

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Irène CORNILLEAU

Née le 03 août 1996 à Dijon (21)

**Parcours de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 semaines
d'aménorrhée dans la région Centre-Val de Loire :**

**De l'état des lieux des besoins à l'élaboration et la mise en œuvre du parcours
coordonné**

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET, Gynécologie Obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeure Leslie GUILLON-GRAMMATICO, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention,
Faculté de Médecine – Tours

Docteure Maryam OYER-AL NAKIB, Gynécologie Obstétrique – Orléans

Docteure Laeticia CANAZZI, Médecine Générale, PH – Blois

Docteur Julien CIRIER, Gynécologie Obstétrique, PH – Bourges

Directrice de thèse : Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Orthogénie, PH, CHU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens - relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
LAMARRE Valérie	Médecine Générale
LE GALLOU Laurence	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche Inserm - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc..... Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie..... Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie..... Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde..... Orthophoniste
EL AKIKI Carole| HARIVEL OUALLI Ingrid | Orthophoniste |
| IMBERT Mélanie | Orthophoniste |
| SIZARET Eva | Orthophoniste |

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine| | |
| --- | --- |
| | Orthoptiste |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury :

A Monsieur le Professeur Henri Marret : vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie grandement de votre aide ainsi que de votre implication dans la formation des internes de gynécologie médicale de notre région.

A Madame la Professeure Leslie Guillon-Grammatico : vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assurée de ma gratitude.

A Madame la Docteure Maryam Oyer-Al Nakib : je vous remercie de participer à mon jury de thèse, vous avez permis de porter ce projet au niveau régional et avez été d'une aide précieuse.

A Madame la Docteure Laeticia Canazzi : je vous remercie de participer à mon jury de thèse et d'apporter votre collaboration au bon déroulement du parcours.

A Monsieur le Docteur Julien Cirier : je vous remercie de participer à mon jury de thèse et de m'avoir guidée et transmis votre expérience lors de mon passage dans votre service.

A Madame la Docteur Nathalie Trignol-Viguié : je te remercie infiniment, tout d'abord de m'avoir confié ce projet, puis d'avoir eu confiance en moi. Tu m'as accompagnée dans toutes les étapes en faisant preuve d'une détermination et d'un optimisme sans faille.

Aux personnes ayant participé à ma formation :

À mes co-internes, Louise et Benjamin, notre premier semestre à tous les trois fut riche en émotions, en nombre de gardes mais aussi en rencontres inoubliables. Merci de votre soutien et de votre entraide.

À Amandine, Justine et Wiame, vous serez des supers gynécologues-obstétriciennes.

Au Docteur Claire Proust, merci de m'avoir introduit à mes premières consultations de gynécologie médicale et d'avoir partagé avec moi tes connaissances.

À toute l'équipe du Réseau Périnat Centre-Val de Loire, merci de m'avoir aussi bien accueillie chaque lundi matin et d'avoir partagé votre savoir en termes d'organisation et d'administration territoriale.

À tous mes confrères et consœurs que j'ai rencontrés lors de mes différents stages ces trois dernières années. Grâce à vous j'ai pu observer les différentes pratiques de la médecine en hôpital périphérique et au CHU et vous m'avez aidée à parfaire mes compétences et ma relation avec les patientes pour faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

À mes proches :

À ma mère, merci pour ton amour indéfectible.

À mon père, merci de ton soutien et de ta confiance en moi inébranlable.

À mon frère, merci de m'avoir appris à me battre pour ce que je voulais.

À Clément, merci de m'avoir écoutée lorsque je doutais, de m'avoir soutenu lorsque j'en avais besoin et surtout d'avoir corrigé mes fautes d'orthographe.

À Léa, merci d'être une amie fidèle et de toujours prendre du temps pour notre amitié malgré la distance. Nous traversons depuis longtemps chaque étape de notre vie ensemble et encore aujourd'hui tu es là pour moi.

À mes cops : Emeline, Axelle, Salomé, Astrid, Maud, Mélanie, Marie, Ariana, Andréa et Clémentine ; sans vous ces années médecines auraient été beaucoup plus compliquées. Merci de votre soutien, de votre bonne humeur et de tous ces moments de partage qui nous réunissent à chaque fois.

**Parcours de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 semaines
d'aménorrhée dans la région Centre-Val de Loire :**

**De l'état des lieux des besoins à l'élaboration et la mise en œuvre du
parcours coordonné**

Résumé :

Introduction : La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement a étendu le délai légal de celui-ci qui était de maximum 14 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à maintenant 16 SA. À six mois du passage de cette loi, il a été recensé en région Centre-Val de Loire (CVL) seulement 3 structures réalisant ces avortements entre 14 et 16 SA. Certaines femmes dans cette situation ont été en grande difficulté pour trouver une structure pouvant répondre à leur demande. L'objectif de ce travail est de mettre en place un parcours coordonné de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL.

Matériels et méthodes : Il a été défini deux types de structures : celles effectuant la prise en soins initiale en proximité et celles réalisant l'acte de l'avortement. Les premières sont appelées « structures de proximité » et les secondes, « centres ressources ». Une répartition géographique régionale a été établie de façon départementale dans le but d'affilier les structures de proximité à un centre ressource. Le financement de ce parcours de soins se fait grâce à l'aide de l'Agence Régionale de Santé CVL.

Résultats : Après présentation du projet, les 3 centres ressources ont confirmé leur accord participatif à ce parcours ainsi que la majorité des structures de proximité de la région. Un dossier gynécologique régional commun de consultation pré-IVG a été créé afin d'uniformiser les pratiques et de faciliter la transmission des données lors du parcours. Un dossier anesthésique régional commun de consultation anesthésique n'a pas pu être institué ; la procédure diffère pour chacun des 3 centres ressources.

Conclusion : Un parcours coordonné de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL a pu être créé grâce la collaboration de nombreux acteurs et professionnels de santé. Il est maintenant nécessaire de le mettre à l'épreuve par la pratique. L'évaluation de son bon fonctionnement sera réalisée via un retour d'expérience des centres participants et par un questionnaire de satisfaction à destination des patientes ayant suivi le parcours.

Mots clés : parcours ; prise en soins ; IVG ; région Centre-Val de Loire

**Care pathway for abortion requests at 14 to 16 weeks of gestational age
in the Centre-Val de Loire region :**

**From needs assessment to developing and implementing the
coordinated pathway**

Abstract :

Background : The French law passed on 2nd March 2022 extended the legal deadline for abortion from a maximum of 14 weeks of gestational age (GA) to 16 GA. Six months following its passage, only 3 facilities in the Centre-Val de Loire (CVL) region were performing abortions between 14 and 16 GA. Some women in this situation faced significant difficulties in finding a facility that could help them. The objective of this work is to establish a coordinated care pathway for abortion between 14 and 16 GA in the CVL region.

Materials and methods : Two types of facilities were defined : the proximity facilities, tasked of providing initial care in proximity and the resource centres, to perform the abortion procedure. To match each proximity facilities with a resource centre, a regional geographic distribution was established on a departmental basis. The Regional Health Agency of CVL is providing funding for this care pathway.

Results : After presenting the project, all 3 resource centres and the majority of the proximity facilities confirmed their participatory agreement with this pathway. A common regional gynecological file for pre-abortion consultations was created to standardise practices and facilitate data transmission during the pathway. However, a common regional anesthetic file for anesthesia consultations could not be established; the procedure varies for each of the 3 resource centres.

Conclusion : A coordinated care pathway for abortion between 14 and 16 GA in the CVL region has been established thanks to the collaboration of numerous stakeholders and healthcare professionals. It is now necessary to put it to the test through practical implementation. The assessment of its proper functioning will be carried out through feedback from participating centres and a satisfaction questionnaire for women who have followed the pathway.

Keywords : pathway ; care ; abortion ; Centre-Val de Loire region

ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

BIP : Diamètre bipariétal

CFEF : Collège français d'échographie fœtale

CH : Centre Hospitalier

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVG : Centre d'interruption volontaire de grossesse

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CO : Centre d'orthogénie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CTIS : Comité Technique de l'Innovation en Santé

CVL : Centre-Val de Loire

D&E : Dilatation – Évacuation

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interruption médicale de grossesse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MFIU : Mort fœtale in utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PC : Périmètre crânien

RETEX : Retour d'expérience

REVHO : Réseau ville hôpital pour l'orthogénie

SA : Semaines d'aménorrhée

SRAE : Structure régionale d'appui et d'expertise

TABLE DES MATIERES

I.	<u>INTRODUCTION</u>	18
1.	<u>L'IVG en France</u>	18
a.	<u>De la loi du 17 janvier 1975 à la loi du 2 mars 2022</u>	18
b.	<u>La méthode médicamenteuse</u>	21
c.	<u>La méthode instrumentale</u>	22
d.	<u>Que faire entre 14 et 16 SA ?</u>	23
e.	<u>L'application de la loi en France</u>	27
2.	<u>État des lieux de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA en région CVL</u>	28
a.	<u>Autour d'une enquête</u>	28
b.	<u>Résultats</u>	30
c.	<u>Analyses et discussion</u>	35
3.	<u>Projet d'un parcours de soins coordonné</u>	38
a.	<u>Principes et réflexions</u>	38
b.	<u>Projet article 51</u>	40
c.	<u>Objectifs</u>	41
II.	<u>MATERIELS ET METHODES</u>	42
1.	<u>Population cible et effectif</u>	42
2.	<u>Inclusion des structures</u>	42
3.	<u>Répartition régionale de la prise en soins</u>	44
4.	<u>Financement</u>	47
III.	<u>RESULTATS</u>	49
1.	<u>Rencontre avec les différents acteurs</u>	49
2.	<u>Création du dossier médical du parcours de soins</u>	51
a.	<u>Dossier gynécologique</u>	51
b.	<u>Dossier anesthésique</u>	53
3.	<u>Évaluation du parcours</u>	55
a.	<u>Le retour d'expérience</u>	55
b.	<u>Le questionnaire</u>	56

<u>IV.</u>	<u>DISCUSSION</u>	56
1.	<u>Objectifs atteints</u>	56
2.	<u>Place des centres participants</u>	57
a.	<u>Les centres ressources</u>	57
b.	<u>Les structures de proximité</u>	58
3.	<u>Place et choix de la femme</u>	59
4.	<u>Evolution des pratiques et avenir du parcours</u>	60
<u>V.</u>	<u>CONCLUSION</u>	61
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	62
	<u>ANNEXES</u>	67

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX :

Tableau 1 : Difficultés rencontrées par les établissements au sujet de la PES des IVG entre 14 et 16 SA

Tableau 2 : Application de la clause de conscience dans les structures en fonction des départements de la région CVL

Tableau 3 : Effectifs et part des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans les départements du CVL

FIGURES :

Figure 1 : Synthèse des recommandations de l'IVG médicamenteuse, HAS

Figure 2 : Carte des structures de la région CVL incluses dans l'étude

Figure 3 : Carte des structures de prises en soins de l'IVG en fonction du délai maximal et du type de structure, en région CVL

Figure 4 : Carte des structures de proximité et des centres ressources de la région CVL inclus dans le parcours de soins

Figure 5 : Carte de répartition de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA en région CVL

I. INTRODUCTION

1. L'IVG en France

a. De la loi du 17 janvier 1975 à la loi du 2 mars 2022

Depuis 48 ans maintenant, le droit à l'avortement en France est garanti par la loi, grâce au vote de la loi Veil le 17 janvier 1975 (1). À cette date, le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est voté jusqu'à 10 semaines de grossesse soit 12 semaines d'aménorrhée (SA). Depuis, la législation autour de l'IVG a vu de nombreuses évolutions qui en ont modifié les modalités, permettant d'élargir et d'améliorer le cadre de prise en soins de l'avortement. Ces changements progressifs ont dû être apportés par soucis d'actualisation et de modernisation, en effet la société française et les mentalités évoluent ainsi que les progrès scientifiques et médicaux.

C'est ainsi que le rapport d'information formulé par Mme Danielle Bousquet, députée à l'Assemblée nationale, datant du 15 novembre 2000, établissait que si la loi Veil avait permis de mettre fin aux avortements clandestins, il existait alors un autre problème : celui des IVG pratiquées hors de la France car hors délai légal. Le rapport cite environ 5 000 femmes chaque année contraintes d'aller avorter dans des pays voisins. 80% de ces femmes étaient estimées comme étant à un âge gestationnel entre 12 et 14 SA (2). Grâce à ce rapport, a pu être votée le 4 juillet 2001, la loi n° 2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, permettant de porter le délai autorisant la pratique de l'IVG de 12 SA à 14 SA (3).

Chaque année, depuis ce rallongement du délai, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est chargée de relever et d'analyser toutes les données statistiques autour de l'IVG (4). Son nombre est relativement stable car il varie tous les ans entre 220 000 et 230 000. En 2021, 223 300 IVG ont été enregistrées en France (5). Cela représente une grossesse sur quatre puisqu'on compte une IVG pour un peu plus de trois naissances. Une femme sur trois recourt à l'avortement au cours de sa vie.

Les différentes lois et politiques gouvernementales françaises, alors que la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que toute patiente obtienne un rendez-vous dans les 5

jours suivant son appel (6), ne garantissaient pas en 2019 un accès à une IVG rapide sur l'ensemble du territoire comme le montrait une étude du ministère des solidarités et de la santé. Le délai moyen en France était de 7,4 jours entre la demande et la prise en soins d'une IVG. La région Centre-Val de Loire (CVL) se situait dans la tranche de délai maximale de 8 à 11 jours (7).

La HAS recommande de pratiquer les IVG entre 12 et 14 SA de façon instrumentale et celles-ci ne pouvaient être pratiquées que par un médecin jusqu'à la récente expérimentation incluant les sages-femmes et uniquement en établissement de santé ou en centre de santé (8). Dans un contexte où l'offre de soins en France est hétérogène avec des territoires de désertification médicale, les conditions d'accès à l'IVG instrumentale peuvent être compliquées notamment pour les femmes vivant en zone rurale.

Devant ces difficultés exposées, l'Assemblée nationale a publié un rapport en septembre 2020 (9), exposant que chaque année, il persiste encore entre 3000 et 5000 femmes qui seraient poussées à se rendre à l'étranger afin d'obtenir une IVG car elles seraient hors délai légal en France. L'article L. 2213-1 du code de la santé publique français prévoit qu'une femme puisse demander à tout moment de la grossesse un avortement, on parle alors d'une interruption médicale de grossesse (IMG). Cela s'applique seulement dans certaines conditions : « l'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit 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 » (10). La majorité des femmes dépassant le délai légal ne relève pas de l'IMG et ne peut donc pas y accéder, puisque la décision ne revient pas uniquement à la femme. Certaines d'entre elles, dont les conditions de vie et les revenus le permettent, vont chercher une prise en soins dans certains pays limitrophes. Ces déplacements se font principalement aux Pays-Bas, en Espagne et au Royaume-Uni, pays où les législations sur l'avortement font partie des plus libérales de l'Union européenne : l'avortement est autorisé jusqu'à 22 SA aux Pays-Bas et jusqu'à 24 SA au Royaume-Uni et en Espagne (11).

Alors que l'IVG en France est prise en charge à 100% par l'assurance maladie depuis 2016 (12), son recours en dehors de la France engendre un coût financier pour la femme

puisque le prix de l'intervention oscille entre 600 et 3 000 euros, sans compter les frais de déplacement et d'hébergement. En effet, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ne prend pas en charge les avortements réalisés à l'étranger, l'entièreté des soins est alors facturée à la femme. Toutes les femmes ne possèdent pas les moyens d'effectuer un tel voyage et on peut imaginer que recourir à un avortement clandestin serait une solution de recours pour les femmes les plus précaires, les exposant à un risque de morbidité et de mortalité élevé (13–15), même si en France aucune donnée n'est répertoriée à ce sujet à ce jour. L'autre possibilité, par défaut, serait de poursuivre une grossesse non désirée jusqu'à l'accouchement ce qui peut, chez certaines femmes, engendrer une détresse psychologique (16).

Ce rapport d'information proposait donc comme solution un allongement du délai légal de l'avortement en France de 14 à 16 SA, avortement se situant donc au deuxième trimestre de la grossesse (17). Cette proposition est définitivement votée par l'Assemblée nationale après 2 ans de discussions et de débats. La loi n° 2022-295 visant à renforcer le droit à l'avortement est ainsi promulguée le 02 mars 2022 (18). D'autres mesures sont aussi votées pour entériner ce droit, comme étendre la compétence de la pratique des IVG instrumentales aux sages-femmes dans les hôpitaux, mesure dont le décret d'application est encore en attente à ce jour.

Le vote de la loi le 2 mars 2022 a permis une application immédiate de cet allongement de 14 à 16 SA sans que les conditions de réalisation de ces actes n'aient été abordées, la loi n'ayant pas cette vocation. À ce jour, ces modalités ne s'accompagnent d'aucune recommandation par la HAS, les dernières étant antérieures à la nouvelle loi et limitant donc la pratique de l'IVG à 14 SA. Une demande d'actualisation des recommandations de la HAS pour l'IVG entre 14 et 16 SA a été formulée par le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) au printemps 2023 et a été acceptée. Nous ne savons pas à ce jour la ou les méthodes qui seront recommandées mais le réseau ville hôpital pour l'orthogénie (REVHO) et le CNGOF, à partir de la littérature internationale ont proposé leurs recommandations.

b. La méthode médicamenteuse

La méthode se définit par un protocole médicamenteux, consistant en la prise consécutive de deux molécules à 24/48 heures d'intervalle : la mifépristone puis le misoprostol.

La mifépristone est un anti-progestatif agissant par compétition avec la progestérone au niveau de ses récepteurs. Elle permet la dilatation et l'ouverture du col utérin ainsi que l'augmentation de la sensibilisation du muscle de l'utérus aux contractions induites par le deuxième médicament intervenant 24 à 48h plus tard : le misoprostol (19).

Celui-ci est un analogue de la prostaglandine E1. Il a une action utérotonique, c'est-à-dire qu'il induit des contractions utérines dans le but de provoquer l'expulsion de la grossesse (20).

En France, deux sociétés savantes ont établi des recommandations concernant la pratique de l'IVG par méthode médicamenteuse : la HAS et le CNGOF.

Les recommandations des bonnes pratiques de la HAS concernant l'IVG par méthode médicamenteuse ont été mises à jour en 2021, notamment à la suite de la crise sanitaire de la COVID (21). Les femmes ont depuis accès à cette technique jusqu'à 9 SA en établissement de santé, en centre de santé sexuelle ou dans un cabinet de ville, par un médecin ou une sage-femme, si ceux-ci ont signé une convention avec un établissement de santé et possèdent une expérience professionnelle dans cette activité. Après datation de la grossesse et confirmation de la demande d'IVG, si la femme choisit la méthode médicamenteuse, il lui est donné ces deux médicaments dont le dosage diffère selon que le terme gestationnel soit avant ou après 7 SA (Figure 1). Celle-ci peut ensuite les prendre à son domicile au moment qui lui convient, dans le respect du protocole et de certaines précautions de sécurité. Si les conditions ne le permettent pas ou si elle ne le désire pas, une hospitalisation de jour dans une structure habilitée peut être prévue le jour de la prise du misoprostol.

Le professionnel de santé est tenu d'expliquer les modalités de cette méthode ainsi que ses potentielles complications, les plus fréquentes étant : l'échec de la méthode, dans 1 à 5 % des cas, l'échec incluant la poursuite de la grossesse, l'arrêt de la grossesse sans expulsion et la persistance de produits de conception ; une hémorragie nécessitant une aspiration dans 1 à 3 % des cas ; une infection de l'utérus dans 1 % des avortements médicamenteux (22).

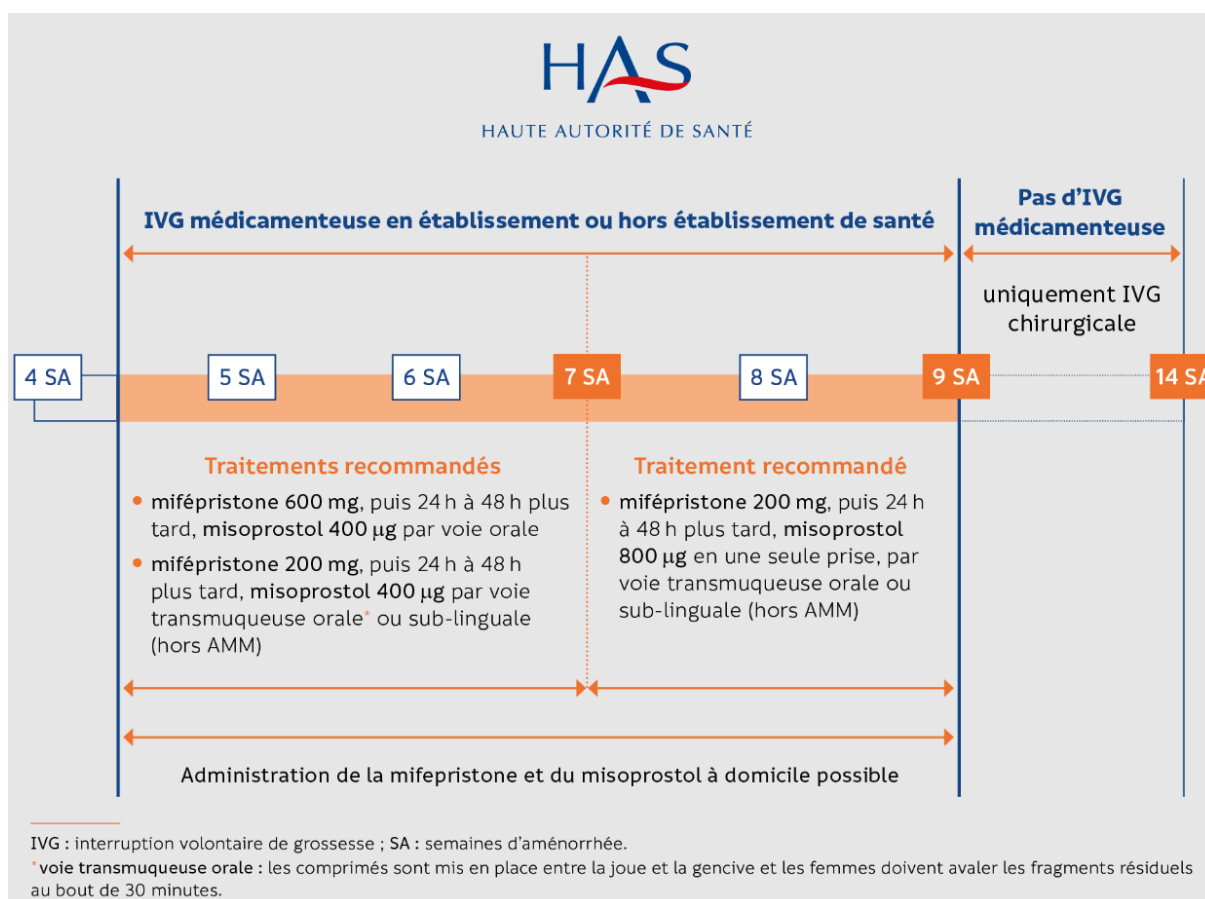


Figure 1 : Synthèse des recommandations de l'IVG médicamenteuse, HAS

Les recommandations pour la pratique clinique émises par le CNGOF en 2016, sont semblables à celles de la HAS jusqu'à 9 SA mais proposent aussi un protocole médicamenteux pour les IVG entre 9 et 14 SA, avec des doses répétées de misoprostol jusqu'à ce que l'expulsion ait lieu. Les avortements à ce terme se font donc en hospitalisation pour permettre une meilleure surveillance (23,24).

c. La méthode instrumentale

Celle-ci consiste en une intervention pratiquée par un médecin (ou une sage-femme dans le cadre d'une expérimentation). Elle débute par la dilatation médicamenteuse puis mécanique du col utérin puis se poursuit par l'évacuation du contenu utérin par aspiration. Cette méthode doit être réalisée dans un établissement de santé ou un centre de santé.

