 2008, près de 4200 IVG ont été réalisées en Poitou-Charentes, 4000 par les 18 établissements publics et privés de la région, à peine 200 par les médecins de ville.

La répartition géographique des IVG de la région est la suivante :

- 37 % en Charente-Maritime
- 25 % dans la Vienne
- 21 % en Charente
- 17 % dans les Deux-Sèvres

En 10 ans, le nombre d'IVG a progressé un peu plus rapidement qu'en France : plus 0.6 % en moyenne annuelle pour la région contre plus 0.1 % pour la métropole.

En Poitou-Charentes, les années 2002 et 2006 ont connu une augmentation sensible par rapport aux années précédentes (respectivement + 6% et + 4 %).

Le taux d'IVG dans la région est de 11.1 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2008, stable depuis 10 ans (10.2 en 1998). Ce taux est plus faible que celui de la France entière qui est lui de 14.4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2008.

Le taux d'IVG en 2008 est de :

- 12.4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Charente-Maritime.
- 11.7 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Charente
- 10.7 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Vienne
- 9.1 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans les Deux-Sèvres

En 2008, 79 % des IVG en Poitou-Charentes ont été pratiquées dans des établissements de santé (publics et privés). La part du secteur public dans la réalisation des IVG en établissement de santé ne fait que progresser depuis 1995.

La part du secteur public passe de 60 % des IVG réalisées en établissement de santé en 1995 à 83 % des IVG réalisées en établissement de santé en 2011 en Poitou-Charentes.

En Poitou-Charentes, la majorité des IVG (54 %) sont pratiquées par technique médicamenteuse en 2008 contre seulement 31 % en 1998. Cette tendance à l'augmentation de la part des IVG médicamenteuses s'observe également au niveau de la France Métropolitaine, avec 48 % des IVG réalisées par méthode médicamenteuse en établissement de santé et 55 % des IVG réalisées par méthode médicamenteuse sur l'ensemble des IVG réalisées en France (établissement de santé, cabinet libéraux et CPEF).

En ce qui concerne les IVG médicamenteuses réalisées dans le cadre de la médecine de ville, la région est en retard par rapport à la métropole : seulement 4 % des IVG sont réalisées en cabinet de ville en Poitou-Charentes contre 7 % au niveau national.

En Poitou-Charentes, le délai de prise en charge des IVG est relativement court. Il varie de 3 à 5 jours pour obtenir une consultation après le premier appel téléphonique, ce qui est satisfaisant en regard des recommandations de la HAS (délai de 5 jours).

Fin 2008, seulement 15 médecins, 9 généralistes et 6 gynécologues ont signé une convention leur permettant de réaliser des IVG médicamenteuses à leur cabinet de ville.

Les femmes ayant recours à l'IVG en Poitou-Charentes ont en moyenne 27 ans, âge comparable d'un département à l'autre de la région.

Les femmes âgées de 20 à 24 ans sont celles qui le taux de recours à l'IVG le plus important : 22 pour 1000 en moyenne.

18 % des IVG touchent les jeunes filles de moins de 20 ans et 6 % les femmes d'au moins 40 ans.(71)

En 2010, la Région Poitou-Charentes comptait 4314 IVG, dont 4001 réalisées en établissement de santé et 313 réalisées en cabinet de ville. Aucune IVG n'était réalisé en Centre de Planification ou d'Education Familiale.

En 2010, le taux de recours est de 11,7 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Enfin, le taux de recours est de 9.6 IVG pour 1000 mineures en 2010.(6)

Le tableau 7 ci-dessous rapporte le nombre d'IVG dans la Région Poitou-Charentes depuis 2009, les données étant issues de la SAE.

Tableau 7 : Nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse - Données issues de la SAE

	POITOU CHARENTES	Charente	Charente Maritime	Deux Sèvres	Vienne
2009					
Nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse) hors IVG médicamenteuses en médecine de ville	3 834	846	1 382	665	941
IVG médicamenteuses en médecine de ville	229	0	81	24	124
2010					
Nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse) hors IVG médicamenteuses en médecine de ville	4 002	834	1 514	666	988
IVG médicamenteuses en médecine de ville	152	0	61	21	70
2011					
Nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse) hors IVG médicamenteuses en médecine de ville	3 903	842	1 427	678	956
IVG médicamenteuses en médecine de ville	214	0	77	13	124

Source ARS Poitou-Charentes

D) Les IVG au niveau départemental :

La répartition des IVG en Charente est représentée dans le tableau 8. Les données sont issues de la source PMSI, une différence est observée avec les données de la SAE qui sont considérées comme les données les plus fiables.

Tableau 8 : Nombre d'IVG réalisées en Charente dans les différents établissements de santé (Publics et Privés) et Total des IVG réalisées en établissement de santé en Poitou-Charentes.

Nombre de séjours d'IVG	2008	2009	2010	2011	2012	Répartition moyenne des IVG en Charente entre 2008 et 2012
CH ANGOULEME	362	412	433	444	474	51%
CLINIQUE STE MARIE jusqu'en 2009 et CENTRE CLINICAL SOYAUX à-c 2010	306	235	203	188	154	26%
CH COGNAC	175	187	154	186	159	21%
CH BARBEZIEUX	13	8	21	24	14	2%
CH RUFFEC		0	19	8	4	1%
TOTAL DEPARTEMENT	856	842	830	850	805	100%
TOTAL REGION POITOU-CHARENTES	3996	3 880	4 039	3 937	3 952	
Part du département 16 / Région	21%	22%	21%	22%	20%	21%

Source : PMSI

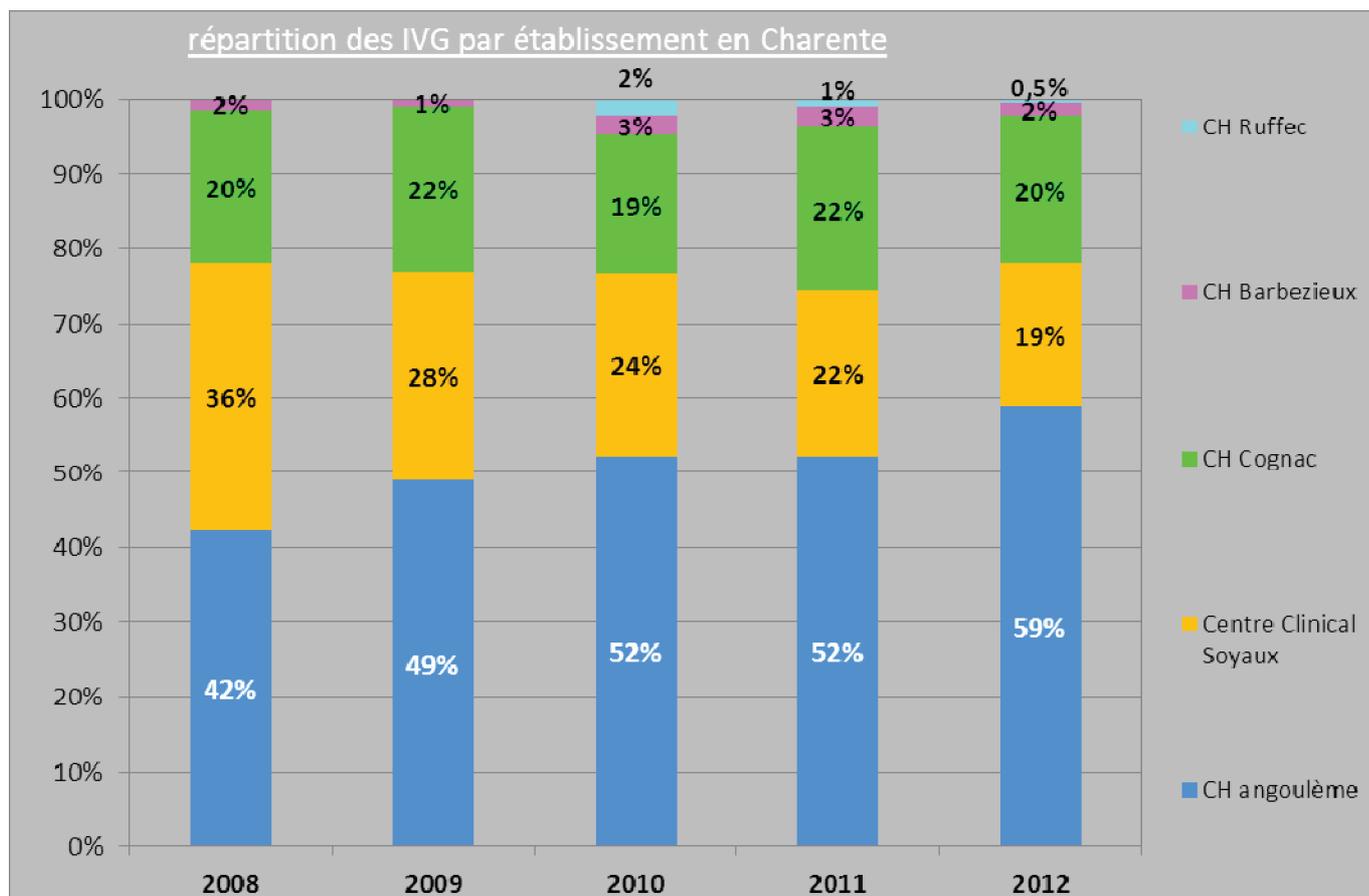
On observe donc une stagnation du nombre d'IVG en Poitou-Charentes de 2008 à 2012 autour de 3900 IVG annuelles. La part des IVG réalisées en Charente dans la région Poitou-Charentes reste stable autour de 20 %.

Alors qu'en Charente le nombre d'IVG réalisées en établissement de santé tend à diminuer passant de 856 IVG en 2008, à 850 en 2011 puis 805 en 2012.

Aucune IVG n'est réalisée hors établissement de santé en Charente malgré les nouvelles dispositions instaurées par la loi de 2004 permettant la réalisation des IVG jusqu'à 7 SA en cabinet de ville.

De plus un seul établissement privé réalise des IVG en Charente, il s'agit du centre Clinical de SOYAUX.

Graphique 1 : Répartition des IVG par établissement hospitalier en Charente entre 2008 et 2012



Source Base Régionale PMSI PILOT

Enfin sur le graphique ci-dessus, on observe une régression du pourcentage des IVG réalisées au centre Clinical : la part des IVG réalisées au centre Clinical passe de 36 % des IVG en 2008 à seulement 19 % des IVG en 2012.

En effet, le département n'échappe pas à cette régression du nombre d'IVG en secteur privé depuis quelques années observée en France.

Au contraire, la part de l'hôpital public quant à elle augmente et notamment au centre Hospitalier d'Angoulême : la part des IVG réalisées au centre hospitalier d'Angoulême passe de 42 % des IVG en 2008 à 59 % des IVG en 2012.

En 2012, la part du secteur public réalisant les IVG en Charente est de 81.5 %. Cette hausse de la prise en charge des IVG dans le secteur public est de la même façon observée au niveau national avec 79 % des IVG et au niveau régional avec 83 % des IVG.

Tableau 9 : Evolution des IVG par établissement de santé en Charente en fonction de la méthode utilisée de 2008 à 2012.

	2008	2009	2010	2011	2012
CH ANGOULEME	362	412	433	444	474
<i>IVG MED</i>	189	205	238	234	278
<i>IVG CHIR</i>	173	207	195	210	196
<i>part des IVG MED</i>	52%	50%	55%	53%	59%
CENTRE CLINICAL SOYAUX	306	235	203	188	154
<i>IVG MED</i>	160	131	90	48	54
<i>IVG CHIR</i>	146	104	113	140	100
<i>part des IVG MED</i>	52%	56%	44%	26%	35%
CH COGNAC	175	187	154	186	159
<i>IVG MED</i>	41	75	62	74	66
<i>IVG CHIR</i>	134	112	92	112	93
<i>part des IVG MED</i>	23%	40%	40%	40%	42%
CH BARBEZIEUX	13	8	21	24	14
<i>IVG MED</i>	11	8	21	24	14
<i>IVG CHIR</i>	2	0	0	0	0
<i>part des IVG MED</i>	85%	100%	100%	100%	100%
CH RUFFEC	0	0	19	8	4
<i>IVG MED</i>		0	7	6	4
<i>IVG CHIR</i>		0	12	2	0
<i>part des IVG MED</i>	-	-	37%	75%	100%

On observe une progression de la méthode médicamenteuse dans les établissements de santé du secteur public : la part des IVG médicamenteuse passe en effet de 52 % en 2008 à 59 % en 2012 au centre hospitalier d'Angoulême et de 23 à 42 % au centre hospitalier de Cognac.

En revanche, en établissement de santé du secteur privé, ici au centre Clinical de Soyaux, la méthode médicamenteuse passe de 52% des IVG en 2008 à 35 % en 2012.

Tableau 10 : Evolution des IVG en fonction de la méthode utilisée en Poitou-Charentes et en Charente

Région Poitou Charentes	2008	2009	2010	2011	2012
		4039	3880	4039	3937
<i>IVG MEDICAMENTEUSE</i>	2076	2006	2148	2098	2232
<i>IVG CHIRURGICALE</i>	1888	1874	1891	1839	1720
<i>part des IVG MED</i>	51%	52%	53%	53%	56%

Département	2008	2009	2010	2011	2012
		856	842	830	850
<i>IVG MEDICAMENTEUSE</i>	401	419	418	386	416
<i>IVG CHIRURGICALE</i>	455	423	412	464	389
<i>part des IVG MED</i>	47%	50%	50%	45%	52%

Dans la région Poitou-Charentes, la part des IVG réalisées par méthode médicamenteuse a progressé de 2008 à 2012 passant de 51 % à 56 %.

Dans le département de la Charente, la part des IVG médicamenteuses a également progressé passant de 47 % en 2008 à 52 % en 2012.

Ces évolutions sont similaires à celles observées en France métropolitaine où la part des IVG médicamenteuse passe de 50.3 % en 2008 à 54 % en 2010.

Les données départementales sont issues de la Base régionale PMSI, elles diffèrent donc quelques peu des données de l'ARS issues, elles, de la SAE. On observe tout de même une amélioration de la cohérence des données avec le temps. En effet, en 2011, le nombre d'IVG total en Charente ne varie que de 1 IVG (843 pour la source PMSI et 842 pour la source SAE).

**ETAT DES LIEUX DES IVG EN
CHARENTE SUR TROIS MOIS EN
2013 :
MATERIEL ET METHODE**

V – Matériels et méthode :

1) Populations étudiées et objectifs

Cette enquête a pour but d'étudier l'Etat des lieux des IVG en Charente sur trois mois dans le courant de l'été 2013.

Il s'agit d'une étude prospective analytique et descriptive des IVG réalisées en Charente pendant trois mois dans le courant de l'été 2013.

Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire (Cf. annexe 2) à réponses fermées pour la plupart des questions.

Les objectifs de cette étude sont de :

- Décrire les causes de la grossesse ayant conduit à l'IVG et l'âge des patientes
- Rechercher un manque d'information sur les moyens de contraception
- Définir la place du médecin généraliste

2) Outil : le questionnaire.

Initialement, nous souhaitions réaliser une étude rétrospective sur dossiers de l'Etat des lieux des IVG en Charente en 2012. Seulement, après avoir consulté les dossiers médicaux papiers et informatisés du centre hospitalier de Girac, cette possibilité d'étude paraissait compromise.

En effet, les informations que nous recherchions n'apparaissaient pas dans les dossiers.

Après avoir assisté à des consultations pré-IVG avec deux gynécologue-obstétriciens du centre hospitalier d'Angoulême (les Dr Chartier et Salou), nous avons décidé de réaliser une étude prospective à l'aide d'un questionnaire à distribuer aux patientes.

Le choix des questions a été guidé par un souci de compréhension, de facilité et de rapidité de réponse pour les patientes, celles-ci étant à ce moment de leur vie dans un contexte psychologique parfois difficile.

Ce questionnaire est anonyme et soumis au secret médical afin d'optimiser le taux de réponse.

Il se compose de huit questions. Les questions sont à choix multiples et fermées.

(Cf. annexe 2)

La première question concerne l'âge de la patiente au moment de l'IVG.

La seconde question interroge la patiente sur la cause de sa grossesse en cours.

La troisième et la quatrième question concernent la contraception précédant l'IVG et les raisons du choix de celle-ci.

La cinquième question concerne la personne qui a choisi ou conseillé la contraception pré-IVG.

La sixième question interroge la patiente sur un éventuel manque d'information concernant sa contraception pré-IVG et les différents moyens de contraception en général.

