

Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

www.ancic.asso.fr



L'ECHO DE L'ANCIC

Bulletin d'information

N° 22 - Juin 2017

EDITORIAL



Photo M-L. Bazile

**Numéro à mettre dans votre valise et à lire
sur la plage, à la montagne, à la campagne
ou même à la ville.**



Photo M. Chosson

Bonnes vacances !

EDITO p.1

DOSSIER : p.9 à 11

*Lecture critique et approfondie des
« recommandations pour la pratique
des IVG » publiées par le CNGOF*

DEBAT : p. 12 à 16

Présentation étude EPIMAT

PROGRAMME 22èmes p.17 à 19

JOURNEES DE L'ANCIC

ACTUALITES p. 20 à 21

DATES À RETENIR p.17

Comité de rédaction :

Emmanuelle Lhomme (Secrétaire
de rédaction)

Marie-Laure Bazile

Martine Chosson

Véronique Le Ralle

Nathalie Peltier

Claire de Truchis

Présidence de l'ANCIC :

Laurence Danjou

Laurence Esterle

Emmanuelle Lhomme

Mail : contact@ancic.asso.fr

ancic.marie-laure.bazile@wanadoo.fr

DOSSIER

Lecture critique et approfondie des « recommandations pour la pratique clinique de l'interruption volontaire de grossesse » publiées par le CNGOF

Texte rédigé par Emmanuelle Lhomme, co-présidente de l'ANCIC, au nom de l'ANCIC

INTRODUCTION

Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) a publié fin 2016 des recommandations pour la pratique de l'IVG.

Ces recommandations se basent en principe sur une analyse bibliographique exhaustive des derniers articles publiés sur le sujet et sur le travail de synthèse et d'avis d'experts nommés par le CNGOF.

Le groupe de travail pluridisciplinaire regroupait gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, psychologues et sages-femmes.

Le résultat est un texte court de recommandations pour la pratique (consultable sur le site du CNGOF) et des textes longs déclinant différents angles de pratique : Epidémiologie, place de l'échographie, IVG médicamenteuse, IVG instrumentale, complications, aspects psychologiques, contraception après IVG et cadre juridique (publiés dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2016) 45).

UN TRAVAIL DE BIBLIOGRAPHIE ET DE SYNTHÈSE INTERESSANT

Un énorme travail de bibliographie aboutissant à une publication de plus de 130 pages sur le sujet doit être souligné.

Il est à noter que le nombre de publications françaises sur le sujet est très restreint et que la quasi-totalité de la bibliographie est faite à partir de données anglo-saxonnes ou d'Europe du Nord avec des pratiques qui peuvent varier des nôtres.

Le résumé du texte court reprend les vingt principales recommandations tirées des textes longs. (Cf. pages 10 et 11)

Le chapitre sur les **IVG instrumentales** est rédigé à charge. L'IVG médicamenteuse est la méthode de référence et les différences entre les deux méthodes sont minimisées ou négligées à l'avantage de la méthode médicamenteuse pour arriver à la même conclusion :

« L'IVG instrumentale a un taux de succès élevé. Les différences en termes de succès, effets secondaires et lésions d'organe entre IVG instrumentale et médicamenteuse sont très faibles (NP2). Ainsi, le choix de la méthode instrumentale ou médicamenteuse devrait être laissé aux femmes, quel que soit l'âge gestationnel en exposant les avantages et inconvénients de chacune d'elles (accord professionnel). »

Alors que les études citées sont ainsi commentées :

« Le risque d'avoir une aspiration évacuatrice non programmée était plus fréquent pour la méthode médicamenteuse, mais dans des seuils cependant très faibles (0,6 % pour la méthode instrumentale contre 2,1 % pour la méthode médicamenteuse). »

« Les effets indésirables mineurs étaient plus importants dans le groupe médicamenteux (NP2) : 20 % versus 5,6 % ($p < 0,001$), notamment en termes d'hémorragie (15,6 % versus 2,1 %, $p < 0,001$), d'avortement incomplet (6,7 % versus 1,6 %, $p < 0,001$). »

Dans le chapitre intitulé « **Complications de l'interruption volontaire de grossesse** », alors que le texte lui-même est complet et équilibré, le résumé est édifiant : seules les IVG instrumentales sont citées ...

Dans le texte long, l'auteur relate :

« Dans cette étude, le risque de grossesse évolutive persistante est quatre fois plus important dans l'IVG médicamenteuse que dans l'IVG instrumentale (3,9 pour 1000 versus 1,6 pour 1000, OR = 4 95 %, IC 95 % : 3,1—5,1 ; $p < 0,001$) et le risque d'échec de l'IVG augmente avec l'âge gestationnel dans l'IVG médicamenteuse (+50 % par semaine d'aménorrhée d'âge gestationnel) alors qu'il diminue avec l'âge gestationnel dans l'IVG instrumentale (—60 % par semaine) témoignant de la probabilité plus grande de manquer l'aspiration de grossesses très jeunes (NP3). » réf 3 (ref 13)

« Dans une étude de registre finlandaise sur 42 619 IVG réalisées avant 9 SA, le risque d'avortement incomplet est multiplié par plus de 5 dans l'IVG médicamenteuse par rapport à l'IVG instrumentale (6,7 % versus 1,6 %, OR = 5,37, IC 95 % : 4,49—6,28) (NP2) » ref 4

De même pour les risques hémorragiques :

« Le taux d'aspiration (ou de nouvelle aspiration) en raison de la survenue d'une hémorragie est dans cette étude de 2,9 % en cas d'IVG médicamenteuse versus 0,9 % en cas d'IVG instrumentale, soit près de 3 fois plus ($p < 0,001$) (NP2). »

Mais ces données ne sont pas reprises dans les conclusions des recommandations.