L'anesthésie peut être locale et dans ce cas, l'avortement peut être effectué dans une salle dédiée et propre, appelée salle blanche. L'autre possibilité est de recourir à une anesthésie générale, l'intervention se déroulant alors au bloc opératoire. En l'absence de complications, la procédure est programmée en ambulatoire ou en hôpital de jour ce qui permet à la femme de rentrer chez elle dans la journée après son intervention.

Cette technique peut avoir lieu jusqu'à 14 SA selon les recommandations de la HAS et du CNGOF (8,23).

Au premier trimestre, l'avortement par méthode instrumentale repose sur l'utilisation de l'aspiration-évacuation à l'aide d'une canule, elle permet ainsi de réduire les taux d'échecs complet, comparativement à la méthode médicamenteuse, à 1 pour 1000. Comme toute intervention, il existe des complications qui lui sont inhérentes : au moment de la dilatation, il peut se produire une déchirure du col ou une perforation utérine ainsi qu'une hémorragie lors de l'aspiration. Ces complications se produisent dans moins de 1% des cas (25).

d. Que faire entre 14 et 16 SA ?

En l'absence de recommandations de la HAS, les professionnels se sont basés sur l'expérience de la pratique des IMG, possible à tout moment de la grossesse et autorisée depuis la loi 17 janvier 1975 en France (1), ainsi que sur la littérature médicale internationale des pays pratiquant l'IVG jusqu'à 22 voire 24 SA.

Il apparaît qu'entre 14 et 16 SA, début du deuxième trimestre de la grossesse, les deux méthodes de l'avortement utilisées pendant le premier trimestre sont tout à fait applicables (26), avec cependant quelques changements dans les protocoles médicamenteux ainsi que dans les techniques instrumentales, dans le but de s'adapter au terme qui a augmenté.

Concernant la voie médicamenteuse, les molécules qui ont montré leur efficacité sont les mêmes qu'au premier trimestre : la mifépristone et le misoprostol. Plusieurs études ont prouvé que, lors du deuxième trimestre, ces deux médicaments associés, avec une prise

différée d'au moins 24h, avaient une plus grande efficacité par rapport à la prise du misoprostol seul (27–29) ou à une prise concomitante des deux molécules (30).

Contrairement à un âge gestationnel plus précoce où une dose de chaque médicament suffit, dans la plupart des cas, à provoquer l'avortement ; à un terme plus avancé, il paraît nécessaire de répéter les prises de misoprostol à intervalles réguliers pour permettre l'augmentation du taux d'expulsion de la grossesse (31,32).

C'est en se basant sur ces résultats que plusieurs pays et sociétés savantes étrangères ont établi leurs propres recommandations comme au Royaume-Uni (33) et aux Etats-Unis (34), de même pour des organisations internationales non gouvernementales comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (35), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) (36) et l'Ipas (37). Toutes préconisent d'utiliser la mifépristone et le misoprostol à 24h minimum d'écart, en répétant les doses de misoprostol par la suite. Les protocoles recommandés diffèrent par la posologie des molécules.

Des auteurs français se sont aussi saisis de ce sujet, devenu d'actualité depuis mars 2022, en publiant une revue de la littérature à propos de l'avortement par technique médicamenteuse au deuxième trimestre de la grossesse (38). D'après celle-ci, cette méthode a prouvé son efficacité jusqu'à 16 SA si on utilise un protocole de 200 mg de mifépristone puis, 24h après, de 800 µg de misoprostol suivi de 400 µg toutes les 3h jusqu'à l'expulsion. Il permettrait ainsi d'atteindre un taux d'efficacité de 95%. La procédure nécessite d'utiliser un bon protocole antalgique contenant un palier 3 si nécessaire et peut être réalisée en hôpital de jour ou en salle de naissances. On peut souligner que les infirmières de gynécologie ou les sage-femmes s'occupant de ces femmes ont besoin d'être formées et encadrées dans cette pratique afin d'apporter des soins optimaux tant sur la technique que sur le relationnel et l'empathie (39,40).

Cette expérience de la voie médicamenteuse au deuxième trimestre est déjà retrouvée en France via la pratique des IMG ainsi que dans les cas de mort fœtale in utero (MFIU). Le misoprostol ne possédant pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'interruption médicamenteuse de grossesse après 7 SA, l'ANSM a mis en place un cadre de prescription compassionnel du misoprostol au-delà de 14 SA pour les IMG et les MFIU (41). Ce texte souligne que la technique médicamenteuse et la technique instrumentale sont possibles mais

que cette dernière n'est préconisée que pour des termes précoces, c'est-à-dire avant 14 SA. La méthode médicamenteuse est donc recommandée pour les IMG et les MFIU après 14 SA. De plus, dans le cas d'une atteinte fœtale, celle-ci permet d'effectuer un examen fœtopathologie pour le diagnostic et le conseil génétique, contrairement à la voie instrumentale qui ne permet pas de conserver l'intégrité morphologique du fœtus. L'intervention d'un médecin anesthésiste pour pratiquer une analgésie par la pose d'une péridurale est recommandée.

Aucune donnée n'est disponible à ce jour concernant le nombre d'IMG pratiquée au-delà de 14 SA en France mais d'après l'agence de biomédecine, 7 366 attestations de particulière gravité en vue d'une IMG ont été déclarées par les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en 2016 (42).

Les complications les plus fréquentes de cette méthode au deuxième trimestre restent, comme au premier trimestre, le taux d'échec, incluant la rétention de produits de la grossesse pouvant conduire à une aspiration endo-utérine dans les suites, ainsi que l'hémorragie pouvant nécessiter une transfusion (43,44). La prise répétée de misoprostol jusqu'à l'expulsion peut allonger la durée de prise en soins et ainsi constituer un inconvénient pour la femme. Cependant, d'après une étude récente, la durée médiane entre la première prise de misoprostol et l'expulsion serait de 7,2h et le taux d'expulsion dans la journée de 90%. Ainsi, seulement 10% des femmes devaient être hospitalisées pour la nuit (45).

La voie instrumentale peut être réalisée entre 14 et 16 SA mais sa procédure diffère par rapport au premier trimestre. La technique utilisée ne sera plus que l'aspiration mais aussi la dilatation et l'évacuation (D&E). Cette procédure existe depuis les années 1970 et a permis d'ouvrir de nouvelles possibilités pour les femmes en demande d'IVG tout en limitant le taux de complications (46). La dilatation concerne le col de l'utérus, en effet celui-ci doit être ouvert de façon suffisamment importante pour permettre ensuite l'évacuation du contenu utérin, associant l'aspiration intra-utérine et l'utilisation de pinces ou de forceps (47). Cette méthode nécessite donc l'implication d'un opérateur entraîné et habilité. L'anesthésie peut être locale ou générale. L'intervention peut, comme au premier trimestre, se dérouler en hospitalisation de jour ou en ambulatoire.

De nombreux guides sur cette procédure sont disponibles sur le net notamment sur le site de l'Ipas, qui détaille chaque étape précisément et inclut la prise en soins globale de la patiente (37).

De même que pour la technique médicamenteuse, deux auteurs français se sont interrogés sur la meilleure façon de réaliser l'IVG instrumentale entre 14 et 16 SA (48) et ont rédigé via le REVHO une fiche technique de la procédure, étape par étape, destinée aux professionnels français souhaitant s'y former (49).

Dans les complications possibles, on retrouve le plus fréquemment la déchirure cervicale lors de la dilatation du col utérin et l'hémorragie pouvant mener à une transfusion. Très rarement, lors du geste, peut se produire une perforation utérine (43,44).

Ainsi si les deux méthodes sont réalisables entre 14 et 16 SA, l'une est-elle préférable à l'autre car ayant prouvé sa supériorité ? Il semblerait d'après la littérature que les deux soient comparables quant à l'efficacité et aux taux de complications.

Les premières études randomisées ne prenaient pas en compte les choix ou préférences des femmes pour une des deux méthodes et randomisaient au hasard les femmes, soit dans un bras médicamenteux soit dans un bras instrumental. Cela avait pour conséquences de nombreux refus de participation de crainte d'obtenir la méthode non voulue (50) ainsi que la création d'un biais de mesure dans l'évaluation de la satisfaction de la méthode effectuée et dans l'évaluation de symptômes comme la douleur ou le saignement (51). Lorsque les femmes sont randomisées en fonction de leur préférence pour une méthode alors le taux de complication n'est pas significativement différent (52). Ainsi si les deux méthodes sont efficaces et sûres, il semblerait pertinent de laisser la décision à la femme quant au choix de la méthode, une fois les avantages et inconvénients des deux possibilités exposés (53). Choisir sa méthode d'IVG tout en étant correctement informée permet à la femme d'être autonome, améliore sa satisfaction et lui permet de mieux gérer cette étape dans sa vie (54,55).

Le Royaume-Uni, par exemple, a publié via une revue de la littérature anglaise (56) ses propres recommandations nationales (57) préconisant de proposer aux femmes l'accès aux deux méthodes entre 13 et 23+6 SA devant leur comparabilité en termes d'efficacité, de sûreté et d'acceptabilité.

e. L'application de la loi en France

Alors comment la loi est-elle appliquée en France depuis le 2 mars 2022 ?

Aucune information officielle ne recense les centres réalisant les IVG entre 14 et 16 SA ni par quelles modalités et techniques. En janvier 2023, la Docteure Trignol-Viguiier, responsable de l'unité fonctionnelle du centre d'orthogénie du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours, a présenté au congrès Paris Santé Femmes un bilan national concernant les IVG entre 14 et 16 SA. Ce bilan, non exhaustif, mettait pourtant déjà en lumière le fait que la majorité des structures concernées par la pratique de l'IVG ne les réalisaient pas lorsque le terme était compris entre 14 et 16 SA. Ainsi dans chaque région, seul un petit nombre de centres les réalise, le plus souvent les centres hospitaliers universitaires (CHU), et lorsque l'avortement à ce terme est accessible, les deux méthodes ne sont pas toujours proposées.

Ce constat n'est pas étonnant lorsqu'on sait que l'avortement entre 12 et 14 SA n'est pas accessible dans toutes les structures habilitées. En effet d'après une enquête gouvernementale de 2009, seuls 16 établissements d'Ile-de-France pratiquant des IVG sur 56 au total accédaient à la demande d'IVG d'une femme à un terme de 12 SA (58). Il avait bien été anticipé dans le rapport de l'Assemblée nationale en septembre 2020 que la réalisation des IVG entre 14 et 16 SA se concentrerait probablement dans les établissements de santé acceptant déjà d'effectuer des IVG entre 12 et 14 SA (9).

De plus, la grande majorité de l'expérience française en termes d'avortements entre 14 et 16 SA, se situe dans la méthode médicamenteuse, via les IMG et les MFIU comme vu précédemment. Ainsi, peu de praticiens français au moment du passage de la loi du 2 mars 2022 possédaient une réelle expérience de la technique de D&E, spécifique du deuxième trimestre. On peut aussi souligner que si le délai légal s'est allongé, les praticiens volontaires à se former à la D&E étaient déjà ceux qui pratiquaient les IVG par aspiration au premier trimestre de la grossesse.

La Docteure Karima Bettahar, gynécologue-obstétricienne au CHU de Strasbourg, a présenté lors du même congrès sa revue de la littérature concernant la méthode médicamenteuse entre 14 et 16 SA (38), que nous avons détaillée précédemment. Le

protocole qui y est préconisé est mis en application au CHU de Strasbourg et en 2022, 21 IVG médicamenteuses ont été effectuées dans ce centre. Celles-ci sont réalisées en salle de naissances, où les femmes sont accompagnées par des sages-femmes ayant reçu des formations spécifiques dans cette pratique au préalable. La méthode instrumentale est aussi proposée et 13 IVG ont été réalisées via cette technique lors de l'année 2022 au CHU de Strasbourg. C'est la technique de D&E explicitée par le REVHO qui est y est appliquée (49).

Fort de ces expériences, la coordination périnatale Grand-Est, fédération des trois réseaux de périnatalité du Grand Est, a rédigé fin 2022 des recommandations pour les prises en soins des IVG entre 14 et 16 SA, incluant la prise en soins globale de la patiente ainsi que les protocoles pour les techniques médicamenteuse et instrumentale (59).

Afin d'obtenir des informations plus complètes à une échelle régionale, la Docteure Trignol-Viguié a été à l'initiative d'une enquête à propos de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA en région CVL. Son but était de réaliser un état des lieux à 6 mois du passage de la loi en cartographiant les pratiques autour de l'IVG entre 14 et 16 SA. Ce travail a été effectué par Madame Romy Pouvreau--Chassagne, sage-femme, dans le cadre de son mémoire de fin d'études. Ses résultats et constats ont permis par la suite de faire germer l'idée d'un projet de parcours de soins constituant le sujet de cette thèse.

2. État des lieux de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA en région CVL

a. Autour d'une enquête

L'étude effectuée est multicentrique, descriptive et prospective. Son but est d'établir un état des lieux des pratiques de l'avortement du deuxième trimestre dans la région CVL. Pour ce faire, un questionnaire a été diffusé en septembre 2022, à 6 mois du passage de la loi Gaillot, à 20 des 23 structures agréementées à la prise en soins des IVG après un terme de 9 SA dans la région (Figure 2). Ces structures ont été recensées via le répertoire créé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) CVL en 2017 (60). Les 20 structures retenues ont été incluses car possédant un bloc opératoire, un plateau technique ou une salle blanche à disposition. Parmi elles, on trouve 11 services de gynécologie-obstétrique, 5 centres d'orthogénie (CO), 2 centres d'IVG (CIVG), 1 planning familial conventionné avec un centre hospitalier (CH) de proximité et

1 service de chirurgie ambulatoire où des gynécologues libéraux réalisent les IVG de leurs patientes.

Un CIVG est un centre qui se consacre à la prise en soins des femmes demandant une IVG. Un CO est à la fois un CIVG et un centre de santé sexuelle, assurant donc en plus du parcours IVG, des missions de prévention, de dépistage et de contraception. Chaque service de gynécologie-obstétrique en hôpital public, s'il ne possède pas de structure spécifique comme un CIVG ou un CO en son sein, se doit de proposer une offre d'IVG puisqu'il s'agit d'un droit reconnu à toutes les femmes par la loi. Ces services ont d'autres missions, comme la permanence des soins via les urgences ou la gestion des naissances.

Les référents de chaque structure ont été interrogés lors d'un rendez-vous, soit téléphonique soit en présentiel, afin de pouvoir répondre au questionnaire.

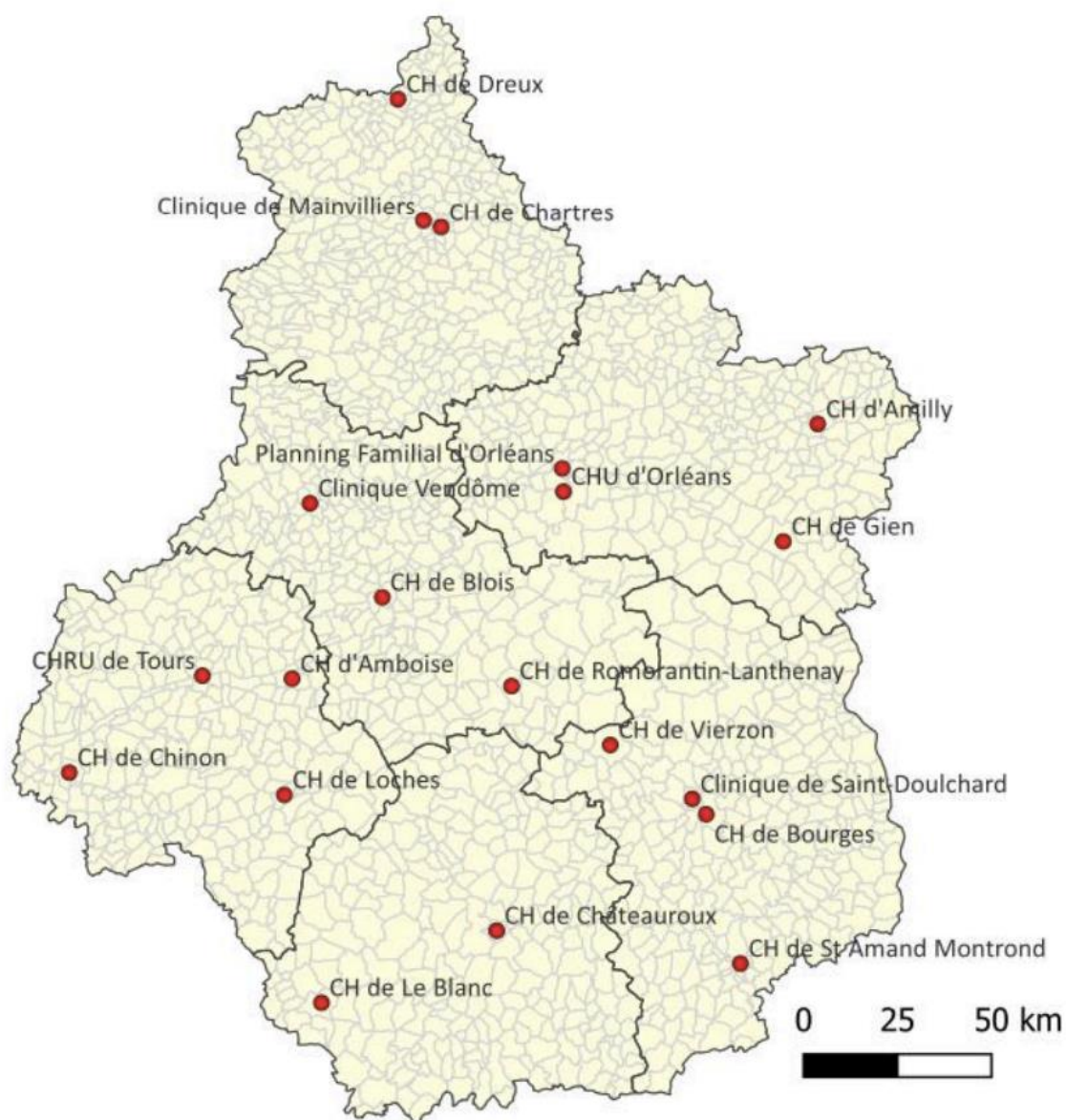


Figure 2 : Carte des structures de la région CVL incluses dans l'étude

b. Résultats

Parmi tous les résultats obtenus grâce à cette étude, n'ont été retenus pour ce travail que ceux autour de la pratique de l'IVG au-delà de 14 SA. Les premiers résultats concernent l'organisation territoriale de la prise en soins de l'IVG :

- 5 structures réalisent les IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL, les 15 autres structures ne les réalisent pas et pratiquent les IVG jusqu'à un terme maximal de 12 ou de 14 SA (Figure 3) ;
- Au total, dans la région, ont été formulées environ 100 sollicitations de femmes souhaitant une IVG entre 14 et 16 SA ;
- Entre 43 et 46 avortements du deuxième trimestre ont été réalisés dans le CVL ;
- Le nombre de professionnels pratiquant régulièrement cet acte s'élève à 18.