La septième et huitième question concerne la contraception d'urgence.

3) Lieux de l'étude

Après avoir identifié les établissements charentais réalisant les IVG depuis 2008, nous avons choisi de restreindre arbitrairement l'étude aux trois principaux centres hospitaliers réalisant les IVG en Charente.

En effet, la Charente comporte une spécificité, aucune IVG n'est réalisée en dehors des établissements de santé.

Ensuite, les centres hospitaliers de Ruffec et Barbezieux n'ont pas été retenus pour cette étude car ils ne réalisent à eux deux que 2.5 % des IVG en Charente par an soit 18 IVG en 2012.

Donc sur la période d'étude de 3 mois, le nombre d'IVG aurait été de 4 ou 5 avec un taux de réponse de 50 à 70 %, seul 2 à 4 questionnaires auraient été récupérés. Ce chiffre étant statistiquement non significatif nous avons donc choisi de ne pas diffuser le questionnaire dans ces 2 centres.

Les trois centres retenus pour la diffusion du questionnaire sont :

- Le centre hospitalier GIRAC d'Angoulême
- Le centre hospitalier de Cognac
- La clinique le Centre Clinical de Soyaux

La distribution des questionnaires a été effectuée par les infirmières ou cadres de santé des différents centres hospitaliers.

Le choix du moment adéquat de la distribution n'a pas été aisé. En effet, l'IVG étant un moment délicat pour les patientes avec un ressenti psychologique de cet acte qui peut être douloureux.

Après discussion avec les différents intervenants (sages-femmes, infirmières, gynécologues) du parcours de soins des patientes en demande d'IVG, nous avons convenu du moment le plus opportun et efficace pour la distribution et la récupération des questionnaires.

Il s'avère que le jour de l'IVG à proprement parlé (jour de la prise du misoprostol ou de l'aspiration endo-utérine) a été choisi pour distribuer le questionnaire. Ce moment n'est probablement pas l'idéal d'un point de vue psychologique, mais devant la nécessité d'une distribution et d'une récupération efficace du questionnaire nous sommes arrivés à ce compromis là.

Après obtention de l'accord des directions hospitalières des trois centres hospitaliers et des différents chefs de service, la distribution du questionnaire a pu débuter le 10 juin 2013 pour se terminer le 10 septembre 2013.

Dans les centres hospitaliers d'Angoulême et de Cognac la distribution du questionnaire aux patientes étaient effectuées par les infirmières. Celles-ci expliquaient aux patientes le but de ce questionnaire et son caractère confidentiel, anonyme et soumis au secret médical.

D'ailleurs les cinq premières lignes du questionnaire rappellent aux patientes ces mêmes informations. (Cf. annexe 2)

Une information à l'intention des infirmières était également renseignée au dos du questionnaire, expliquant les consignes de distribution et rappelant les coordonnées des personnes à contacter en cas de problème ou de question sur le questionnaire. (Cf. annexes 3, 4 et 5)

D'un point de vue pratique, le questionnaire était initialement inséré dans le dossier IVG de la patiente par les secrétaires puis détaché et distribué par les infirmières.

A la clinique le Centre Clinique de Soyaux, c'est la cadre de santé qui s'est chargée personnellement de la distribution et de l'explication du questionnaire aux patientes.

En ce qui concerne la récupération des questionnaires, celle-ci a été effectuée par les infirmières avant la sortie de la patiente du service le jour de l'IVG. Les questionnaires étaient ensuite placés dans une chemise que nous avons fournie pour l'enquête dans chacun des trois centres hospitaliers.

Nous avons effectué la récupération définitive des questionnaires en fin de période d'étude à savoir le 11 septembre 2013.

4) Analyse statistique :

L'analyse a été réalisée en deux étapes.

- Une analyse descriptive détaillant l'ensemble des variables utilisées en termes de fréquence selon le lieu de réalisation de l'IVG. Les types de variables utilisés sont qualitatives recueillies de façon dichotomique et comportent des informations sur les IVG et la contraception.
- Une analyse en composantes principales a été utilisée à la recherche de variables composites pouvant expliquer le phénomène étudié. Le nombre de variables composites appelé facteurs a été choisi en utilisant un diagramme des valeurs propres (ou « scree plot »). L'analyse factorielle a été réalisée par méthode maximum de vraisemblance afin de normaliser les facteurs utilisés. Nous avons analysé les données avec rotation orthogonale (ou « Varimax® ») pour tenir compte de leur colinéarité.

L'analyse en composantes principales a été séparée en trois parties :

- Etude des facteurs favorisant ou non la prise d'une contraception.
- Facteurs prédictifs de la grossesse non désirée
- La connaissance de la contraception d'urgence

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du Logiciel SAS® version 9.4.

**ETAT DES LIEUX DES IVG EN
CHARENTE SUR TROIS MOIS EN
2013 :
RESULTATS**

VI - Résultats :

1) Statistiques générales :

Le tableau suivant représente le nombre d'IVG réalisées, le nombre de questionnaires récupérés et le taux de réponse au questionnaire par établissement hospitalier.

Centre Hospitalier	Nombre d'IVG réalisées	Nombre de Questionnaires récupérés	Taux de réponse en %
Angoulême	133	67	50,38
Cognac	43	43	100
Soyaux	41	24	58,53
Totaux	217	134	61,75

Le tableau suivant représente le nombre de questionnaires récupérés et le pourcentage en fonction de l'établissement

Etablissement	Fréquence	Pourcentage
Angoulême	67	50.00
Soyaux	24	17.91
Cognac	43	32.09
Total	134	100

Au niveau des trois centres hospitaliers charentais inclus dans cette étude :

- 217 IVG ont été réalisées sur la période d'étude allant du 10 juin au 10 septembre 2013.
- 134 questionnaires ont été récupérés sur la période d'étude
- Le taux de réponse est donc de 61.75 %
- Le taux de non-réponse est de 38.25 %

Il faut noter que quatre questionnaires ont été exclus de l'enquête car l'âge n'était pas indiqué. (Ces quatre questionnaires provenaient du centre hospitalier d'Angoulême).

2) Résultats :

a) Analyse descriptive :

Les tableaux suivants représentent les causes des grossesses non prévues ayant conduit à une IVG durant la période d'étude dans les trois principaux centres hospitaliers charentais. Le premier tableau représente la fréquence par classe d'âge.

Classe d'âge (année)	<15	15-17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45 et +	Total
Aucune contraception habituelle (fréquence puis pourcentage)	1	3	3	16	7	9	5	1	0	45
	0.75	2.24	2.24	11.94	5.22	6.72	3.73	0.75	0.00	33.58
Rupture de préservatif (fréquence puis pourcentage)	1	4	3	5	5	6	2	0	1	27
	0.75	2.99	2.24	3.73	3.73	4.48	1.49	0.00	0.75	20.15
Méthode Naturelle (fréquence puis pourcentage)	0	0	2	6	3	3	6	1	0	21
	0.00	0.00	1.49	4.48	2.24	2.24	4.48	0.75	0.00	15.67
Oubli de pilule (fréquence puis pourcentage)	0	2	5	8	6	7	1	2	0	31
	0.00	1.49	3.73	5.97	4.48	5.22	0.75	1.49	0.00	23.13
Oubli de pose de l'Anneau Nuvaring® (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	3	0	1	0	0	4
	0.00	0.00	0.00	0.00	2.24	0.00	0.75	0.00	0.00	2.99
Infertilité (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.75
Ovules spermicides (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75
Grossesse sous stérilet (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3
	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	1.49	0.00	2.24
Retard de prise de pilule (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75
Oubli de pose de préservatif (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.75
Grossesse sous microval® (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.75
Arrêt de contraception (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	1.49
Arrêt de contraception car désir de grossesse (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	1.49
Arrêt de contraception pour bilan sanguin (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75
Pilule non efficace (fréquence puis pourcentage)	0	1	1	1	2	0	0	0	0	5
	0.00	0.75	0.75	0.75	1.49	0.00	0.00	0.00	0.00	3.73

Changement de contraception (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
	0.00	0.00	0.00	0.75	0.75	0.00	0.75	0.00	0.00	2.24
Troubles digestifs avec vomissement de pilule (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.75
Arrêt de contraception car effets secondaires (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
	0.00	0.00	0.00	0.75	0.75	0.00	0.75	0.00	0.00	2.24
Médicaments interagissant avec contraception (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75
Echec de prise de Norlevo® (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.75
Arrêt de contraception car pas de RDV chez un médecin (fréquence puis pourcentage)	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.75	0.75	0.00	1.49
Total (fréquence puis pourcentage)	2	10	14	34	25	25	16	7	1	134
	1.49	7.46	10.45	25.37	18.66	18.66	11.94	5.22	0.75	100.00

En effectuant des calculs de pourcentage à partir du tableau ci-dessus on peut obtenir la répartition des situations contraceptives en fonction des classes d'âges.

La situation contraceptive des femmes en fonction de leur âge lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG est la suivante dans notre étude : parmi les moins de 20 ans, 45.7 % utilisaient une méthode non médicale (préservatif ou méthode naturelle ou autre), 26.9 % n'utilisaient pas de contraception, 26.9 % utilisaient une méthode médicale (pilule, stérilet, anneau); parmi les femmes de 20 à 24 ans, 29.4 % utilisaient une méthode non médicale, 47.1 % n'utilisaient pas de contraception, 23.5 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 25 à 29 ans, 32 % utilisaient une méthode non médicale, 28 % n'utilisaient pas de contraception, 40 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 30 à 34 ans, 36 % utilisaient une méthode non médicale, 36 % n'utilisaient pas de contraception, 28 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 35 à 39 ans, 50 % utilisaient une méthode non médicale, 31.3 % n'utilisaient pas de contraception, 18.7 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 40 ans et plus, 25 % utilisaient une méthode non médicale, 25 % n'utilisaient pas de contraception et 50 % utilisaient une méthode médicale.

Une seule patiente signale un échec de prise de Norlevo®, ce qui représente 0.75 %.

La répartition des femmes ayant eu recours à l'IVG selon l'âge dans notre étude est la suivante : 8.95 % des femmes sont mineures, 10.5 % des femmes ont entre 18 et 19 ans, 25.4 % ont entre 20 et 24 ans, 18.7% ont entre 25 et 29 ans, 18.7 % ont entre 30 et 34 ans, 11.9 % ont entre 35 et 39 ans, 6% ont plus de 40 ans.

Le second tableau représente la fréquence et le pourcentage des causes des grossesses non prévues ayant conduit à l'IVG.

Causes de la grossesse en cours	Fréquence	Pourcentage
Aucune contraception habituelle	45	33.58
Rupture de préservatif	27	20.15
Méthode naturelle	21	15.67
Oubli de pilule	31	23.13
Infertilité	1	0.75
Ovule spermicide	1	0.75
Grossesse sous Stérilet	3	2.24
Retard de prise de pilule	1	0.75
Oubli de pose de préservatif	1	0.75
Grossesse sous Microval®	1	0.75
Arrêt de contraception	2	1.49
Arrêt de contraception car désir de grossesse	2	1.49
Arrêt de contraception pour bilan sanguin	1	0.75
Pilule non efficace	5	3.73
Changement de contraception	3	2.24
Oubli de pose Anneau Nuvaring®	4	2.99
Troubles digestifs avec vomissements de pilule	1	0.75
Arrêt de pilule car effets secondaires	3	2.24
Prise de médicaments interagissant avec la pilule	1	0.75
Echec de prise de Norlevo®	1	0.75
Arrêt de pilule car pas de RDV chez un médecin	2	1.49

Les causes des grossesses non prévues ayant conduit à une IVG sont les suivantes, par ordre décroissant.

33.6 % des femmes ne prenaient aucune contraception, 23.1 % des femmes rapportent un oubli de pilule, 20.2 % des femmes rapportent une rupture de préservatif, 15.7 % des femmes employaient une méthode naturelle, 2.9 % rapportent un oubli de pose de l'Anneau Vaginal, 2.2 % rapportent une grossesse sous stérilet et enfin 2.3 % des femmes rapportent une autre cause.

Parmi les autres causes, on retrouve des causes très variées (infertilité, ovules spermicides, grossesse sous stérilet, retard de prise de pilule, oubli de pose de préservatif, grossesse sous Microval®, arrêt de contraception, arrêt de contraception car désir de grossesse, arrêt de contraception pour bilan sanguin, pilule non efficace, changement de contraception, troubles digestifs, arrêt de contraception car effet secondaire, médicament interagissant avec la contraception, un échec de Norlevo®, arrêt de contraception car pas de RDV chez un médecin).

Le troisième tableau représente la fréquence et le pourcentage de la contraception avant IVG.

Contraception avant IVG	Fréquence	Pourcentage
Aucune	30	22.39
Pilule	64	47.76
Stérilet	6	4.48
Préservatif	28	20.90
Méthode naturelle 2	8	5.97
Anneau Vaginal	7	5.22
Implant	3	2.24

Avant l'IVG, on observe que 47 % des femmes (64 femmes) prenaient la pilule avant l'IVG (incluant celles l'ayant arrêtées avant IVG), 20.9 % des femmes (28 femmes) rapportent utiliser le préservatif, 22.39 % n'utilisaient pas de contraception (30 femmes), 6 % utilisaient une méthode naturelle (8 femmes parmi lesquelles 4 indiquaient simultanément aucune contraception), 5.2 % utilisaient l'anneau vaginal (7 femmes), 4.5 % utilisaient le stérilet (6 femmes) et 2.2% utilisaient l'implant (3 femmes). A noter que certaines femmes mentionnaient plusieurs contraceptions avant l'IVG.

Le quatrième tableau regroupe les facteurs favorisant ou non la prise d'un moyen de contraception, à savoir les raisons du choix de la contraception et la personne ayant fait le choix ou conseillée la contraception.

Raison du choix de la contraception	Fréquence	Pourcentage
Facilité d'utilisation	109	81.34
Facilité de prescription	52	38.81
Coût	26	19.40
Effets secondaires acceptables	35	26.12
Choix de la contraception	Fréquence	Pourcentage
Choix personnel	93	69.40
Conseil généraliste	13	9.70
Conseil gynécologue	34	25.37
Conseil CPEF	2	1.49
Conseil Pharmacie	0	0
Décision partagée	13	9.70

On observe donc que 81.3% des femmes ont choisi leur contraception pour sa facilité d'utilisation, 38.8 % des femmes ont choisi leur contraception pour sa facilité de prescription, 19.4 % des patientes ont choisi leur contraception pour son coût et 26.1 % des patientes ont choisi leur contraception après avoir pris connaissance d'effets indésirables acceptables pour elles.

Ensuite, 69.4 % des femmes (93 femmes) ont choisi leur contraception seule, 25.4 % (34 femmes) ont choisi leur contraception sur conseil de leur gynécologue, 9.7 % (13 femmes) ont choisi leur contraception sur conseil de leur généraliste et 9.7 % (13 femmes) ont choisi leur contraception après une décision partagée avec leur médecin et enfin 1.5 % (2 femmes) ont choisi leur contraception sur conseil du centre de planification ou d'éducation familiale.

Le cinquième tableau représente la fréquence et le pourcentage du ressenti d'un manque d'information sur la contraception.

Manque d'information sur la contraception	Fréquence	Pourcentage
Mode d'emploi	9	6.72
Différentes contraceptions existantes	33	24.63
Avantages et inconvénients de chaque contraception	45	33.58
Consignes en cas d'oubli	34	25.37

On observe que 33.6 % des femmes (45 femmes) rapportent un manque d'information sur les avantages et les inconvénients de chaque contraception, 25.4 % (34 femmes) rapportent un manque d'information sur les consignes à appliquer en cas d'oubli, 24.6 % (33 femmes) rapportent un manque d'information sur les différentes contraceptions existantes et seulement 6.7 % (9 femmes) rapportent un manque d'information sur le mode d'emploi de leur contraception.

Le sixième tableau représente la fréquence et le pourcentage des femmes connaissant la contraception d'urgence et son emploi.

Existence d'une contraception d'urgence	Fréquence	pourcentage
Norlevo®	110	82.09
Stérilet	14	10.45
Norlevo® sans ordonnance pour les mineures	93	69.40
Norlevo® gratuite pour les mineures	76	56.72

On observe que 82.1 % des femmes (110 femmes) connaissent Norlevo® comme contraception d'urgence alors que seulement 10.5 % des femmes (14 femmes) connaissent le stérilet comme contraception d'urgence.

