UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Étude des femmes vivant en France ayant recours à une interruption volontaire de grossesse aux Pays-Bas

Présentée et soutenue publiquement le 11 février 2021 à 16h00
au Pôle Formation – Salle de thèse n°2
par Amandine JUBERT - SPANJER

JURY
Présidente :
Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD
Assesseur :
Monsieur le Docteur Geoffroy ROBIN
Directrice de thèse :
Madame la Docteur Sabine BAYEN

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations :

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

DPO : Délégué à la Protection des Données

ONG : Organisation Non Gouvernementale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

SA : Semaine d'Aménorrhée

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : hormone Chorionique Gonadotrope

NFS : Numération de Formule Sanguine

IC : Intervalle de Confiance

TABLE DES MATIERES :

RÉSUMÉ **7**

INTRODUCTION **8**

1. Généralités **8**

2. Cadre légal en France **13**

a) Historique 13

b) Conditions de réalisation de l'IVG en France 16

c) Cas particulier de l'IVG durant le confinement dû à la pandémie COVID 19 17

3. Cadre légal aux Pays-Bas **19**

4. Description de la clinique et de l'organisation des parcours d'IVG des femmes vivant en France se rendant aux Pays-Bas **21**

a) Description du centre d'IVG 21

b) Chiffres fournis par la clinique 23

MATÉRIEL ET MÉTHODES **26**

RÉSULTATS **28**

DISCUSSION **42**

CONCLUSION **48**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES **49**

ANNEXES **51**

1. Lettre d'information aux patientes **51**

2. Questionnaire **52**

RÉSUMÉ

Contexte : De nombreuses femmes vivant en France, lorsqu'elles ont dépassé le délai légal d'avortement et qu'elles souhaitent malgré tout interrompre leur grossesse, se tournent vers les Pays-Bas où la date limite est de vingt-deux semaines de grossesse. Ces IVG ont lieu dans des cliniques dédiées qui sont encadrées par le gouvernement Néerlandais (pour les prix pratiqués), délivrent des informations en Français et possèdent du personnel formé à communiquer dans cette langue. Prendre en charge une femme pour une IVG à un délai tardif entraîne inéluctablement des gestes instrumentaux plus invasifs nécessaires à la réalisation de l'avortement ainsi qu'un parcours de soins entrainant des déplacements à l'étranger et des sommes d'argent importantes à payer pour la patiente. Pouvoir mieux connaître ces femmes en situation d'avortement du second trimestre de grossesse ainsi que leur parcours a pour but d'aider les soignants en soins premiers en France à détecter les situations à risque et à ainsi proposer un accompagnement adapté dans le but d'éviter d'arriver à un délai de prise en charge si avancé.

Méthode : Étude descriptive monocentrique, réalisée à l'aide de questionnaires anonymes standardisés déposés dans une clinique dédiée à l'IVG aux Pays-Bas. Ces questionnaires ont été distribués à leur arrivée aux patientes vivant en France par les secrétaires médicales à l'entrée de la clinique avec le reste de leur dossier. Ils leur ont été donnés avec une lettre d'information expliquant le contexte de l'étude qu'elles pouvaient ensuite conserver. Le questionnaire était ensuite rendu aux secrétaires et infirmières durant la journée ou conservé par la patiente si elle ne souhaitait par participer. Les données ont été collectées du 20 juillet 2020 au 28 décembre 2020. Les questionnaires ont ensuite été collectés dans la clinique par moi-même et l'analyse statistique des données collectées a été réalisée à l'aide d'une interne en santé publique. Le critère d'exclusion était : toute patiente ne vivant pas en France. En raison du mode de collecte des questionnaires, les résultats ont été analysés comme si la population ayant répondu à la recherche était extrapolable à la population générale de la clinique de cette année. La recherche a été conduite sous forme d'analyse descriptive avec le logiciel R version 4.0.3 avec réalisation de pourcentages et d'intervalles de confiance à 95% sur les variables qualitatives. Les variables quantitatives on été analysées sous forme de moyennes et de médianes avec un intervalle de confiance à 95%.