Parmi les 5 structures pratiquant l'IVG entre 14 et 16 SA, on retrouve :

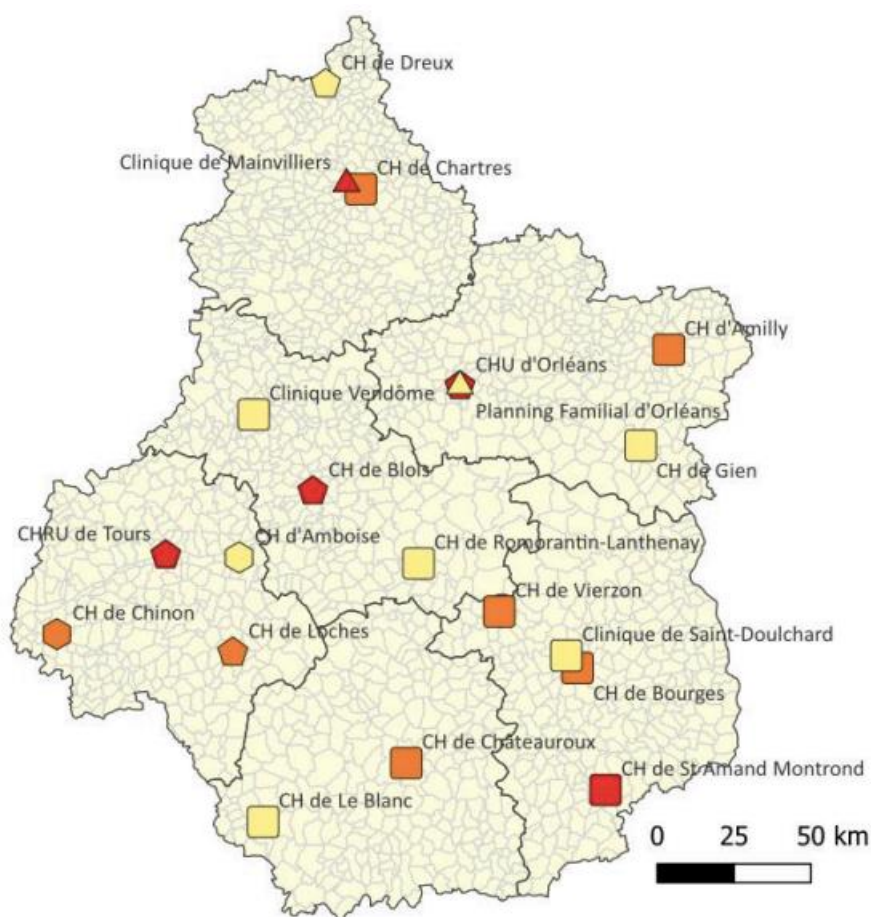
- Le CIVG du CHRU de Tours ;
- Le CIVG du centre hospitalier régional (CHR) d'Orléans ;
- Le CIVG du CH de Blois ;
- Le service de gynécologie-obstétrique du CH de Saint Amand-Montrond ;
- Le service de chirurgie ambulatoire de la clinique de Mainvilliers où des médecins libéraux réalisent les IVG de leurs patientes.

Les méthodes proposées aux femmes pour réaliser l'avortement entre 14 et 16 SA varient selon les structures :

- Une structure propose uniquement la méthode médicamenteuse ;
- Trois structures proposent uniquement la méthode instrumentale, dont une qui a déjà ponctuellement proposé la méthode médicamenteuse ;
- Une structure propose les deux méthodes selon le contexte et le choix de la patiente avec un protocole différencié par la mesure fœtale du diamètre bipariétal (BIP) :
 - Inférieure à 34 mm : la méthode de première intention sera instrumentale ;
 - Supérieure à 34 mm : la méthode proposée sera plutôt médicamenteuse.

Les protocoles de soins établis par ces structures peuvent aussi varier :

- Pour la méthode instrumentale :
 - Trois structures se sont basées sur le protocole du REVHO explicitant la technique de D&E du contenu utérin ;
 - Une structure utilise le même protocole pour les IVG entre 14 et 16 SA que celui qu'elle utilise pour réaliser des IVG entre 12 et 14 SA
- Pour la méthode médicamenteuse :
 - Une structure utilise le même protocole de service que celui destiné aux IMG ;
 - Une structure a réalisé un protocole à partir de la littérature scientifique.



Délais d'IVG réalisés dans les structures de prise en soins des IVG

Jusqu'à 12 SA

Jusqu'à 14 SA

Jusqu'à 16 SA

Type de structures de prise en soins des IVG

CIVG*¹

CO*²

SGO*³

Autres*⁴

*¹ CIVG = centre d'interruption volontaire de grossesse

*² CO = centre d'orthogénie

*³ SGO = service de gynécologie obstétrique

*⁴ Autres = centre de santé du planning familial ou unité de chirurgie ambulatoire

Figure 3 : Carte des structures de prises en soins de l'IVG en fonction du délai maximal et du type de structure, en région CVL

A propos des complications rencontrées lors de la pratique des IVG entre 14 et 16 SA :

- Sur les 3 structures les réalisant via la méthode médicamenteuse, une hémorragie a été déclarée ;

- Sur les 4 structures les réalisant via la méthode instrumentale, il a été déclaré au total deux à trois hémorragies ainsi qu'une perforation utérine.

Il est aussi intéressant d'observer les difficultés rencontrées par l'ensemble des structures autour de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA (Tableau 1).

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES <i>n = nombre de structures</i>	EFFECTIF <i>n = 18 (proportion)</i>
Clause de conscience appliquée par un.e ou plusieurs professionnel.le.s	8 (45 %)
Manque d'accès au bloc opératoire, au plateau technique	6 (33 %)
Manque de formation technique	3 (17 %)
Manque d'accès aux anesthésistes	3 (17 %)
Professionnel.le isolé.e, sans sécurité	3 (17 %)
Manque de temps et/ou de valorisation sociale	3 (17 %)
Manque de matériel	2 (11 %)
Aucune demande de la part des patientes	1 (6 %)
Difficultés psychologiques	1 (6 %)
Manque de valorisation financière	1 (6 %)
Aucune difficulté	- (0 %)

Avec n = 18 car 2 structures n'ont pas répondu à la question.

Tableau 1 : Difficultés rencontrées par les établissements au sujet de la PES des IVG entre 14 et 16 SA

Ainsi la clause de conscience appliquée par les professionnels est la difficulté rencontrée la plus fréquemment. La clause de conscience est un droit, pour tout professionnel de santé, qui permet de refuser la réalisation d'un acte médical, pourtant autorisé par la loi, qui irait à l'encontre de ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques. Depuis la loi Veil de 1975, il existe une clause de conscience spécifique à l'IVG. Un professionnel peut donc refuser de pratiquer l'avortement mais se doit de réorienter la patiente vers un autre praticien ou une autre structure à même de répondre à sa demande. La loi Neiertz du 27 janvier 1993 crée le délit d'entrave à l'IVG qui sanctionne le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une IVG (61).

Dans 9 des 20 structures de la région CVL, un ou plusieurs professionnels y appliquent leur droit de retrait. Ces clauses de conscience sont parfois sélectives et peuvent varier avec le terme de la grossesse (Tableau 2).

DÉPARTEMENT	CHER	EURE-ET-LOIRE IVG	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	TOTAL
CLAUDE DE CONSCIENCE	n=4	n=3	n=2	n=4	n=3	n=4	n=20
Aucune	1	1	-	3	2	4	11
Pour toute IVG	1	1	-	-	-	-	2
IVG > 9 SA	1	-	1	-	-	-	2
IVG > 12 SA	1	-	-	1	1	-	3
IVG > 14 SA	-	1	1	-	-	-	2

Avec n le nombre de structures que nous avons interrogées dans chaque département.

Tableau 2 : Application de la clause de conscience dans les structures en fonction des départements de la région CVL

c. Analyses et discussion

D'après cette étude, à 6 mois du passage de la loi du 2 mars 2022, la région CVL comptait 5 structures agréementées pratiquant des avortements du deuxième trimestre sur les 20 incluses au total, ce qui représente donc 25%. Au moment de la réalisation de ce travail, ce pourcentage a été réduit à 20% car le CH de Saint Amand-Montrond ne possédait qu'un seul professionnel réalisant cet acte et son activité n'a pas été poursuivie à la suite de son départ en retraite fin mars 2023. Ainsi, 4 des 6 départements en CVL possèdent une structure à même de prendre en soins les IVG entre 14 et 16 SA ; le Cher et l'Indre en sont dépourvus. Ce constat peut s'expliquer, comme vu précédemment, par le fait qu'un grand nombre des structures de la région (40%) pratiquaient les IVG jusqu'à un terme maximal de 12 SA. En effet, il paraîtrait plus pertinent que cela soit les structures pratiquant déjà des IVG entre 12 et 14 SA au moment du vote de la loi qui s'investissent ensuite dans la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA.

Les méthodes de réalisation de ces IVG entre 14 et 16 SA étaient variables d'une structure à l'autre. La technique instrumentale était la plus répandue puisque pratiquée par 4

des 5 structures concernées. Une seule structure a développé les deux méthodes et les propose aux femmes. Cependant lorsque la mesure fœtale du diamètre bipariétal était supérieure à 34 mm, c'est la méthode médicamenteuse qui était appliquée. Une autre structure avait commencé à les réaliser via la méthode médicamenteuse mais ne l'avait pas jugée satisfaisante devant l'apparition de certaines complications. C'est pourquoi il lui avait été préféré par la suite la technique instrumentale.

La mise en place d'une méthode dépend de nombreux facteurs et contraintes. En effet, quelle que soit la méthode, de nombreux professionnels et services peuvent être concernés. Chaque structure peut de ce fait rencontrer des difficultés inhérentes à son organisation, comme un manque de moyens, de matériels ou de temps. De plus, une demande d'avortement proche du délai limite légal impose une situation d'urgence relative qui amplifie cette contrainte organisationnelle.

On peut noter que sur les 5 structures effectuant les IVG entre 14 et 16 SA, 3 sont des CO. Effectivement, une de leurs missions principales est la prise en soins des femmes en demande d'IVG. Cette structure y étant dédiée, la majorité des moyens matériels et financiers est tournée vers son bon déroulement. Les professionnels y exerçant ont fait le choix d'orienter leur carrière vers cette pratique, ce pourquoi leur investissement a permis de mettre en place des protocoles de services et d'instaurer la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA.

D'après la circulaire DGS/ DHOS n°2001-467 du 28 septembre 2001 : « Tout chef de service ou de département ou tout praticien exerçant au sein dudit service ou département, peut opposer la clause de conscience s'il ne veut pas pratiquer personnellement les interruptions de grossesse. Toutefois, la pratique des IVG étant une mission de service public, tout chef de service ou de département est tenu d'en assurer l'organisation, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement lui en a confié la mission. » (62). Ainsi, proposer un parcours IVG fait partie intégrante des obligations des structures publiques hospitalières. Il n'existe cependant pas de prérogative quant aux modalités de celui-ci et notamment pour le terme maximal de prise en soins.

Les résultats obtenus via l'étude ne permettent pas de préciser exactement le nombre de professionnels concernés par la pratique de l'avortement qui appliqueraient leur clause de

conscience. Toutefois, 9 des 20 structures interrogées précisent avoir dans leur équipe un ou plusieurs professionnels exerçant ce droit. L'application de cette clause de conscience par un certain nombre de praticiens peut être un frein majeur à la mise en place de cette pratique dans une structure car réduisant de fait l'effectif mobilisable. D'autant que la région CVL est une des régions les plus touchées par la désertification médicale et que certaines équipes peuvent déjà être en effectif réduit.

Une des autres remarques formulées par 6 % des structures interrogées à propos de la prise en soin des IVG entre 14 et 16 SA étaient le fait qu'aucune patiente n'avait formulé cette demande auprès d'eux. L'absence de demande entraînant une absence de besoin, certaines structures pouvaient juger inadéquat de développer cette activité. En effet, environ 100 demandes d'IVG entre 14 et 16 SA ont été formulées auprès des structures incluses dans la région CVL, ce qui représente environ 2,7 demandes par département et par mois. Ce chiffre est toutefois à considérer avec précaution car il est possible qu'une femme ait pu solliciter plusieurs centres de la région.

Cependant, le nombre d'avortement du deuxième trimestre recensé via cette étude peut apporter plus de renseignements quant aux demandes régionales. Celui-ci se situe entre 43 et 46 au total dans la région, sur la période du 2 mars au 2 septembre 2022, ce qui représente 1,2 IVG entre 14 et 16 SA effectuée, par mois et par département. En 2021, d'après la DREES, 6 646 IVG ont été réalisées en région CVL (4). Si l'on extrapole le nombre d'IVG entre 14 et 16 SA de la région sur 1 an via les chiffres obtenus à 6 mois, les IVG du deuxième trimestre représenteraient entre 1,3 à 1,4 % de l'ensemble des IVG de la région. Ces données sont discutables car obtenues sur une période courte et ne prenant pas en compte les possibles flux migratoires, une femme ne réalisant pas forcément son avortement dans la région où elle vit. Elles concordent toutefois avec les prédictions retrouvées dans le rapport de l'Assemblée nationale de septembre 2020 qui spécifiait que : « si l'on retient l'hypothèse des 3 000 femmes contraintes de se rendre à l'étranger chaque année pour une IVG, cela représente environ 1,3 % du total des femmes souhaitant y recourir » (9).

La région CVL a donc été en mesure de répondre aux besoins de ces femmes à la suite de l'allongement du délai légal et a pu développer cette pratique des IVG entre 14 et 16 SA

dans certaines de ses structures. Cependant il peut être compliqué pour ces femmes à des termes avancés d'accéder à des informations claires à propos des délais limites de prises en soins des IVG de chaque structure. C'est pourquoi un des articles de la loi du 2 mars 2022 spécifie que chaque ARS devra établir un recensement des professionnels et structures pratiquant l'IVG de sa région, notamment celles entre 14 et 16 SA (18). Cela permettrait de limiter l'errance médicale et les prises en soins tardives contraignant les patientes, avec un terme dépassé d'un point de vue légal, à se rendre dans des pays limitrophes.

Ces cas d'errance médicale ne sont pas étrangers à notre région. En effet, courant octobre 2022, une patiente habitant la région en demande d'un avortement entre 14 et 16 SA s'est vue décliner sa prise en soins par plusieurs structures régionales et extrarégionales. Sa demande a finalement pu être réalisée mais à un terme proche du délai limite légal. C'est à la suite de ces nombreux refus de prises en soins que la patiente a déclaré l'événement indésirable sur la page web du Réseau Périnat CVL.

Le Réseau Périnat CVL est un réseau de santé en périnatalité. C'est une structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE), financée par l'ARS-CVL. Une de ses missions comprend l'amélioration et le développement du parcours IVG dans la région. La Dre Nathalie Trignol-Viguiier en est la médecin coordinatrice de la commission Santé Sexuelle et Orthogénie. À ce titre, il lui revient de traiter les déclarations d'événements indésirables liés à l'IVG recensées via la page web du Réseau. Devant l'absence de réponse évidente à fournir à la patiente pour justifier de ces nombreux refus de prise en soins, le Réseau Périnat et l'ARS-CVL ont réfléchi ensemble à une solution possible au niveau régional.

3. Projet d'un parcours de soins coordonné

a. Principes et réflexions

L'idée a germé de mettre en place un parcours de soins fléché, destiné aux patientes en demande d'IVG entre 14 et 16 SA, qui n'auraient pas d'accès direct de proximité pouvant répondre à cette demande. En effet, l'offre régionale concernant les avortements du deuxième trimestre est hétérogène en CVL, deux départements de la région ne possèdent pas de structures les réalisant. Cette disparité crée une inégalité territoriale pour les femmes ne

résidant pas à proximité d'une de ces structures. C'est pourquoi le projet d'un parcours de soins n'est envisageable que dans cette perspective de lisser les inégalités de l'offre régionale.

Le principe du parcours est qu'une femme en demande d'IVG entre 14 et 16 SA soit tout d'abord reçue dans son centre de proximité, où la prise en soins initiale y serait effectuée (consultation pré-IVG, consultation d'anesthésie, échographie de datation, bilan sanguin). Après mise en relation avec un centre affilié réalisant les IVG entre 14 et 16 SA et transmission du dossier médical, une date d'intervention serait fixée dans les jours qui suivent. La femme pourrait alors se rendre dans ce centre de référence où l'acte d'IVG serait réalisé. La consultation post-IVG, 15 jours après le geste, pourra être faite dans le centre de proximité.

Ce projet a été exposé par la Dre Trignol-Viguié et moi-même à l'ARS-CVL, en la présence du Dre Oyer-Al Nakib et de Mme Martinage, lors d'une réunion le 12 décembre 2022. Un avis favorable à la création de ce parcours de soins a été donné par l'ARS. Des points de discussion autour de sa mise en place ainsi que les difficultés potentielles d'ordre organisationnel et financier ont été exposées.

La première était que ce type de parcours réunit de nombreux acteurs et intervenants, aux métiers et fonctions différentes, ainsi que de nombreuses structures dont l'organisation intrinsèque varie. Cela nécessitait donc d'obtenir leur accord et leur participation active au bon déroulement de sa mise en œuvre pour permettre une même dynamique au niveau régional. L'étape nécessaire au projet était de définir parmi les 5 structures régionales réalisant les IVG entre 14 et 16 SA, celles capables de participer au parcours en tant que centre de référence et par la suite d'obtenir leur adhésion. Déterminer les centres de proximité régionaux habilités à recevoir en amont ces patientes et obtenir leur collaboration était aussi une condition sine qua non à la mise en place du parcours.

Un autre jalon important se situait autour de la consultation d'anesthésie. En effet, dans l'agencement du parcours, l'idéal serait que cette consultation ait lieu dans le centre de proximité de la femme. Cette consultation préalable à l'anesthésie est obligatoire afin d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour permettre le jour de l'intervention une analgésie efficace et évaluer les risques anesthésiques et opératoires. Cependant, il peut être délicat pour un médecin anesthésiste de prendre en soins une patiente qui n'aurait pas été vue par lui-même ou par un de ses confrères de la même structure. Une solution possible à cette

difficulté pourrait être la téléconsultation. En effet, cette consultation pourrait être réalisée à distance par un membre de l'équipe anesthésique de la structure qui effectuera le geste. Cela nécessite alors que la téléconsultation ait été installée et organisée dans cette structure.

L'autre questionnement concernait le financement du parcours et de ses étapes. À ce jour, une IVG réalisée dans un établissement de santé est remboursée par la CPAM sur la base d'un tarif forfaitaire. Celui-ci n'est pas sécable et revient entièrement à l'établissement dans lequel est effectué le geste de l'avortement. Un financement spécifique indépendant de ce forfait est donc à envisager pour rémunérer les structures d'accueil de proximité ayant reçu les patientes. Une des solutions proposées par l'ARS pour débloquer un financement est de soumettre notre projet de parcours de santé au dispositif 51. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, des dérogations permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé dans le cadre d'une démarche de transformation de l'offre du système de santé et de son financement (63).

b. [Projet article 51](#)

Ce dispositif article 51 est accessible à tout acteur du système de santé souhaitant contribuer à un projet innovant concernant la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en soins sanitaires, la structuration des soins ambulatoires ou l'accès aux soins. Si le projet est jugé comme étant recevable par le Comité Technique de l'Innovation en Santé (CTIS), celui-ci est mis sur pied et testé sur un périmètre réduit. S'il s'avère concluant alors l'innovation est susceptible d'être étendue au système de santé.

La première étape consiste à candidater aux dérogations et financement article 51 via une lettre d'intention ou pré-cahier des charges. L'objectif de cette lettre formalisée est de décrire le dysfonctionnement actuel constaté dans l'organisation des soins et de soumettre sa proposition de résolution organisationnelle et/ou financière. Celle-ci a été rédigée par la Dre Trignol-Viguié et moi-même puis déposée auprès de l'ARS CVL le 10 janvier 2023 et soutenu par la Dre Oyer représentant l'ARS CVL.

La deuxième étape est le retour d’instruction : le CTIS analyse le projet et rend sa réponse quant à sa recevabilité. Le 14 février 2023, il a été rendu un avis défavorable sur l’expérimentation 51. L’intérêt du projet a été souligné mais l’absence de dérogation nécessaire à sa mise en place explique ce refus. En effet, rien n’empêche que des structures hospitalières effectuent des actes médicaux liés à l’IVG (comme une consultation ou une prise de sang), sans être rémunérées. Dans notre projet, la structure qui prend en soins initialement la femme est différente de la structure qui réalise le geste de l’IVG mais le forfait IVG ne peut être coté que par l’établissement réalisant l’intervention. Ainsi la structure de proximité ne peut pas valoriser ces actes-ci mais travailler gratuitement ne déroge pas aux lois ou aux règles établies.

Malgré cet avis défavorable, l’ARS a maintenu son soutien notamment en débloquant un financement indépendant à destination du projet.

c. Objectifs

Les objectifs du parcours de soins sont de permettre une application de la loi dans les meilleures conditions d’accès pour les femmes, quel que soit leur lieu de vie sur le territoire régional. Si le principe du parcours est respecté alors les déplacements des femmes pourront être optimisés et le lien de proximité avec les équipes soignantes sera maintenu et développé. Un des autres objectifs est d’obtenir une réduction des inégalités sociales liées au coût des déplacements, à la perte de salaire et au risque de rupture de la confidentialité. Le bon déroulement du parcours nécessitera une implication des équipes locales dans la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA. L’objectif à terme serait que cette sensibilisation et cette approche collaborative élargissent les centres ressources dans la région.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Population cible et effectif

Le parcours de soins est à destination des femmes en demande d'IVG vivant en région CVL et dont la structure d'accueil de proximité ne permet pas la prise en soins directe de l'IVG entre 14 et 16 SA. Il est à noter que les patientes incluses dans le parcours sont celles sollicitant une IVG à ce terme dans une structure de proximité de la région CVL, il se peut alors qu'elles habitent en périphérie hors de la région mais en proximité géographique d'un de ses centres. A l'inverse, certaines femmes de la région s'orientent spontanément vers un centre extra régional pour les mêmes raisons de proximité géographique et échappent à ce parcours de soins.

Comme explicité précédemment, la part des IVG entre 14 et 16 SA en région CVL représente un faible taux de patientes par rapport au nombre d'IVG totales de la région. Entre 43 et 46 avortements du deuxième trimestre ont été effectués sur une période de 6 mois en CVL et les derniers chiffres régionaux recensent un total de 6 646 IVG réalisées sur l'année 2021 (4). 1,3 à 1,4 % des IVG régionales seraient donc à un terme situé entre 14 et 16 SA.

D'après ces estimations, on pourrait donc s'attendre à effectuer environ 86 à 93 IVG entre 14 et 16 SA en CVL sur une année. Ainsi le parcours permettrait la prise en soins d'une à deux femmes par mois et par département.

2. Inclusion des structures

Afin de mettre en œuvre le parcours, il a été nécessaire de définir deux types de structures : celles qui effectueront la prise en soins initiale en proximité et celles qui réaliseront l'acte de l'avortement. Les premières seront appelées « structures de proximité » et les secondes, « centres ressources » (Figure 4).