69.4 % des femmes (93 femmes) savaient que Norlevo® était disponible en pharmacie sans ordonnance pour les mineures et 56.7 % des femmes (76 femmes) savaient que Norlevo® est gratuite pour les mineures.

b) Analyse en Composantes Principales avec rotation :

Les tableaux suivants représentent les résultats des analyses en composantes principales avec rotation (ACP avec rotation ou Varimax®). Avant cette ACP avec rotation, une ACP sans rotation a été réalisée pour déterminer le nombre de facteur à utiliser pour l'ACP avec rotation.

L'ACP avec rotations orthogonales entre elles permet de rendre les facteurs indépendants les uns des autres en retirant de l'analyse la colinéarité des différents facteurs.

La première partie de l'analyse étudie les facteurs favorisant ou non la prise d'un moyen de contraception.

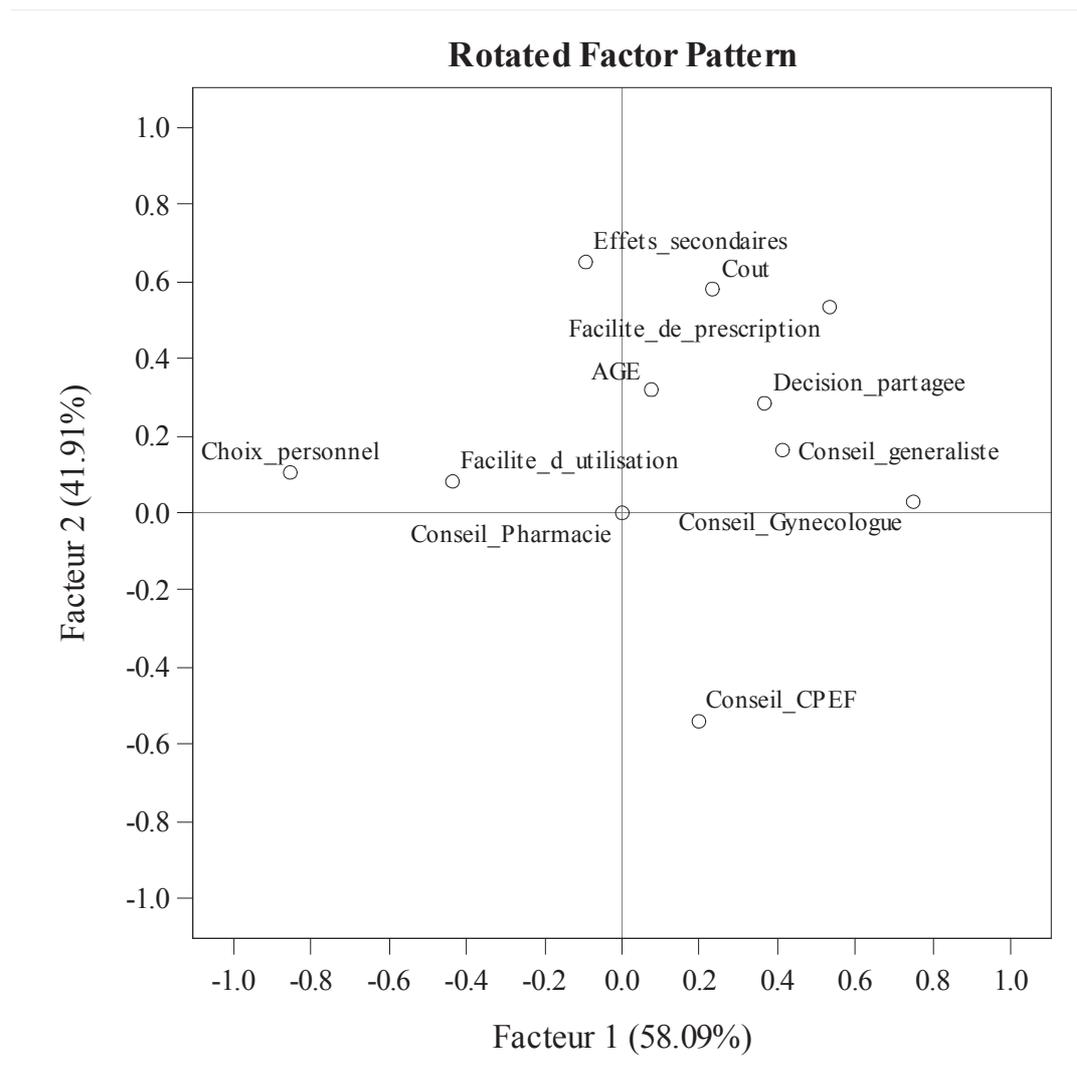
Procédure : Factor.

Les axes factoriels (Factor) sont des axes virtuels issus d'une synthèse entre les variables de l'analyse. Ils ont été déterminés en utilisant un diagramme des valeurs propres (ou « scree plot » joint en annexe 6).

Méthode de rotation : Varimax®

Coefficients de score estimés par la régression statistique

Coefficients du score normalisés		
	Factor1	Factor2
Conseil Gynécologue	0.35299	-0.06021
Facilité de prescription	0.19807	0.29661
Conseil généraliste	0.17959	0.06286
Décision partagée	0.14556	0.14686
Facilité d'utilisation	-0.21669	0.10144
Choix personnel	-0.41716	0.15905
Effets secondaires	-0.11271	0.43928
Coût	0.04941	0.36027
AGE	0.00152	0.20342
Conseil CPEF	0.15256	-0.37939
Conseil Pharmacie	0.00000	0.00000



Donc après analyse des résultats, on peut en déduire que les facteurs favorisant la prise d'un moyen de contraception sont par ordre décroissant le conseil du médecin gynécologue, la facilité de prescription, la décision partagée et le conseil du généraliste.

On peut donc interpréter ces résultats en concluant que la prise d'un moyen de contraception est favorisée par les conseils apportés par les médecins (gynécologue et généraliste) mais également une décision partagée entre la femme et le médecin prescripteur.

La seconde partie de l'analyse recherche les facteurs prédictifs d'une grossesse non prévue, autrement dit d'un « échec de contraception ».

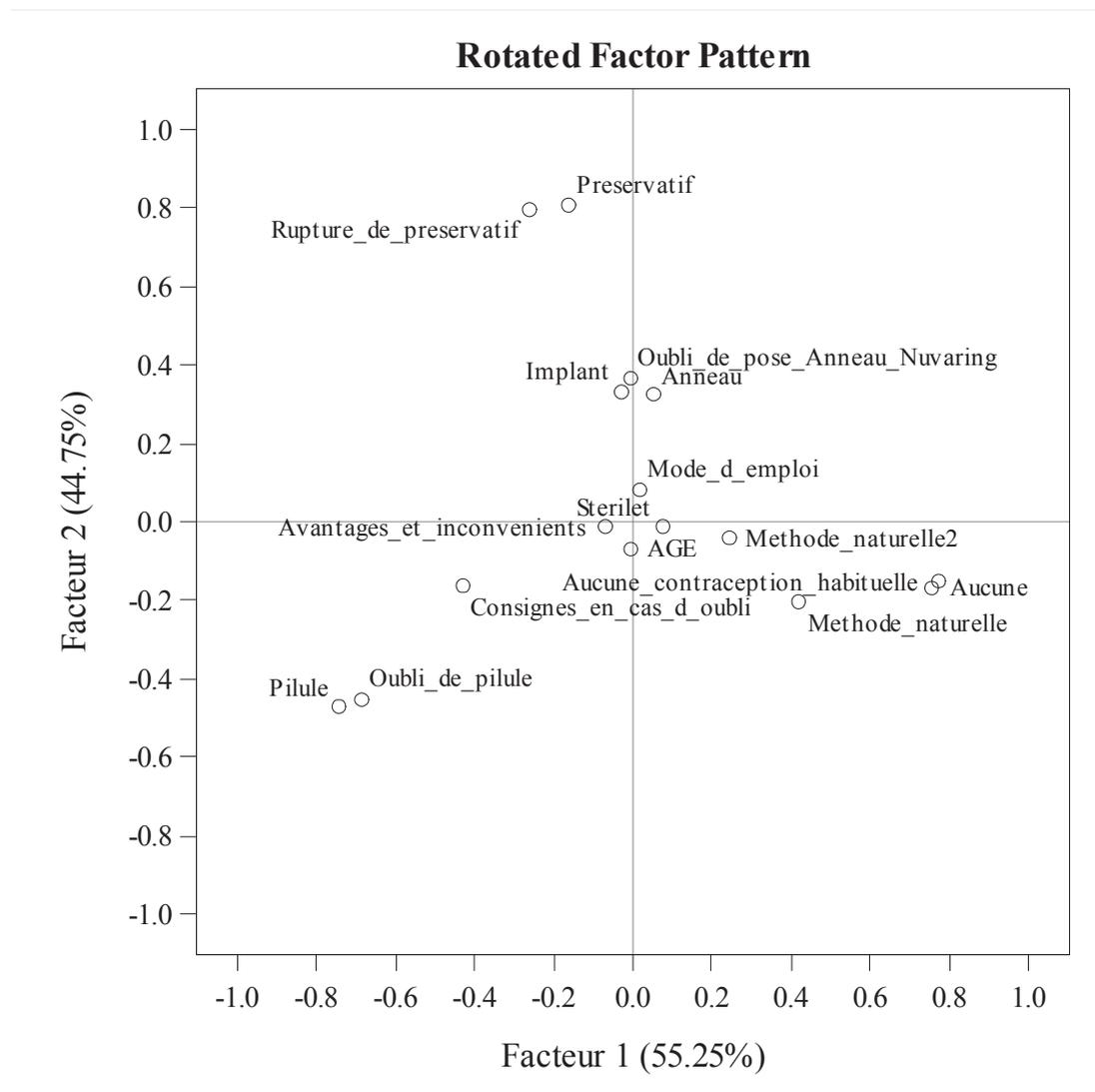
Procédure : Factor

Les axes factoriels (Factor) sont des axes virtuels issus d'une synthèse entre les variables de l'analyse. Ils ont été déterminés en utilisant un diagramme des valeurs propres (ou « scree plot » joint en annexe 7).

Méthode de rotation : Varimax®

Coefficients de score estimés par la régression statistique

Coefficients du score normalisés		
	Factor1	Factor2
Aucune contraception habituelle	0.28541	-0.07477
Aucune	0.28089	-0.08488
Méthode naturelle	0.15685	-0.09544
Méthode naturelle2	0.09047	-0.02052
Stérilet	0.02722	-0.00617
Avantages et inconvénients	-0.02552	-0.00437
Consignes en cas d'oubli	-0.15710	-0.06965
Oubli de pilule	-0.24778	-0.20001
Pilule	-0.26841	-0.20668
Préservatif	-0.06764	0.37000
Rupture de préservatif	-0.10313	0.36507
Oubli de pose Anneau Nuvaring®	-0.00620	0.16639
Implant	-0.01381	0.15148
Anneau	0.01530	0.14714
Mode d'emploi	0.00537	0.03667
AGE	-0.00064	-0.03185



Donc après analyse des résultats, on peut en déduire que les facteurs prédictifs de la grossesse non prévue sont par ordre décroissant, l'absence de contraception habituelle, aucune contraception avant IVG, la méthode naturelle, la méthode naturelle 2 comme contraception avant IVG, l'anneau vaginal comme contraception avant IVG et le manque d'information sur le mode d'emploi des contraceptifs.

On peut donc interpréter ces résultats en concluant que les grossesses non prévues sont pour la plupart secondaires à une absence de contraception habituelle, l'emploi d'une méthode naturelle de contraception, l'utilisation de l'anneau vaginal comme contraceptif et le manque d'information sur le mode d'emploi des différents contraceptifs.

Enfin, la troisième partie de l'analyse étudie la connaissance ou non de la contraception d'urgence.

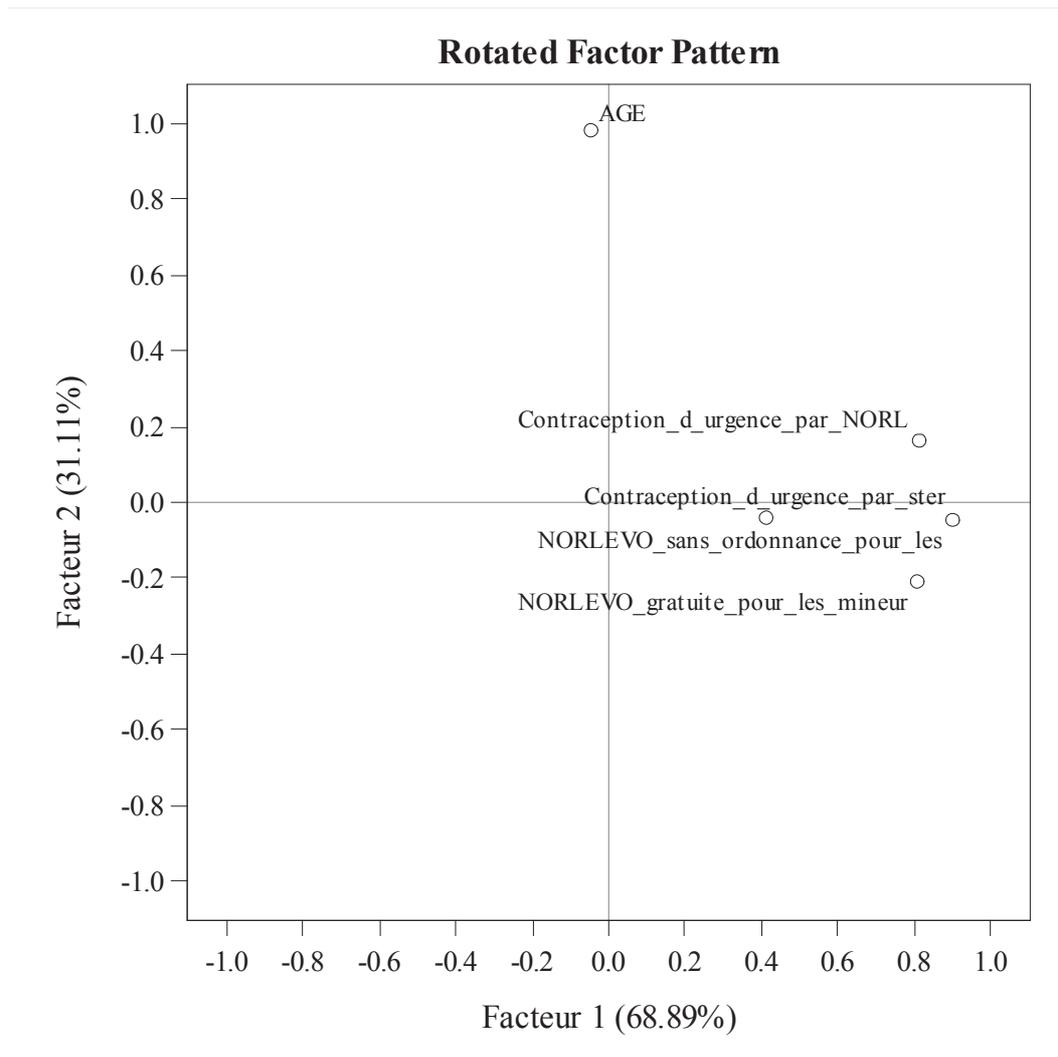
Procédure : Factor

Les axes factoriels (Factor) sont des axes virtuels issus d'une synthèse entre les variables de l'analyse. Ils ont été déterminés en utilisant un diagramme des valeurs propres (ou « scree plot » joint en annexe 8).

Méthode de rotation : Varimax®

Coefficients de score estimés par la régression statistique

Coefficients du score normalisés		
	Factor1	Factor2
NORLEVO® sans ordonnance pour les mineures	0.39242	0.00821
Contraception d'urgence par NORLEVO®	0.36571	0.20644
NORLEVO® gratuite pour les mineures	0.34360	-0.15463
Contraception d'urgence par stérilet	0.17952	-0.01759
AGE	0.03629	0.95184



Donc après analyse des résultats, on peut en déduire que les femmes connaissent la délivrance sans ordonnance de la contraception d'urgence par Norlevo®, son existence, la gratuité pour les mineures et elles connaissent moins bien la contraception d'urgence par stérilet.

**ETAT DES LIEUX DES IVG EN
CHARENTE SUR TROIS MOIS EN
2013 :
DISCUSSIONS**

VII -Discussions :

La cohérence interne de l'étude :

L'étude a été réalisée en aveugle, sans randomisation. Il s'agit d'une étude prospective analytique et descriptive réalisée sur 3 mois du 10 juin au 10 septembre 2013.