Par ailleurs, l'auteur ne cite que des études sur l'IVG médicamenteuse réalisées avant 9 SA comme le recommande la HAS. Nous ne pouvons donc pas comme le préconisent les experts du CNGOF : *« informer les femmes des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes en fonction du terme et des effets secondaires ».*

Le chapitre consacré aux **Aspects psychologiques** rappelle que :

« Il est recommandé d'informer la patiente sur la douleur, et ceci de façon « non minorée » (avis d'expert). »

« La méthode médicamenteuse est moins bien vécue lorsqu'il y a échec de cette méthode, ou lorsqu'il y a des saignements prolongés et importants, de l'inconfort et/ou de l'anxiété au moment de l'IVG. »

« La moitié des femmes de chaque effectif (IVG médicamenteuse et IVG chirurgicale) déclare le vécu de l'hospitalisation comme « tolérable ». Pour le groupe IVG médicamenteuse, l'autre moitié considère le vécu de cette période comme intolérable ; pour le groupe IVG chirurgicale, l'autre moitié considère avoir vécu de façon « tout à fait tolérable » l'hospitalisation. »

L'auteur du chapitre, psychologue au CHU de Strasbourg, relate : *« Lors des entretiens psychologiques, nous entendons aujourd'hui régulièrement des questionnements concernant la manière dont a lieu l'expulsion de l'embryon. Expulser celui-ci dans les toilettes peut être ressenti comme violent pour une femme. »*

Il s'agit ici d'expulsion de fœtus, et non d'embryon, jusqu'à 14 SA.

La conclusion est en contradiction avec ces constats successifs : *« Le choix de la méthode devrait être offert aux femmes quel que soit l'âge gestationnel (avis d'expert). Il est donc important que les équipes formées aux deux méthodes les rendent disponibles à tous les âges gestationnels pour lesquels l'IVG est autorisée (avis d'expert). »*

La **partie juridique** est très intéressante et fouillée en particulier sur la jurisprudence, avec une explication claire de la différence entre anonymat et confidentialité.

Toutefois sur les lois, les textes sont parfois interprétés.

Article L. 2212-7 du Code de Santé Public : *« si la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix »*

Recommandation du CNGOF : « *Il n'existe aucune obligation légale de recueillir de façon écrite l'identité de cette personne mais il est souhaitable de la consigner dans le dossier (accord professionnel).* »

Circulaire DGS/DHOS n°2001-467 du 28 septembre 2001 : « Le rôle de l'accompagnant : Cette disposition a pour seul objet d'autoriser la personne ainsi désignée par la mineure à l'accompagner dans toutes les démarches que requiert l'intervention volontaire de grossesse (consultation préalable, intervention elle-même et consultation postérieure). »

Recommandation du CNGOF : « *Il est précisé qu'elle doit alors se faire accompagner d'une personne de son choix (adulte référent). Celui-ci devra suivre la jeune mineure durant la démarche d'IVG (consultation préalable, intervention elle-même et consultation postérieure).* »

Dans les textes de loi on est dans le soutien, l'accompagnement de la mineure alors que dans les recommandations du CNGOF on est dans l'obligation de la présence du référent à chaque étape de la démarche.

Les résumés et les recommandations des différents chapitres ne reflètent pas la lecture des textes longs et en particulier l'analyse de la bibliographie. Il y a contradiction entre la lecture des études et les conclusions qui en sont tirées.

Pour le chapitre « **IVG par voie médicamenteuse** », cinq auteurs sur sept travaillent au CHU de Strasbourg où sont réalisées régulièrement et majoritairement des IVG médicamenteuses jusqu'à 14 SA malgré les recommandations contraires de la HAS. Cette pratique n'est pas représentative de la pratique des IVG en France et explique sûrement l'orientation prise par les auteurs.

Sur cette question, qui est la principale critique que nous adressons à ce travail, soulignons notre point de vue qui s'appuie sur l'analyse de la bibliographie mais aussi sur la pratique des IVG par de nombreux professionnels des Centre d'IVG qui font référence en France de par la qualité de la prise en charge et le nombre des IVG qui y sont réalisées chaque année (Centre d'orthogénie de l'Hôpital Port-Royal – Paris, Centre IVG Bluets-Trousseau, CCIVG de l'Hôpital Louis Mourier, Centre IVG de l'Hôpital Bécère, Centre IVG de l'Hôpital Kremlin-Bicêtre, CIVG de l'Hôpital de Tours, CIVG de l'Hôpital de Vannes, Clinique Clothilde Vauthier à Nantes...) :

La pratique de l'interruption de grossesse par méthode médicamenteuse est possible au-delà de 9 SA puisque c'est celle utilisée pour les IMG, mais elle s'accompagne d'une majoration des effets secondaires (douleurs, métrorragies, moins bon vécu psychologique de la majorité des patientes) et des complications (échecs et hémorragies plus fréquents avec nécessité d'une aspiration) ainsi qu'une diminution d'efficacité à son clair désavantage face à la technique instrumentale.

De plus cette pratique entraîne une prise en charge beaucoup plus lourde :

- **Un lit d'hospitalisation sur une journée voire plus**
- **La présence d'un soignant disponible lors de la confrontation avec le produit d'expulsion**
- **La nécessité d'une éventuelle anesthésie péridurale et donc la présence d'un anesthésiste**
- **La possibilité d'une aspiration en fin de journée en l'absence d'expulsion**

Le rapport bénéfices/risques est négatif pour toutes ces raisons.