À notre connaissance, au moment de l'inclusion, trois CH avaient une activité de prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL : le CHRU de Tours, le CHR d'Orléans et

le CH de Blois (le CH de Saint Amand-Montrond ayant cessé cette activité fin mars 2023). Deux gynécologues-obstétriciens exerçant en cabinet libéral dans les alentours de Chartres réalisaient les IVG entre 14 et 16 SA de leurs patientes. Celles-ci étaient réalisées par méthode chirurgicale en utilisant le bloc opératoire de la clinique privée de Mainvilliers.

Les critères d'inclusion des centres ressources sont :

- Avoir une organisation et une activité de prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA
- Accepter de recevoir des patientes adressées par une structure de proximité.

Le critère d'inclusion des structures de proximité est :

- Pouvoir réaliser l'ensemble de la prise en soins initiale de l'IVG entre 14 et 16 SA.

Le critère d'exclusion de toutes ces structures est :

- Se situer en dehors de la région CVL.



Figure 4 : Carte des structures de proximité et des centres ressources de la région CVL inclus dans le parcours de soins

3. Répartition régionale de la prise en soins

La majorité de la population de la région ne bénéficie pas d'un centre ressource à proximité, il a donc fallu établir une répartition géographique régionale d'affiliation des structures de proximité à un centre ressource. Par soucis de praticité et afin d'obtenir une meilleure compréhension de l'utilisation du parcours, la répartition s'est faite à un niveau

départemental. Trois départements sur les six de la région disposent d'un centre ressource et les trois départements restant en sont dépourvus. Chaque centre ressource reçoit alors la responsabilité de drainer les demandes d'actes d'IVG entre 14 et 16 SA des structures de proximité de 2 départements, le sien et un second. Cette répartition départementale a été déterminée en fonction de la distance et de l'accès aux transports, du nombre d'IVG effectuées en moyenne dans chaque département (4), de la population des femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans de chaque département (Tableau 3), et de l'organisation et de la capacité d'accueil de chaque centre ressource.

D'après une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et l'ARS, la région CVL compte en 2018 près de 1 325 000 femmes dont plus de 517 250 femmes en âge de procréer (15-49 ans) soit 39 % de la population féminine (64). L'Indre-et-Loire (41,2 %), le Loiret (41,1 %) et l'Eure et Loire (39,6%) présentent les proportions de femmes de cet âge les plus élevées au contraire de l'Indre (34,1 %), du Cher (35,9 %) et du Loir-et-Cher (36,3 %).

	Effectifs des femmes en âge de procréer (15-49 ans)	Effectifs de l'ensemble des femmes	Part des femmes en âge de procréer (15-49 ans) (en %)
Cher	56 118	156 441	35,9
Eure-et-Loir	87 453	220 839	39,6
Indre	38 954	114 070	34,1
Indre-et-Loire	130 067	315 474	41,2
Loir-et-Cher	61 675	169 916	36,3
Loiret	142 991	348 227	41,1
Centre-Val de Loire	517 258	1 324 967	39,0
France métropolitaine	13 971 599	33 457 101	41,8

SOURCE : INSEE RP 2018 - EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Tableau 3 : Effectifs et part des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans les départements du CVL

Ces chiffres concordent avec le nombre total d'IVG réalisées par chaque département en 2021, d'après la DREES (4). Les départements qui en ont réalisé le plus sur l'année sont le Loiret (2055), l'Indre-et-Loire (1450) et l'Eure-et-Loir (1149), suivis par le Cher (794), le Loir-et-Cher (702) et l'Indre (496).

Concernant l'organisation de chaque centre ressource, 9 professionnels de santé travaillent à temps partiel au CO du CHRU de Tours et effectuent les IVG du deuxième trimestre de la grossesse. Au CO du CHR d'Orléans, ce sont 3 professionnels qui assurent cette activité, dont 2 à temps partiel. Au CH de Blois, les médecins généralistes et sages-femmes exerçant au CO n'ont pas accès au bloc opératoire du fait d'une particularité organisationnelle. Dans cet établissement, les IVG entre 14 et 16 SA se pratiquent via la méthode chirurgicale au bloc opératoire. Celles-ci sont alors effectuées par 3 des 9 gynécologues-obstétriciens du service.

La première attribution a été l'affiliation de l'Indre avec l'Indre et Loire du fait essentiellement de la position géographique de l'Indre par rapport aux autres départements dépourvus d'un centre ressource.

Les affiliations du Cher avec le Loiret et de l'Eure-et-Loir avec le Loir-et-Cher ont été déterminées en associant les différents facteurs cités précédemment (Figure 5). Ceci dans le but de faciliter les trajets effectués par les patientes d'un département à un autre et en limitant les difficultés organisationnelles des centres ressources face à la demande supplémentaire. Cette organisation départementale permet de répartir l'activité pour les centres ressources mais peut être amenée à changer exceptionnellement selon la situation d'une femme. Par exemple, une femme habitant Bourges devrait être adressée au CHR d'Orléans. Cependant si un de ses proches habite à proximité d'un autre centre ressource, alors on pourrait envisager que la prise en soins de la patiente s'effectue dans cet autre centre après accord de celui-ci.

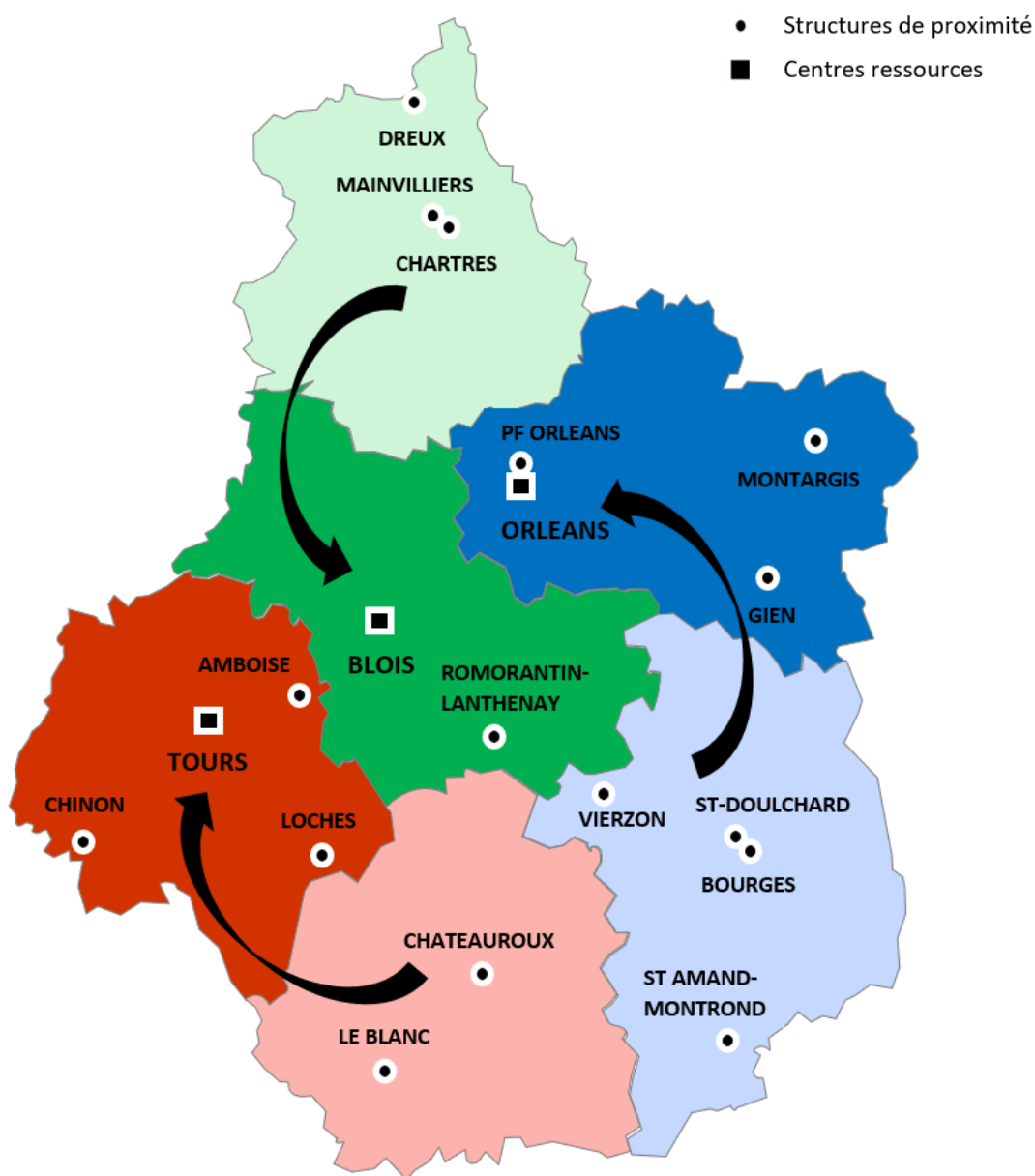


Figure 5 : Carte de répartition de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA en région CVL

4. Financement

Actuellement en France, l'IVG est prise en charge à 100 % par la CPAM dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais (tiers payant) pour toutes femmes assurées sociales (65). Le tarif forfaitaire d'une IVG instrumentale est variable (de 463,25 euros à 664,05 euros) en fonction du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée de

l'hospitalisation. Celui d'une IVG médicamenteuse en établissement de santé est fixé à 282,91 euros (66).

La cotation hospitalière de la méthode instrumentale comprend, d'après le site ameli.fr (67) :

- La consultation médicale pré-IVG,
- Les analyses de laboratoire préalables à l'IVG,
- L'anesthésie locale ou générale et la consultation pré-anesthésique si besoin,
- L'acte d'IVG et la surveillance,
- L'accueil et l'hébergement,
- La consultation médicale de suivi post-IVG.

Le tarif forfaitaire de la méthode médicamenteuse réalisée en établissement de santé comprend, d'après le site ameli.fr (67) :

- Les analyses de laboratoire préalables à l'IVG,
- L'échographie préalable à l'IVG,
- La consultation médicale pré-IVG,
- Les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de suivi post-IVG,
- L'éventuelle injection d'anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est négatif,
- L'analyse de contrôle biologique après l'IVG.

À ce jour, le mode de réalisation des IVG entre 14 et 16 SA dans les centres ressources du CVL se fait principalement par méthode instrumentale sous anesthésie générale. Dans certains cas, la méthode médicamenteuse pourra être utilisée. Dans les deux situations, le forfait n'étant pas sécable, celui-ci reviendra à l'établissement dans lequel sera réalisée l'IVG, à savoir le centre ressource. L'ARS CVL a donc voulu soutenir le travail des structures de proximité en débloquent un financement spécifique via le fond d'intervention régional, à hauteur de 40 500 euros. Ce budget a été déterminé sur la base de 135 euros par patiente pour 100 patientes par an, pour une durée totale de 3 ans.

Ces 135 euros correspondent à la prise en soins initiale effectuée par les structures de proximité :

- Les consultations pré et post-IVG (2 fois 25 euros)
- La consultation d'anesthésie (25 euros)
- L'échographie de datation (35,65 euros)
- Le comprimé de 200 mg de Mifépristone (24 euros)

Le circuit financier de remboursement sera établi par convention entre les structures de proximité et l'ARS CVL au regard de l'activité.

Concernant les frais de trajet, le bon de transport du jour de l'hospitalisation pour l'IVG est pris en charge à 65% par la CPAM, le reste à charge peut être remboursé par la mutuelle. Or si la femme a demandé la confidentialité (anonymisation des actes) ou si elle ne possède pas de complémentaire santé, alors les 35% restant seront à sa charge. De plus, si lors du parcours, un bon de transport supplémentaire est nécessaire (par exemple pour une consultation anesthésique à faire dans le centre ressource), la CPAM ne prévoit aucun remboursement dans ce cas. C'est la raison pour laquelle nous avons également demandé un remboursement des frais de transport pour les femmes bénéficiant du parcours. Cependant, leur prise en charge restera comme établi par la CPAM.

III. RESULTATS

1. Rencontre avec les différents acteurs

Le projet du parcours de soins a d'abord été abordé auprès des 4 structures de la région réalisant les IVG entre 14 et 16 SA : le CHRU de Tours, le CHR d'Orléans, le CH de Blois et un des praticiens libéraux effectuant des avortements du deuxième trimestre dans le bloc opératoire de la clinique de Mainvilliers. Ce dernier, n'ayant pas répondu aux nombreuses sollicitations, n'a pas été intégré au parcours. Les trois premiers CH ont accepté d'être présents

lors de réunions. Celles-ci avaient pour but d'exposer les principes du parcours, d'obtenir leur accord participatif en tant que centre référent et de recueillir leurs remarques et commentaires afin d'améliorer l'agencement du parcours. Les trois services d'orthogénie du CHRU de Tours, du CHR d'Orléans et du CH de Blois ont accepté d'être centre ressource et de recevoir des patientes adressées par une structure de proximité dans le cadre du parcours. Les chefs de service de l'unité gynécologique de ces trois établissements ont aussi été informés et ont émis un avis favorable.

Des discussions avec les médecins anesthésistes-réanimateurs responsables de la gynécologie du CHRU de Tours et du CHR d'Orléans ont ensuite eu lieu afin qu'ils émettent les différentes possibilités de réalisation d'une consultation d'anesthésie à distance. Le centre d'orthogénie du CH de Blois a préféré transmettre lui-même les principes du projet à leur équipe d'anesthésie.

Les structures de proximités de la région CVL ont été contactés par mail afin de leur présenter le parcours. Lorsque cela était possible, il a été organisé des réunions en visioconférence entre les référents des centres ressources et leurs structures de proximité affiliées pouvant leur adresser des patientes. Toutes les structures de proximité n'ont pas pu répondre présentes. Le but était d'apprécier leur capacité à recevoir en consultation pré-IVG une patiente dans un contexte d'urgence relative. En effet, la plupart des services de gynécologie n'ont pas de permanence quotidienne de consultation pré-IVG. Toutefois, une IVG entre 14 et 16 SA se situe à la limite légale et nécessite une prise en soins rapide. De même, il est nécessaire d'avoir les moyens de réaliser une échographie de datation afin de situer le degré d'urgence et de réactivité. La dernière condition est de pouvoir obtenir une consultation d'anesthésie si celle-ci est demandée par le centre ressource affilié à la structure de proximité. De plus, nous avons pu relever que plusieurs types de professionnels de santé seraient amenés à réaliser cette prise en soins en amont. C'est pourquoi afin de permettre une uniformisation des pratiques et un adressage des patientes plus standardisé, il a été décidé de créer un dossier gynécologique commun.

Neuf des 16 structures de proximité incluses ; les CH d'Amboise, de Chinon, de Loches, de Châteauroux, de Bourges, de Montargis, de Vierzon, de Romorantin-Lanthenay et de Chartres, ont confirmé être aptes à effectuer la prise en soins initiale d'une patiente en demande d'IVG

entre 14 et 16 SA via le parcours et ont énoncé leur implication dans ce projet. Ce ratio représente un pourcentage de 56,25%.

2. Création du dossier médical du parcours de soins

Le dossier du parcours de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA en région CVL (Annexe 1) est à destination des structures de proximité et contient les documents suivants :

- Explications et étapes du parcours de soins
- Trame de la consultation pré-IVG
- Ordonnances types : médicaments pour le domicile et bilan préopératoire
- Formulaire de consentements à l'IVG et au questionnaire post-IVG
- Feuille d'information des risques liés à l'IVG
- Protocoles de réalisation de la consultation d'anesthésie
- Convocation au centre ressource
- Fichiers annexes
 - Charte de bonnes pratiques de l'échographie en lien avec une IVG
 - Protocole de l'IVG par méthode médicamenteuse entre 14 et 16 SA du CHR d'Orléans
 - Protocole de l'IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA du REVHO

a. Dossier gynécologique

Le dossier gynécologique du parcours, commun à la région CVL, regroupe la trame de consultation pré-IVG, les ordonnances types, les formulaires de consentements et la feuille d'information des risques liés à l'IVG.

La première étape de la création du dossier gynécologique commun a été de définir les mesures échographiques fœtales utilisées pour dater la grossesse. En effet, il paraît important d'établir des mesures minimales et maximales respectées par tous qui permettent de savoir si

la grossesse se situe à un terme entre 14 et 16 SA. En l'absence de recommandations de la HAS à ce jour, les recommandations du CNGOF de 2016 statuant de la datation limite à 14 SA ont servi de modèle : « la datation de la grossesse évaluée sur la mesure du BIP correspondant à un terme estimé à 14 SA est de 27 mm. Aussi la mesure étant fiable à ± 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque la mesure de BIP est inférieure à 30 mm (accord professionnel) ». Ainsi d'après ce texte, a été établie la mesure minimale de 30 mm de BIP : à partir de cette mesure fœtale, la grossesse est considérée comme étant à un terme supérieur à 14 SA et la patiente est donc susceptible de suivre le parcours de soins.

Entre 14 et 16 SA, d'après les recommandations du Collège français d'échographie fœtale (CFEF), la grossesse ne doit plus être datée d'après la mesure du BIP mais plutôt à l'aide de la mesure fœtale du périmètre crânien (PC) qui est plus précise à ce terme (68). Cependant, la mesure minimale pour intégrer le parcours se base sur une mesure du BIP et les protocoles de services des centres ressources utilisent aussi cette mesure. Une mesure maximale de la valeur du BIP a donc aussi été définie.

Le CFEF recommande l'utilisation de courbes spécifiques lors de la grossesse : les courbes du référentiel Intergrowth 21st (69). Ces courbes ont permis de statuer de la mesure maximale du BIP en relevant la valeur située au 50^{ème} percentile sur les courbes à un terme de 16 SA, celle-ci est à 36 mm (Annexe 2). Quant à la mesure du PC, à 16 SA, la valeur au 50^{ème} percentile est de 123 mm (Annexe 3).

Ces mesures maximales sont valables lorsqu'elles sont réalisées le jour de la consultation pré-IVG. La procédure doit ensuite être effectuée le plus rapidement possible afin de ne pas être au-delà des valeurs au 90^{ème} percentile des courbes à 16 SA, c'est-à-dire à 38 mm de BIP et à 131 mm de PC (Annexes 2 et 3).

Les mesures effectuées incluent toujours un degré d'imprécision qui peut être dû à de nombreux facteurs comme la qualité de l'échographe utilisé ou les compétences de l'opérateur. Cette datation complexe peut avoir de grandes conséquences dans la vie d'une femme puisqu'elle détermine si sa demande d'IVG est acceptable ou non.

La trame de la consultation pré-IVG du parcours a été créée et synthétisée à partir des trames utilisées par le CHRU de Tours, le CHR d'Orléans et le CH de Blois. Ceci dans le but que

chaque centre ressource reçoive les informations médicales qu'il estime nécessaire à une prise en soins optimale. Cette trame a été validée par les référents des centres d'orthogénie des 3 centres ressources.

b. Dossier anesthésique

Dans le même esprit que pour le dossier gynécologique, le projet d'un dossier anesthésique commun à la région CVL pour le parcours a été évoqué. Cependant les référents anesthésiques des 3 centres ressources ont mis au point un protocole spécifique et propre à chacun des 3 centres quant à la réalisation de la consultation d'anesthésie (Annexe 1).

Au CHRU de Tours, le Pr Laffon, médecin anesthésiste, a souhaité que les dossiers d'anesthésie des structures de proximité affiliées au CHRU soient récupérés. Les centres concernés sont : le CH d'Amboise, de Loches, de Chinon, de Châteauroux et du Blanc. Ceci dans le but de créer une trame de consultation d'anesthésie spécifique au parcours grâce à la synthèse de tous les dossiers récupérés. Cependant après analyse de ces documents, il a été jugé recevable que ces centres adressent les patientes du parcours en ayant utilisé leur dossier anesthésique usuel. Une réserve a été émise à propos du questionnaire pré-anesthésique du CH de Châteauroux qui ne remplirait pas les critères d'exigibilité du CHRU de Tours. Ce centre pourra utiliser sa trame usuelle de consultation mais devra faire remplir aux patientes le questionnaire pré-anesthésique du CHRU de Tours. Un protocole a été rédigé avec l'aide du Dre Aparaschivei afin que toutes les informations autour la consultation d'anesthésie soient le plus clair possible pour les structures de proximité et leurs intervenants. Les situations où il n'est pas recommandé de procéder à la réalisation de cette consultation dans la structure de proximité sont spécifiées. La patiente devra alors faire le déplacement en présentiel au CHRU de Tours pour effectuer celle-ci.

Au CHR d'Orléans, le Dr Bonnet, référent en anesthésie gynécologique, n'a pas souhaité accepter une consultation d'anesthésie réalisée dans un autre centre. Pour que cette consultation soit recevable, il aurait nécessité de mettre en place une convention et un protocole inter-hospitalier avec chaque structure de proximité du 45 et du 18 et que chaque structure utilise le dossier anesthésique du CHR d'Orléans et non le sien. Une autre possibilité

a alors été suggérée pour la réalisation de cette consultation : la téléconsultation. Celle-ci étant déjà organisée et mise en place notamment pour les consultations d'anesthésie des femmes souhaitant accoucher au CHR, il est apparu comme une bonne solution de le proposer pour les femmes suivant le parcours de soins dans un contexte d'IVG. La femme est alors contactée par mail dans le but de lui remettre le questionnaire pré-anesthésique ainsi qu'un lien avec les modalités du rendez-vous.

Devant l'impossibilité d'examiner les patientes lors d'un rendez-vous en téléconsultation, le Dr Bonnet a souhaité rajouter dans la trame de consultation pré-IVG la réalisation d'un examen clinique (auscultations pulmonaire et cardiaque) lorsque la patiente est adressée au CHR d'Orléans. Ceci dans le but de dépister une anomalie qui nécessiterait des explorations complémentaires avant l'intervention et donc l'anesthésie. Les critères nécessaires à la réalisation d'une téléconsultation d'anesthésie sont spécifiés dans un protocole. Dans le cas où tous les critères ne peuvent pas être complétés alors la femme devra réaliser sa consultation d'anesthésie en présentiel au CHR d'Orléans.

Les anesthésistes du CH de Blois souhaitent quant à eux que la consultation d'anesthésie ainsi que le bilan préopératoire se déroulent en présentiel au CH de Blois, au minimum 24h avant l'intervention.