Résultats : Étude ayant inclus 37 femmes. La plupart des femmes se présentant à la clinique pour une IVG du second trimestre étaient : jeunes (15-25 ans), nullipares et nulligestes, célibataires, détenant un emploi et ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat (professionnel ou général). La majorité d'entre elles avaient un suivi gynécologique régulier, possédaient un moyen de contraception, qui était le plus souvent la pilule, et avaient déjà abordé la question de la contraception d'urgence ou de l'IVG avec un professionnel de santé. Ces femmes se présentaient habituellement tardivement (à 18 SA ou plus) et s'étaient rendues compte trop tard qu'elles étaient enceintes pour pouvoir bénéficier d'une IVG en France.

Conclusion : Cette étude a permis de mieux connaître les femmes ayant recours à une IVG du second trimestre. Plusieurs milliers d'entre elles chaque année font le choix de recourir à une IVG tardive à l'étranger puisqu'elle est interdite en France. Ces femmes sont souvent méconnues et il est assez clair suite à cette étude qu'une attention toute particulière doit être portée lors de nos consultations aux femmes jeunes, célibataires, nulligestes et nullipares,afin d'insister encore plus auprès d'elles sur la prévention des grossesses non désirées.

INTRODUCTION

1. Généralités

Les femmes peuvent être réduites, du point de vue de leur capacité reproductive, à des « responsables de la vie ».*(1)*

La lutte pour le droit à l'avortement regroupe souvent des aspects clefs : déconstruire la pathologisation de l'avortement et ne plus considérer les femmes qui y ont recours comme des « malades ». En cas d'interdiction, les défenseurs de ce droit critiquent les avortements clandestins, qui sont alors réalisés dans des conditions sanitaires mauvaises et y opposent des arguments de santé publique mais aussi féministes. (2)

En Europe presque tous les pays autorisent l'IVG avec des conditions qui varient cependant selon les pays. L'Irlande a été un des derniers pays à l'autoriser suite à un référendum en 2018. Malte l'interdit encore totalement et la Pologne restreint son autorisation à quelques conditions très strictes : en cas de viol, d'inceste et de danger pour la mère. En octobre 2020 le gouvernement Polonais a retiré la condition de recours à l'IVG en cas de malformation irréversible pour le fœtus. Le Royaume-Uni ainsi que la Finlande autorisent l'avortement seulement sous conditions. Au Royaume-Uni il est nécessaire d'avoir l'accord de deux médecins pour raisons médicales (menace pour la santé de la mère, enfant malformé ou handicapé) il est alors possible jusqu'à 24 SA. En Finlande certaines conditions s'appliquent encore : possible avant 17 ans, ou après 40 ans, après quatre enfants, si présence de difficultés économiques, sociales ou de santé.

Le droit à l'IVG reste toujours un droit fragile et menacé. En 2013 en Espagne, un projet de loi limitant le droit à l'avortement avait été approuvé par le conseil des ministres. Ce projet incluait de limiter le droit à l'IVG en cas de grave danger pour la vie, la santé physique ou psychologique de la femme, ou de viol. De nombreuses manifestations avaient alors éclaté

dans le pays conduisant au retrait du projet de loi. Mais en 2015 une condition a quand même été rajoutée : celle de la nécessité de l'accord parental pour les mineures.

De même en 2015 au Portugal, le gouvernement a décidé de mettre à la charge de la patiente tous les frais médicaux pour interrompre la grossesse ainsi que l'obligation de se soumettre à un examen psychologique approfondi avant d'engager leur parcours d'IVG.

L'IVG reste toujours limitée dans certains pays avec la « clause de conscience » qui autorise les médecins et praticiens de santé à ne pas pratiquer l'acte pouvant heurter leurs convictions éthiques morales et religieuses. Ce taux atteint 10% en moyenne en Europe, mais il représentait 70% en Italie en 2016 avec comme conséquence un nombre d'avortements clandestins importants (15 000 selon le gouvernement, 50 000 selon les ONG). (3)

Selon le CNGOF en 2010, c'était environ cinq mille femmes vivant en France qui allaient avorter à l'étranger après avoir dépassé le délai légal d'avortement en France (douze semaines de grossesse soit quatorze semaines d'aménorrhée) (4). Elles se tournaient principalement vers l'Espagne (jusqu'à 16 SA) l'Angleterre et les Pays-Bas (jusqu'à 24 semaines pour ces deux pays) qui ont des dates limites d'avortements plus avancées. 64% des femmes se présentant dans les cliniques Néerlandaises pour une IVG du deuxième trimestre étaient résidentes d'autres pays et avaient été contraintes de voyager jusqu'aux Pays-Bas en raison de restriction dans leur propre pays. (5)