L'étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire constitué de huit questions. Elle recherchait les causes des grossesses non prévues ayant conduit à une IVG et le rôle du manque d'information dans les échecs de contraception conduisant à l'IVG ainsi que la place du médecin généraliste.

Trois biais doivent être pris en compte dans cette étude.

Le premier est un biais de sélection. En effet, nous avons arbitrairement décidé de ne pas inclure dans l'étude les centres hospitaliers de Barbezieux et de Ruffec car ils ne réalisent que 2.5 % des IVG en Charente. De plus l'essai n'est pas randomisé.

Le second est un biais d'attrition. En effet, quatre questionnaires ont été retirés de l'étude car la donnée « âge » était manquante.

Le troisième est un biais d'information lié au questionnaire, non validé de manière statistique.

La reproductibilité de l'étude est possible si des modifications du questionnaire sont apportées.

Une vision rétroactive sur le questionnaire met en évidence des points à améliorer :

- Les causes : peut-être qu'il aurait été plus judicieux de détailler le paragraphe « autres » en étant plus exhaustif. Seulement peut-être que ce détail aurait biaisé la réponse de certaines patientes.
- Les causes : lorsque les jeunes femmes écrivent dans « autres » : prise de médicament interagissant avec le stérilet, ne faudrait-il pas tout simplement parler de grossesse sous stérilet ou cette simplification constitue-elle un biais d'interprétation ?
- Une autre cause aurait pu être ajoutée au questionnaire : « ce moment n'est pas le bon pour poursuivre une grossesse »
- En ce qui concerne les deux items sur la contraception d'urgence : on aurait pu ajouter un troisième item : « Si vous connaissiez la contraception d'urgence, pourquoi ne l'avait vous pas utilisée ? »
- La contraception d'urgence : sa délivrance est possible pour toutes les femmes sans ordonnance et gratuite seulement pour les mineures, alors que dans le questionnaire, seules les mineures étaient ciblées dans cet item, ce qui semble à posteriori être une erreur.

Les résultats :

Les résultats de notre étude montrent tout d'abord les causes de la grossesse ayant conduit à l'IVG : 33.6 % des femmes ne prenaient aucune contraception, 23.1 % des femmes rapportent un oubli de pilule, 20.2 % des femmes rapportent une rupture de préservatif, 15.7 % des femmes employaient une méthode naturelle, 2.9 % rapportent un oubli de pose de l'Anneau vaginal, 2.2 % rapportent une grossesse sous stérilet et enfin 2.3 % des femmes rapportent une autre cause.

Ensuite, les contraceptions utilisées avant IVG sont les suivantes par ordre décroissant : 47 % des femmes prenaient la pilule avant l'IVG, 20.9 % des femmes rapportent utiliser le préservatif, 22.4 % n'utilisaient pas de contraception, 6 % utilisaient une méthode naturelle, 5.2 % utilisaient l'anneau vaginal, 4.5 % utilisaient le stérilet et 2.2% utilisaient l'implant.

On observe une variabilité des données entre les causes des grossesses ayant conduit à l'IVG et les contraceptions avant l'IVG pour plusieurs raisons. La première de ces raisons est représentée par le fait qu'à la question « quelle était votre contraception avant IVG » certaines femmes ont répondu par deux types de contraception (aucune contraception et méthode naturelle ou préservatif et pilule, etc.). La seconde raison tient au fait que certaines femmes ont également apporté plusieurs réponses à la question « quelle est la cause de votre grossesse en cours ? » (aucune contraception habituelle et rupture de préservatif). Une troisième raison tient au fait que des femmes ont répondu « pilule » à la question concernant la contraception avant l'IVG, alors qu'elle ne la prenait plus au moment de l'IVG. Il paraît donc plus logique de considérer les résultats des causes de la grossesse en cours pour les comparer aux données existantes.

La répartition des femmes ayant eu recours à l'IVG selon l'âge dans notre étude est la suivante : 8.95 % des femmes sont mineures, 10.5 % des femmes ont entre 18 et 19 ans, 25.4 % ont entre 20 et 24 ans, 18.7% ont entre 25 et 29 ans, 18.7 % ont entre 30 et 34 ans, 11.9 % ont entre 35 et 39 ans, 6% ont plus de 40 ans.

La situation contraceptive des femmes en fonction de leur âge lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG est la suivante dans notre étude : parmi les moins de 20 ans, 45.7 % utilisaient une méthode non médicale, 26.9 % n'utilisaient pas de contraception, 26.9 % utilisaient une méthode médicale; parmi les femmes de 20 à 24 ans, 29.4 % utilisaient une méthode non médicale, 47.1 % n'utilisaient pas de contraception, 23.5 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 25 à 29 ans, 32 % utilisaient une méthode non médicale, 28 % n'utilisaient pas de contraception, 40 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 30 à 34 ans, 36 % utilisaient une méthode non médicale, 36 % n'utilisaient pas de contraception, 28 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 35 à 39 ans, 50 % utilisaient une méthode non médicale, 31.3 % n'utilisaient pas de contraception, 18.7 % utilisaient une méthode médicale ; parmi les femmes de 40 ans et plus, 25 % utilisaient une méthode non médicale, 25 % n'utilisaient pas de contraception et 50 % utilisaient une méthode médicale.

En ce qui concerne l'information sur les moyens de contraception, on observe que 33.6 % des femmes (45 femmes) rapportent un manque d'information sur les avantages et les inconvénients de chaque contraception, 25.4 % (34 femmes) rapportent un manque d'information sur les consignes à appliquer en cas d'oubli, 24.6 % (33 femmes) rapportent un manque d'information sur les différentes contraceptions existantes et seulement 6.7 % (9 femmes) rapportent un manque d'information sur le mode d'emploi de leur contraception. Il apparaît donc nécessaire de renforcer les moyens d'information en matière de contraception.

En ce qui concerne la place du médecin généraliste, 69.4 % des femmes (93 femmes) ont choisi leur contraception seule, 25.4 % (34 femmes) ont choisi leur contraception sur conseil de leur gynécologue, 9.7 % (13 femmes) ont choisi leur contraception sur conseil de leur généraliste et 9.7 % (13 femmes) ont choisi leur contraception après une décision partagée avec leur médecin et enfin 1.5 % (2 femmes) ont choisi leur contraception sur conseil du centre de planification ou d'éducation familiale. Il apparaît donc nécessaire d'impliquer d'avantage les femmes dans leur choix contraceptif de manière à ce que ce choix se fasse dans un environnement de décision partagée, témoignant du climat de confiance ainsi instauré entre le médecin et sa patiente.

En ce qui concerne les analyses en composantes principales avec rotation, trois idées apparaissent à l'issue des analyses :

- la prise d'un moyen de contraception est favorisée par les conseils apportés par les médecins (gynécologue et généraliste) mais également une décision partagée entre la femme et le médecin prescripteur.
- les grossesses non prévues sont pour la plupart secondaire à une absence de contraception habituelle, l'emploi d'une méthode naturelle de contraception, l'utilisation de l'anneau vaginal comme contraceptif et le manque d'information sur le mode d'emploi des différents contraceptifs.
- les femmes connaissent la délivrance sans ordonnance de la contraception d'urgence par Norlevo®, son existence, la gratuité pour les mineures et elles connaissent moins bien la contraception d'urgence par stérilet

La cohérence externe de l'étude : *Comparaison des résultats à ceux de la littérature.*

Tout d'abord les résultats de l'enquête COCON de 2000-2001 concernant les causes de la grossesse non prévue ayant conduit à l'IVG sont les suivants : au moment de la survenue de la grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 28,1 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 19.1 % utilisaient une méthode naturelle, 19.3 % utilisaient le préservatif, 23.1 % utilisaient la pilule contraceptive, 7 % le stérilet et 3.4 % utilisaient une autre méthode. En cas de prise de pilule, l'échec contraceptif conduisant à la réalisation d'une IVG était six fois sur dix attribué à un oubli de prendre les comprimés. Il est souligné dans cette enquête qu'une femme sur deux ayant eu recours à l'IVG avait changé de situation contraceptive dans les 6 mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG, ce qui invite à porter une attention particulière aux phases de transitions contraceptives. Enfin le recours à la contraception d'urgence en cas d'échec contraceptif reste peu fréquent.

Ensuite, les résultats de l'enquête IVG réalisée par la DREES en 2007 retrouvent une répartition des différents moyens de contraception utilisés avant l'IVG : 35.9 % des patientes ne rapportent aucune contraception, 26.7 % d'entre elles rapportent utiliser la pilule, 15.9 % rapportent utiliser le préservatif, 17.8 % rapportent une méthode naturelle ou une méthode dite barrière autre que le préservatif (spermicides, abstinence périodique, éponge, retrait), 0.8 % rapportent utiliser le patch contraceptif ou l'anneau vaginal, 1.7 % rapportent utiliser le stérilet ou l'implant, 1.2 % ont eu recours à la contraception d'urgence.

La répartition des femmes ayant eu recours à l'IVG selon l'âge est la suivante dans l'enquête de la DREES de 2007 : 6 % des femmes sont mineures, 10 % ont entre 18 et 19 ans, 27 % ont entre 20 et 24 ans, 21 % ont entre 25 et 29 ans, 17 % ont entre 30 et 34 ans, 13 % ont entre 35 et 39 ans et 6 % ont 40 ans et plus.

Une grande majorité des femmes sous contraception attribuent leur grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode : 92 % des utilisatrices de pilule (soit 24 % des femmes de l'enquête IVG 2007 de la DREES) ont oublié au moins une fois leur comprimé ou temporairement arrêté de la prendre dans le mois où elles sont devenues enceintes et 84 % des utilisatrices de préservatifs (soit 13 % des femmes de l'enquête IVG 2007 de la DREES) attribuent leur grossesse à un déchirement ou un glissement du préservatif.

La situation contraceptive des femmes en fonction de leur âge lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG est la suivante dans l'enquête de la DREES de 2007 : parmi les jeunes femmes de moins de 20 ans, 34,1 % n'ont pas de contraception, 44,4 % utilisent une méthode non médicale et 21,5 % utilisent une méthode médicale ; parmi les femmes de 20 à 24 ans, 38,3 % n'ont pas de contraception, 27,8 % utilisent une méthode non médicale et 33,9 % utilisent une méthode médicale ; parmi les femmes de 25 à 29 ans, 35,1 % n'ont pas de contraception, 31,8 % utilisent une méthode non médicale et 33,1 % utilisent une méthode médicale ; parmi les femmes de 30 à 34 ans, 32,4 % n'ont pas de contraception, 37,7 % utilisent une méthode non médicale et 29,9 % utilisent une méthode médicale ; parmi les femmes de 35 à 39 ans, 36,9 % n'ont pas de contraception, 36,5 % utilisent une méthode non médicale et 26,6 % utilisent une méthode médicale ; parmi les femmes de 40 ans et plus, 41 % n'ont pas de contraception, 40,6 % utilisent une méthode non médicale et 18,4 % utilisent une méthode médicale.

Parmi les femmes sans contraception, une minorité (6%) seulement indique n'avoir jamais utilisé de contraception auparavant. La situation contraceptive au moment de la conception ayant donné lieu à l'IVG apparaît donc bien comme une phase particulière des trajectoires contraceptives des femmes. Le plus souvent, les femmes n'ont pas utilisé de contraception car elles ne pensaient pas pouvoir être enceintes (27.5%), d'autres n'avaient pas prévu d'avoir un rapport sexuel à ce moment-là (17%), d'autres encore (19%) rapportent avoir rencontré des problèmes avec les méthodes de contraception dans le passé, tandis que 15 % indiquent qu'elles n'avaient pas de partenaire régulier à ce moment-là.

En comparant nos résultats aux résultats des enquêtes COCON et DREES 2007, des similitudes apparaissent. En effet, 33.6 % des femmes rapportent aucune contraception (28 % dans l'étude COCON et 35 % dans DREES 2007), 23,1 % des femmes rapportent la prise de pilule (avec oubli) (23 % dans COCON et 26.7% dans DREES 2007), 20.2% rapportent l'utilisation de préservatif (avec rupture de celui-ci) (19.3 % dans COCON et 15.9 % dans DREES 2007), 15.7 % rapportent une méthode naturelle (19.1% dans COCON et 17.8 % dans DREES 2007) et 0.75 % rapportent un échec de Norlevo® (1.2 % dans DREES 2007).

Des divergences apparaissent en ce qui concerne l'utilisation de l'anneau vaginal, plus représenté dans notre étude : 2.9 % rapportent utiliser l'anneau vaginal (avec oubli de pause) (0.8% dans DREES 2007) et le stérilet est moins en cause aujourd'hui qu'il y a 10 ans : 2.2 % rapportent une grossesse sous stérilet dans notre étude et 1.7 % dans DREES 2007 alors que 7% des patientes rapportent une grossesse sous stérilet dans COCON.

D'autres similitudes sont à noter. La répartition des femmes ayant eu recours à l'IVG en fonction de leur âge est superposable entre notre étude à celle de la DREES de 2007.

Enfin en ce qui concerne la situation contraceptive des femmes en fonction de leur âge lors de la survenue de la grossesse donnant lieu à l'IVG, des similitudes apparaissent.

Les classes d'âge de moins de 20 ans et de 30 à 34 ans sont strictement superposables entre notre étude et l'étude de la DREES 2007.

Pour les classes d'âge de 20 à 24 ans, dans notre étude la méthode médicale est moins représentée et l'absence de contraception est plus représentée comparativement à l'étude de la DREES de 2007.

Pour la classe d'âge de 25 à 29 ans, dans notre étude l'absence de contraception est moins représentée et la méthode médicale est plus représentée comparativement à l'étude de la DREES 2007.

Pour la classe d'âge de 35 à 39 ans, dans notre étude la méthode médicale est moins représentée et la méthode non médicale est plus représentée que dans l'étude de la DREES 2007.

Pour la classe d'âge de 40 ans et plus, la différence est la plus marquante. Dans notre étude, la méthode médicale (pilule et stérilet) est représentée à 50% alors qu'elle n'est présente qu'à 18.4 % dans l'étude de la DREES 2007.

L'IVG représente une phase particulière de la trajectoire contraceptive.

L'étude de la DREES de 2007 sur les IVG est une des premières analyses sur les parcours contraceptifs autour d'une IVG menée auprès d'un large échantillon national et représentatifs de femmes ayant recours à l'IVG (11 000). Les résultats de l'enquête de 2007 confirment les analyses issues de l'enquête COCON de 2000 et montrent que près des deux tiers des IVG résultent d'un échec de contraception, tandis qu'une femme sur trois n'a pas de contraception lors de la survenue de la grossesse ayant conduit à l'IVG.

L'estimation de la part des IVG survenant alors que la femme utilisait une méthode de contraception est de 66,4 % (échec de contraception) dans notre étude de 2013 en Charente, 64 % en France métropolitaine dans l'étude de la DREES 2007, ces estimations étant légèrement inférieures à celle établie à partir des données de l'enquête COCON qui était de 78 % ; toutefois, la différence n'est pas statistiquement significative. La méthodologie de l'enquête de la DREES de 2007 permet donc de consolider les estimations basées sur une enquête en population générale (COCON), en limitant les biais de mémoire (les femmes étant interrogées au moment de l'intervention) et les biais de sélection éventuels. Les taux de non-réponses, estimés à 34 % dans l'enquête de la DREES de 2007, 38,25 % dans notre étude de 2013 en Charente, sont inférieurs aux 50 % de sous déclaration des IVG de l'enquête COCON de 2000.

Interprétation des résultats :

Depuis la Loi Neuwirth en 1967 et la Loi Veil en 1975, la contraception et les IVG se sont démocratisées en France. Ces différentes lois ont permis de diminuer considérablement les avortements clandestins et la mortalité qui leurs était attribuée. Elles permettent aux femmes de passer d'une grossesse autrefois subie à une grossesse choisie : « un enfant si je veux, quand je veux » comme le revendique le slogan du Mouvement Français pour le planning familial à la fin des années 1970.