La réalisation d'une consultation d'anesthésie s'inscrit dans un cadre médico-légal depuis le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 (70). On y trouve la présence d'un délai obligatoire de réflexion entre la consultation d'anesthésie et l'intervention : « La consultation pré-anesthésique a lieu plusieurs jours avant l'intervention ». Ce délai permet aux patients de prendre connaissance et d'intégrer les risques de l'anesthésie et de l'intervention à venir. Cependant il n'est pas spécifié le délai exact en terme de jours, celui-ci étant écrit au pluriel dans le texte officiel, un délai de 2 jours minimum est à respecter. Il est possible de déroger à ce délai lorsque le médecin réalisant le geste juge que l'intervention est urgente. Or une femme demandant une IVG entre 14 et 16 SA se situe au terme limite légal et son intervention est donc considérée comme urgente. Les 3 référents anesthésistes des centres ressources ont accepté qu'un terme entre 14 et 16 SA constitue une dérogation au délai de réflexion de 48h.

3. Évaluation du parcours

L'ARS CVL a souhaité que soient prévus dans le déroulé du parcours différents moyens de pouvoir l'évaluer tant sur les différents obstacles à son bon procédé que sur le vécu des patientes y ayant participé.

a. Le retour d'expérience

Le retour d'expérience (RETEX) est une méthode qui permet à tout projet d'établir un bilan d'une expérience en détectant et en analysant les anomalies, dans une démarche d'amélioration continue. Les données nécessaires au RETEX ont été déterminées par l'ARS CVL (Annexe 4). Ces données seront récoltées par le Réseau Périnatal CVL. En effet, la transmission du dossier de parcours de soins d'une patiente au centre ressource se fait par voie électronique et il est demandé à la structure de proximité que le Réseau Périnatal soit mis en copie. Ainsi le Réseau est tenu informé de chaque patiente ayant participé au parcours. Cette dernière est informée via la feuille de consentements que ses données personnelles sont transmises au Réseau.

Afin d'obtenir des données supplémentaires, il a été mis en place une fiche de liaison (Annexe 5). Celle-ci contient les informations liées au déroulé du geste de l'IVG dans le centre ressource. Cette fiche est envoyée par le Réseau Périnatal au centre ressource, a posteriori de l'intervention dont a bénéficié la patiente via le parcours. Une fois complétée, elle est ensuite transmise à la structure de proximité ayant effectué la prise en soins initiale. Elle permet de ce fait un meilleur suivi et facilite les transmissions médicales, notamment lors de la consultation post-IVG réalisée par la structure de proximité de la patiente.

Grâce au recueil de ces données, le Réseau Périnatal s'est engagé à fournir deux retours d'expérience : le premier à un an et demi de la mise en activité du parcours et le second après trois ans d'activité, date qui marque sa mise en arrêt. Ces RETEX sont à destination de l'ARS CVL mais aussi de la CPAM et de tous les centres concernés et participant au parcours.

b. Le questionnaire

Un questionnaire à destination des femmes ayant suivi le parcours de soins a été créé dans le but d'évaluer le vécu des patientes tant sur leur satisfaction que sur les potentielles difficultés rencontrées (Annexe 6). Ce questionnaire est intégralement anonyme et ne contient donc pas de données personnelles. Cependant, du fait du nombre probablement peu élevé de patientes incluses et du lieu de réalisation de l'IVG, en croisant ces données, il est possible de remonter à l'identité des patientes. C'est pourquoi une déclaration de ce questionnaire a été réalisée et enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour mise en conformité.

Chaque patiente incluse dans le parcours a la possibilité de donner son consentement à l'envoi de ce questionnaire par l'intermédiaire du formulaire de consentements complété en début parcours. L'envoi du questionnaire est prévu par voie électronique environ un mois après la réalisation de l'IVG.

IV. DISCUSSION

1. Objectifs atteints

Trois des 4 structures de la région CVL réalisant les IVG entre 14 et 16 SA ont accepté d'être les centres ressources du parcours de soins. Ceux-ci ont adhéré aux principes du parcours et chaque intervenant concerné a contribué à son élaboration. Cependant, du fait de la multiplicité de ceux-ci et de l'organisation différente de chaque service, il n'a pas été possible de créer un dossier commun à la région ; certaines étapes du parcours seront variables selon que la patiente soit adressée à Tours, Blois ou Orléans. C'est lors de la réalisation de la consultation d'anesthésie que ces différences sont le plus marquées. Dans la grande majorité des cas, une patiente adressée à Tours ou Orléans pourra obtenir une prise en soins initiale complète et se déplacer uniquement au centre ressource pour l'intervention. Une patiente adressée à Blois devra effectuer un aller-retour supplémentaire afin de réaliser sa consultation

d'anesthésie en présentiel quelques jours avant le geste. Comme expliqué précédemment, ce déplacement n'est pas remboursé par la CPAM.

De ce fait, le parcours permet d'orienter les femmes en demande d'IVG à un terme compris entre 14 et 16 SA et d'obtenir une application de la loi dans les meilleures conditions possibles selon les infrastructures en place. Une uniformisation totale des étapes du parcours n'ayant pas pu être obtenue, il persiste au sein de ce dernier des inégalités liées au coût des déplacements.

Ce travail consiste essentiellement en la création et la mise œuvre du parcours coordonné. Il nécessite cependant d'être diffusé et mis en application par la pratique pour en évaluer correctement les bénéfices obtenus. La date de mise en activité est prévue pour octobre 2023. Les RETEX et le questionnaire à destination des patientes permettront de prendre conscience des difficultés rencontrées par les patientes et par les professionnels de santé impliqués. Cela permettra d'obtenir des données précises sur les obstacles au bon déroulé du parcours et constituera un outil intéressant pour l'amélioration de ce dernier.

2. Place des centres participants

a. Les centres ressources

La position des centres ressources au sein du parcours peut être perçue comme non satisfaisante ou non valorisante puisque son rôle est majoritairement technique. En effet, le centre ressource a essentiellement une fonction de réalisation du geste de l'IVG. Ainsi une patiente ne rencontre le professionnel de santé qui réalisera l'intervention que le jour même de celle-ci. C'est pourquoi il est recommandé lors de la consultation pré-IVG ou dans les suites de celle-ci, que la structure de proximité mette en relation la patiente et le référent du centre ressource. Ce premier contact permet d'établir les débuts d'une relation soignant-patient en apportant des explications à la patiente ainsi que des réponses à ses éventuelles questions. Dans l'optique où le médecin sollicité par la structure de proximité ne soit pas celui qui réalisera le geste, un effort doit être apporté en communication et en transmissions des informations entre tous les intervenants du centre ressource concernés par la prise en soins de la patiente.

Pourtant cette expertise des centres ressources est essentielle pour les femmes demandant une IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL. Du fait du nombre restreint de centres ressources inclus, l'équilibre même du parcours repose sur le fait que chacun puisse recevoir équitablement les patientes de la région. Si un de ces centres rencontre des difficultés temporaires à exercer cette activité alors celle-ci devra être compensée par un autre centre ressource. Si l'un des 3 centres venait à arrêter complètement cette activité alors c'est toute l'organisation du parcours qui serait remise en cause.

b. Les structures de proximité

La place des structures de proximité est tout aussi importante que celle des centres ressources. En effet, sans ce premier contact établi, la patiente ne pourrait pas profiter des avantages du parcours. Cependant, si 100% des structures de proximité incluses ont été informées des modalités du parcours, toutes n'ont pas entériné leur adhésion et leur participation. Certaines structures agrémentées pourraient n'avoir qu'une petite activité dans la prise en soins de l'IVG et pourraient dans ce cas réorienter directement la patiente sans la recevoir.

Cette prise en soins initiale demandée aux structures de proximité peut être chronophage. En effet, peu de patientes seront concernées, entraînant une méconnaissance de l'organisation du parcours et donc une prise en soins plus laborieuse. Onze des 16 structures de proximité sont des services de gynécologie et, contrairement au CO ou au CIVG, ne possèdent pas forcément une organisation et un personnel dédié à cette activité. De plus, la rémunération de ces actes sera effectuée auprès des structures par l'ARS CVL a posteriori, ce qui n'entraîne pas une valorisation directe à hauteur de l'implication apportée.

La mise en activité du parcours dans la région entraînera des changements dans l'organisation initiale de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA au niveau régional. La prise de position des structures de proximité par rapport à l'existence du parcours peut être double ; soit le fait d'avoir mis en place un parcours de soins disponible et accessible ne va pas les encourager à introduire cette pratique dans leur structure ; soit l'implication et la participation active à la prise en soins de ces patientes vont susciter une motivation à la développer.

3. Place et choix de la femme

Comme vu précédemment, chaque centre ressource possède sa propre organisation autour de la prise en soins des IVG entre 14 et 16 SA ; les méthodes et les protocoles varient. Deux des 3 centres ressources proposent uniquement la méthode instrumentale entre 14 et 16 SA. Une structure propose les deux méthodes selon le contexte et le choix de la patiente avec un protocole différencié par la mesure fœtale du BIP. C'est donc la localisation de la structure de proximité où se présente la patiente qui entraîne ensuite la ou les techniques qui lui seront proposées.

On peut imaginer que si la femme avait à disposition une information complète et éclairée à propos des possibilités de réalisation de son IVG dans la région CVL, elle pourrait se rendre d'elle-même dans un centre ressource qui proposerait la méthode qu'elle désire. Cette possibilité est cependant peu réalisable, car il existe peu de centres réalisant les IVG entre 14 et 16 SA et ceux-ci sont géographiquement éloignés les uns des autres.

Le parcours permet un accès à l'avortement au deuxième trimestre de la grossesse pour les femmes, quel que soit leur lieu de vie sur le territoire régional, lissant ainsi les inégalités territoriales. Il persiste toutefois une inégalité au niveau des méthodes qui leur sont proposées en fonction du centre ressource auquel elles sont adressées.

Lors des réunions avec les structures de proximité, il a été mentionné plusieurs fois que certaines femmes habitant en périphérie de la région pourraient échapper au parcours de soins. Par exemple, une femme vivant dans le nord de la région de l'Eure-et-Loir pourrait directement se rendre à Paris pour effectuer son avortement, sans consulter au préalable au CH de Dreux ou de Chartres. L'existence du parcours et de ses bénéfices ne seraient alors pas portés à sa connaissance. De même, les femmes vivant au sud de l'Indre sont susceptibles de se déplacer directement à Limoges.

C'est dans cette définition d'un parcours strictement régional que ce dernier trouve une certaine limite. La politique de santé des régions de France est mise en œuvre par les ARS. Comme expliqué précédemment, la création de ce parcours de soins est issue d'une volonté de l'ARS CVL d'apporter un meilleur accès et une meilleure prise en soins pour les femmes en demande d'IVG entre 14 et 16 SA de la région. Dans le cas où d'autres régions voudraient

profiter de la mise en place du parcours, alors il leur serait possible d'en créer un sur la base de celui-ci. Il paraît cependant idéaliste que le parcours ait un jour une activité à l'échelle nationale. En effet, il serait nécessaire d'obtenir une uniformisation complète autour de cette pratique en France, uniformisation qui a été complexe à installer à l'échelle d'une seule région.

4. Evolution des pratiques et avenir du parcours

L'avenir du parcours ainsi que sa durabilité et sa légitimité reposent sur l'évolution des pratiques de la région autour des IVG entre 14 et 16 SA. Il existe essentiellement dans le but de faciliter l'accès aux soins des femmes dans cette situation ; dans le cas où l'exercice de cette pratique se répandrait parmi les établissements de soins régionaux, alors l'existence du parcours ne serait plus justifiée.

Comme rapporté dans le bilan effectué par la Docteure Trignol-Viguié en janvier 2023, lors de sa présentation au congrès Paris Santé Femmes, la majorité des structures françaises concernées par la pratique de l'IVG ne les réalisaient pas lorsque le terme était compris entre 14 et 16 SA. Toutefois, les figures gouvernementales responsables du vote de la loi du 2 mars 2022 s'attendent à ce que les praticiens concernés permettent l'application de la loi notamment via leur formation progressive dans cette pratique. Ce même bilan a effectivement dévoilé la volonté de développer cette activité chez plusieurs structures de soins françaises et plusieurs d'entre elles étaient dans un processus d'écriture de protocoles. À ce jour, aucun établissement de soins en CVL ne se trouve dans cette démarche active. C'est pourquoi l'ARS CVL a souhaité qu'une aide soit créée pour les femmes en difficultés via la mise en place du parcours de soins. Cependant, cette solution est voulue comme temporaire ; le budget attribué est calculé sur 3 ans d'activité. Il est espéré qu'après ce délai plusieurs centres se seront formés dans la pratique des IVG entre 14 et 16 SA, rendant certes le parcours de soins caduque mais cela pour un meilleur accès à l'IVG pour les patientes.

V. CONCLUSION

La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement a étendu le délai légal de celui-ci qui était de maximum 14 SA jusqu'à maintenant 16 SA. Au moment de la réalisation de ce travail, 4 établissements de santé réalisent les IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL.

Afin de permettre un meilleur accès aux soins à toutes les femmes de la région concernées par cette situation, une solution a été envisagée par le Réseau Périnatal et l'ARS CVL : la mise en place d'un parcours de soins coordonné. Trois des 4 centres effectuant les IVG entre 14 et 16 SA ont accepté de rejoindre ce projet : le CHRU de Tours, le CHR d'Orléans et le CH de Blois.

Il permet à une femme demandant une IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL de réaliser les consultations et actes médicaux dans sa structure de proximité via un dossier médical spécifique au parcours. Celle-ci adresse ensuite la patiente à un des 3 centres de la région pouvant procéder à l'acte d'IVG, après transmission des données médicales. La femme peut alors se rendre dans ce centre de référence pour la réalisation de son avortement.

La création et l'élaboration du dossier médical du parcours de soins coordonné a été rendu possible grâce à la collaboration et à l'implication de nombreux acteurs et professionnels de santé.

Il est maintenant nécessaire de le mettre à l'épreuve par la pratique. L'évaluation de son bon fonctionnement sera réalisée via un retour d'expérience des centres participants et par un questionnaire de satisfaction à destination des patientes ayant bénéficié du parcours.

Il est espéré qu'après sa mise en activité, ce parcours de soins puisse être une source d'inspiration pour d'autres régions de France possédant les mêmes caractéristiques territoriales quant à la pratique des IVG entre 14 et 16 SA.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assemblée nationale. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. janv 17, 1975.
2. Mme Danielle BOUSQUET. Rapport d'information déposé par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2000. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/11/rap-info/i2702.asp>
3. Assemblée nationale. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), déclinaisons selon différents critères : lieu de résidence, âge, méthode médicamenteuse ou instrumentale, ratio sur les naissances. [Internet]. 2022. Disponible sur: https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/3647_ivg/information/
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la>
6. HAS. Haute Autorité de Santé. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes
7. Ministère des solidarités et de la santé. Accès à l'IVG - Principaux enseignements de l'enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/programme-national-dactions-pour-ameliorer-lacces-liv>
8. HAS. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271973/fr/prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines
9. Mme Marie-Noëlle Battistel,, Mme Cécile Muschotti. Assemblée nationale. 2020. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information
10. Code de la santé publique. Article L2213-1 [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896164
11. Center for Reproductive Rights. Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws. Disponible sur: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
12. Gouvernement - Le site officiel sur l'IVG. Combien coûte un avortement ? [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/combien-coute-un-avortement.html>
13. Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. J Obstet Gynaecol Can. déc 2009;31(12):1149-58.

14. Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. oct 2011;115(1):77-9.
15. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol*. avr 2004;103(4):729-37.
16. Sasaki N, Ikeda M, Nishi D. Long-term influence of unintended pregnancy on psychological distress: a large sample retrospective cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health*. déc 2022;25(6):1119-27.
17. Assemblée nationale. Proposition de loi n°3375 visant à améliorer les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3375_proposition-loi
18. Assemblée nationale. Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000045287561>
19. VIDAL. VIDAL. 2013. Mifépristone : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/mifepristone-2385.html>
20. VIDAL. VIDAL. 2013. Misoprostol : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/misoprostol-2398.html>
21. HAS. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
22. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2016;45(10):1536-51.
23. Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE>
24. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2016;45(10):1596-603.
25. Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français. Fiche d'information des patientes [Internet]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/information-des-patientes>
26. Lerma K, Blumenthal PD. Current and potential methods for second trimester abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. févr 2020;63:24-36.
27. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters*. mai 2008;16(31 Suppl):162-72.
28. Ngoc NTN, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NTB, Minh NTH, et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. sept 2011;118(3):601-8.

29. Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 janv 2011;2011(1):CD005216.
30. Abbas DF, Blum J, Ngoc NTN, Nga NTB, Chi HTK, Martin R, et al. Simultaneous Administration Compared With a 24-Hour Mifepristone-Misoprostol Interval in Second-Trimester Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. nov 2016;128(5):1077-83.
31. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception*. janv 2004;69(1):51-8.
32. Louie KS, Chong E, Tsereteli T, Avagyan G, Abrahamyan R, Winikoff B. Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. févr 2017;22(1):76-80.
33. Nationale Institute for Health and Care Excellence. Overview | Abortion care | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2019. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG140>
34. ACOG. Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstet Gynecol*. juin 2013;121(6):1394-406.
35. Equipe OMS. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240039483>. 2022. Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240039483>
36. FIGO Working Group on Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences, International Federation of Gynecology and Obstetrics. The combination of mifepristone and misoprostol for the termination of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. oct 2011;115(1):1-4.
37. Eldelman A, Mark A. Ipas. 2018. Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »). Disponible sur: <https://www.ipas.org/resource/guide-de-reference-sur-lavortement-medicamenteux-interruption-volontaire-de-grossesse-et-soins-apres-avortement-a-partir-de-la-treizieme-semaine-de-grossesse-deuxieme-trimestre/>
38. Bettahar K, Koch A, Deruelle P. Medical strategy for abortions between 14 and 16 weeks of gestation. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 30 sept 2022;
39. Andersson IM, Gemzell-Danielsson K, Christensson K. Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*. mai 2014;89(5):460-5.
40. Atuhairwe S, Gemzell-Danielsson K, Atuyambe L, Byamugisha J, Tumwesigye NM, Hanson C. Exploring health care providers' experiences of and perceptions towards the use of misoprostol for management of second trimester incomplete abortion in Central Uganda. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268812.
41. HAS. Haute Autorité de Santé. 2021. Recommandation pour la prise en charge d'une RTU - Misoprostol - Prise en charge des interruptions médicales de grossesses (IMG) et des cas de morts fœtales in utero (MFIU) au-delà de 14 SA en association à la mifépristone. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/p_3285578/fr/gymiso-misoone-misoprostol
42. Agence de la biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaines en France [Internet]. 2017. Disponible sur:

<https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm#tCPDPN1>

43. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters*. mai 2008;16(31 Suppl):173-82.
44. Gottardi E, Renaudin B, Ville Y. Interruption of pregnancy between 12 and 16 weeks of gestation: Complications depending on term and method. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2022;50(7-8):519-26.
45. Blum J, Karki C, Tamang A, Shochet T, Shrestha A, Tuladhar H, et al. Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception*. déc 2019;100(6):451-6.
46. Peterson WF, Berry FN, Grace MR, Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstet Gynecol*. août 1983;62(2):185-90.
47. Lohr PA. Surgical abortion in the second trimester. *Reprod Health Matters*. mai 2008;16(31 Suppl):151-61.
48. Faucher P, Gaudu S. How I do to perform an abortion by instrumental method between 14 and 16 weeks of amenorrhea? *Gynecologie, Obstetrique, Fertilité & Senologie*. 2022;50(7-8):559-62.
49. Réseau Entre la Ville et l'Hopital pour l'Orthogénie. IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA [Internet]. Disponible sur: <http://revho.fr/ressources/documentaires-ivg-contraception/>
50. Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG*. févr 2004;111(2):148-53.
51. Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. *BJOG*. nov 2010;117(12):1512-20.
52. Tufa TH, Prager S, Wondafrash M, Mohammed S, Byl N, Bell J. Comparison of surgical versus medical termination of pregnancy between 13-20 weeks of gestation in Ethiopia: A quasi-experimental study. *PLoS One*. 2021;16(4):e0249529.
53. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. févr 2020;63:37-44.
54. Kerns J, Vanjani R, Freedman L, Meckstroth K, Drey EA, Steinauer J. Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *Int J Gynaecol Obstet*. mars 2012;116(3):244-8.
55. Kerns JL, Light A, Dalton V, McNamara B, Steinauer J, Kuppermann M. Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Educ Couns*. oct 2018;101(10):1859-64.
56. Schmidt-Hansen M, Lohr PA, Cameron S, Hasler E. Surgical or medical abortion of pregnancies between 13+0 and 23+6 weeks' gestation? A systematic review and new NICE national guidelines. *BMJ Sex Reprod Health*. 17 mars 2020;bmjsrh-2019-200460.