En France en 2019, 232 200 IVG ont été réalisées, le taux de recours est le plus important depuis les années 1990. Le taux de recours est très variable selon les régions : 11,8 IVG pour 1000 femmes en Pays de la Loire, contre 22,9 en Provence-Alpes-Côte-Azur et 14,2 pour 1000 dans les Hauts de France, soit une moyenne de 15,6 IVG pour 1000 femmes (âgées de 15 à 49 ans) en métropole (contre 28,2 dans les DROM). Le taux de recours le plus important concerne les femmes de 20 à 29 ans (27,9 IVG pour 1000 femmes) et on constate

une augmentation du taux de recours des femmes de plus de trente ans depuis 2010 (surtout dans la tranche des 30-34 ans).

61 500 IVG ont été réalisées hors du milieu hospitalier (soit 25,4% du nombre total d'IVG en métropole). À l'hôpital la proportion des IVG chirurgicales continue de diminuer (30% du total des IVG).

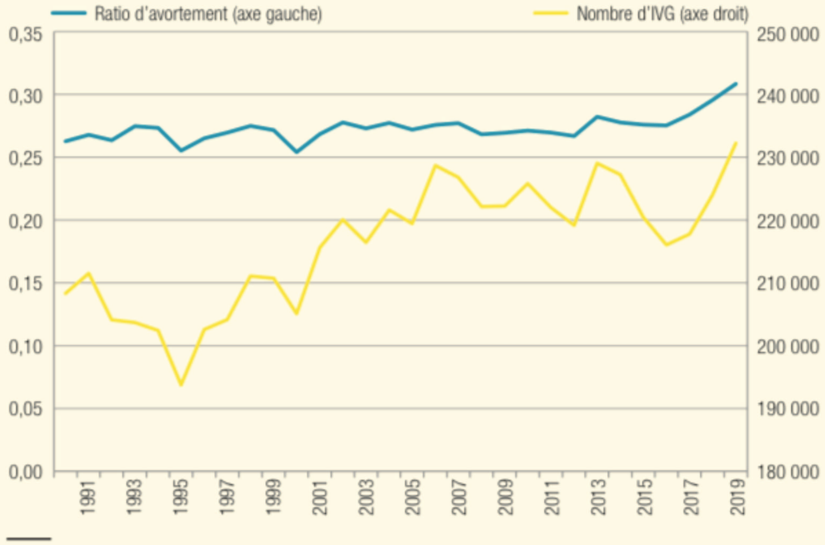
Cette analyse des chiffres concernant l'IVG a été conduite de manière nouvelle et a été appariée sur les données fiscales (pour 2016). Cet appariement a retrouvé un lien entre le niveau de vie et le recours à l'IVG : les femmes aux niveaux socio-économiques les plus faibles avaient tendance à faire davantage appel à l'IVG.

Fréquemment l'usage de l'IVG fait suite à un événement obstétrical (IVG ou naissance) avec un « risque » maximum dans les cinq à sept mois suivant cet événement et qui décroît progressivement durant les 36 mois suivants. (6)

Le nombre d'IVG et le ratio d'avortement sont en augmentation depuis 2017. On totalise près d'une IVG pour 3 naissances en 2019 (avec une diminution des taux de naissance depuis 2014).