Le parcours contraceptif d'une femme varie au cours de la vie. En effet, il existe une « norme contraceptive » sociétale, aucunement adaptée à la vie des femmes, mais qui prévaut encore aujourd'hui en France. Cette norme se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité, relayée par la pilule dès que la relation se stabilise. La contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est stable ou supposée telle, et le stérilet n'est prescrit que lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint. Loin de faiblir cette norme s'est même renforcée au cours des dernières décennies. Puis en cas d'échec de cette méthode de contraception les femmes disposent de la contraception d'urgence qui est encore trop peu utilisée dans les situations à risque de grossesse. Enfin, comme ultime recours, les femmes disposent maintenant de l'interruption volontaire grossesse, avec deux méthodes disponibles en fonction de l'âge gestationnel. Cette avancée sociale est plus utilisée qu'il y a 30 ans en cas de grossesse non prévue.(1)

Le « paradoxe contraceptif français » réside dans le fait que la diffusion massive de la contraception a permis de réduire le nombre de grossesses non prévues, mais qu'en cas de grossesse non prévue les femmes recourent davantage à l'IVG. Moins de 4 % des IVG réalisées en 2007 était des grossesses prévues. Donc 86 % des IVG réalisées en 2007 correspondaient à des grossesses non prévues. Ces deux mouvements se compensent statistiquement pour rendre compte de la stabilité du taux d'IVG.

Lorsque certains auteurs parlent de « paradoxe contraceptif français », d'autres parlent de « paradoxe français de l'IVG ». Ce paradoxe de l'IVG mis en exergue par le rapport de l'IGAS de 2009, se traduit par une situation particulière en matière de santé reproductive,

caractérisée à la fois par un taux de natalité et un taux de diffusion de la contraception parmi les plus élevés en Europe et un taux d'IVG stabilisé à un niveau relativement important. Les situations où la méthode contraceptive prescrite n'est pas adaptée aux conditions de vie affective et sexuelle des femmes sont davantage propices aux échecs de contraception. La logique médicale de prescription contraceptive, guidée par la recherche de l'efficacité maximale, se heurte ainsi parfois aux logiques sociales qui scrutent la vie quotidienne et sexuelle des femmes. Cela pose donc la question de la bonne utilisation, en pratique, de méthodes de contraception théoriquement très efficaces et la diversification des méthodes contraceptives proposées notamment aux jeunes. En effet, malgré la norme contraceptive qui prévaut encore de nos jours, la contraception doit maintenant être adaptée à la diversification des trajectoires affectives et conjugales et aux histoires familiales plurielles des femmes.

L'IVG constitue maintenant un véritable comportement structurel de la vie sexuelle et reproductive de la femme devant être prise en compte en tant que tel. L'IVG est maintenant devenue une liberté physique et corporelle reconnue et protégée par la loi, dont le Droit fait en sorte de garantir l'effectivité. Ensuite, l'IVG bénéficie de la légitimité attachée à l'activité médicale, étant devenue, depuis la loi de 2001, un acte médical à part entière. Il s'agit maintenant d'une liberté physique pour laquelle une femme n'est plus jamais susceptible d'engager sa responsabilité pénale. La femme apparaît comme la véritable « prescriptrice » de l'intervention, le médecin lui assurant seulement la mise en œuvre technique de l'acte dont la décision revient exclusivement à la femme en fonction de l'âge gestationnel et de ses antécédents. (46)

Selon les travaux réalisés par l'unité mixte INED-INSERM de 2009, quatre femmes sur dix auraient recours à l'IVG au cours de leur vie d'après l'indicateur conjoncturel d'IVG (il s'agit du nombre moyen d'IVG par femme, soit le nombre moyen d'IVG qu'une femme réaliserait au cours de sa vie si elle expérimentait à tous les âges les taux d'IVG observé cette année-là), souvent à l'occasion de périodes de transition dans leur vie affective et conjugale ou dans leur méthode de contraception.

Concernant la propension à avorter en cas de grossesse non prévue, l'étude COCON de 2000-2001 montre que les facteurs associés à la décision d'avortement en cas de grossesse non prévue sont différents selon l'âge de la femme. Pour les plus jeunes, la décision d'interrompre la grossesse est liée au fait d'être en cours d'étude ou d'être célibataire. Pour les femmes âgées de 25 à 34 ans, le principal motif tient à la taille de la famille estimée suffisante. Pour les plus âgées, opter pour l'avortement correspond à des situations où la maternité n'est pas jugée compatible avec la carrière professionnelle ou lorsque le couple est instable. Surtout, on note une plus forte propension à interrompre la grossesse chez les femmes les plus diplômées, notamment chez les jeunes.

220 000 femmes ont recours à l'IVG chaque année, alors que d'après INPES, la grande majorité des femmes exposées à un risque de grossesse mais ne souhaitant pas d'enfant pour l'heure « font quelque chose pour éviter une grossesse ». Ce paradoxe s'explique en partie par une contraception souvent inadaptée, qui peut donc poser des problèmes d'observance, et par la permanence de méthodes traditionnelles (retrait, abstinence à certaines périodes du cycle,

température, Billings) peu efficace. Améliorer l'information sur les méthodes de contraception et leur efficacité reste donc un levier important pour limiter le nombre d'IVG. Cependant, le maintien du nombre des IVG à son niveau actuel s'expliquerait aussi, pour partie, par une propension plus forte des jeunes générations au refus d'une grossesse non désirée ou au souhait de la reporter.

Les résultats des différentes études montrent que les femmes qui n'utilisaient pas de contraception au moment où elles se sont trouvées enceintes ont cependant majoritairement utilisé une méthode dans un passé proche, ce qui renvoie à la notion de « situation à risque », déjà évoquée après analyse de l'enquête COCON, dans les trajectoires contraceptives des femmes associées à des périodes de changement de contraception (période de transition), auxquelles il est nécessaire de prêter attention. Ne pas s'être sentie « à risque » d'être enceinte constitue la raison principale de non-utilisation d'une contraception pour les femmes, tandis que l'usage non systématique ou les erreurs de prise des moyens de contraception sont les principaux motifs des échecs de contraception. Ce dernier résultat traduit les difficultés de la gestion contraceptive au quotidien qui s'observent d'autant plus que la méthode nécessite une prise quotidienne.

En effet, l'oubli de pilule, dont l'IGAS souligne la fréquence dans la population générale, explique donc pour une large part des utilisatrices (92 % déclarent avoir oublié leur pilule entre une et cinq fois dans les six mois précédant l'enquête FNORS de juin 2004) l'écart entre l'efficacité théorique et pratique de cette méthode. Ensuite, les problèmes d'utilisation des préservatifs (déchirement ou glissement) sont une autre cause des échecs de contraception, particulièrement fréquente chez les jeunes moins aguerris à son utilisation.

De plus, en interrogeant les femmes qui n'utilisaient pas de moyen de contraception au moment où elles se sont trouvées enceintes, on observe une sous-estimation du risque de grossesse chez celles-ci : en effet, les femmes déclarent n'avoir pas utilisé de contraception car elles ne pensaient pas pouvoir être enceinte (29 % des cas), elles déclarent l'absence de partenaire régulier (16 % des cas) ou le caractère imprévu du rapport sexuel (17% des cas).

Enfin, la sous-utilisation de la contraception d'urgence ne manque pas d'interroger. L'enquête de la DREES et notre étude révèlent que dans la plupart des cas, les femmes connaissaient l'existence de la contraception d'urgence, mais qu'elles n'y ont pas eu recours car elles n'y ont pas pensé ou ne pensaient pas risquer d'être enceinte. Plusieurs conditions doivent donc être réunies pour favoriser l'utilisation de la contraception d'urgence : la première d'entre elles étant d'être consciente du risque de grossesse encouru, les problèmes d'information (être au courant des possibilités et des modalités de rattrapage par la contraception d'urgence) et d'accessibilité (être en mesure de se la procurer dans les plus brefs délais) n'intervenant qu'après.

L'importance des échecs contraceptifs parmi les femmes recourant à l'IVG s'observe également dans d'autres pays comme aux Etats-Unis et au Danemark. La fréquence relative des échecs contraceptifs chez les femmes recourant à l'IVG est de 46 % au Danemark et 54 % aux Etats-Unis. Celle-ci demeure moins importante qu'en France où cette fréquence est de

64 % dans l'enquête IVG de la DREES en 2007, 66.4 % dans notre étude Charentaise et 78 % dans l'enquête COCON de 2000.

Finalement, les données de notre enquête appuyées par celles des grandes enquêtes réalisées en France (COCON en 2000 et DREES en 2007) confirment les liens étroits entre contraception et IVG. Le recours à l'IVG traduit avant tout les difficultés qu'ont les femmes à gérer leur contraception au quotidien dans des trajectoires affectives et conjugales de plus en plus diversifiées, dans un contexte où la norme contraceptive évolue peu.

Ces difficultés de contraception traduisent les dysfonctionnements de l'effort de prévention en matière d'IVG. L'IVG représente alors un échec pour les femmes, les médecins et les pouvoirs publics.

Pour les femmes, l'IVG est donc perçue et décrite comme un échec contraceptif, celles-ci étant en quelque sorte jugées « incapables sinon coupables » de ne pas gérer correctement leur couverture contraceptive.

Pour les médecins, l'IVG est un échec qui leur renvoie un sentiment d'impuissance par rapport à un phénomène qui leur échappe encore largement. En effet, le schéma de prescription de la contraception privilégie une approche technique fondée sur un concept d'efficacité théorique et méconnaît le vécu de la contraception des femmes, qui se traduit par une grande difficulté d'observance lorsque les modalités de la contraception ne correspondent pas au mode de vie des femmes. Au-delà des praticiens, c'est la formation médicale elle-même qui est mise en cause par le rapport de l'IGAS de 2009, constatant le faible niveau de préparation des médecins à l'activité d'écoute et de conseils que suppose la consultation contraceptive. L'IGAS s'inquiète également de l'obsolescence rapide des connaissances techniques faute de formation médicale continue.

Pour les pouvoirs publics, les IVG constituent un échec de la maîtrise de la fécondité. L'idée que la contraception moderne devait permettre une maîtrise de la fécondité conduisant à la disparition quasi-totale des IVG constitue comme le souligne Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, « une illusion ». Pour autant, une part des IVG reste pourtant évitable et c'est précisément sur cette part que doivent se centrer les politiques de santé publique.

Un premier constat peut être fait au niveau de l'organisation des modes d'accès et de prise en charge : les jeunes peuvent recourir de façon anonyme et gratuite à la contraception d'urgence et à l'IVG, mais pas à la contraception régulière, sauf dans les CPEF où l'accès demeure limité.

Le second constat qui peut être fait concerne l'information des publics et l'éducation à la sexualité sur lesquelles il reste un chemin important à parcourir : l'obligation légale instituée par la loi de 2001 pour les jeunes scolarisés n'est pas perçue ni appliquée comme telle.

Enfin, la non-conscience du risque d'être enceinte, facteur qui revient à plusieurs reprises dans les résultats de l'enquête de la DREES de 2007 pour expliquer l'absence de couverture contraceptive ou l'absence de recours à la contraception d'urgence, mériterait d'être interrogée dans cette perspective. L'interprétation de cette donnée et la réponse qui peut lui

être apportée en termes de mesures à prendre ne sont pas les mêmes selon qu'on se trouve en présence d'un très jeune fille qui, selon une croyance relativement répandue chez les jeunes, se croit naturellement protégée contre le risque de grossesse lors du premier rapport ou pendant ses règles, ou selon qu'on se trouve avec une femme qui s'approche de la ménopause et n'imagine plus pouvoir être enceinte. Dans tous les cas, il y a des conclusions à tirer en termes d'information mais elle ne passe pas par les mêmes canaux ni ne représente les mêmes enjeux.

Voici des pistes de réflexion pour améliorer l'information et l'efficacité des moyens de contraception et diminuer la part « évitable » des IVG en France.

Tout d'abord, il faut diffuser une information adaptée en fonction de l'âge des femmes. En effet les femmes n'utilisent pas forcément les mêmes moyens de contraception à 15 ans et à 45 ans, elles n'ont pas les mêmes pratiques sexuelles et les supports de l'information ainsi que les messages à faire passer ne sont pas les mêmes aux différents âges de la vie.

L'information sur la sexualité et la contraception devrait être dispensée à toutes et à tous, quel que soit leur âge. Cette information devrait être axée sur les différents moyens contraceptifs existants en France, les différents lieux existants où se procurer la contraception et enfin sur la gratuité des lieux diffusant la contraception comme par exemple le centre de planification ou d'éducation familiale mais également sur la contraception d'urgence et ces modalités d'utilisation et d'accès.

Cette information sur la contraception et la sexualité en générale doit être diffusée dès l'école primaire puis au collège et au lycée, à raison de trois séances annuelles par groupe d'élèves d'âge homogène, avant que les adolescents aient eu des rapports sexuels ou qu'ils ne quittent le milieu scolaire comme le prévoit la loi N° 2001-588 du 4 juillet 2001. Il convient également de poursuivre cette information à toutes les femmes en consultation, au mieux dédiée, et ne pas hésiter à reparler de contraception ou à rechercher des inadéquations de la contraception avec le mode de vie de la femme en question.

Améliorer la qualité de l'information délivrée sur la contraception et ne pas « surestimer » les connaissances des jeunes en matière de contraception. Le discours sur la contraception semble tellement banalisé ces dernières années que certains professionnels partent du postulat que les jeunes connaissent leur utilisation, ce qui est faux.

Il est donc important de sensibiliser les professionnels de santé et notamment les médecins (généralistes ou gynécologues) sur la nécessité de présenter les différents moyens de contraception existants et d'éviter de prescrire trop systématiquement la contraception orale mais plutôt d'adapter la contraception aux choix de la patiente, à ses habitudes de vie sociale, sexuelle, personnelle et professionnelle.(13,16,68)

En améliorant l'information sur les différents moyens de contraception, leur mode d'emploi, les consignes en cas d'oubli et en adaptant à chaque femme un mode de contraception à son parcours de vie, on peut espérer voir diminuer le nombre d'échecs contraceptifs. Et en cas

d'échec, il convient de développer l'utilisation de la contraception d'urgence. L'IVG ne devant intervenir qu'en dernier recours.

Ensuite, il semble nécessaire de comprendre les absences de contraception et de proposer des solutions soit au long cours en instaurant une contraception soit dans l'urgence avec la contraception d'urgence. Il est important de devancer les questions des jeunes femmes qui ne pensent pas ou qui n'osent pas toujours poser de questions. Il convient aussi d'améliorer l'information sur les symptômes de grossesse afin d'éviter le dépassement des délais légaux donnant droit à l'IVG en France, surtout chez les jeunes filles. Aussi, il semble nécessaire d'expliquer attentivement l'effet du contraceptif sur l'organisme pour que les jeunes femmes en appréhendent mieux son utilisation, mais également les risques encourus en cas de non observance. Il faut également renforcer l'information sur les différentes méthodes contraceptives. Tout d'abord il faut tenter d'effacer les fausses croyances qui perdurent dans la société en termes de contraception (impossibilité de tomber enceinte pendant les règles, premier rapport sexuel sans risque de grossesse, la prise d'une pilule oestroprogestative fait prendre du poids ou donne le cancer etc.) : deux tiers des jeunes filles en classe de 3^e pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants et trois quart sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les menstruations. Il convient de lutter également contre les fausses croyances qui persistent encore dans notre société notamment chez les jeunes filles : « le premier rapport sexuel présente un risque élevé de grossesse, les rapports pendant les menstruations sont également à risque de grossesse, la contraception oestroprogestative n'entraîne pas de prise de poids importante et ne majore pas le risque de cancer du sein ».

Comme le souligne I. Nisand, chef de service de gynécologie-obstétrique de Strasbourg, « on apprend aux jeunes à traverser la rue sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter une vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut recéler ».

Ensuite, il semble nécessaire de s'adapter à la vie sexuelle des jeunes : étant donné que ces derniers ne disposent pas toujours d'une contraception au moment de l'acte sexuel, il semble judicieux de leur rappeler qu'il existe la contraception d'urgence mais que celle-ci ne constitue pas en soi un mode de contraception durable d'une part et d'autre part elle ne protège en rien du risque d'infection sexuellement transmissible.