L'IVG instrumentale est quant à elle décrite dans les études et par les praticiens comme une méthode très efficace, à faible risque et décrite par les femmes comme tout à fait tolérable.

Pour quelles raisons les praticiens devraient alors proposer et/ou recommander la méthode médicamenteuse aux patientes en demande d'IVG ?

Au nom de la neutralité : la neutralité est-elle une posture humaine pour un praticien ? Peut-elle justifier toutes les options ?

Au nom du droit au choix : si l'absence totale de choix est à l'origine d'un vécu négatif alors l'IVG instrumentale devrait être proposée à toutes les patientes quel que soit le terme de la grossesse et le choix du type d'anesthésie (AG ou AL) devrait être possible en dehors des très rares contre-indications.

Ainsi tout en respectant les recommandations de l'HAS et des praticiens que nous représentons, les patientes devraient avoir le choix, comme c'est le cas dans de nombreux centres IVG, entre l'IVG médicamenteuse et instrumentale sous AG ou AL jusqu'à 9 SA et entre l'IVG instrumentale sous AG ou AL entre 9 et 14 SA.

Mentionnons également que :

- **La mifépristone ne possède pas d'AMM pour les IVG médicamenteuse au-delà de 9 semaines d'aménorrhée en France.**
- **L'agence européenne du médicament (EMA) n'autorise l'usage de la mifépristone pour l'IVG médicamenteuse que jusqu'à 9 SA.**
- **Aux USA, la FDA (Food and Drug Administration) n'autorise pas l'utilisation pour les IVG de la mifépristone au-delà de 10 SA.**
- **Au Canada, l'IVG médicamenteuse n'est légale que jusqu'à 7 SA.**

DES PROPOSITIONS INTERESSANTES ET INNOVANTES

Cependant les textes apportent aussi des informations intéressantes et innovantes :

- « *Compte tenu de son innocuité et vu le taux de satisfaction des femmes la prise de mifépristone à domicile doit être facilitée (accord professionnel).* »
- « *En l'absence de facteurs de risque et de symptômes, une grossesse de localisation indéterminée ne contre-indique pas la prise des médicaments pour l'IVG. Il est cependant recommandé d'informer les femmes du risque de non-diagnostic de GEU et des signes qui doivent les alerter (accord professionnel). Dans ce contexte, un suivi par dosage plasmatique de l'hCG est recommandé avant et après la procédure (accord professionnel).* »

Avant de recommander cette pratique, il semblerait néanmoins judicieux de proposer la poursuite de la recherche sur ce sujet (faible niveau de preuve).

- « *L'autotest urinaire peut également être utilisé pour juger le succès de l'IVG médicamenteuse (NP2).* »
- « *L'IVG instrumentale a un taux de succès élevé quel que soit l'âge gestationnel y compris avant 7 SA (NP2).* »
- « *L'aspiration électrique ou manuelle sont des méthodes très efficaces, à faible risque et acceptables par les femmes (grade A). La technique manuelle aurait un intérêt subjectif sur le vécu des femmes (grade B). La méthode par aspiration électrique est à privilégier après 9 SA (accord professionnel).* »
- « *Les données à l'étranger sont rassurantes concernant la faisabilité et la sécurité concernant la pratique de l'IVG hors système hospitalier (NP2). Cependant, aujourd'hui, nous ne disposons pas de données françaises permettant de comparer le succès ou les risques liés à la pratique de l'IVG chirurgicale en centre hospitalier et en centre de santé (avis d'experts).* »
- « *Rencontrer la femme seule permet non seulement de s'assurer au mieux de sa liberté de choix (accord professionnel)* »
- « *Il est recommandé de demander à la femme (au couple) si elle souhaite voir ou non les images échographiques (grade C).* »
- « *Il est recommandé de ne pas refuser une consultation pour demande d'IVG quel que soit le terme de la grossesse et en particulier au-delà d'un délai supposé > 14 SA (accord professionnel)* »

- « Le terme d'anesthésie locale paracervicale est le plus approprié [108]. S'agissant d'une anesthésie locale, il n'y a pas lieu de réaliser de consultation avec un anesthésiste en préopératoire. »
- « L'utilisation d'un antiseptique lors de la douche pré-opératoire ne semble pas plus efficace qu'une douche avec un autre produit lavant (NP1). »
- « L'anonymat concerne une personne dont on ne connaît pas l'identité. Cette demande ne peut donc juridiquement pas s'appliquer pour la femme en demande d'IVG. ... Par contre, chaque patient a la possibilité de demander que sa prise en charge et son hospitalisation revêtent un caractère privé en demandant la non-divulgence de sa présence à l'hôpital. Ceci implique aussi de ne pas indiquer les coordonnées relatives à la localisation du patient dans une chambre de l'hôpital. »

EN CONCLUSION

Il s'agit là d'un travail de bibliographie et de synthèse d'ampleur, intéressant sous bien des aspects avec des propositions innovantes. Toutefois, les recommandations sont très orientées sur la pratique de l'IVG par méthode médicamenteuse jusqu'à 14 SA en dépit de l'évident désavantage de cette méthode : les effets secondaires et la baisse d'efficacité avec l'augmentation du terme de la grossesse. Elle n'est pas recommandée au-delà de 9 SA par la HAS.

Les résultats scientifiques pourtant exposés avec clarté dans ces textes ainsi que notre expérience clinique, nous amènent à penser que la pratique de l'IVG par méthode médicamenteuse au-delà de 9 SA, n'est en aucun cas recommandable pour le bien être de nos patientes.