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2019



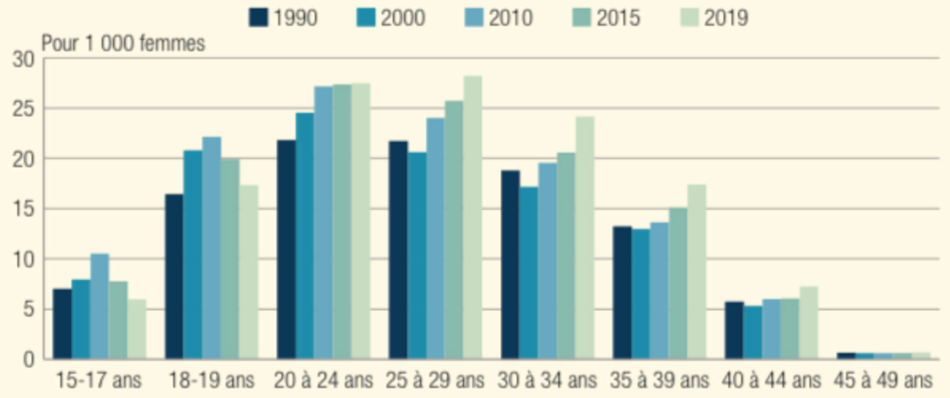
Note • Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG au numérateur et le nombre de naissances vivantes au dénominateur.
Lecture • En 2019, le rapport est de 31 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio de 0,31). 232 244 IVG ont été réalisées en 2019.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, (y compris les âges inconnus).
Sources • DREES (SAE, PMSI-MCO) ; CNAM (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés, selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; calculs DREES.

(6)

Les taux de recours étaient en hausse après 25 ans et en baisse avant 19 ans.

GRAPHIQUE 4

Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2019



Lecture • En 2019, le taux de recours est de 6,0 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de 50 ans ou plus ou dont l'âge est inconnu).
Sources • DREES (SAE), CNAM-TS (Erasme puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de population au 1er janvier 2016) calculs DREES.
Les données ont été révisées le 10-12-2020 par rapport à la mise en ligne du 24-09-2020.

(6)

5,3% de l'ensemble des IVG (environ 12 000) sont pratiquées entre les douzièmes et quatorzièmes semaines d'aménorrhée. Ce chiffre peut témoigner de difficultés de parcours et d'accès des femmes à l'IVG et diffère bien sûr grandement au niveau territorial selon l'offre de soins. Il est aussi plus marqué chez les femmes jeunes (taux plus importants chez les femmes mineures et jusqu'à 24 ans).

En 2019 en Belgique, une étude a été publiée sur les femmes se présentant après la date limite légale d'avortement. Cette recherche a été conduite suite à une prise de conscience d'un manque d'informations sur ces femmes souhaitant réaliser une IVG du deuxième trimestre. L'IVG y est autorisée jusqu'à 14 semaines de grossesse avec un délai de réflexion de six jours. La majorité des femmes se présentant après le délai légal n'étaient pas de nationalité Belge, ceci rappelle aussi la réalité de la difficulté d'accès des populations immigrantes aux soins de santé de manière optimale. De plus le coût des frais médicaux est un facteur qui recule le délai de prise en charge de manière générale, mais de manière plus marquée pour les femmes en situation de difficulté socio-économique (5). Cette recherche rappelle le résultat de plusieurs études concernant une association entre le niveau d'éducation corrélé à une vulnérabilité socio-économique ce qui est aussi lié au niveau de connaissances en matière de santé. (7) Les femmes présentant un niveau d'éducation élevé vont posséder plus de savoir sur la reconnaissance des signes de grossesse et ainsi avoir plus de ressources pour chercher une solution et des informations sur la manière de réaliser une IVG. (8)

Cette étude rassemble aussi plusieurs sources rappelant que le délai de réflexion encore imposé dans de nombreux pays entre la première consultation et la réalisation de l'avortement n'a pas prouvé son utilité et qu'au contraire il met en difficulté les femmes en les discréditant sur la manière dont elles prennent leur décision. Il y est rappelé que la grande majorité des femmes ont déjà pris leur décision avant de contacter des centres de soins réalisant les IVG et qu'elles n'éprouvent plus d'incertitude au moment de cette prise de contact. (9)

2. Cadre légal en France

a) Historique

Des dates importantes sur l'évolution du droit à l'avortement et à la contraception sont à rappeler en France :

- *Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, dite Loi Neuwirth* : Elle autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et qui interdit toute publicité commerciale ou propagande antinataliste.

- *Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances* : Elle libéralise la contraception et élargit le dispositif de la loi de 1967 en permettant le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures.