Par ailleurs, il est souhaitable d'insister sur l'attitude à adopter en cas d'oubli de pilule en parlant notamment de l'existence de la contraception d'urgence disponible dans ces situations d'oubli et des lieux où se procurer celle-ci.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, beaucoup de femmes connaissent son existence mais ne l'utilisent pas. Il paraît donc nécessaire d'apporter une information détaillée sur l'existence de la contraception d'urgence et des délais impartis pour que son efficacité soit optimale. Cette information doit être notamment apportée lors des consultations dédiées à la contraception ou qui dérive sur le thème de la contraception (ce qui est fréquemment le cas en médecine générale). Tout d'abord, il existe deux types de contraception d'urgence. La méthode médicamenteuse avec le NORLEVO®, Lévonorgestrel, un comprimé à prendre dans les 72 heures suivant le rapport à risque. La méthode intra-utérine avec mise en place d'un

stérilet dans les cinq jours suivant le rapport à risque, dispositif peu connu du public. Il est également important de rappeler aux patientes que la contraception d'urgence est disponible pour toute femme en pharmacie sans ordonnance et gratuite pour la mineure. Celle-ci peut également être distribuée dans les établissements scolaires par les infirmières scolaires qui orientent ensuite la jeune fille vers un CPEF ou un médecin. La délivrance s'effectuant dans le respect de l'anonymat et du secret médical. On peut également envisager une prescription et une délivrance anticipée de celle-ci aux patientes pour permettre son utilisation dans les meilleurs délais.(17,18,20,72,73,74)

Par la suite, il convient de renforcer l'image du préservatif, moyen de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et de contraception, dans les campagnes d'information, dans les établissements scolaires et de santé, dans les cabinets libéraux.

En effet, il existe malheureusement une certaine dichotomie entre le discours préventif du VIH par le préservatif et les campagnes contraceptives. Cela nous invite donc à repenser les politiques publiques dans ces domaines dans une perspective de santé sexuelle et reproductive qui associe différents enjeux de santé à la sexualité.

De plus, il faut insister sur le fait que tout préservatif distribué en France est de bonne qualité, qu'il soit gratuit ou non, car il répond aux normes de qualité nécessaires à son utilisation et sa distribution en France, pour vaincre les fausses croyances à ce sujet. Chez les utilisatrices de préservatif, l'échec de ce moyen de contraception est le plus souvent lié à un déchirement ou un glissement. Il convient donc de mettre en place des démonstrations de son utilisation et de proposer aux utilisatrices de ce moyen de contraception, une échappatoire en cas d'échec.

Celle-ci peut être représentée par l'association d'une double protection, notamment chez les jeunes, associant préservatif et contraception urgence. La contraception d'urgence est alors utilisée comme rattrapage systématique des erreurs d'utilisation du préservatif.

De la même manière, une autre double protection peut être envisagée associant préservatif et contraception orale. Les études montrent que le préservatif est moins efficace que la pilule. Cette double protection permet alors à la fois une action préventive des IST et des échecs de préservatifs, mais également une action contraceptive avec la contraception orale associée au préservatif. Cette double protection dès l'entrée dans la sexualité pourrait pallier l'absence de relais contraceptif au moment de l'abandon du préservatif qui entraîne fréquemment un recours à l'IVG. La double protection assure ainsi une bonne couverture contraceptive et préventive, que l'utilisation seule d'un contraceptif médical ou uniquement du préservatif ne permet pas d'obtenir. Toutefois, la promotion de cette contraception duale pourrait laisser croire à l'inefficacité contraceptive du préservatif et donc a fortiori à son inefficacité préventive.

Si l'IVG chez la femme adulte cache souvent une ambiguïté face à la reproduction et à un désir de grossesse inavoué, voire un accident de contraception, en revanche l'IVG chez la jeune femme recouvre habituellement un manque de connaissances confirmé par de nombreuses enquêtes.

L'information sur la sexualité, la contraception et la grossesse doit être dispensée par différents acteurs pour être assimilée surtout chez les jeunes.

Quatre acteurs peuvent jouer un rôle dans l'information sur la contraception et la sexualité : les parents, les enseignants, le corps médical et les structures sociales de prévention.

Toutefois, comme le souligne I. Nisand, il est aisé de démontrer que pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents ni les enseignants désignés par les parents pour éduquer leur enfant (« pro-parents ») ne sont bien placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est-à-dire avant leurs premières expériences) les conseils élémentaires et les précautions qui permettent d'éviter les grossesses non désirées. Toutefois leur rôle reste primordial et souvent « facilitateur » avant qu'une information plus précise ne soit délivrée par des professionnels de santé.

Le rôle d'informateur des parents reste primordial. S'ils véhiculent de l'information sur la contraception et la sexualité, les jeunes seront plus à l'aise pour l'évoquer avec leurs parents ou avec d'autres et les solliciter pour consulter un médecin en vue d'une contraception. Les parents peuvent également anticiper le besoin ou la demande de leur enfant en leur proposant une consultation médicale. Dans le cas d'une grossesse non prévue, la jeune femme pourra en parler plus facilement et plus rapidement évitant ainsi de dépasser le délai légal de 14 SA, lui donnant le choix de poursuivre ou d'interrompre sa grossesse.

Comme le souligne Nathalie Bajos, sociologue et démographe à l'INSERM, « plus l'acceptation de la sexualité à l'adolescence est importante dans une société moins le taux de grossesse et de recours à l'IVG est important ». De plus, « plus le discours social est favorable à la sexualité des jeunes, plus les jeunes filles auront facilement accès à la contraception sans tabou, avec le sentiment d'être reconnues et acceptées dans leur sexualité ».

Les enseignants ont également un rôle majeur en termes d'information sur la sexualité, la contraception et la grossesse. En effet, les enseignants savent de par leur formation et leur pratique comment transmettre des connaissances aux élèves de manière adaptée. Ces informations doivent être néanmoins renforcées dans les milieux scolaires.

L'information en matière de contraception et de sexualité doit être répétée, trois fois par an dès l'école primaire puis au collège et au lycée (comme le prévoit la loi de juillet 2001) mais surtout véhiculée par différents acteurs et sur différents supports.

Les autres acteurs devant intervenir en matière de diffusion de l'information sur la contraception sont les professionnels de santé dans leur ensemble.

Le corps médical au sens large doit donc jouer un rôle d'informateur précis soit en première ligne (avant qu'une information n'ait été apportée par les parents ou les enseignants) soit en seconde ligne en précisant les informations déjà apportées par les parents ou les enseignants.

Seulement, le médecin traitant est finalement peu consulté dans ce contexte pour trois raisons :

- Les jeunes ignorent l'existence du secret professionnel et redoutent que le médecin traitant parle aux parents de leur sexualité naissante
- Les jeunes ne peuvent disposer de l'argent nécessaire pour payer la consultation médicale si modique soit-elle
- Les jeunes redoutent par-dessus tout l'examen gynécologique malheureusement souvent imposé par des médecins insuffisamment préparés à la contraception à cette classe d'âge.

Il faut donc pallier à ces trois causes d'échec.

Tout d'abord, le PASS' santé et contraception permet aux jeunes d'accéder aux consultations médicales et aux examens paracliniques sans avance de frais, les professionnels de santé étant remboursés par le conseil général. Ensuite, il faut insister auprès des jeunes sur le respect du secret médical qui leur est dû même envers leurs parents. Enfin, il faut écarter la fausse croyance de l'examen gynécologique systématique lors de la prescription contraceptive, cet examen n'étant pas recommandé avant 25 ans pour la réalisation du frottis cervico-vaginal de dépistage du cancer du col utérin, sauf cas particulier. La place du médecin généraliste, du médecin des CPEF, des gynécologues et des sages-femmes est donc capitale en termes d'information sur la sexualité et la contraception.

D'autre part, des structures des MFPPF pourraient intégrer les unités fonctionnelles d'orthogénie et comporter deux volets importants : une campagne annuelle d'information dans les établissements scolaires incitée par le ministère de l'éducation nationale intégrant cette démarche dans leur projet pédagogique en troisième et un accueil quotidien aux heures ouvrables sans rendez-vous par un médecin préparé pour recevoir des adolescents, écouter leur crainte et l'angoisse que provoque la première expérience sexuelle. Ils disposent de préservatifs et d'autres contraceptifs.

Bien que la pression des IST ait ouvert une voie dans l'amélioration de l'information des jeunes sur la contraception du fait de la gravité des enjeux, il reste toujours une réticence des parents et des enseignants qui se traduit par la crainte d'initier des comportements sexuels plus prématurément qu'ils n'auraient eu lieu spontanément. Il est donc nécessaire d'inciter les chefs d'établissement scolaire par l'intermédiaire du ministère de l'éducation nationale à accepter des informations sur la sexualité, la contraception et l'IVG qui surclassent et de loin l'efficacité des distributeurs de préservatifs.

Ensuite, il semble nécessaire d'adapter l'information et ses moyens de diffusion en fonction du public à qui elle s'adresse. Dans l'étude réalisée par l'Observatoire régional de Santé en Haute Normandie, les moyens de diffusion de l'information sur la contraception souhaités par les jeunes semblent varier selon le sexe.

Effectivement, les garçons paraissent plus enclins à recevoir une information collective véhiculée soit par la télévision, soit par internet, soit lors de débat-conférence. Alors que les

filles quant à elles, préfèrent davantage une information individuelle et des discussions entre filles sur leur sexualité et leur contraception adaptée en fonction de leur vie sexuelle. En effet, les garçons parlent surtout de contraception et de sexualité entre eux plus qu'avec leur parents ou leur médecin. A l'opposé, les filles abordent ce sujet souvent délicat davantage avec leurs parents ou leur médecin.(75)

Un numéro vert pour l'IVG et la contraception (en particulier la contraception d'urgence) pourrait être mis à disposition notamment en étant affiché dans les pharmacies pour favoriser la diffusion de l'information et renforcer le sentiment d'être à l'écoute des jeunes en matière de contraception.

Des informations sur la contraception et l'IVG pourraient également être diffusées par l'intermédiaire des téléphones portables via les groupes de téléphonie mobile. (Par SMS et MMS par exemple).

L'utilisation de ce remarquable moyen d'informations que représente le Web et les réseaux sociaux doit également être utilisée pour diffuser de l'information en matière de contraception et d'IVG. Des sites internet à connaître des jeunes semblent incontournables : choisiracontraception.fr, site de l'INPES, le site du planning familial et ivg.gouv.fr, site du ministère des affaires sociales et de la santé, doivent être portés à la connaissance des jeunes générations.

Les médecins (généralistes, gynécologue-obstétricien, médecin des CPEF) et les professionnels de santé « paramédicaux » doivent véhiculer une information adaptée en matière de sexualité de contraception et de grossesse : d'une part à leur cabinet ou en établissement de santé et d'autre part par des interventions en milieu scolaire ou associatif.

Le médecin généraliste, premier recours dans le parcours de soins coordonné, occupe donc une place primordiale dans l'information sur la santé des jeunes, leur sexualité et leur contraception. En effet, les jeunes filles ont plus recours au début de leur adolescence au médecin généraliste qu'à un autre médecin en particulier.

Il convient donc au médecin généraliste d'aborder de manière subtile et empathique la contraception et la sexualité au sein de la santé des jeunes filles, tout d'abord avec leur parent, en proposant notamment d'instaurer le dialogue à ce sujet dans le milieu familial puis dans un second temps de proposer une consultation seul avec l'adolescente pour aborder les questions délicates de changement et de fonctionnement de leur nouvel organisme d'adolescente et pour parler de sexualité, du risque d'IST, de vaccination (anti-HPV), de contraception et de grossesse. Une consultation dédiée à ce sujet, comme consultation d'éducation à la santé de l'adolescente devrait être conduite à ce sujet par chaque médecin généraliste, permettant une information adaptée à chaque jeune fille. De même, il ne faut pas oublier les femmes plus âgées qui ont-elles aussi un besoin d'information en matière de contraception et de prévention, un peu différent de celui des jeunes filles, mais qui nécessite une attention particulière de la part des médecins généralistes et aussi des gynécologues, avec la nécessité de reparler de contraception après 35 ans.

Le type de message transmis par les professionnels du corps médical et paramédical qui participent aux programmes d'information des adolescents sur la sexualité, la contraception et les IVG a été élaboré pour éviter trois écueils :

- Celui de venir enseigner une technique
- Celui de prétendre réaliser une éducation sexuelle
- Celui de ne présenter la sexualité que sous la forme des risques auxquels elle expose

Le discours sur l'information faite aux jeunes en matière de sexualité et de contraception doit être adapté et véritablement humaniste. Il doit :

- Replacer la relation sexuelle dans un contexte amoureux qui est le sien surtout chez les jeunes
- Evoquer les différences de modalité de séductions entre garçons et fille et valoriser le consentement mutuel
- Faire apparaître la prise de responsabilité en matière sexuelle comme étant un signe de maturité
- Aborder de manière informative (voire médicale) les sujets qui intéressent les jeunes tels que l'homosexualité, la masturbation, la jouissance sexuelle, la virginité et l'inceste.

Au total, ces interventions en matière d'informations délivrées aux jeunes sont donc complexes (et ne se réduisent pas à une simple approche technique de contraception ou de prévention des IST). Elles nécessitent une réelle formation des intervenants, pour ceux et celles qui ont le goût d'informer et ne sentent pas gênés de parler de sexualité devant des classes d'adolescents et de répondre à des questions parfois délicates. Il est difficile de chiffrer l'impact de telles actions mais la simple observation de l'origine scolaire des jeunes filles qui sollicitent une IVG, confirme un réel impact de ce type de programme.

La formation des « informateurs » est donc primordiale.

D'une part, formation des étudiants : ajout d'un enseignement théorique en DCEM d'une dizaine d'heures incluant des cours de bioéthique sur les thèmes de l'orthogénie (contraception et IVG). Le but serait de permettre aux étudiants de médecine d'organiser leur réflexion sur ces thèmes à partir des données épidémiologiques, sanitaires, morales voire philosophiques. Un cours sur la clause de conscience, par exemple, est souhaitable pour que les futurs médecins puissent prendre le temps d'une réflexion et d'un positionnement personnel sur ce sujet difficile actuellement souvent éludé.

Le développement de la formation médicale initiale et continue des professionnels de santé sur les sujets ayant trait à la maîtrise de la fécondité et de la santé sexuelle et reproductive est une condition essentielle pour que ces questions, qui concernent la majeure partie de la population soient mieux traitées.

Il apparaît nécessaire que les élèves sages-femmes et les internes de médecine reçoivent donc une formation adaptée à la délivrance d'une information sur la contraception en milieu scolaire mais aussi en établissement de santé ou en cabinet libéral.

A une époque où le militantisme s'essouffle, la participation des omnipraticiens à l'activité d'orthogénie des hôpitaux deviendra une nécessité et passera par une formation théorique préalable. De même, à l'heure où les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux, le relais du conseil en contraception doit être pris par les omnipraticiens. De ces constatations découlent la nécessité d'une formation médicale continue sur les sujets de la contraception et de l'IVG.

(15,76,77,78,79,80,81,82,83,84)

Les différentes études réalisées en matière de contraception font apparaître les principales difficultés à utiliser un moyen de contraception : l'IVG reflète les difficultés de gestion de la contraception.

Les différents professionnels de santé et en particulier le médecin généraliste doivent donc s'attacher à résoudre ces difficultés.

Tout d'abord le coût de la contraception. Il est donc important, pour le médecin généraliste de rappeler que par exemple les préservatifs sont distribués gratuitement dans les centres de planification ou d'éducation familiale, que la contraception est depuis le décret du 25 mars 2013 gratuite pour les mineures dès l'âge de 15 ans et que la contraception d'urgence est gratuite pour les mineures et disponible en pharmacie sans ordonnance.

Ensuite, c'est la difficulté de parler de contraception à son partenaire ou à un proche qui est soulignée notamment par les jeunes femmes. Le médecin doit donc insister sur ce manque de dialogue pour sensibiliser les hommes mais aussi les parents à discuter de contraception avec leur épouse, leur compagne, leur amie ou leur fille, en proposant par exemple d'en parler à la maison, de revenir en consultation soit de couple soit en famille pour répondre à leurs interrogations et adapter le moyen de contraception choisi à leur mode de vie dans une décision partagée ensemble.

De plus, les jeunes femmes allègent la crainte des effets secondaires des moyens de contraception, des difficultés d'utilisation de ceux-ci, les modalités en cas d'oubli et la peur de l'examen gynécologique. Il faut donc que le médecin généraliste dédramatise l'examen gynécologique et la pilule contraceptive, en expliquant que le premier n'est pas nécessaire et que la seconde n'a que peu d'effets secondaires en l'absence d'antécédent.

Ensuite, en matière de contraception, l'objectif à privilégier est celui d'une diversification de la couverture contraceptive, en particulier pour les jeunes. Le médecin généraliste doit donc adapter la contraception aux besoins et aux modes de vie des utilisatrices(eurs), notamment par la promotion des méthodes de contraception moins sujettes aux problèmes d'observance que la contraception orale hormonale. Il est par ailleurs possible d'anticiper et de mieux gérer par la contraception d'urgence les inévitables accidents de parcours contraceptifs, alors que la diffusion de la contraception d'urgence reste encore marquée par une certaine frilosité.