Références :

- « Recommandations de bonne pratique : IVG par méthode médicamenteuse, décembre 2010 » HAS avec la participation du CNGOF.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
- « Bon usage du médicament : interruption médicamenteuse de grossesse : les protocoles à respecter, février 2015 ». HAS
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/bum_ivg_v2.pdf

DOSSIER

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DE L'IVG – CNGOF Décembre 2016

- 1- *Les contraceptions réversibles de longue durée d'action apparaissent comme une contraception à positionner en première ligne pour l'adolescente du fait de son efficacité (grade C)*
- 2- *L'échographie avant une IVG doit être encouragée mais n'est pas indispensable pour réaliser une IVG (accord professionnel).*
- 3- *Les mesures étant fiables à ± 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque les mesures de LCC et/ou de BIP sont respectivement inférieures à 90 mm et 30 mm (accord professionnel).*
- 4- *L'IVG médicamenteuse réalisée avec la dose de 200 mg de mifépristone associée au misoprostol est efficace à tout âge gestationnel (NP1).*
- 5- *Avant 7 SA, la prise de mifépristone sera suivie entre 24 et 48 heures de la prise de misoprostol par voie orale, buccale, sublinguale voire vaginale à la dose de 400 μ g éventuellement renouvelé après 3 heures (NP1, grade A).*
- 6- *Au-delà de 7 SA, les modes d'administration du misoprostol, par voie vaginale, sublinguale ou buccale, sont plus efficaces et mieux tolérés que la voie orale (NP1)*
- 7- *Il est recommandé d'utiliser systématiquement une préparation cervicale lors d'une IVG instrumentale (accord professionnel).*
- 8- *Le misoprostol est un agent de première intention pour la préparation cervicale à la dose de 400 microg (grade A).*
- 9- *L'aspiration évacuatrice est préférable au curetage (grade B).*
- 10- *Un utérus perforé lors d'une aspiration instrumentale ne doit pas être considéré en routine comme un utérus cicatriciel (accord professionnel).*
- 11- *L'IVG instrumentale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure ou de GEU (NP2).*
- 12- *Les consultations médicales pré-IVG n'influent pas sur la décision d'interrompre ou non la grossesse et une majorité de femmes est assez sûre de son choix lors de ces consultations. L'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B).*

- 13-** Il n'y a pas de relation entre une augmentation des troubles psychiatriques et le recours à l'IVG (NP2).
- 14-** Les femmes ayant des antécédents psychiatriques sont à risque accru de troubles psychiques après la survenue d'une grossesse non prévue (NP2).
- 15-** En cas d'IVG instrumentale, la contraception estro-progestative orale et le patch devraient être débutés dès le jour de l'IVG, l'anneau vaginal inséré dans les 5 jours suivant l'IVG (grade B).
- 16-** En cas d'IVG médicamenteuse, l'anneau vaginal devrait être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone, la contraception estro-progestative orale et le patch devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines (grade C).
- 17-** En cas d'IVG instrumentale, l'implant devrait être inséré le jour de l'IVG (grade B).
- 18-** En cas d'IVG médicamenteuse, l'implant peut être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone (grade C).
- 19-** Le DIU au cuivre et au lévonorgestrel doit être inséré préférentiellement le jour de l'IVG instrumentale (grade A).
- 20-** En cas d'IVG médicamenteuse, un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (grade C).

Tableau 1 Niveaux de preuve et grades des recommandations.
Quality of evidence assessment and classification of recommendation (grades).

| Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques) | Grade des recommandations |
|--|---|
| Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyses d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées | A Preuve scientifique établie |
| Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte | B Présomption scientifique |
| Niveau 3 Études cas-témoins | C |
| Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas | Faible niveau de preuve |
| Niveau d'experts | Accord professionnel |

PRESENTATION DE L'ETUDE EPIMAT

Par Emmanuelle Lhomme et Nathalie Peltier

Le 18 mars dernier, lors d'une conférence-débat organisée par l'ANCIC en amont d'un Conseil d'Administration, Messieurs D. Berthiau, G. Dabuis et P. David, membres de la Consultation d'Ethique Clinique de la Clinique Jules Verne à Nantes ont présenté l'étude EPIMAT.

Mr Denis BERTHIAU est juriste, maitre de conférences à l'Université Paris Descartes.

Le Pr Gérard DABUIS, pneumologue est chercheur et professeur d'université, CREN EA266, Université de Nantes et Clinique Jules Verne, Nantes.

Le Dr Philippe DAVID, gynécologue obstétricien est chef de service du centre IVG de la clinique Jules Verne de Nantes.

Cette présentation a été suivie d'une discussion passionnante qu'il nous paraissait important de vous rapporter.

Etude EPIMAT : analyse Ethique du Processus de prise de décision d'une Interruption médicale de grossesse pour raison MATernelle. Réalisée à Nantes, à partir d'une étude rétrospective de demandes d'IMG faite sur 4 ans à la Clinique Jules Verne de 2005 à 2009 (122 dossiers) puis de façon prospective sur 3 ans au CHU de Nantes de 2012 à 2015 (45 dossiers).

Contexte :

La loi de 2001 permet une ouverture aux demandes d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) pour « une mise en péril grave de la santé de la femme » improprement appelées pour « raisons psycho-sociales ». Un décret de mars 2002 précise qu'un médecin de la pathologie concernée doit participer à la commission réunie pour statuer sur cette demande.

Les IMG peuvent être réalisées quel que soit le terme de la grossesse.

Des IMG pour « raisons psycho-sociales » sont réalisées à la clinique Jules Verne.