57. National Institute for Health and Care Excellence. Medical versus surgical abortion between 13+0 and 24+0 weeks' gestation [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019 [cité 19 juin 2023]. (NICE Evidence Reviews Collection). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561114/>
58. Inspection générale des affaires sociales. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://igas.gouv.fr/La-prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse.html>
59. Réseau Périnatal Lorrain. Recommandations pour l'IVG du Réseau Périnatal Lorrain [Internet]. Disponible sur: <https://www.reseauperinatallorrain.fr/recommandations-rpl/ivg/>
60. ARS CVL. Contraception et IVG [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/contraception-et-ivg>
61. Vie Publique. vie-publique.fr. Loi du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/20989-ivg-extension-du-delit-dentrave-l-interruption-volontaire-de-grosses>
62. Direction générale de la santé, Direction de l'hospitalisation, et de l'organisation des soins. Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en oeuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. 2001. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432832.htm>
63. Assemblée nationale. Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172
64. Géniteau F, Cherbonnet C. Déterminants et état de santé 2022 de la population - ORS Centre-Val de Loire [Internet]. Disponible sur: <https://orscentre.org/publications/observation-sanitaire/19-territoires/profils-territoriaux-inegalites-de-sante/349-determinants-et-etat-de-sante-2022-de-la-population>
65. Assemblée nationale. Article 63 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. 2020-1576 déc 15, 2020.
66. Extrait du Journal Officiel. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. févr 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032164949>
67. Ameli. Interruption volontaire de grossesse : votre prise en charge [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/ivg>
68. Collège Français d'Échographie Fœtale. Recommandations pour la pratique clinique échographique [Internet]. Disponible sur: <https://www.cfef.org/article-archive.php?ref=18>
69. Collège Français d'Échographie Fœtale. Comprendre Intergrowth-21st [Internet]. Disponible sur: https://cfef.org/intergrowth_5videos.php
70. Assemblée nationale. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006698812/1994-12-08/>

ANNEXES

1) Dossier médical du parcours de soins

PARCOURS DE PRISE EN SOINS

DES DEMANDES D'IVG

ENTRE 14 ET 16 SA* EN REGION CVL

* En l'absence de recommandations de la HAS à ce jour, les mesures de références choisies sont : BIP fœtal de 30 à 36 mm (50^{ème} percentile (p) à 14 SA – 50^{ème} p à 16 SA) et/ou PC fœtal jusqu'à 123 mm le jour de la consultation (50^{ème} p à 16 SA)

Principes et objectifs du parcours :

La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement a étendu le délai qui était de maximum 14 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à maintenant 16 SA.

A six mois du passage de cette loi, il a été constaté en région Centre Val de Loire seulement 3 structures publiques réalisant ces avortements entre 14 et 16 SA ; structures que l'on nommera « **centres ressources** ».

Certaines femmes dans cette situation ont été en grande difficulté pour trouver une structure pouvant répondre à leur demande, allant jusqu'à demander à des établissements en dehors de leur région.

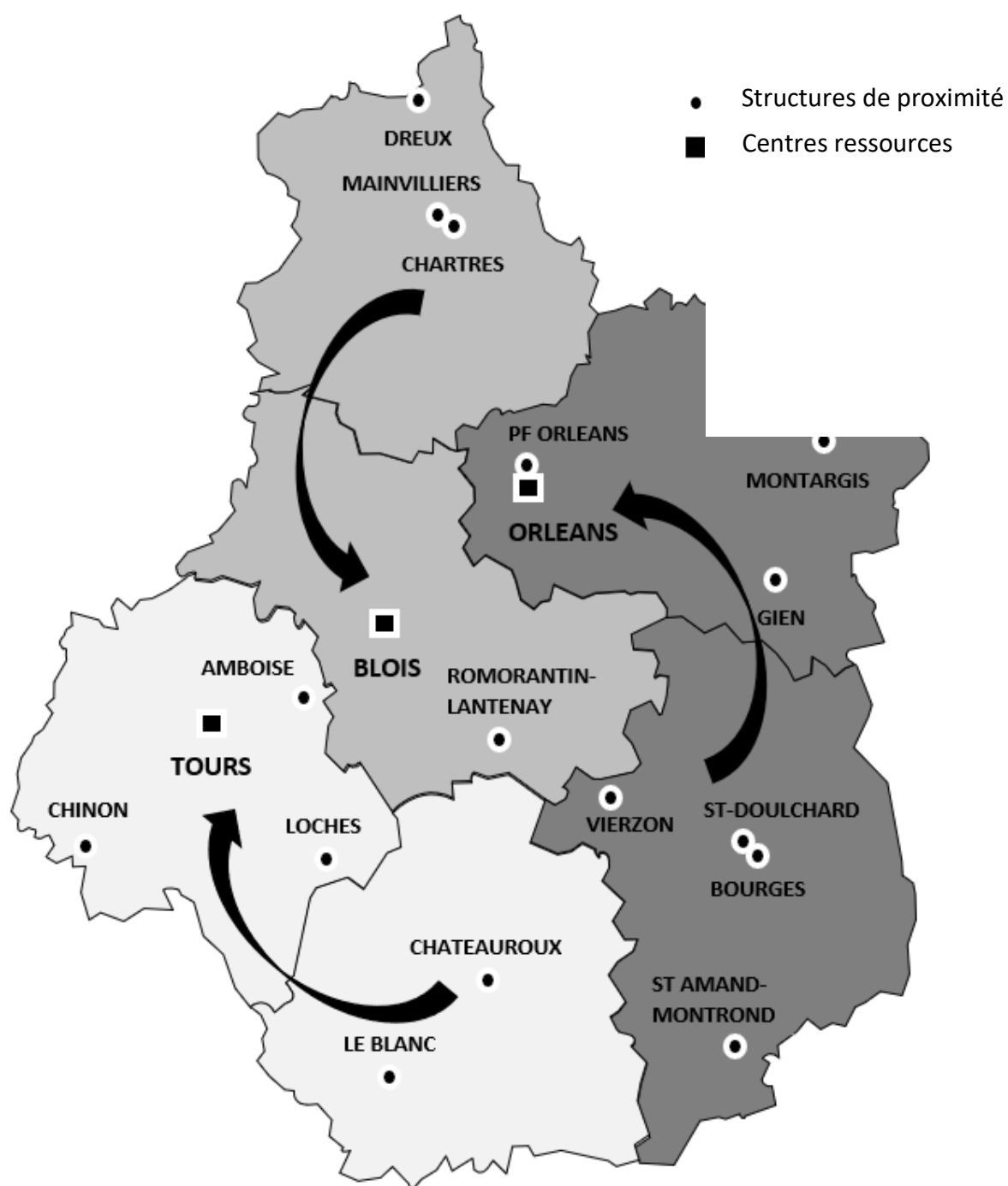
Ce parcours concerne les femmes en région Centre Val de Loire dont la structure d'accueil de proximité ne permet pas la prise en soins directe. Il consiste en un **parcours fléché entre la structure de proximité et le centre ressource**.

Affiliation des structures de proximité à leur centre ressource :

La répartition géographique d'affiliation des structures de proximité à leur centre ressource a été établie de façon départementale. Plusieurs paramètres ont été pris en compte : la distance, le nombre d'IVG effectuées en moyenne dans chaque département, la population des femmes de 15 à 49 ans de chaque département, l'accès aux transports et la capacité d'accueil de chaque centre ressource.

Centres ressources = centres pratiquant les IVG entre 14 et 16 SA :

- CHU de Tours (draine le département du 37 et du 36)
- CHR d'Orléans (draine le département du 45 et du 18)
- CH de Blois (draine le département du 41 et du 28)



Contacts :

CHU Tours : 02 47 47 47 43, orthogenie@chu-tours.mssante.fr

CHR Orléans : 02 38 74 41 15, orthogenie@chr-orleans.mssante.fr

CH Blois : 02 54 55 62 75, sec.planif@ch-blois.mssante.fr

Pour chaque dossier transmis, mettre en copie le mail suivant :

ntrignol-viguiier@sante-centre.fr

Etapas du parcours pour le professionnel de santé :

1. Confirmation du terme de la grossesse :
Définition échographique de la datation entre 14 et 16 SA
= BIP fœtal de 30 à 36 mm et/ou PC fœtal jusqu'à 123 mm le jour de la consultation
2. Anamnèse : trame standardisée à compléter
 - Consultation pré-IVG
 - Formulaire de consentements
 - Feuille des risques liés à l'IVG
3. Appel au centre ressource affilié selon la carte pour :
 - Transmission des informations
 - Recueil du consentement oral
 - Explications de la méthode d'IVG réalisée par le centre ressource
 - Convenir avec la patiente d'une date de réalisation de l'IVG
4. Organisation et réalisation de la consultation d'anesthésie
(Seulement si vous adressez à Tours, voir feuille Protocole cs d'anesthésie)
5. Transmission du dossier médical complet par mail sécurisé au centre ressource affilié (de secrétariat à secrétariat) :
 - Consultation pré-IVG
 - Feuille de consentements
 - Feuille des risques liés à l'IVG
 - Consultation d'anesthésie (seulement pour Tours)
 - Échographie de datation respectant les critères de qualité
 - Copie de la carte vitale ou de l'attestation de droit social**Si patiente mineure, transmettre en plus :**
 - Attestation de l'entretien pré-IVG
 - Autorisation parentale signée d'au moins un des parents (si parents au courant) ou assurance de l'existence d'un référent majeur
6. Transmission à la patiente des documents nécessaires à sa prise en soins :
 - Convocation avec consignes (pas de prémédication si adressée au CH de Blois)
 - Ordonnance d'antalgiques pour le domicile (voir ordonnance type)
 - Ordonnance de contraception (si souhaitée)
 - Ordonnance du bilan préopératoire à réaliser 48h avant le geste opératoire (seulement si IVG prévue à Tours ou à Orléans, voir ordonnance type)
 - Bon de transport (si nécessité)
 - Date de la consultation post-IVG (3 semaines environ après l'IVG)
7. Donner les comprimés de MIFEPRISTONE (seulement si adressée à Tours ou Orléans)

Financement de la structure de proximité des actes liés à l'IVG :

Le codage d'une IVG correspond à un tarif forfaitaire. Ce forfait n'étant pas sécable, c'est à la structure qui effectue l'IVG de le coder.

Tout le travail en amont réalisé par la structure de proximité sera valorisé par un financement ultérieur de l'ARS CVL. **Veillez tenir un relevé des actes réalisés.**

Le message à retenir est : **NE PAS CODER L'IVG** dans la structure de proximité. Au risque que la femme reçoive une facturation de ces actes car l'IVG aura été codée deux fois.

Remboursement de la patiente des actes liés à l'IVG :

L'IVG est prise en charge à 100 % par la CPAM dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais (tiers payant) pour toutes femmes assurées sociales.

Concernant les frais de trajet, le bon de transport du jour de l'hospitalisation pour l'IVG est pris en charge à 65% par la CPAM, le reste à charge peut être remboursé par la mutuelle.

Cependant, si lors du parcours, un bon de transport supplémentaire est nécessaire (par exemple pour une consultation anesthésique à faire dans le centre ressource), la CPAM ne prévoit aucun remboursement dans ce cas.

DOSSIER MEDICAL

PRISE EN SOINS IVG ENTRE 14 ET 16 SA

CONSULTATION PRÉ-IVG

Formulaire à imprimer ou à compléter en format numérique via les cases en surbrillance.

Nom : Prénom : Date de naissance : ou Étiquette patiente	Téléphone : Possibilité de laisser un message vocal : ☐ OUI ☐ NON Mail (obligatoire si IVG à Orléans) :	Date de la consultation : Confidentialité : ☐ OUI ☐ NON (besoin d'anonymiser le dossier)
Lieu de la consultation :	Professionnel de santé :	Téléphone du professionnel de santé :
ÉCHO Date	Lieu	DDR
DDG échographique		PC
	Terme	BIP
CONTRACEPTION antérieure		
CONTRACEPTION souhaitée		
Antécédents médicaux Tabac : Asthme : Migraine : MTEV : IST : Autres :	Antécédents familiaux Maladies cardio-vasculaires : MTEV : Autres :	Antécédents obstétricaux Accouchements VB : Accouchements césarienne : Hémorragie de la délivrance : Transfusion : FCS : IVG : GEU :
Antécédents chirurgicaux	Allergies Traitements	Dysménorrhée : Ménorragies : Dernier FCV : Violences :

DOSSIER CLINIQUE				GROUPE SANGUIN
TA	Poids	Taille	IMC	
Métrorragies	☐ OUI ☐ NON	PCR Chlamydia-Gonocoque ☐ OUI ☐ NON		SI MINEURE Entretien pré-IVG ☐ OUI ☐ NON Souhaite garder le secret sur son dossier ☐ OUI ☐ NON Autorisation parentale ☐ OUI ☐ NON Si non : référent majeur identifié ☐ OUI ☐ NON
Leucorrhées	☐ OUI ☐ NON	Résultats :		
Dlrs pelviennes	☐ OUI ☐ NON			
FCV fait ce jour	☐ OUI ☐ NON	Dépistage sanguin IST prescrit : ☐ HIV ☐ Hép B ☐ Hép C ☐ Syphilis		
SI PATIENTE ADRESSÉE À ORLÉANS (obligatoire pour la téléconsultation d'anesthésie) Constantes : TA FC Auscultation cardiaque et pulmonaire : (si pb : voir protocole cs anesthésie)				
APPEL ET TRANSMISSION AU CENTRE RESSOURCE Date et heure d'appel : Centre ressource appelé : Nom du médecin du centre ressource : Méthode IVG déterminée : ☐ Chirurgicale ☐ Médicamenteuse Si IVG à Tours ou Orléans : 1 cp de mifépristone 200mg à prendre le : à heures				

INFORMATIONS ET DOCUMENTS DONNÉS À LA PATIENTE

- ☐ Ordonnance de contraception (si souhaitée)
- ☐ Ordonnance d'antalgiques pour le domicile (cf ordonnance type, sauf allergie ou intolérance)
- ☐ Ordonnance du bilan préopératoire (cf ordonnance type, seulement si adressée à Tours ou Orléans, bien y spécifier l'adresse mail du secrétariat de Tours ou d'Orléans pour l'envoi des résultats)
- ☐ Bon de transport (si nécessité) (pris en charge seulement le jour de l'IVG lors de l'hospitalisation)
- ☐ Convocation avec consignes (pas de prémédication si adressée au CH de Blois)
- ☐ Date prévue de la consultation post-IVG (3 semaines environ après l'IVG) :

(Une fiche de liaison concernant la prise en soins dans le centre ressource sera remise à la patiente à l'issue de l'hospitalisation, permettant un meilleur suivi pour la consultation post-IVG)

COMMENTAIRES :

Ordonnance type d'antalgiques + antiémétique pour le domicile lors d'une IVG :

PARACETAMOL 1000 mg

1 comprimé toutes les 6h si douleurs

2 boîtes

SPASFON 80 mg

2 comprimés trois fois par jour si douleurs, avec intervalle minimum de 2h entre chaque prise, sans dépasser 6 comprimés par 24h

2 boîtes

IBUPROFENE 200 mg

1 à 2 comprimés toutes les 6h si douleurs sans dépasser 1200mg sur 24h

1 boîte

ACUPAN 20 mg

1 ampoule (à boire avec un sucre) toutes les 6h, si douleurs non soulagées par les médicaments ci-dessus

1 boîte

PRIMPERAN 10 mg

1 comprimé toutes les 6h si nausées/vomissements

1 boîte

Ordonnance type pour le bilan préopératoire (seulement si IVG prévue à Tours ou à Orléans) :

Faire réaliser en laboratoire 2 jours avant l'intervention :

- NFS
- Plaquettes
- TP
- TCA
- 2 déterminations groupe sanguin
- RAI

Spécifier sur l'ordonnance l'adresse mail d'envoi des résultats en fonction du lieu d'intervention :

Tours : orthogenie@chu-tours.fr

Orléans : orthogenie@chr-orleans.fr

ATTESTATION DE DEMANDE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

En application de l'article L162-5 du code de la santé publique et L2212-7 de la loi n°2001-588

Je soussignée, Madame certifie avoir effectué une demande d'interruption volontaire de grossesse ce jour auprès du Dr

Lieu :

Date :

Signature :

APPLICATION DE L'ARTICLE L162-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

ET L2212-7 DE LA LOI n°2001-588

Je soussignée, Madame

- Certifie avoir été informée de mes droits sociaux
- Déclare persister dans ma décision de demander l'interruption de ma grossesse
- Être informée des risques encourus
- Autorise le médecin à pratiquer l'interruption de grossesse
- Autorise la pratique d'une anesthésie si nécessaire

Lieu :

Date :

Signature :

Dans le cadre de votre participation au parcours régional de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA, nous vous informons que vos données seront transmises au Réseau Périnatal Centre-Val de Loire. Ces données resteront confidentielles et permettront de faire un retour de votre prise en charge à l'Agence Régionale de Santé dans le but d'améliorer ce parcours.

Nous souhaiterions aussi avoir votre ressenti quant à l'issue de votre prise en soins, c'est pourquoi nous aimerions pouvoir vous contacter dans le mois après votre IVG. Il s'agira de remplir un questionnaire sur internet que vous recevrez par mail.

Acceptez-vous de recevoir ce questionnaire par mail ? ☐ Oui ☐ Non

Votre mail est :

Risques de l'IVG :

- 97 à 98 des % IVG se passent bien
- Dans 2 à 3 % des cas, on peut observer :
 - Lors de l'intervention chirurgicale, une perforation utérine ou une déchirure du col de l'utérus
 - La persistance d'un fragment, occasionnant des saignements plus abondant que des règles et nécessitant (rarement) une ré-aspiration
 - Une infection (pertes anormales et/ou fièvre pendant plus de 24h) qui, si elle n'est pas traitée rapidement, peut avoir des effets sur la fécondité ultérieure
 - Certaines complications, telle une hémorragie pendant la procédure, peuvent nécessiter une surveillance de quelques heures supplémentaires
 - La reprise de la fertilité après une IVG est immédiate. Une grossesse peut survenir dès le 1^{er} rapport sexuel après une IVG. Il est primordial de débiter une contraception dès le lendemain de l'IVG.

Tout ceci justifie une consultation de contrôle 14 à 21 jours après.

En application de l'article L162-5 du Code de la Santé Publique, je soussignée, Madame, certifie avoir été avertie des risques et des complications de l'avortement.

Date :

Signature :

PROTOCOLE CONSULTATION D'ANESTHÉSIE

Vous adressez votre patiente pour une IVG entre 14-16 SA au CH de Blois :

La consultation d'anesthésie se fera obligatoirement en présentiel au CH de Blois. Le rendez-vous sera organisé par le centre d'orthogénie après la transmission du dossier médical.

Vous adressez votre patiente pour une IVG entre 14-16 SA au CHR d'Orléans :

La consultation d'anesthésie sera faite par un praticien d'Orléans via la téléconsultation, si toutes les conditions suivantes sont pourvues dans le dossier médical de consultation pré-IVG :

- Mail de la patiente
- Constantes normales (tension artérielle et pouls)
- Auscultations cardiaque et pulmonaire normales
- Absence de pathologie cardiaque congénitale ou autres pathologies
- Patiente ASA 1 ou 2*

En cas d'incapacité à remplir ces conditions, d'anomalies cliniques ou d'antécédents sévères, un rendez-vous de consultation d'anesthésie devra être prévu au CHR d'Orléans en présentiel. Le signaler lors de votre appel au CHR pour les transmissions afin que le CIVG l'organise.

* Score ASA (Physical Status Classification System) :

1 : Patient normal

2 : Patient avec anomalie systémique modérée

3 : Patient avec anomalie systémique sévère

4 : Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante

Protocole du CHU de TOURS pour la consultation d'anesthésie dans le cadre du parcours IVG entre 14 et 16 SA régional

Les IVG entre 14 et 16 SA qui auront lieu au CHRU de TOURS et qui viendront d'une structure de proximité du 37 ou du 36 autre que le CHRU de TOURS auront comme parcours pré-anesthésique :

- 1- **Consultation d'anesthésie dans la structure de proximité** au plus tôt après la consultation de demande d'IVG et au plus tard 48h avant la date présumée de l'IVG
- 2- Le dossier anesthésique de chaque structure pourra être utilisé : Trame de consultation et Questionnaire pré-anesthésique (à l'exception du questionnaire pré-anesthésique du CH de Châteauroux pour lequel des éléments sont manquants au regard des critères exigibles au CHU de Tours, celui du CHRU de Tours ci-dessous pourra être utilisé)
- 3- A l'issue de la consultation d'anesthésie, toutes les patientes devront avoir le bilan suivant : NFS, Plq, TP, TCA, RAI <72h, 2 déterminations de Groupe sanguin. Ce bilan devra être envoyé par voie dématérialisée accompagné de la consultation d'anesthésie et du questionnaire pré-anesthésique au CHRU de Tours sur l'adresse : orthogenie@chu-tours.fr
- 4- Le médecin d'orthogénie de Tours (réfèrent du jour ou médecin qui fera l'IVG) devra joindre le MAR du jour au 71139 (à défaut au MAR du service au 71039) pour lui transmettre les documents imprimés pour validation du dossier. Le MAR validera ou non le dossier d'anesthésie auprès du médecin d'orthogénie au 77583 ou sur le poste transmis par le médecin d'orthogénie.
 - A- Si feu vert anesth : le médecin d'ortho confirmera au professionnel de la structure de proximité la faisabilité de l'IVG et donnera le feu vert pour l'heure de la prise de mifépristone, à savoir 36h avant l'acte sauf cas particulier
 - B- Si obstacle anesth, la patiente sera vue en consultation d'anesthésie à Tours et l'orthogéniste de Tours prendra le relai pour la suite de l'IVG.

Cas particuliers :

- 1- D'emblée, la patiente est ASA3, c'est-à-dire présentant une pathologie déséquilibrée : la consultation d'anesthésie doit être faite à Tours, et le parcours sera repris par l'orthogénie de Tours (au 77583) pour organiser la suite de la prise en soins.
- 2- Doute sur une pathologie : solliciter le MAR du CHU au 02.47.47.11.39 pour avis avant d'adresser d'emblée au CHU.



PÔLE ANESTHÉSIE – RÉANIMATIONS
CONSULTATIONS D'ANESTHÉSIE
HÔPITAL BRETONNEAU – 2 Boulevard Tonnellé à Tours

Secrétariat : 02.18.37.06.00
Courrier électronique : consult.anesth.B3@chu-tours.fr
Fax : 02.47.47.82.13

QUESTIONNAIRE DE PRÉ-ANESTHÉSIE

Madame, Monsieur,

Merci, avant de rencontrer le médecin anesthésiste-réanimateur, de remplir ce questionnaire ainsi que les scores qui y figurent. Ils permettent d'évaluer la probabilité de survenue d'effets indésirables ou de complications que nous pourrions ainsi mieux anticiper.

N'oubliez pas d'amener **vos ordonnances** de traitement habituel ainsi que les **comptes rendus de consultation de spécialiste** (cardiologue, neurologue...), les **examens de laboratoire** (carte de groupe sanguin...), **radiographies** pulmonaires et **électrocardiogrammes**...

L'équipe d'Anesthésie

Nom : Prénom :

Age ans

Taille cm

Poids kg

Prenez-vous un traitement actuellement ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lequel ?