Des perspectives de recherche apparaissent nécessaires.

Peu d'études de satisfaction des patientes en matière de prise en charge et d'accompagnement au cours d'une IVG ont été conduites à ce jour. Ce constat est même considéré comme un regret par Annick Vilain, démographe de la DREES, lors de l'enquête nationale de la DREES de 2007. En effet, le schéma initial de l'enquête comportait une interrogation des femmes un mois après leur IVG. Ce volet a dû être abandonné en raison des réticences du corps médical. L'observation de l'IGAS selon laquelle « le vécu de l'IVG par les femmes est mal connu et mal pris en compte » garde donc toute son actualité. La HAS remarque même dans ses recommandations que « l'efficacité des traitements antalgiques dans l'IVG a été peu évaluée et qu'il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG ». En effet, les enquêtes de satisfaction constituent désormais une pratique ancrée dans le système de soins qui contribue à améliorer l'offre des soins.

Il paraît donc indispensable que des travaux de recherche comme par exemple une étude qualitative basée sur des groupes de patientes ayant eu recours à une IVG (appelés « focus groupe ») soit conduite à posteriori pour étudier le vécu psychologique et physique des femmes face à l'intervention et leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de leur IVG. (Gestion de la douleur, accueil, soutien psychologique, contraception adaptée, etc.).

Un second axe de recherche sous la forme d'une étude qualitative à l'aide de focus groupe pourrait également explorer l'ambivalence des femmes quant au désir de grossesse, qui est parfois rapportée par les femmes mais qui n'a jamais été étudiée.

CONCLUSION

VIII - Conclusion :

Les IVG restent aujourd'hui un véritable problème de santé publique en France du fait du nombre de femmes concernées. Légalisé et reconnu par la Loi Veil de 1975, puis modifié et complété par loi Aubry de 2001, le droit à l'avortement constitue une véritable avancée sociale pour les femmes. Considérée comme un ultime recours ou un palliatif d'échec de contraception, l'IVG permet aux femmes de choisir librement d'interrompre ou de poursuivre une grossesse non prévue. La législation de l'avortement n'a pas entraîné sa banalisation, pas plus qu'elle n'a conduit au relâchement de la contraception. L'IVG reste un « acte médical particulier » auquel une partie de l'histoire de vie des femmes y ayant eu recours est rattachée.

On observe en France depuis une dizaine d'années une stabilité du nombre d'IVG autour de 220 000 IVG par an. Finalement, la couverture contraceptive importante a permis une diminution du nombre de grossesses non prévues mais en cas de grossesse non prévue, les femmes ont davantage recours à l'IVG. Ces deux phénomènes, qui se compensent statistiquement, se conjuguent pour expliquer la relative stabilité des IVG. Même s'il existait une politique encore plus volontariste de prévention des grossesses non désirées, il persisterait toujours des demandes d'IVG parce que les méthodes contraceptives ne sont ni parfaites ni parfaitement utilisées.

Nous avons donc tenté par cette étude de faire le point sur l'Etat des lieux des IVG en Charente. La stabilité observée à l'échelle nationale se confirme au niveau départemental, voire même avec une certaine tendance à la baisse en Charente. Le département présente cependant une spécificité, celle de ne réaliser des IVG qu'en établissement de Santé. Il va donc falloir que les gynécologues de ville, les généralistes et les médecins des CPEF se mobilisent et s'investissent dans la réalisation de cet acte médical pour permettre aux femmes de trouver une réponse à leur demande d'IVG hors établissement de santé.

Les différentes causes de la grossesse ayant conduit à l'IVG sont sensiblement les mêmes en Charente que celles retrouvées dans les grandes études nationales.

La première cause de grossesse non prévue observée dans notre étude est l'absence de contraception. L'utilisation des méthodes naturelles tient également une place importante dans les causes des grossesses non prévues en Charente. Pour tenter de diminuer la part des IVG secondaires à une absence de contraception, il faut lutter contre les idées reçues sur les risques de grossesse et les contraceptions. Une information sur les signes sympathiques de grossesse doit être apportée aux plus jeunes pour éviter de méconnaître une grossesse chez les jeunes filles qui conduit souvent à des IVG à des âges gestationnels tardifs. Chez les jeunes femmes, l'absence de contraception, passe aussi par la non-consultation chez le médecin, par crainte de l'examen gynécologique. Cette consultation doit être dédramatisée et les jeunes femmes doivent savoir que la prescription d'une contraception n'impose aucun examen gynécologique particulier et se fait dans le respect du secret professionnel.

La deuxième cause de grossesse non prévue est représentée par l'échec de la contraception orale. Il faut donc tenter d'adapter la contraception à chaque femme en l'impliquant le plus possible dans ce choix qui doit être adapté à ses habitudes de vie. Une

diversification des méthodes contraceptives doit être proposée aux femmes au cours de leur vie pour que leur contraception soit adaptée à leur mode de vie à un moment donné et dans une situation affective, conjugale, familiale et professionnelle donnée.

La troisième cause de grossesse non prévue est représentée par l'échec d'utilisation du préservatif. Pour tenter de limiter cet échec, il faut renforcer les informations sur le mode d'utilisation du préservatif et proposer une double contraception notamment chez les jeunes. Cette double contraception, permet ainsi à la fois une action préventive en matière d'IST et une action contraceptive double à un âge où la fertilité est maximale. Elle peut être représentée par l'association préservatif et contraception d'urgence en cas de déchirement de ce dernier ou par l'association préservatif et contraception orale.

De plus, la contraception d'urgence doit être davantage et mieux utilisée. Il faut par exemple anticiper son utilisation en réalisant de manière systématique une prescription de Norlevo® simultanément à une prescription contraceptive quelle qu'elle soit.

En ce qui concerne le manque d'information sur la contraception, un tiers des femmes de l'étude se disent mal informées sur les avantages et les inconvénients de chaque contraception et un quart des femmes ressentent un manque d'information sur les différentes contraceptions existantes et les consignes à appliquer en cas d'oubli.

L'information en matière de contraception doit donc être renforcée et délivrée par différents protagonistes. Tout d'abord, l'éducation à la contraception doit être débutée au sein du noyau familial. Ensuite, l'information doit être renforcée en milieu scolaire. Enfin, l'information sur la contraception doit bien sûr être délivrée au cabinet médical, en présentant les différentes contraceptions existantes, leurs avantages et leurs inconvénients, mais aussi les consignes en cas d'oubli et la contraception d'urgence.

L'information doit être véhiculée sur différents supports. Tout d'abord, les affiches publiques et les prospectus distribués dans les établissements scolaires, de soins, dans les campagnes de prévention et dans les cabinets médicaux doivent être poursuivis. Ensuite, pourquoi ne pas faire diffuser des messages de prévention sur la contraception par l'intermédiaire du téléphone portable (par SMS), du Web et des réseaux sociaux.

Enfin, la place du médecin généraliste apparaît essentielle en termes d'éducation à la santé. Il semble important de développer des consultations dédiées d'éducation à la santé des adolescents. Il semble également important de reparler de contraception après 35 ans aux femmes, pour leur proposer des modes de contraception adaptés à leur âge et à leur vie conjugale, affective et familiale.

Pour terminer, une étude qualitative pourrait être proposée aux femmes ayant eu recours à une IVG pour étudier leur satisfaction et leur vécu de la prise en charge de l'IVG, permettant ainsi d'améliorer l'offre de soins en matière d'IVG. Un autre axe de recherche pourrait être constitué par la recherche de la place de l'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse parmi les causes de grossesses non prévues donnant lieu à une IVG.

ANNEXES

IX - Annexes :

1) Annexe 1 : La Loi Veil : texte original

Journal officiel de la République française
Du 18 janvier 1975

TITRE PREMIER

Article premier. La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2. Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du Code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L 176 du Code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. Après le chapitre III du titre premier du Livre II du Code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *bis* intitulé "Interruption volontaire de la grossesse".

Art. 4. La section I du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION I *Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine.*

" *Art. L. 162-1.* - La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

" *Art. L. 162-2.* - L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

" Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

" *Art. L. 162-3.* - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

" 1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

" 2° Remettre à l'intéressée un dossier guide comportant :

" a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un

enfant

à

naître

" b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4.

" Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers guides destinés aux médecins.

" *Art. L. 162-4.* - Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

" Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

" Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.

" Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

" *Art. L. 162-5.* - Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

" *Art. L. 162-6.* - En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

" L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

" *Art. L. 162-7.* - Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

" *Art. L. 162-8.* - Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

" Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

" Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

" Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

" *Art. L. 162-9.* - Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des

naissances.

" *Art. L. 162-10.* - Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

" *Art. L. 162-11.* - L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.
" Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7."

Art. 5. La section II du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION II *Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.*

" *Art. L. 162-12.* - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

" L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

" Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée ; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

" *Art. L. 162-13.* - Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique."

Art. 6. La section III du chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique est ainsi rédigée :

SECTION III *Dispositions communes.*

" *Art. L. 162-14.* - Un décret en Conseil d'État fixera les conditions d'application du présent chapitre."

TITRE III

Art. 7. I. - L'intitulé de la section I du chapitre V du Livre II du Code de la santé publique est modifié comme suit :

SECTION I *Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes.*

II. - A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots "une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé" sont remplacés par les mots "un établissement d'hospitalisation privé".

III. - L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

" *Art. L 178.* - Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6, deuxième alinéa, et L. 162-9 à L. 162-11."

IV. - Il est introduit dans le Code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

" *Art. L. 178-1.* - Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.
" Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive."

Art. 8. Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III *bis* du titre premier du Livre II du Code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. Il est ajouté au titre III, chapitre VII du Code de la famille et de l'aide sociale un article L 181-2 ainsi rédigé :

" *Art. L 181-2.* - Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre premier du Livre II du Code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret."

Art. 10. L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

" *Art. L. 647.* - Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du Code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 à 20.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

" Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

" En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du Code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie."

Art. 11. Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre

premier restera en vigueur.

L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du Code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du Code pénal est ainsi rédigé :

" Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance..." (*Le reste sans changement.*)

Art. 13. En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la Population, en application de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects sociodémographiques de l'avortement.

En outre, l'Institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du Code de la santé publique.(32)

2) Annexe 2 : le Questionnaire

Ce questionnaire est **anonyme et confidentiel**.

Il ne sera pas rattaché à votre dossier médical.

Les informations que vous allez apporter seront soumises au **secret médical**.

Elles seront exploitées dans le cadre d'une thèse sur les IVG et permettront d'améliorer la prescription et l'utilisation des contraceptifs.

Questions :

Quel est votre âge ?

Quelle est la cause de votre grossesse en cours ?

- Aucune contraception habituelle : oui / non
- Rupture de préservatif : oui / non
- Méthode naturelle (retrait, absence de rapport pendant la période féconde) : oui / non
- Oubli de pilule : oui / non
- Oubli de pause de l'anneau vaginal Nuvaring® : oui / non
- Autres :

Quelle était votre contraception avant l'IVG ?

Pour quelles raisons avez-vous choisi cette contraception ?

- Facilité d'utilisation : oui / non
- Facilité de prescription par un médecin : oui / non
- Son coût : oui / non
- Des effets secondaires acceptables pour vous : oui / non

Cette contraception était-elle : (un seul oui possible)

- Votre choix : oui / non
- Votre médecin généraliste qui vous l'a conseillé : oui / non
- Votre gynécologue qui vous l'a conseillé : oui / non
- Par un autre moyen (centre de planification et d'éducation familiale) : oui / non
- Par un autre moyen (pharmacie) : oui / non
- Une décision partagée entre vous et votre médecin : oui / non

Avez-vous ressenti un manque d'information sur l'utilisation de cette contraception ?

- Sur le mode d'emploi de la contraception : oui / non
- sur les différentes contraceptions existantes : oui / non
- sur les avantages et inconvénients de chaque contraception : oui / non
- sur les consignes à appliquer en cas d'oubli : oui / non

Saviez-vous qu'il existe une contraception d'urgence ?

- Par une pilule appelée NORLEVO à prendre dans les 48 h après le rapport à risque : oui / non

- Par la pose d'un stérilet dans les 6 jours suivant le rapport à risque : oui / non

Saviez-vous que NORLEVO est :

- Disponible en pharmacie sans ordonnance pour les mineures : oui / non
- Gratuite pour les mineures : oui / non

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Merci de bien vouloir le remettre aux infirmières.

3) **Annexe 3 : Informations aux infirmières, renseignées au dos du questionnaire pour le centre hospitalier d'Angoulême**

A l'attention des infirmières,

Comme convenu avec la cadre de santé Mme PEIGAT,

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire « en mains propres » aux patientes d'orthogénie pendant leur admission et d'en assurer la récupération avant leur sortie pour la période allant du **10 juin au 10 septembre 2013**.

(Travail de thèse sur l'Etat des lieux des IVG en Charente)

Contact en cas de problèmes :

Quentin MARBOEUF interne de médecine générale

Dr Jean-Marie CHARTIER

Mme PEIGAT

4) Annexe 4 : Informations aux infirmières, renseignées au dos du questionnaire pour le centre hospitalier de Cognac

A l'attention des infirmières,

Comme convenu avec la cadre de santé Mme DENIMAL,

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire « en mains propres » aux patientes d'orthogénie pendant leur admission et d'en assurer la récupération avant leur sortie pour la période allant du **10 juin au 10 septembre 2013**.

(Travail de thèse sur l'Etat des lieux des IVG en Charente)

Contact en cas de problèmes :

Quentin MARBOEUF interne de médecine générale

Dr VACQUIER

Mme DENIMAL

5) Annexe 5 : Informations aux infirmières, renseignées au dos du questionnaire pour Le Centre Clinical de Soyaux

A l'attention des infirmières,

Comme convenu avec la cadre de santé Mme DUGUE,

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire « en mains propres » aux patientes d'orthogénie pendant leur admission et d'en assurer la récupération avant leur sortie pour la période allant du **10 juin au 10 septembre 2013**.