- *Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse dite Loi Veil* : La loi autorise pour une période probatoire de 5 ans l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) thérapeutique et non-thérapeutique avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

- *Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 Interruption volontaire de grossesse dite Loi Pelletier* : La loi reconduit définitivement la loi Veil du 17 janvier 1975. Elle augmente les peines pour les femmes et les médecins en cas d'IVG illégale, et supprime certaines entraves à la réalisation de l'IVG.

- *Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure* : L'IVG, ainsi que les frais de soin et d'hospitalisation afférents, sont remboursés par la Sécurité sociale, dans les cas d'IVG thérapeutiques et non-thérapeutiques.

- *Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social dite Loi Neiertz* : Elle crée le délit d'entrave à l'IVG et supprime la pénalisation de l'auto-avortement.

- *Loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence* : Elle autorise la délivrance sans ordonnance des contraceptifs d'urgence non susceptibles de présenter un danger pour la santé et donne la possibilité aux infirmières scolaires de les délivrer aux élèves à titre exceptionnel.

- *Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* : Elle actualise la loi de 1967 relative à la contraception et celle de 1975 relative à l'avortement en supprimant l'autorisation parentale pour l'accès des mineures à la contraception, en allongeant le délai légal de recours à l'IVG, en aménageant l'autorisation parentale pour les mineures demandant une IVG, et en élargissant le délit d'entrave. Elle prévoit également la dispensation d'une information et d'une éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène.

- *Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes :* La loi supprime la notion "d'état de détresse" concernant les femmes qui demandent une interruption volontaire de grossesse. Elle est remplacée par l'expression "qui ne veut pas poursuivre une grossesse".

- *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé*

: Suppression du délai de réflexion obligatoire de 7 jours, possibilité pour les sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses. La loi prévoit également le remboursement à 100% de l'ensemble des actes liés à l'IVG, et garantit la gratuité et la confidentialité du parcours contraceptif des mineures. Elle facilite par ailleurs la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmier.e.s scolaires.

- *Loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse* : Le délit d'entrave a été créé en 1993 pour lutter contre les « commandos » qui venaient perturber les établissements pratiquant l'avortement ou menacer les personnels hospitaliers. La loi du 20 mars 2017 étend ce délit à de nouvelles pratiques de dissuasion et d'information fallacieuse, qui se développent, notamment sur internet. Elle punit de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une IVG. (10)

- *Proposition de loi n° 3210 (15 juillet 2020) lecture au Sénat prévue 2021 :* allongement du délai d'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse ; autorisation de pratiquer l'IVG instrumentale dans les centres de planification et d'éducation familiale ; suppression de la double clause de conscience spécifique à l'IVG ; facilitation d'accès à l'interruption médicale de grossesse pour causes psychosociales ; autorisation des sages-femmes à réaliser des IVG instrumentales. (11)

De plus depuis *décembre 2018* a été mis en place le remboursement à 60% d'un préservatif masculin s'il est prescrit par un médecin ou une sage femme.

b) Conditions de réalisation de l'IVG en France

La loi autorise l'IVG dans deux cas de figure : si elle est pratiquée avant la douzième semaine de grossesse sur demande de la patiente qui ne veut pas poursuivre sa grossesse. Et tout au long de la grossesse, pour motif médical si la grossesse met en danger la santé de la patiente ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

L'IVG est encadrée par des dispositions pénales, qui sanctionnent à la fois le non-respect des conditions de son exercice et l'entrave à la pratique de l'IVG.

Si une femme ne veut pas poursuivre sa grossesse elle en formule la demande à un médecin ou une sage-femme qui lors d'une première consultation explique les modalités de réalisation de l'avortement de manière précise (risques, complications, échec possible si médicamenteux) et lui explique les différentes méthodes abortives possibles pour permettre à la patiente de choisir librement la méthode qu'elle préfère (si un choix est possible).