Matin	Midi	Soir	Coucher

Prenez-vous occasionnellement de l'aspirine ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fumé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien de cigarettes / jour : Année de l'arrêt :

Fumez-vous actuellement ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien de cigarettes / jour :

Consommez-vous plus de 500 ml (1/2 litre) d'alcool par jour ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des allergies ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui : Alimentaire :
Produits : Latex ☐ Iode ☐ Autre :
Médicament :
Autre :

Avez-vous déjà bénéficié (depuis l'enfance) d'une chirurgie ou d'une anesthésie ?

Oui ☐ Non ☐

Quel était le motif :
.....

Y a-t-il eu des complications ? Oui ☐

Avez-vous été transfusé ? Oui ☐

Si oui, année de la dernière transfusion :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie cardiaque ou vasculaire** ? Oui ☐ Non ☐

Hypertension artérielle ☐ Trouble du rythme ☐ Insuffisance cardiaque ☐ Infarctus ☐
Angine de poitrine ☐ Embolie pulmonaire ☐ Varices ☐ Phlébite ☐
Autres :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie pulmonaire** ? Oui ☐ Non ☐

Asthme ☐ Bronchite tous les hivers ☐ Pleurésie ☐
Autre :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie digestive** ? Oui ☐ Non ☐

Reflux oesophagien ☐ Ulcère ☐ Hernie hiatale ☐ Hépatite ☐
Autre :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie urinaire** ? Oui ☐ Non ☐

Pyélonéphrite ☐ Colique néphrétique ☐ Infection urinaire à répétition ☐
Autre :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie neurologique** ? Oui ☐ Non ☐

Crises d'épilepsie ☐ Migraines ☐ Accident vasculaire cérébral ☐
Sclérose en plaques ☐ Maladie de Creutzfeld-Jacob ☐
Autres :

Avez-vous actuellement ou dans le passé une **maladie rhumatologique** ? Oui ☐ Non ☐

Laquelle :

Avez-vous actuellement ou dans le passé des problèmes de **colonne vertébrale** ? Oui ☐ Non ☐

Sciatique ☐ Lumbago ☐ Fracture(s) ou tassement(s) de vertèbre(s) ☐

Avez-vous :

- les **dents** qui bougent ou sont susceptibles de tomber ? Oui ☐ Non ☐
- des **bridges** ou des **dents sur pivots** ? Oui ☐ Non ☐

Portez-vous un ou des **appareil(s) dentaire(s)** ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous actuellement ou dans le passé un **glaucome** ? Oui ☐

Avez-vous, actuellement ou dans le passé :

Diabète ☐ **Cholestérol** ☐ **Acide urique** ☐ **Hyperthyroïdie** ☐ **Hypothyroïdie** ☐
- des maladies qui surviennent fréquemment (héréditaires) ? Oui ☐ Non ☐
- des antécédents d'un problème lors d'une anesthésie ? Oui ☐ Non ☐

Madame : êtes-vous enceinte ou existe t'il une probabilité de grossesse ? Oui ☐

Avez-vous actuellement ou dans le passé une maladie que nous n'avons pas évoquée ? Oui ☐

Avez-vous dans votre famille :

.....
.....
.....
.....

Calculez votre **risque de nausée et de vomissement postopératoires**

	Réponse	
Sexe féminin	Oui ☐	Non ☐
Non fumeur	Oui ☐	Non ☐
Antécédents de nausée et de vomissement postopératoires ou de mal des transports	Oui ☐	Non ☐
Morphiniques postopératoires (à remplir par le médecin)	Oui ☐	Non ☐
Nombre de « oui » =		

Un traitement préventif sera institué à partir de 2 réponses « oui »

Calculez votre **risque d'avoir une anomalie de l'hémostase**

	Réponse	
Prenez-vous actuellement des médicaments contenant de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ?	Oui ☐	Non ☐
Prenez-vous actuellement des médicaments anticoagulants ou destinés à fluidifier le sang ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous déjà présenté des problèmes de saignement ?	Oui ☐	Non ☐
Faites-vous facilement des « bleus » de plus de 2 cm (spontanément ou pour un choc mineur) ?	Oui ☐	Non ☐
Saignez-vous du nez ayant déjà nécessité une consultation ou un traitement ?	Oui ☐	Non ☐
Saignez-vous lorsque vous vous brossez les dents ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous déjà présenté des vomissements de sang ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous perdu du sang dans les selles ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous présenté des selles noires ?	Oui ☐	Non ☐
Lorsque vous vous blessez, avez-vous l'impression de saigner longtemps ?	Oui ☐	Non ☐
Présentez-vous des saignements gynécologiques ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous présenté des problèmes de saignement prolongé ou important au cours d'extractions dentaires, d'interventions chirurgicales ou d'un accouchement ?	Oui ☐	Non ☐
Avez-vous présenté d'autres problèmes de saignement ?	Oui ☐	Non ☐
Est-ce que certains membres de votre famille présentent des problèmes de saignement (hémophilie, maladie de Willebrand) ?	Oui ☐	Non ☐
Nombre de « oui » =		

En cas de réponses positives, selon le contexte chirurgical, des examens complémentaires pourront être demandés.

Calculez votre **risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil**

Êtes-vous appareillé pour un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu un enregistrement à la recherche d'un syndrome d'apnées du sommeil ?

Oui ☐ Non ☐

¶ Si vous avez répondu « Non » aux questions précédentes, veuillez alors calculer votre risque d'avoir un syndrome d'apnées du sommeil :

	Réponse
Avez-vous un ronflement sonore (entendu porte close) ?	Oui ☐ Non ☐
Êtes-vous fatigué, somnolent pendant la journée ?	Oui ☐ Non ☐
A-t-on observé des pauses respiratoires pendant votre sommeil ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une hypertension artérielle, traitée ou non ?	Oui ☐ Non ☐
Âge supérieur à 50 ans ?	Oui ☐ Non ☐
Tour de cou supérieur à 40 cm ?	Oui ☐ Non ☐
Sexe masculin ?	Oui ☐ Non ☐
Indice de Masse Corporelle : pour le calculer (le médecin pourra vous aider)	
● votre poids (en kg) / votre taille (en m) =	
● puis recopiez le résultat / votre taille (en m) = supérieur à 35 kg/m ² ?	
Oui ☐ Non ☐	
Nombre de « oui » =	

Si trois réponses au moins sont positives, le diagnostic de SAOS est probable. Le Service d'ORL, spécialisé dans ce domaine, pourra vous contacter. **Pour cela, merci de donner votre adresse mail :**

..... @

Si vous avez plus de 40 ans :

calculez **votre risque cardiaque postopératoire**

	Réponse
Chirurgie intra-abdominale (à remplir par le médecin) ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des antécédents d'angine de poitrine, d'infarctus du myocarde ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des antécédents d'insuffisance cardiaque ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous des antécédents d'accident vasculaire cérébral (« attaque »), d'accident ischémique transitoire, d'hémorragie méningée ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous un diabète insulino-dépendant (traitement par l'insuline) ?	Oui ☐ Non ☐
Avez-vous une insuffisance rénale chronique (créat. préop. > 177 mmol/l)	Oui ☐ Non ☐
Nombre de « oui » =	

A partir de 2 réponses « oui », le risque est supérieur à 5 %.

Si vous fumez actuellement plus de 10 cigarettes par jour :

calculez votre **risque de dépendance**

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	dans les 5 premières minutes	3
	entre 6 et 30 minutes	2
	entre 31 et 60 minutes	1
	après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	oui	1
	non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	la première le matin	1
	n'importe quelle autre	0
	10 ou moins	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	oui	1
	non	0
Lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée, fumez-vous ?	oui	1
	non	0
Total =		

Si le total est supérieur ou égal à 6, vous êtes dépendant. Selon l'intervention, une substitution nicotinique sera envisagée.

Si vous arrêtez de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention, le risque de complications dues au tabac disparaît.

Un arrêt 3 à 4 semaines avant l'intervention apporte un bénéfice sur tous les paramètres opératoires.

Merci de prendre connaissance, de dater et de signer l'information concernant le recueil des données dans le cadre des études observationnelles, **que vous trouverez page suivante.**

DATE : Signature :



RECUEIL DE DONNÉES

DANS LE CADRE DES RECHERCHES OBSERVATIONNELLES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le Service d'Anesthésie-Réanimation du Centre Hospitalier et Universitaire de TOURS effectue régulièrement des recherches observationnelles, c'est-à-dire ne modifiant pas la prise en charge habituelle des patient(e)s. Ces études peuvent être rétrospectives (débutées après la sortie du patient de l'hôpital) ou prospectives (débutées au moment de l'hospitalisation). Elles nécessitent le recueil d'informations dans les dossiers ou au cours de l'hospitalisation, de paramètres tant cliniques (âge, poids, taille, pression artérielle, fréquence cardiaque...), biologiques (hémoglobine, temps de coagulation, glycémie...) ou radiologiques (données d'interprétation, dose de rayon reçue...).

Les résultats de ces travaux permettent d'apporter des informations qui favorisent le développement des connaissances dans tous les domaines de la santé comme, par exemple, la thérapeutique, la qualité des soins, la prise en charge de la douleur... Elles ne sont qu'une première étape dans la recherche et devront être confirmées, ensuite, par des études complémentaires prospectives, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouveaux traitements chirurgicaux ou médicaux.

Pour être menées à bien, ces recherches observationnelles nécessitent la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données recueillies, afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant ces données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité, ces données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi auront connaissance de ces données nominatives.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, si vous êtes inclus(e) dans une étude observationnelle, celle-ci sera systématiquement déclarée à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) pour obtenir son autorisation préalable. Les données recueillies au cours de l'hospitalisation ne seront pas utilisées plus de quatre ans après l'hospitalisation et accessibles dans les conditions prévues par l'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique.

Si vous ne souhaitez pas que les données recueillies lors de l'hospitalisation (cliniques, biologiques, radiologiques) soient utilisées dans une étude observationnelle, merci d'en informer le Professeur Laffon (Service d'Anesthésie-Réanimation 1 - CHR Bretonneau - 37044 Tours Cedex 9). Sachez que votre refus peut être décidé à tout moment et qu'il ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge. Si vous refusez de participer, les données ne seront pas utilisées et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Je soussigné(e) Mme, Mrdéclare avoir pris connaissance de cette information concernant le recueil des données dans le cadre des études observationnelles.

Date : ____ / ____ / ____

Signature

Vous avez rendez-vous dans une structure pour réaliser une IVG :

- La procédure se déroulera au Centre Hospitalier de **Tours** ou au Centre Hospitalier d'**Orléans** :

Vous êtes convoquée le / / à h min

Les comprimés de MIFEPRISTONE sont à prendre le / / vers h

En les plaçant sous la langue ou contre la joue

- La procédure se déroulera au Centre Hospitalier de **Blois** :

Vous êtes convoquée le / / à h min

Vous devrez apporter : Carte de groupe sanguin + Carte vitale + Mutuelle + Carte d'identité.

Ainsi que votre contraceptif (implant ou stérilet) si une pose est prévue pendant la procédure.

Adresses et contacts :

CHU de Tours – Site Bretonneau :

2 Boulevard Tonnellé, 37000 TOURS

Bâtiment Olympe de Gouges, Unité d'hospitalisation gynécologique, 3^{ème} étage

Données GPS : 47.388225,0.668749

Numéro du secrétariat d'orthogénie : 02.47.47.47.43

Numéro du standard : 02.47.47.47.47

CHR d'Orléans, Hôpital de la Source :

14 Avenue de l'hôpital, 45100 ORLEANS

Si IVG instrumentale : Chirurgie ambulatoire (UACA) au Point Rose – 1^{er} étage

Si IVG médicamenteuse : Chirurgie gynécologique au Point Vert – 4^{ème} étage

Données GPS : 47.835441,1.920184

Numéro du secrétariat d'orthogénie : 02.38.74.41.15

Numéro du standard : 02.38.51.44.44

CH de Blois :

Mail Pierre Charlot, 41100 BLOIS

Centre de Santé Sexuelle - Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse, 2^{ème} étage

Données GPS : 47.602916,1.344192

Numéro du secrétariat d'orthogénie : 02.54.55.62.75

Numéro du standard : 02.54.55.66.33

Pour toutes complications en lien avec l'acte d'interruption de la grossesse :

Veuillez contacter le centre ayant réalisé l'IVG

Pour toutes questions générales relatives à votre IVG :

Veuillez contacter le centre près de chez vous ayant réalisé la consultation pré-IVG

En cas d'urgence :

Veuillez contacter le SAMU en composant le 15

CHARTRE DE BONNES PRATIQUES

Echographies en lien avec une Interruption Volontaire de Grossesse

1. Information du secrétariat de la nécessité d'une prise de rendez-vous rapide (sous 48 h) pour l'échographie de datation dans la mesure du possible
2. Accueil bienveillant et respect de la confidentialité
3. Professionnel.le.s empathique.s avec attitude neutre
4. Écran non tourné vers la patiente en cours d'examen (et suppression du double écran s'il existe), sauf sur demande expresse
5. Echographie à réaliser systématiquement en première intention par voie sus pubienne, vessie non vide et ne réserver la voie endovaginale qu'aux situations nécessitant une imagerie complémentaire (GLI, GEU, MLU...)
6. La mesure de la fréquence cardiaque n'est pas recommandée pour connaître l'évolutivité de la grossesse, le contrôle visuel des battements cardiaques est suffisant. En outre, de façon générale pas de doppler au niveau du cœur de l'embryon jusqu'à 11 SA (mode M, qui n'a pas de son)
7. Images papier cachées à la patiente, sauf sur demande expresse, et transmission si possible dans une enveloppe ou par voie dématérialisée au prescripteur éventuel.
8. Date de début échographique de grossesse exprimée en précisant la fourchette d'imprécision +/- 5 jours
9. Si le terme approche de 16 SA : Orientation en urgence de la patiente vers un centre d'IVG.

Pour rappel :

- *Terme limite pour pratiquer une IVG depuis le 02/03/2022 : 16 SA*
- *Terme limite pour une IVG médicamenteuse en ville : 9 SA*

10. Respect de la cotation spécifique (confidentialité respectée en lien avec la législation):
 - Echographie de datation pré IVG : **code IPE, sans dépassement d'honoraire possible et prise en charge à 100% par l'assurance maladie** (35.65€ au 01/09/2022)
 - Echographie de contrôle de vacuité post IVG : **code IVE, sans dépassement d'honoraire possible et prise en charge à 100% par l'assurance maladie** (30.64€ au 01/09/2022).

Cas particuliers : Toute autre cotation donnerait lieu à une information éclairée de la perte de confidentialité de cette nouvelle cotation, de l'absence de prise en charge à 100% par la sécurité sociale et nécessiterait l'accord préalable de la patiente.

Je soussigné.e :

N° RPPS :

- ☐ M'engage à respecter les termes de la charte.
- ☐ Autorise le Réseau Périnat CVL à diffuser mes coordonnées sur son site Internet.

A :
Signature

Le : / /

Tampon

	Interruption Volontaire de Grossesse 14-16SA <i>BIP > 34mm</i> Méthode médicamenteuse		
---	---	--	---

I – OBJET

Le mercredi 23 février 2022 a été adoptée la loi n° 2022-295 comportant l'extension du délai légal de l'IVG en France à 16 SA. Cette loi a été promulguée le 02 mars 2022 et publiée au JO le 03 mars 2022.

II - DEFINITION

Déclenchement médicamenteux en cas d'interruption volontaire de grossesse.

III –BIBLIOGRAPHIE

- Protocole médicamenteux d'IMG et de la mort fœtale in utero CHRO-LS-2021
- Avortement provoqué: avortement chirurgical et méthodes médicales au deuxième trimestre N°360, juin, 2018 SOGC.
- Second-trimester surgical abortion practices in the United States. Katharine O. White, Heidi E. Jones, Jade Shorter, Wendy V. Norman, Edith Guilbert, E. Steve Lichtenberg, Maureen Paul <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.04.004>
- Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? À propos du niveau de satisfaction de 1032 patientes ? <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.12.004>
- Complications des interruptions de grossesse de 12 à 16 SA : comparaison en fonction du terme et de la méthode utilisée. E. Gottardi, B. Renaudin, Y. Ville <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.05.001>
- Interruption volontaire de grossesse entre 14 et 16 SA : place de la technique médicamenteuse. K Bettahar, A Koch, P Druelle. *Gynécologie Obstétrique Fertilité&Sénologie* 50 (2022) 735-740

IV – GLOSSAIRE

IVG : interruption volontaire de grossesse

SA : semaine d'aménorrhée

D&E : Dilatation et évacuation

BIP : diamètre bi-pariétal

e.g. : *exempli gratia* ou par exemple

CU : contraction utérine

SDN : salle de naissance

GO : gynéco-obstétricien

MAR : médecin anesthésiste réanimateur

SF : sage femme

APD : analgésie péri-durale

CVDL : Centre Val de Loire

V - CADRE ET LIMITE D'UTILISATION

Utilisateurs

Equipe du Centre d'Orthogénie, gynécologues, MAR

Conditions d'utilisation

Dans un premier temps, ce protocole s'applique à la prise en charge **des patientes demandeuses d'une IVG avec BIP >34mm.**

Rédacteur Dr Marion CUSSOT Dr Victoria CARRE Dr Floriane BONNIN	Vérificateur Dr Sandrine AVIGDOR Dr Didier BONNET	Approbateur Direction Qualité, Usagers et Gestion des Risques	Version N° 1	Page 6/ 90
			Applicable à partir du 1^{er} juillet 2022	

		
	Interruption Volontaire de Grossesse 14-16SA <i>BIP > 34mm</i> Méthode médicamenteuse	

VI – DESCRIPTION DU PROTOCOLE

1. ORGANISATION

- A programmer **en priorité du lundi au jeudi**
- Consultation pré-anesthésique au **POINT VERT**, à organiser rapidement et respecter le délai légal de 48H avant la procédure.
- Prévenir le GO et le MAR de garde en SDN et le GO d'astreinte.
- Informer le cadre du service de chirurgie gynécologique 4^{ème} étage POINT VERT et le cadre du bloc obstétrical
- L'accueil et préparation de la patiente sont réalisés dans le service de chirurgie gynécologique.
- La procédure se déroule en SDN sous les soins des SF.
- Avertir la patiente d'une possible hospitalisation en cas de complications.

2. PROCESSUS

J - 2

- Prise de 1 comprimé de MIFÉPRISTONE 200mg per os : **délai de 48H à respecter**.
- Bilan pré-opératoire : Carte de groupe conforme ou 2 déterminations de groupe sanguin, RAI, NFS plaquettes .
- Test PCR Covid et dépistage d'IST par PCR Multiplex fortement conseillé
- Faire une pré-admission à l'hôpital au Bureau des Admissions POINT VERT.

J 0 le jour de l'hospitalisation

- Hospitalisation en Chirurgie Gynécologique 4^{ème} étage POINT VERT
- Installation de la patiente, vérifier l'identité et donner un bracelet d'identification
- Vérification du dossier médical par IDE :
 - Compte rendu de la Cs pré-anesthésique
 - Résultats du bilan pré-opératoire, carte de groupe sanguin avec 2 déterminations, RAI < 48h, test PCR Covid.
 - Personne de confiance /directives anticipées
- Prendre les paramètres vitaux
- Pose VVP KTP 18G
- Ne pas oublier l'injection du Rhophylac® 200µg en IV si Rhésus négatif

3. PREPARATION CERVICALE : INDISPENSABLE pour la réalisation de la procédure

Application du protocole IVG 14-16SA par méthode médicamenteuse prescrit sur Easily

- Étape cruciale pour le bon déroulement de la procédure
- Protocole antalgique
 - **30 min** avant la prise du misoprostol débuter le traitement antalgique par voie IV
 - Ketoprofène 100mg
 - Paracétamol 1g
 - Néfopam 20mg
 - Prévoir une bouillotte
 - Zophren® 4mg IVL ou dompéridone 10mg 1h avant systématique

Rédacteur Dr Marion CUSSOT Dr Victoria CARRE Dr Floriane BONNIN	Vérificateur Dr Sandrine AVIGDOR Dr Didier BONNET	Approbateur Direction Qualité, Usagers et Gestion des Risques	Version N° 1	<i>Page 6/</i> 90
			Applicable à partir du 1 ^{er} juillet 2022	

	Interruption Volontaire de Grossesse 14-16SA <i>BIP > 34mm</i> Méthode médicamenteuse	
---	--	---

- Protocole de préparation du col cervical :
 - Misoprostol 800µg (soit 2 comprimés de 400 µg) par voie jugale ou sublinguale puis renouvellement par 1 comprimé de Misoprostol 400 µg toutes les **3 HEURES** jusqu'à un maximum de 5 doses de 400µg.
 - **Cas particulier** : utérus cicatriciel : 1cp de Misoprostol 200µg (Gymiso®) toutes les **3 HEURES (maximum 600µg)**
- Surveillance d'apparition des contractions utérines/ saignement
- Transfert au bloc obstétrical dès l'apparition des CU et ou saignement pour une prise en charge antalgique par l'équipe d'anesthésistes (pose APD)
- En l'absence d'expulsion 3 heures après la dernière prise de Misoprostol. Il est recommandé d'évaluer la patiente par GO de garde pour une prise en charge chirurgicale avec ou sans protocole Dilapan-S.