(Travail de thèse sur l'Etat des lieux des IVG en Charente)

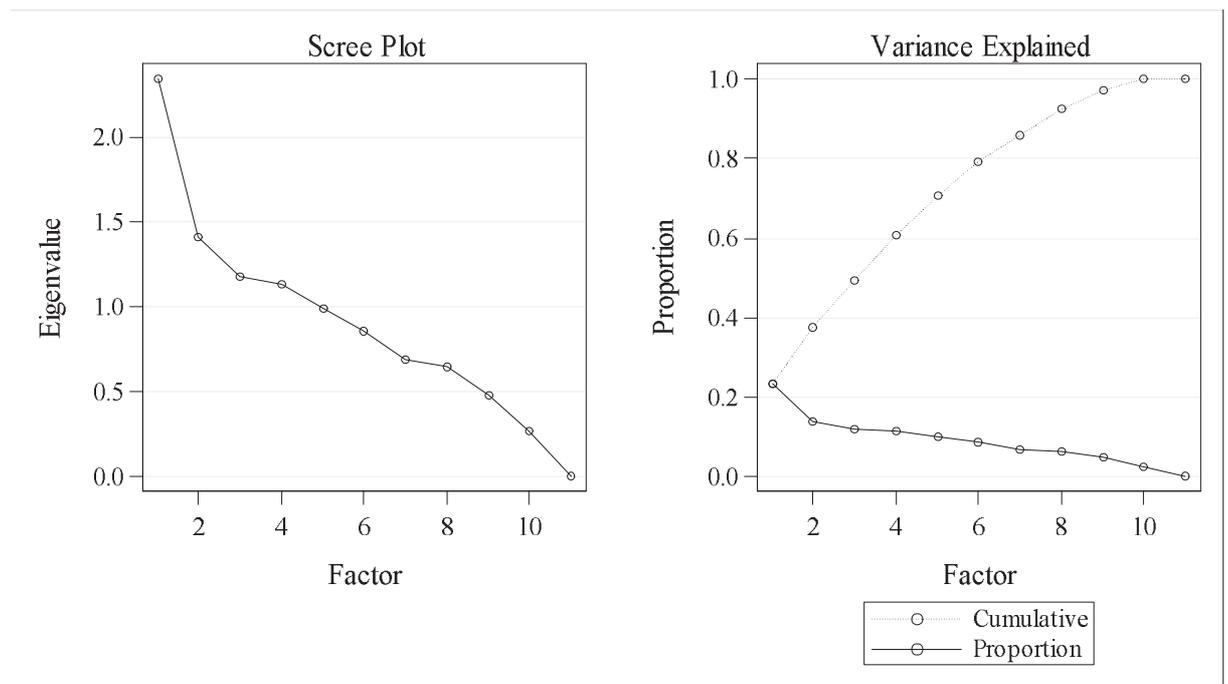
Contact en cas de problèmes :

Quentin MARBOEUF interne de médecine générale

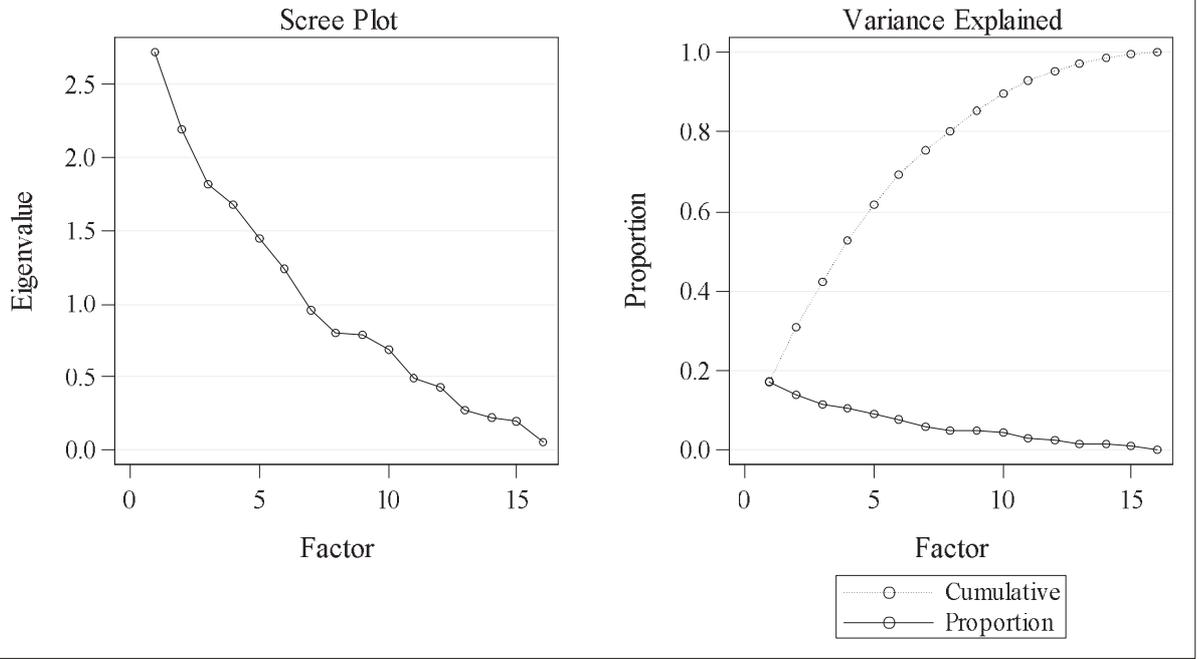
Dr Gauthier D'HALLUIN

Mme Sandrine DUGUE

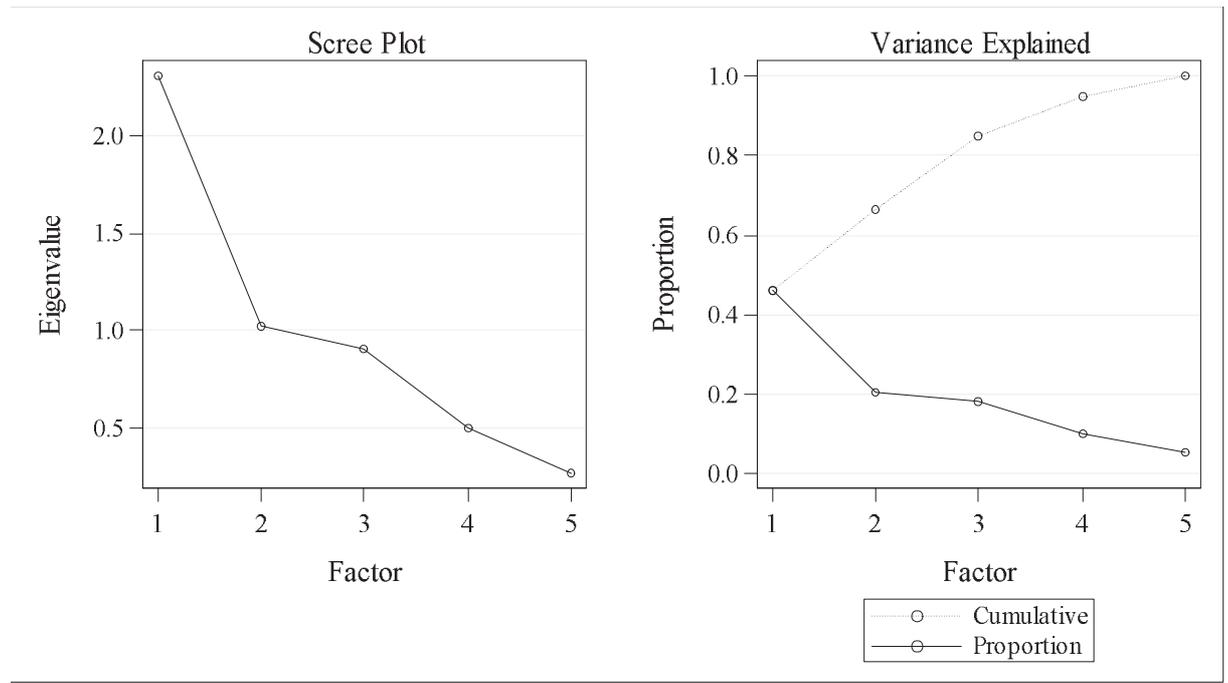
6) **Annexe 6 : Diagramme des valeurs propres (ou Scree Plot) des facteurs favorisant ou non la prise d'un moyen de contraception**



7) **Annexe 7 : Diagramme des valeurs propres (ou Scree Plot) des facteurs prédictifs de grossesses non prévues**



8) Annexe 8 : Diagramme des valeurs propres (ou Sree Plot) de la connaissance de la contraception d'urgence



REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

X –Références bibliographiques

1. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Inst Natl Etudes Démographiques. déc 2004;(407).
2. Lavaud M. Chapitre 73 - L'interruption volontaire de grossesse. Traité Obstétrique. Paris: Elsevier Masson; 2010. p. 564-574.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294071430500731>
3. Aubry M, Guigou E. Loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
4. Regnier - Loilier A, Leridon H. après la loi NEUWIRTH, pourquoi tant de grossesses imprévues. nov 2007;(439):1 à 8.
5. Rossier C, Pirus C. Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002. Inst Natl Etudes Démographiques. 2007;(1).
6. Vilain A, Mouquet M-C, Gonzales L, De Riccardis N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2011,11149.html>
7. Delotte J, Pillet E, Bafghi A, Boucoiran I, d' Angelo L, Bongain A. Demandes d'IVG des mineures. Étude de leurs motivations et influences menée au CHU de Nice. Gynécologie Obstétrique Fertil. juill 2007;35(7-8):662-665.
8. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):162-198.
9. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. 2006 déc.
10. Manus J-M. Trop d'IVG chez les mineures. Rev Francoph Lab. nov 2011;2011(436):99.
11. Vilain A, Moisy M. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):69-85.
12. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2007,4465.html>
13. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Contraception : Les Françaises utilisent-elles une contraception adaptée à leur mode de vie ? 2011.
14. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):148-161.
15. Belaisch J. Des progrès sont-ils à faire en contraception ? Gynécologie Obstétrique Fertil. nov 2001;29(11):773-774.

16. Leridon H, Oustry P, Bajos N, Equipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Inst Natl Etudes Démographiques*. juill 2002;(381):1-4.
17. Goulard H, Bajos N, Job-Spira N. Caractéristiques des utilisatrices de pilule du lendemain, en France. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. sept 2003;31(9):724-729.
18. Delotte J, Molinard C, Trastour C, Boucoiran I, Bongain A. Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. janv 2008;36(1):63-66.
19. Prudhomme M, Perriot Y, Leroux M. Délivrance de la contraception d'urgence, en 1998, dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Val de Marne. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. févr 2001;29(2):129-136.
20. Aubény E. La contraception d'urgence hormonale en France en 2000. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. oct 2000;28(10):709-710.
21. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. *Rev Fr Aff Soc*. 22 juin 2011;n° 1(1):42-60.
22. ANCIC. Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception. ANCIC. www.ancic.asso.fr/index.html
23. Estournet M. Interruption volontaire de grossesse, historique et état des lieux. EM-Consulte. <http://www.em-consulte.com/article/83458/interruption-volontaire-de-grossesse-historique-et>
24. Loi du 31 juillet 1920 Réprimant la provocation à l'Avortement et à la propagande anti-conceptionnelle. Pénal juill 31, 1920.
25. Loi correctionnalisant l'avortement. Pénal mars 27, 1923.
26. Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française. Fam. juill 29, 1939.
27. Régime de Vichy. Loi faisant de l'avortement « un crime contre la sureté de l'Etat ». Pénal févr 15, 1942.
28. Neuwirth L. Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique. *Santé Publique*, 67-1176 déc, 1967.
29. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse. Site du ministère des affaires sociales et de la santé.IVG.gouv.fr. 2013. <http://www.sante.gouv.fr/ivg.html>
30. Loi portant création d'un Conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. *Santé Publique*, 73-639 juill 11, 1973.
31. Loi du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. *Santé Publique*, 74-1026 déc 4, 1974.
32. Veil S. Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. *Santé Publique*, 75-17 janv 17, 1975.

33. Pelletier, Veil S. Loi du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Santé Publique, 79-1204 déc 31, 1979.
34. Roudy Y. Loi 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. Santé Publique, 82-1172 déc 31, 1982.
35. Loi du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. Santé Publique, 91-73 janv 18, 1991.
36. Neiertz V. Loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social (DMOS). Santé Publique, 93-121 janv 27, 1993.
37. Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. 1999 févr.
38. loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence. Santé Publique, 2000-1209 déc 13, 2000.
39. Touraine M, Moscovici P. Décret du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L.322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs pour les mineures. Sécurité Soc., 2013-248 mars 25, 2013.
40. Prescrire. IVG : prise en charge à 100% pour toutes. juin 2013; Tome 33(356):419.
41. Fagot-Largeault A. Un regard de philosophe sur le statut de l'embryon et de l'interruption volontaire de grossesse. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):61-67.
42. CCNE. Comité Consultatif National d'Ethique. Avis n°66 du 23 novembre 2000. Réponse aux saisines du président du Sénat et du président de l'Assemblée Nationale sur l'allongement du délai d'IVG. 2000.
43. Hassoun D. L'interruption volontaire de grossesse en Europe. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):213-221.
44. Birman C. Législation européenne sur avortement. juin 2008;20-21.
45. L'interruption volontaire de grossesse - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-interruption-volontaire-de-grossesse,9024.html>
46. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. 2009 oct. Report No.: RM2009-098A.
47. Nouyrigat E, Dosquet P. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandation de bonne pratique. Haute Autorité de Santé décembre 2010 <http://www.has-sante.fr>
48. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2004;33(2):125-130.
49. Brunerie-Kauffmann J. Interruption volontaire de grossesse. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2006;1(1):1-5.

50. Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):86-115.
51. Les bulletins statistiques d'interruptions volontaires de grossesse - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-bulletins-statistiques-d-interruptions-volontaires-de,6570.html>
52. Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. 2001 mars.
53. Lavoué V, Vandembroucke L, Grouin A, Briand E, Bauville E, Boyer L, et al. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée : étude rétrospective portant sur 126 patientes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2011;40(7):626-632.
54. Vautravers A, Nisand I. Les IVG de 12 à 14 SA. Quelles techniques ? 2006.
55. Le VIDAL 2013.
56. Lamarche-Vadel A, Moreau C, Warszawski J, Bajos N. Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse. Résultats d'une enquête en population générale. Gynécologie Obstétrique Fertil. mars 2005;33(3):113-118.
57. Soulat C, Gelly M. Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. Rev Sage-Femme. sept 2006;5(3):131-136.
58. Bacle F, Boufassa F, Lambert J, Lefebvre P, Soulat C, Meyer L. Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. juin 2005;34(4):339-345.
59. Ined-avortement, population en chiffres. http://www.ined.fr/statistiques_ivg/
60. Moreau C, Bajos N, Bouyer J. De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale. Inst Natl Etudes Démographiques. 2004;(3/4).
61. Blayo C. Le point sur l'avortement en France. Inst Natl Etudes Démographiques. juin 1997;(325):1-4.
62. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;n° 1(1):116-147.
63. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2001 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2001,4929.html>
64. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2002 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2002,4708.html>

65. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2003 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2003,4754.html>
66. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2004,4556.html>
67. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2005,4337.html>
68. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2006,4291.html>
69. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2008-et-2009,9023.html>
70. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2010,10978.html>
71. Merlière S, Vivier-Darrigol M. Les IVG en 2008. Etat des lieux et prise en charge en Poitou-Charentes. 2009 sept. Report No.: Com'Stat n°4.
72. Faucher P. Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne: Gynecol Obstet Fertil 2005;33:403-408. Gynécologie Obstétrique Fertil. déc 2005;33(12):1051-1052.
73. Manus J-M. La pilule du lendemain n'a pas modifié les habitudes contraceptives. Rev Fr Lab. nov 2001;2001(337):12.
74. Manus J-M. La « pilule du lendemain » : un produit biologique pour réduire la fréquence des IVG. Rev Fr Lab. déc 1999;1999(318):12.
75. Flamand M, Mazure G, Villet H. Contraception et IVG chez les jeunes de 15-18 ans en Haute-Normandie. 2009 juin.
76. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2007;35(10):951-967.
77. Quéreux C, Raimond É, Graesslin O. Contraception orale et non orale : actualités. Rev Sage-Femme. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S163740880900114X>
78. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2010;39(3):208-217.
79. Quéreux C, Graesslin O, Raimond É. Les contraceptions difficiles. Rev Sage-Femme. déc 2009;8(6):342-346.

80. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Inst Natl Etudes Démographiques*. 2004;(3/4).
81. Graesslin O, Quereux C. Mise au point sur la contraception. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2005;34(6):529-556.
82. Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. avr 2012;41(2):108-114.
83. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. févr 2011;59(1):15-21.
84. Agence Nationale Accréditation et d'Évaluation en Santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004 déc.

RESUME

XI-Résumé

Les IVG constituent un problème majeur de santé publique en France. Leur chiffre est stable à 220 000 IVG par an en France métropolitaine depuis une dizaine d'années. Il existe aujourd'hui en France, un paradoxe contraceptif, la couverture contraceptive étant l'une des plus élevées au monde alors que le nombre d'IVG, dernier recours en cas d'échec de contraception, reste stable à un chiffre relativement élevé. Ce phénomène s'explique notamment par une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue.

Les causes des grossesses non prévues conduisant à l'IVG dans notre étude sont similaires à celles des grandes études nationales conduites sur le sujet. 33 % des femmes rapportent aucune contraception, 23 % des femmes rapportent un échec de la contraception orale, 20 % rapportent un échec du préservatif et 15 % une méthode naturelle.

Le manque d'information est mentionné par 33% des femmes en ce qui concerne les avantages et les inconvénients des contraceptifs et par 25 % des femmes en ce qui concerne les consignes à appliquer en cas d'oubli et les différents contraceptifs existants.

Les moyens à mettre en œuvre pour tenter de réduire la part des IVG « évitables » et pour améliorer la contraception des femmes sont donc une amélioration de la qualité de l'information apportée en matière de sexualité et de contraception. De proposer une double contraception chez les jeunes et d'améliorer l'utilisation de la contraception d'urgence.

Le médecin généraliste occupe une place principale dans ce dispositif de prévention des grossesses non prévues et de contraception car il est le premier interlocuteur des patientes dans le parcours de soins coordonnés.

Deux axes de recherches pourraient être mis en place. Un premier, étudiant la satisfaction et le vécu des patientes lors de la prise en charge de l'IVG. Un second, recherchant la place de l'ambivalence vis-à-vis du désir de grossesse parmi les causes de grossesses non prévues donnant lieu à une IVG.

Mots Clés :

- IVG
- Contraception
- Information
- Charente
- Médecin Généraliste

SERMENT D'HIPPOCRATE

XII – Serment d’Hippocrate



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 !