En 2007 un accident grave (décès d'une femme de 43 ans pour cause cardiaque) survient dans les suites d'une IMG prise en charge dans le cadre de ces demandes à la clinique. Ce décès va déclencher une procédure pénale contre le gynéco-obstétricien et l'anesthésiste pour « IVG illégale » puis « homicide involontaire ». Cette procédure aboutira à un non lieu en 2015.

Dans ce contexte, la pratique des IMG pour raison maternelle s'arrête en 2009 à la Clinique Jules Verne, et est transférée au CHU de Nantes à partir de cette date.

Une Consultation d'Ethique Clinique est créée à la clinique Jules Verne en 2012.

Le travail de la Consultation d’Ethique Clinique (CEC) est ainsi défini :

- Ecoute d’une demande formulée par le patient, ses proches ou l’équipe soignante
- Rencontre de toutes les personnes concernées par le problème de soins par un binôme et un observateur (« apprenant muet ») selon une méthodologie partagée : principe de bienveillance, de justice et d’autonomie.
- Exposé du cas au staff par le binôme. L’avis de chaque membre du groupe pluridisciplinaire de la CEC est recueilli.
- Restitution des avis (positifs ou négatifs) au patient/ à l’équipe de soins par le binôme et l’observateur.
- Suivi des décisions prises par les soignants.

Par ailleurs, la CEC effectue des travaux de recherche. Dans ce cadre une étude sur les IMG pour raison maternelle est décidée : c’est l’étude EPIMAT.

Le but de l’étude EPIMAT est l’analyse du processus de prise de décision médicale aboutissant au refus ou à l’acceptation d’IMG.

La première partie de l’étude concerne les IMG pour raison maternelle réalisées de 2005 à 2009 à la Clinique Jules Verne ; la seconde celles réalisées au CHU de Nantes de 2012 à 2015.

Résultats :

1- Clinique Jules Verne de 2005 à 2009 :

122 demandes entre 15 et 22 SA de 2005 à 2009.

- Relevé rétrospectif des dossiers par 2 personnes, saisie et analyse EPIDATA
- Moyenne d’âge des patientes 25 ans
- 80 % de femmes célibataires
- Parité : 50 % nullipares, 50 % multipares, 3 grossesses en moyenne par patiente
- Précarité retrouvée dans 88 % des cas (économique, sociale, accès aux soins ...)
- 3 cas médicaux, 7 cas psychiatriques ou détresse psychologique : psychose, dépression, tentative de suicide avant ou pendant la grossesse, bipolarité, vécu difficile de la grossesse, handicap mental, suivi psychiatrique
- Violences (familiales et conjugales) retrouvées dans 31% des cas
- Age gestationnel moyen : 18 SA
- 4 grossesses prévues
- Origine diverse des patientes

Les demandes sont examinées par une commission pluridisciplinaire incluant un spécialiste de la pathologie maternelle puis si la décision d’IMG est acceptée, le dossier est transmis au Centre Pluridisciplinaire de diagnostic Prénatal (CPDPN). L’IMG est réalisée par l’équipe de gynéco-obstétrique de la clinique.

Le délai entre le premier contact et la réalisation de l'IMG était de 3,3 à 8,3 jours en moyenne.

2- CHU de Nantes de 2012 à 2015 :

45 dossiers considérés

- Les délais sont plus longs.
- Les refus sont plus nombreux.
- Il y a moins de demandes (réservées aux partenaires locaux, manque d'information des autres structures).

Les demandes sont examinées directement par le CPDPN qui délivre un accord ou un refus.

Discussion :

Les objectifs de l'étude de la CEC qui écoute, observe, étudie à posteriori les décisions du CPDPN sont - en plus de l'étude du processus de décision - de comprendre le degré d'autonomie de la femme, d'analyser leur contexte social ainsi que la prise en charge de ces femmes que les auteurs de la présentation déclarent « abandonnées ».

La décision du DAN ou CPDPN est très médico-technique, sans écoute de la parole de la femme ce qui va contre les principes de la loi Kouchner.

Les femmes concernées sont le plus souvent en grande précarité (détresse économique très présente ainsi que des vies marquées par des violences subies fortes : l'une des femmes concernées à été victime d'un assassinat ultérieurement) et n'ont pas les moyens d'accéder à l'IMG pour cause maternelle alors que cette pratique est prévue dans la loi faute de connaissance de leurs droits, des moyens de les faire valoir, de connaissances du système de soins et de clarté de ce dernier ...

Le refus de prise en charge (c'est-à-dire à minima d'accès à la demande d'IMG) est contraire à la loi, et souvent s'appuie sur des problèmes d'organisation de service.

A la question : « la femme en grand péril est-elle en capacité de prendre une décision sur la suite à donner à sa grossesse ? » la CEC - fort de ses observations - répond : « oui, la patiente - même en grand péril - est assez autonome pour faire une demande d'IMG.

La CEC pointe aussi la difficulté à faire intégrer les demandes volontaires dans une pratique médicale. En effet, prendre en compte une demande maternelle volontaire en s'appuyant sur les raisons médicales maternelles peut équivaloir à introduire la notion d'IVG dans l'IMG. Les demandes d'IMG pour raisons de mise en péril grave de la santé de la femme sont difficilement compréhensibles par les médecins car elles modifient leurs modes de construction de leur décision.

La notion de mise en péril grave comprend les raisons physiques et psychiques voire psychosociales. Il ne faut pas perdre de vue que la définition de la santé par l'OMS est plus large que les seules raisons de pathologies physiques.