4. DIVERS :

- L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée sauf
 - Si résultats pathologiques du dépistage des IST ou PV.
- Prévenir les patientes d'une possibilité de montée de lait :
 - Porter une brassière serrée
 - Ordonnance pré remplie est disponible (homéopathie).
- Consultation de contrôle post - IVG 2-3 semaines après la procédure
- Proposer un accompagnement psychologique

VII - PRECAUTIONS PARTICULIERES POUR LES SOIGNANTS

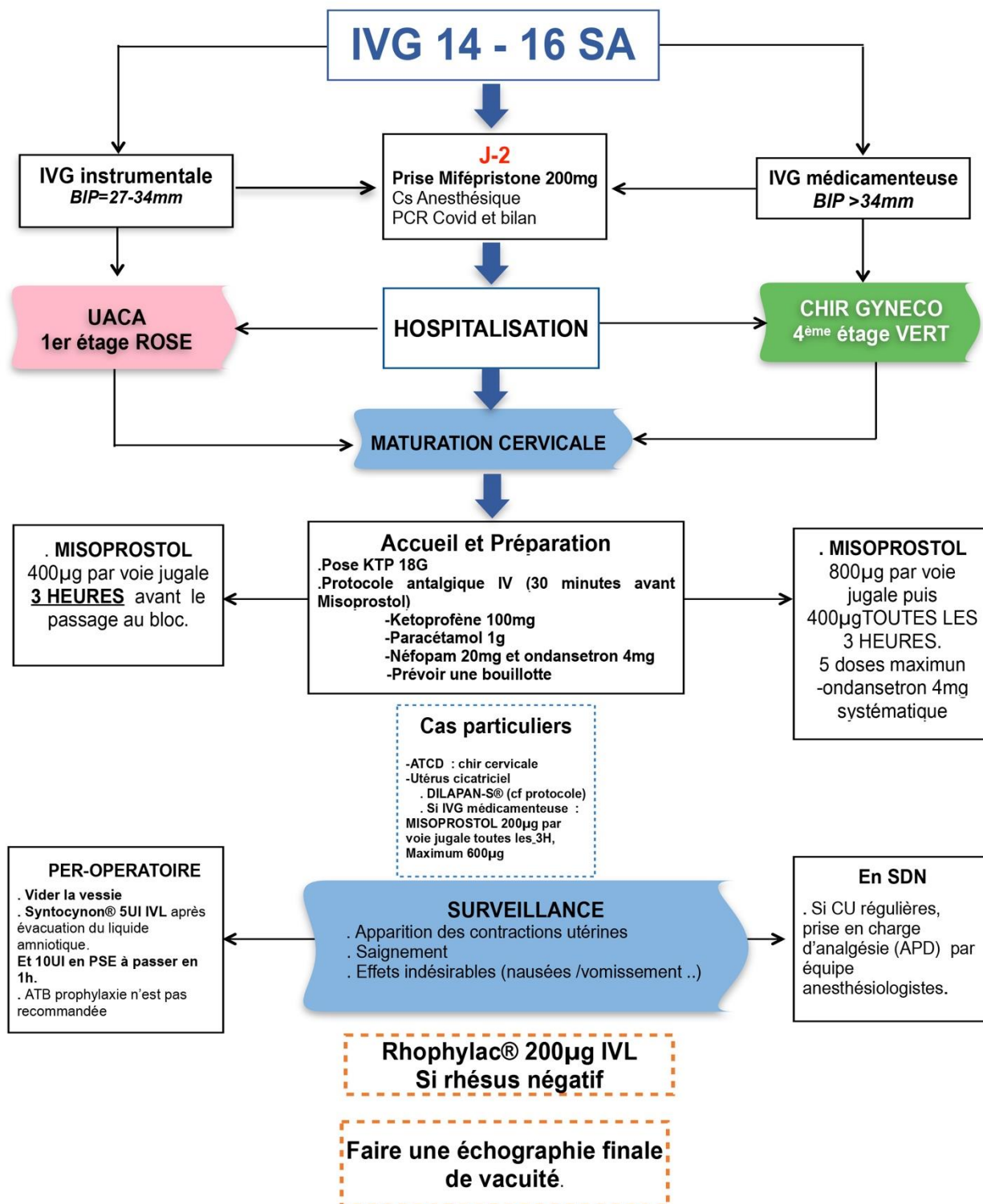
Le port de **masque** et **lunettes protectrices** est fortement recommandé tout au long de la prise en charge afin d'éviter la projection de liquide biologique (sang).

VIII – CONTROLE QUALITE

Existence d'indicateurs

- Dossier de CIVG : traçabilité
 - de l'âge gestationnel
 - des antécédents
 - protocole utilisé
- Dossier Cs pré-anesthésie : traçabilité
- Dossier d'hospitalisation : traçabilité
 - horodatage de la prise des misoprostol
- Compte-rendu opératoire et d'anesthésie : traçabilité
 - de l'horaire de l'intervention de façon à vérifier si le respect du délai de réalisation du geste est conforme à celui de la littérature
- Registre des procédures, complications : analyse des dossiers par le Réseau Périnatal CVDL

Rédacteur Dr Marion CUSSOT Dr Victoria CARRE Dr Floriane BONNIN	Vérificateur Dr Sandrine AVIGDOR Dr Didier BONNET	Approbateur Direction Qualité, Usagers et Gestion des Risques	Version N° 1 Applicable à partir du 1 ^{er} juillet 2022	Page 6/ 90
---	--	--	---	---------------



Rédacteur	Vérificateur	Approbateur	Version N° 1	Page 6/ 90
Dr Marion CUSSOT	Dr Sandrine AVIGDOR	Direction Qualité, Usagers et Gestion des Risques	Applicable à partir du 1 ^{er} juillet 2022	
Dr Victoria CARRE	Dr Didier BONNET			
Dr Floriane BONNIN				

IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA

Technique pas à pas

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

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

Points clés

- Une bonne préparation cervicale
- Une dilatation suffisante

La préparation cervicale :

On associe mifépristone et misoprostol

- Mifépristone 200 mg 36 à 48 heures avant le geste

Si possible ne pas réduire le délai

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

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

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

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

Exceptionnellement l'association mifépristone + misoprostol + dilapan pourrait être nécessaire : dans quelques cas où l'on craint une dilation difficile tels que ATCD de conisation, col punctiforme, utérus multi-cicatriciel, IVG au 90 ième percentile de 16 SA (BIP = 38 mn, PC = 132 mn) en début de pratique, on pourrait utiliser la triple association mifépristone + misoprostol + dilapan

La séquence d'administration que nous vous conseillons est alors la suivante :

- 36 à 48 h avant 200 mg de Mifépristone
- Le jour de l'intervention :
 - H0 : Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracétamol 1 gr
 - 30 mn plus tard pose de Dilapan, au moins 2 et idéalement 3
 - 1h avant le passage au bloc : 400 microgrammes de misoprostol par voie jugale
 - Passage au bloc 3/4h après la pose de Dilapan

La dilatation du col

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

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

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

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

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

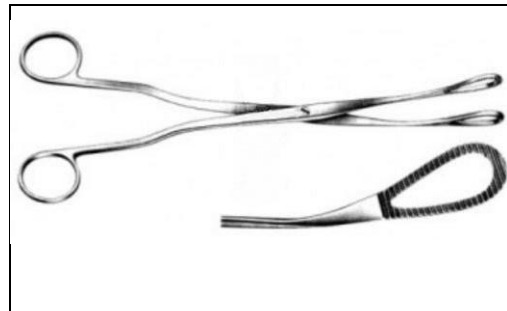
L'évacuation de l'utérus

- Commencer par une aspiration intra-utérine (prendre la plus grosse canule disponible) et aspirer le liquide amniotique.
- Demander l'injection de 5 unités de syntocinon en IVL qui peut être poursuivie par 10 U dans une poche de 250 ml durant toute la procédure. L'ocytocine provoque la contraction de l'utérus qui
 - favorise le décollement du trophoblaste « délivrance dirigée per abortum »
 - diminue le risque de perforation
 - diminue les pertes sanguines
- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.
- Réaliser la procédure de D&E. sous contrôle échographique à l'aide d'une pince

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

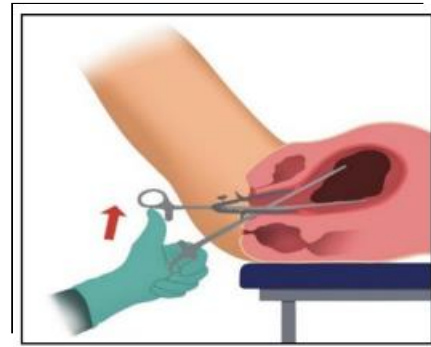
C'est un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 12 et qui ne se démonte pas. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.

Pince de Mc Clintok 24

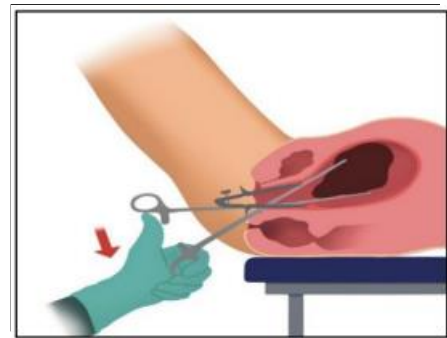


- Introduire la pince sous contrôle écho

- Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement (Figure1)

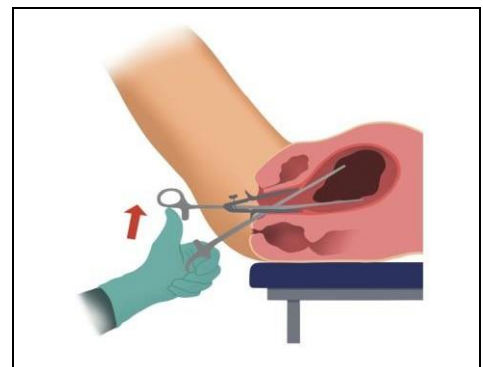


- Après passage de l'orifice cervical interne, ouvrir la pince aussi largement que possible en abaissant la main et la pince en direction du sol pour amener les mâchoires de celle-ci dans la partie antéro-inférieure de l'utérus. (Figure 2)



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

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



- Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste

- Conseils pratiques :
 - Déposer les fragments extraits dans un sac de recueil sous fessier
 - Vider la vessie en début de geste si elle est pleine
 - Recourir à l'aspiration en cours de geste est très utile pour amener à portée de la pince des fragments situés au fond de l'utérus.
 - 5 nouvelles unités de syntocynon en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.
 - Les vacuettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles
- Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels.
- Faire une échographie finale de vacuité

L'antibioprophylaxie :

Comme pour les termes plus précoces un dépistage systématique des IST est indiqué.

Il n'y a donc pas lieu de faire une antibioprophylaxie systématique sauf si ce dépistage des IST n'a pas pu être réalisé à temps (contexte d'urgence) . On utilisera alors dans ce cas la Doxycycline et/ou le Métronidazole

Anesthésie :

L'anesthésie peut être générale ou locale. L'anesthésie locale semble possible sous réserve que ce soit vraiment le choix de la patiente (le geste est plus long et nécessite un échoguidage peu discret) et que l'opérateur.e soit très expérimenté.e.

Rédaction S. Gaudu et P. Faucher :

Références :

LOI no 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement

Dilatation & Evacuation : Reference Guide IPAS 2018

Antibioprophylaxie dans l'IVG_ recommandations conjointes CNGOF, SFAR, SPILF ; janvier 2020

Faucher P. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-1-page-38>.

2) Tableau des mesures fœtales échographiques du BIP, référentiel Intergrowth-21st

International Fetal Growth Standards



Bi-Parietal Diameter (mm)

INTERGROWTH-21st



Gestational age (exact weeks)	Centiles						
	3 rd	5 th	10 th	50 th	90 th	95 th	97 th
14	26.3	26.7	27.4	29.6	31.8	32.5	32.9
15	29.1	29.6	30.2	32.6	34.9	35.6	36.0
16	32.0	32.5	33.2	35.7	38.1	38.8	39.3
17	35.0	35.5	36.2	38.8	41.4	42.1	42.6
18	38.0	38.5	39.3	42.0	44.7	45.4	45.9
19	41.1	41.6	42.4	45.2	48.0	48.8	49.3
20	44.1	44.7	45.5	48.4	51.4	52.2	52.8
21	47.2	47.8	48.6	51.7	54.8	55.6	56.2
22	50.3	50.9	51.8	55.0	58.1	59.0	59.6
23	53.4	54.0	54.9	58.2	61.5	62.4	63.0
24	56.4	57.0	58.0	61.4	64.8	65.7	66.4
25	59.4	60.0	61.0	64.5	68.0	69.0	69.7
26	62.3	63.0	64.0	67.6	71.2	72.2	72.9
27	65.2	65.9	66.9	70.6	74.3	75.3	76.0
28	67.9	68.6	69.7	73.5	77.3	78.3	79.0
29	70.6	71.3	72.4	76.3	80.1	81.2	81.9
30	73.1	73.9	75.0	78.9	82.8	84.0	84.7
31	75.5	76.3	77.4	81.4	85.4	86.6	87.3
32	77.8	78.5	79.7	83.8	87.8	89.0	89.8
33	79.8	80.6	81.8	85.9	90.1	91.3	92.0
34	81.7	82.4	83.7	87.9	92.2	93.4	94.1
35	83.3	84.1	85.3	89.7	94.0	95.2	96.0
36	84.7	85.5	86.8	91.2	95.7	96.9	97.7
37	85.9	86.7	88.0	92.5	97.1	98.4	99.2
38	86.7	87.6	88.9	93.6	98.3	99.6	100.5
39	87.3	88.2	89.6	94.4	99.2	100.6	101.5
40	87.5	88.4	89.9	94.9	99.9	101.3	102.3

3) Tableau des mesures fœtales échographiques du PC, référentiel Intergrowth-21st

International Fetal Growth Standards



Head Circumference (mm)

INTERGROWTH-21st



Gestational age (exact weeks)	Centiles						
	3 rd	5 th	10 th	50 th	90 th	95 th	97 th
14	87.4	88.7	90.7	97.9	105.0	107.1	108.4
15	99.2	100.6	102.8	110.4	118.0	120.1	121.5
16	111.1	112.6	114.9	122.9	130.9	133.2	134.7
17	123.0	124.6	127.0	135.4	143.9	146.3	147.8
18	134.9	136.6	139.1	147.9	156.7	159.2	160.9
19	146.8	148.5	151.1	160.3	169.5	172.1	173.8
20	158.5	160.2	163.0	172.5	182.0	184.7	186.5
21	170.1	171.9	174.7	184.5	194.3	197.1	199.0
22	181.4	183.3	186.2	196.3	206.4	209.3	211.2
23	192.6	194.5	197.5	207.8	218.2	221.2	223.1
24	203.5	205.4	208.5	219.1	229.7	232.7	234.7
25	214.1	216.0	219.1	230.0	240.8	243.9	245.9
26	224.3	226.3	229.5	240.5	251.6	254.7	256.7
27	234.1	236.2	239.4	250.7	261.9	265.1	267.2
28	243.6	245.7	248.9	260.4	271.8	275.1	277.2
29	252.5	254.7	258.0	269.6	281.3	284.6	286.7
30	261.0	263.2	266.5	278.4	290.2	293.6	295.8
31	268.9	271.1	274.6	286.6	298.7	302.1	304.4
32	276.3	278.5	282.1	294.4	306.7	310.2	312.5
33	283.0	285.3	288.9	301.5	314.1	317.7	320.0
34	289.1	291.5	295.2	308.1	321.0	324.7	327.1
35	294.5	296.9	300.8	314.1	327.4	331.2	333.6
36	299.2	301.7	305.6	319.4	333.2	337.1	339.6
37	303.1	305.7	309.8	324.1	338.4	342.5	345.1
38	306.1	308.9	313.1	328.1	343.0	347.3	350.0
39	308.3	311.2	315.7	331.4	347.1	351.5	354.4
40	309.6	312.7	317.4	333.9	350.5	355.2	358.3

4) Le RETEX

RETOUR D'EXPERIENCE

-

PARCOURS DE PRISE EN SOINS

DES DEMANDES D'IVG

ENTRE 14 ET 16 SA EN REGION CVL

- Nombre de patientes entre 14 et 16 SA ayant bénéficié du projet
- Proportion de mineures et de femmes vulnérables = femmes nécessitant la confidentialité
- Nombre de patientes dans les délais (≤ 16 SA) dont un refus de prise en soins sans réorientation rapide a été remonté
- Nombre de centres et lesquels ayant adressé une patiente à un centre ressource
- Difficultés rencontrées par les patientes
- Difficultés rencontrées par les professionnels
- Nombre d'IVG instrumentales / médicamenteuses
- Événements indésirables :
 - Hémorragie / Expulsion entre première consultation et date de programmation de l'IVG ayant conduit à la réalisation d'une aspiration en urgence
 - Taux de reprise et/ou réhospitalisation :
 - À proximité
 - Dans le centre ressource
 - Nombre de complications per et post-opératoire et lesquelles
- Bénéfices secondaires du projet (si possible) :
 - Patientes bénéficiant du circuit pour motif autre que le terme (risque hémorragique, de réanimation, etc ...)
 - Amélioration ou non de la continuité du service sur la région

5) La fiche de liaison

FICHE DE LIAISON

PARCOURS DE PRISE EN SOINS DES DEMANDES D'IVG ENTRE 14 ET 16 SA EN REGION CVL

Cette fiche de liaison est à compléter par le centre ressource à l'issue de la prise en soins d'une patiente ayant participé au parcours.

Elle sera transmise à la structure de proximité ayant effectué la prise en soins initiale.

Elle permet un meilleur suivi et facilite les transmissions médicales, notamment lors de la consultation post-IVG.

Formulaire à imprimer ou à compléter en format numérique via les cases en surbrillance.

Nom : Prénom : Date de naissance : ou Étiquette patiente	Structures de proximité ayant adressé la patiente :	Centre ressource ayant réalisé l'acte d'IVG : ☐ CHRU de Tours ☐ CH de Blois ☐ CHR d'Orléans
Date de l'intervention : Terme de la grossesse :	Méthode utilisée : ☐ Chirurgicale ☐ Médicamenteuse	Complications : ☐ Non ☐ Oui, lesquelles :
Pose d'un contraceptif : ☐ Non ☐ Oui, lequel :	Injection de RHOPHYLAC 200 µg : ☐ Non ☐ Oui	Traitement spécifique prescrit : ☐ Non ☐ Oui, lequel :

6) Le questionnaire

Madame,

Nous sollicitons votre aide car vous avez suivi un parcours de santé organisé par l'Agence Régionale de Santé et le Réseau Périnatal Centre Val de Loire. Ce parcours inclut les femmes en demande d'interruption de grossesse (IVG) dans la région Centre-Val de Loire, à un terme entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre prise en soins afin de pouvoir améliorer ce parcours, si nécessaire, pour les femmes qui en bénéficieront après vous.

Ce questionnaire est **anonyme**.

N'hésitez pas à nous faire part de vos remarques.

1. Dans quelle ville habitez-vous ?
2. Quelle est la structure de santé qui vous a reçue en consultation pré-IVG et qui vous a ensuite orientée vers un centre pouvant réaliser votre IVG ?
3. Diriez-vous que vous avez obtenu un rendez-vous de consultation rapidement dans cette structure ?
4. Combien de jours se sont écoulés entre votre demande de rendez-vous et la consultation pré-IVG ?
5. Vers quelle structure de santé avez-vous ensuite été orientée pour la réalisation de l'IVG ?
6. Avez-vous trouvé que les informations que vous avez reçues à propos de l'organisation du parcours étaient claires ?
7. Si non, quels conseils avez-vous à nous donner ?
8. Avez-vous rencontré des difficultés pour vous déplacer jusqu'au centre qui a réalisé votre IVG ? (Notamment financière)
9. Quel(s) moyen(s) de transport avez-vous utilisé(s) ?
10. Avez-vous rencontré des difficultés au niveau de la prise en charge de l'IVG par la CPAM ?
11. Y a-t-il eu des complications avant, pendant ou après l'intervention d'interruption de la grossesse ?
12. Si oui, lesquelles ?
13. Par quelle méthode s'est effectuée votre IVG ? (Chirurgie ou médicament seul)
14. Avez-vous eu un rendez-vous pour une consultation post-IVG dans la même structure qui vous avait reçu pour la consultation pré-IVG ?
15. Avant d'être prise en soins via le parcours de santé, avez-vous fait face à un refus de prise en soins par une structure sans que celle-ci vous oriente vers une autre structure pouvant vous aider ?
16. Avez-vous des remarques à formuler dans le but d'améliorer le parcours ?
17. Etes-vous satisfaite de votre prise en soins via le parcours de santé ?

Merci pour votre participation.

Vu, la Directrice de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Cornilleau Irène

103 pages – 3 tableaux – 5 figures

Résumé :

Introduction : La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement a étendu le délai légal de celui-ci qui était de maximum 14 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à maintenant 16 SA. À six mois du passage de cette loi, il a été recensé en région Centre-Val de Loire (CVL) seulement 3 structures réalisant ces avortements entre 14 et 16 SA. Certaines femmes dans cette situation ont été en grande difficulté pour trouver une structure pouvant répondre à leur demande. L'objectif de ce travail est de mettre en place un parcours coordonné de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL.

Matériels et méthodes : Il a été défini deux types de structures : celles effectuant la prise en soins initiale en proximité et celles réalisant l'acte de l'avortement. Les premières sont appelées « structures de proximité » et les secondes, « centres ressources ». Une répartition géographique régionale a été établie de façon départementale dans le but d'affilier les structures de proximité à un centre ressource. Le financement de ce parcours de soins se fait grâce à l'aide de l'Agence Régionale de Santé CVL.

Résultats : Après présentation du projet, les 3 centres ressources ont confirmé leur accord participatif à ce parcours ainsi que la majorité des structures de proximité de la région. Un dossier gynécologique régional commun de consultation pré-IVG a été créé afin d'uniformiser les pratiques et de faciliter la transmission des données lors du parcours. Un dossier anesthésique régional commun de consultation anesthésique n'a pas pu être institué ; la procédure diffère pour chacun des 3 centres ressources.

Conclusion : Un parcours coordonné de prise en soins des demandes d'IVG entre 14 et 16 SA dans la région CVL a pu être créé grâce la collaboration de nombreux acteurs et professionnels de santé. Il est maintenant nécessaire de le mettre à l'épreuve par la pratique. L'évaluation de son bon fonctionnement sera réalisée via un retour d'expérience des centres participants et par un questionnaire de satisfaction à destination des patientes ayant suivi le parcours.

Mots clés : parcours ; prise en soins ; IVG ; région Centre-Val de Loire

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directrice de thèse : Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Membres du Jury : Professeure Leslie GUILLON-GRAMMATICO

Docteure Maryam OYER-AL NAKIB

Docteure Laetitia CANAZZI

Docteur Julien CIRIER

Date de soutenance : 19 octobre 2023