La pratique de la Clinique Jules Verne montre qu'une réponse adaptée peut être apportée aux demandes d'IMG pour raison maternelle par la mise en place d'une commission pluridisciplinaire spécifique ; une procédure identique à celle prévue pour les IMG pour raison fœtale aboutit à une moindre prise en compte des demandes pour raison maternelle (moins de demande) et des refus plus systématiques.

Quel est le rôle du CPDPN dans la loi :

- En cas de procédure pour raison fœtale, la décision se murit et se prend dans le cadre du CPDPN.
- En cas de procédure pour raison maternelle la décision se pense et s'élabore dans le cadre d'une commission pluridisciplinaire (5 membres dont un GO du CPDPN et un spécialiste de la pathologie de la femme) puis la commission transmet sa décision au CPDPN.

Le spécialiste de la pathologie de la femme peut être psychiatre, orthogéniste, médecin généraliste... mais qui peut être le mieux placé pour évaluer une détresse sociale ? Médecins du monde ?

Voici les étapes que la consultation d'éthique clinique considère comme incontournables pour permettre et organiser dans les services une prise en charge d'IMG pour raison maternelle :

- 1- Loi : « toute femme qui le demande doit être reçue ». Le CIVG ou le service peut être condamné pour refus de recevoir la femme au-delà de 14 SA.
- 2- Mise en place d'une filière interne sans barrière entre CIVG, DAN et service d'obstétrique. Dans les CIVG : il devrait être prévu un cadre de prise en charge pour les demandes hors délai avec péril grave qui respecte la loi.
- 3- Transmission de la décision de la commission pluridisciplinaire au CPDPN
- 4- Prise en charge de l'IMG par le service d'obstétrique Celui-ci doit être en accord avec le cadre de l'IMG pour raison maternelle pour éviter une malveillance de l'équipe (Médecin GO / anesthésiste, SF en salle de travail, IDE et AS en hospitalisation). Un grand nombre de violences institutionnelles (refus d'analgésique par exemple) ont été observées dans ce cadre. Tout intervenant auprès des femmes en IMG pour raison maternelle doit être préparé et formé selon la position philosophique du CARE.
- 5- La question de la technique de l'IMG doit être abordée : accouchement voie basse ou fractionnement (à la hollandaise) +/- avec geste foeticide en amont par principe dérogatoire (autorisation de la loi dans le cadre de l'IMG)

+ devenu du corps à gérer : la loi le prévoit.

Conclusion

Il ressort de cette 1^{ère} étude que :

- le processus décisionnel de l'IMG pour raison maternelle reste flou, souvent lié à la réponse positive ou négative d'une seule personne, bien souvent peu clairement motivée ou résultant de la confrontation de subjectivités ou de la bienveillance d'une personne ou d'un service.
- le dilemme porte toujours sur la priorité à donner à la mère ou au fœtus. Il n'y a qu'en cas de viol ou de pathologie psychique lourde que l'IMG s'impose sans trop de conflits.
- L'évaluation de la situation de la femme est assez peu mise en réflexion ; on manque de réflexions à propos de la définition des concepts de violence, de précarité sociale ...
- le processus de décision est peu étudié.
- Il peut y avoir une « précarité interne » liée au fonctionnement des services qui ne permet pas une prise en charge optimale des femmes en demande que les chercheurs qualifient de « sans voix » Ils observent que les demandes d'IMG sont difficilement entendables par le corps médical car elles déconstruisent la prise de décision médicale habituelle.
- La mise en place d'une commission pluridisciplinaire à la clinique Jules Verne, a permis une réelle prise charge de ces demandes.
- La gestion de ces demandes directement par les CPDPN (existant dans la plupart des maternités), composés majoritairement par des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres aboutit majoritairement à des refus.

L'expérience de la commission de la clinique Jules Verne devrait nous inciter à mettre en place ce dispositif dans toutes les grandes maternités dotées d'un CPDPN pour pouvoir répondre aux demandes des femmes comme la loi nous y oblige.

| | |
|----------------|--|
| IMG : | Interruption Médicale de Grossesse |
| CEC : | Consultation d'Ethique Clinique |
| DAN : | Diagnostic AntéNatal |
| CPDPN : | Centre Pluridisciplinaire de diagnostic Prénatal |
| GO : | Gynécologue-Obstétricien |

CAEN

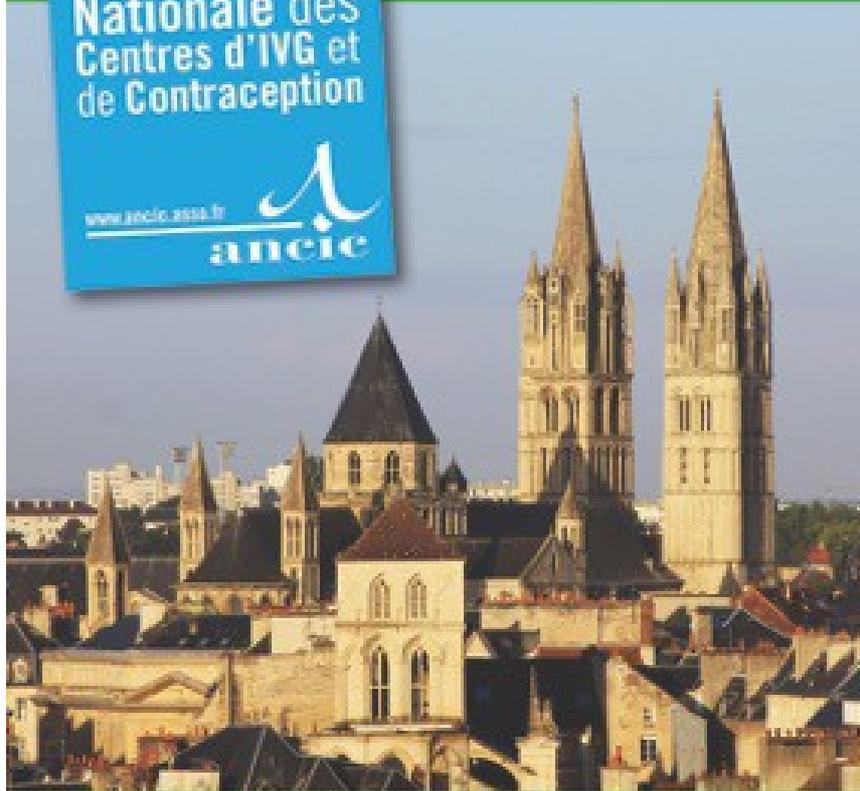
PROGRAMME

22^{ÈMES} JOURNÉES

vendredi 13 & samedi 14 octobre 2017

Association
Nationale des
Centres d'IVG et
de Contraception

www.ancic.asso.fr



UFR Santé **CAMPUS N° 4 ET 5**

Pôle des Formations et de Recherche en Santé
2, rue des Rochambelles, **14000 CAEN**

PROGRAMME DES 22èmes JOURNEES DE L'ANCIC

Vendredi 13 octobre 2017

8h45 9h30 **Mot des co-présidentes de l'ANCIC**

9h00 9h30 **Allocutions des politiques**

9h30 11h00 **TABLE RONDE SEXUALITE, CONTRACEPTION ET IVG EN NORMANDIE**

Modératrice : Delphine Nimal-Cuvillon

Xavier Le Coutour (CHU, CAEN) "L'offre relative à l'IVG en Normandie occidentale en termes de moyens et d'information"

Jean-Louis Simenel (RP-HN, ROUEN) "État des lieux en matière d'IVG en Normandie orientale"

Isabelle Asselin (CHU, CAEN) "Présentation d'ASSUREIPSS : promotion de la santé sexuelle, tous concernés !"

Laure-Marine Houel (CHU, CAEN) "L'IVG des mineures dans ses dimensions quantitatives et qualitatives (enquête locale)"

11h30 13h00 **TABLE RONDE SEXUALITÉ, RELIGION, CULTURE ET SOCIÉTÉ**

Modératrices : Nathalie Peltier, Nathalie Trignol-Viguiier

Rabbin Floriane Chinsky (MJLF-EST, PARIS) "Qu'est ce qu'engendrer ? Que faire quand le mot ment ?"

Marie-Rose Moro (MAISON DE SOLENN, PARIS) "Le choix des femmes et la migration"

Elise Marsicano (UNISTRA, STRASBOURG) "Genre et migration : l'entrée dans la sexualité des migrants d'Afrique subsaharienne en France"

13H00 14H30 REPAS

14h30 15h00 **PAROLE DE L'ANCIC : "Projets et perspectives"**

15h00 16h00 **TABLE RONDE L'AVORTEMENT : DEUX SITUATIONS EN EUROPE**

Modératrice : Sophie Eyraud **Agata Czamacka** (POLOGNE) **Mirella Parachini** (ITALIE)

16h30 18h00 **TABLE RONDE : COMMUNICATIONS LIBRES**

Modératrice : Laurence Esterle

Fabrice Cahen (INED, PARIS) "Bannir l'avortement ? Quelques enseignements historiques"

Sophie Eyraud (REWHO, PARIS) "IVG instrumentales en centres de santé : avancées en IDF"

Lionel Vaudreuil (CHU, CAEN) "Quoi de neuf en contraception masculine ?"

Yaëlle Amsellem-Mainguy (INJEP, PARIS) "Sexualité, contraception, IVG et usages du numérique"

19h30 **SOIREE FESTIVE
AU CAFE MANCEL
AVEC « DEBAT DUO »**
(Sur inscription)

19h30 Soirée festive
au Café Mancel
avec "Déba Duo"
sur inscription (cf bulletin)

CAFE MANCEL



Mancel

Samedi 14 octobre 2017

9h00 10h30 **ATELIERS**

Coordinatrice : Martine Chosson

ATELIER 1 IVG et contraception chez les femmes mineures et/ou dans des situations de précarité Virginie Maincion (Case de santé, Toulouse)

ATELIER 2 IVG sous anesthésie locale : comment l'organiser dans un service hospitalier Nathalie Trignol-Viguié (CHRU, Tours)

ATELIER 3 IVG sous anesthésie locale : échanges de pratiques Martine Hatchuel (GCS, les Bluets-Trousseau, Paris)

ATELIER 4 Accompagnement des femmes en situation de violence Nathalie Perringerard (CIDFF14, Caen), Thérèse Bahezre (PF, Caen)

ATELIER 5 Échanges de pratiques dans l'accueil des femmes en demande de contraception ou d'IVG Rose Saouli et Jennifer Beauchain (CH Louis Mourier, Colombes), Florence Nollet, Typhanie Daufresne (GCS, Trousseau-les Bluets, Paris), Catherine Marsh (CH Lariboisière, Paris)

ATELIER 6 Saynètes théâtrales : "la sexualité en mots pour une sexualité sans maux" Collectif ASSUREIPSS "Les Irrégula" (Caen)

ATELIER 7 Le viol conjugal Marie-France Casalis (CFCV, Paris)

ATELIER 8 IVG médicamenteuse sur grossesse de localisation indéterminée Philippe Faucher (REVHO, Paris)

ATELIER 9 Sages-femmes et IVG : deux ans après la loi Marjorie Agen (ANSFO, Périgueux)

ATELIER 10 Comment organiser le circuit des IVG dans un service hospitalier ? Sophie Gaudu (REVHO, le Kremlin-Bicêtre)

ATELIER 11 Formation pratique à la pose de DIU et implants Elsa Champion, Laurence Danjou, Sylvie Osterreicher, Dominique Plateaux, Claire de Truchis, Laurence Wittke (nombre limité à 30 participants)

11h00 11h30 **VISITE DES STANDS ET POSTERS**

Coordinateur : Mitsuo Bavay

11h30 12h30 **SPECTACLE THEATRAL** : "Le jugement de Dom Juan" *Équipe de la clinique Jules Vernes (Nantes)*

12H30 14H00 REPAS

14h00 15h30 **TABLE RONDE PLURIDISCIPLINARITÉ DANS LES CENTRES DE CONTRACEPTION ET D'IVG**

Modératrices : Emmanuelle Lhomme, Chrystel Mathurin

Équipe du CPEF-CIVG, CHU Antoine Béclère (CLAMART) Séverine Ballan, Maya Benidir, Cathy Caro

Équipe du CPEF-CIVG, CHBA (VANNES-AURAY) Françoise Baron, Emmanuelle Gicquel-Ayoul, Nathalie Leon

15h30 16h00 **CLOTURE DES JOURNEES**

<http://www.avortementancic.net/spip.php?article644>

<http://www.jpcom.fr/new/index.php?2017/10/13/152-ancic-2017>

ACTUALITES

APPEL Européen

Pour le droit à l'avortement dans toute l'Europe !

Pour signer : avortement-libre-en-europe@rezisti.org

En solidarité avec l'ensemble des femmes européennes, après la lutte exemplaire des femmes espagnoles en 2014, polonaises en 2016, nous exigeons que les droits des femmes, la liberté à disposer de son corps, le droit à l'avortement et à la santé soient respectés dans tous les pays européens et inscrits comme **droits fondamentaux** pour l'égalité en Europe.

Aujourd'hui, le droit à l'avortement au sein de l'Europe relève de la compétence de chaque Etat.

Interdit en Irlande et à Malte, sous hautes contraintes en Hongrie et en Pologne. le droit à l'avortement, même légalisé est, peut ou pourrait être remis en question par le maintien de la clause de conscience des médecins (Italie), l'absence de structures hospitalières adéquat (Grèce, Bavière), les restrictions de personnels et les suppressions des centres pratiquant l'avortement lors de restructurations hospitalières (France), et, dans tous les pays, par l'élection de gouvernements réactionnaires, conservateurs et rétrogrades.

Nous réaffirmons que :

- L'accès à l'avortement est un droit ;
- L'avortement est un choix personnel - mon corps m'appartient, je choisis ma vie ;
- Des moyens financiers doivent être donnés pour que les centres pratiquant l'avortement et les centres de planification soient accessibles à toutes sur les territoires ;
- Des campagnes tous publics sont nécessaires ;
- L'éducation à la vie sexuelle doit être prodiguée à toutes et à tous pour qu'elles et ils puissent avoir des choix libres et éclairés ;
- La formation aux techniques d'avortement et à l'accompagnement doit faire partie intégrante de la formation initiale des professionnel/les de santé ;
- La clause de conscience des professionnel-les de santé doit être supprimée ;
- Les délais légaux pour avorter doivent être harmonisés sur ceux des pays les plus progressistes en Europe et les États doivent dépénaliser totalement l'avortement.

Nous appelons à la construction d'une mobilisation européenne autour du 28 septembre 2017, journée internationale du droit à l'avortement, où chaque pays inscrira ses revendications en vue d'une harmonisation européenne pour le respect des droits des femmes.

La parution de l'ECHO de l'ANCIC est possible grâce au travail de l'association.

Pensez à soutenir l'ANCIC en adhérant ou en versant des dons.



ANCIC
Maison des Associations du 14^{ème}
BP 84
22 rue Deparcieux
75014 PARIS
<http://www.ancic.asso.fr>

**BULLETIN D'ADHESION A NOUS RETOURNER
ACCOMPAGNÉ D'UN CHEQUE DU MONTANT DE VOTRE COTISATION**

Médecin : 50 euros
Autres professionnels : 30 Euros

LES ADHÉSIONS SONT UNIQUEMENT INDIVIDUELLES

ADRESSE E-MAIL :
NOM :
PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL :
VILLE :
TELEPHONE :
PROFESSION :
LIEU DE TRAVAIL (adresse et téléphone) :
DATE DE NAISSANCE :

Ci-joint un chèque de..... , montant de mon adhésion pour l'année 2017

Enfin si vous changez d'adresse ou de mail en cours d'année, pensez à nous tenir informés afin que nous puissions continuer à vous relayer nos informations.

DATES À RETENIR

22èmes journées nationales de l'ANCIC à Caen
13 et 14 octobre 2017
<http://www.avortementancic.net/spip.php?article644>

Journées départementales en Essonne
« Education à la santé sexuelle : que veulent vraiment les jeunes ? » Si on demandait enfin aux intéressés...

14 et 16 novembre 2017
Contact : roney@cd-essonne.fr

AFC « information par les pairs »
29 et 30 septembre 2017
v.leralle@wanadoo.fr

AVIS AUX LECTEURS

**Envoyez-nous vos points de vue,
vos humeurs, vos contributions,
articles...**

contact@ancic.asso.fr