Avant et après l'IVG une consultation psycho-sociale doit être proposée, elle reste par ailleurs obligatoire pour les mineures (imposant donc le délai de réflexion de 48 heures pour celles ci). Mais le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est plus requis et la patiente peut choisir d'être accompagnée de la personne majeure de son choix. (12)

L'IVG médicamenteuse est possible jusqu'à 14 SA selon les dernières mises à jour du CNGOF datant de novembre 2019. (13) L'HAS parle quant à elle d'IVG médicamenteuse possible jusqu'à neuf SA. Elle est possible hors du milieu hospitalier jusqu'à sept SA (hors contexte de pandémie au Coronavirus comme décrit ci-dessous) par un médecin ou une sage-femme puis en milieu hospitalier après cette date, à chaque fois sous couvert d'une antalgie adaptée. (14)

L'IVG par aspiration ou IVG chirurgicale ou instrumentale peut être pratiquée jusqu'à la

14ème SA. Le CNGOF recommande de la proposer à partir de la neuvième SA. (8)

Une visite de contrôle est indispensable dans les 14-21 jours après la réalisation de l'IVG, qu'elle soit instrumentale ou médicamenteuse.

Tous les actes nécessaires à la réalisation de l'IVG (consultation, bilan biologique, échographie) sont pris en charge à 100% par la Sécurité sociale.

c) Cas particulier de l'IVG durant le confinement dû à la pandémie COVID 19

Au moment de la rédaction de cette thèse, les femmes vivant en France sont confinées à cause de la pandémie due à la COVID 19. La difficulté d'accès aux soins s'est soudainement majorée et la réalisation des IVG s'est compliquée. Le CNGOF a très vite réagi et publié de nombreuses mises à jour et informations sur son site pour accompagner les femmes dans leur démarche d'IVG.

Il a été rappelé le caractère urgent de la réalisation d'une IVG même en période de confinement et que la situation de crise sanitaire actuelle ne devait pas être un motif de retard à la prise de contact avec les professionnels de santé en cas de souhait d'IVG.

Il a été ainsi proposé suite aux difficultés d'accès des cabinets de pouvoir réaliser la première consultation en téléconsultation ainsi que d'allonger le délai de réalisation de l'IVG en ambulatoire à 9 SA avec l'accord de la patiente.

Il a été aussi rappelé l'existence de l'IMG d'indication maternelle qui prend en compte les causes psychosociales *« lorsqu'il y a péril grave pour la santé de la mère »* ceci englobe les femmes en situation de danger personnel, de violences, de difficultés psychologiques majeures ou d'extrême précarité. Autant de conditions rendent la poursuite de la grossesse impossible. Le cadre légal de cette IMG a été défini par la loi du 4 juillet 2001 (Code de la santé publique, Article L2213-1 et suivants ; Article R2213-1 et suivants).

La situation de danger et de précarité des femmes a d'ailleurs été mise en lumière avec

le risque d'augmentation de ces situations pendant la période de confinement.

Du fait de la fermeture des frontières lors du confinement de mars-avril 2020 l'accès aux pays où il était possible de réaliser une IVG au delà du délai légal en France était très compliqué et limité. Selon le CNGOF cela doit être une situation rentrant dans le cadre de l'IMG psycho-sociale pour pouvoir ensuite accueillir ces femmes et en discuter puis se concerter en équipe sur la marche à suivre au cas par cas pour la prise en compte de cette situation de crise exceptionnelle quelque soit le délai d'avancée de la grossesse.

« Les principes éthiques qui soutiennent cette nécessité de prise en charge sont les principes de justice, d'autonomie auxquels s'ajoute l'obligation de secourir les femmes placées actuellement dans des situations d'une extrême complexité familiale et sociétale ». (15)

En pratique : lors de la première consultation en téléconsultation, le médecin devra s'assurer de l'absence de contre-indication, vérifier que les conditions de réalisations à domicile soient acceptables mais aussi prescrire une contraception après l'IVG. Les documents administratifs et prescriptions issus de cette première consultation peuvent être transmis de manière dématérialisée à la patiente, à la pharmacie …

L'absence de réalisation d'échographie ne doit pas être un facteur retardant la réalisation de l'IVG puisque le terme peut être évalué grâce à la date du premier jour des dernières règles, l'examen clinique et le dosage de l'HCG plasmatique. Une estimation est ainsi possible : grossesse de moins de 42 jours si HCG < 23 745 mUI/mL et grossesse de moins de 49 jours si HCG < 71 160 mUI/mL.

Si la femme se présente sans avoir eu auparavant de téléconsultation alors la consultation pré-IVG et la demande d'IVG se feront dans le même temps. La prescription de la contraception peut être réalisée pour une durée de six mois car elle doit tenir compte de la difficulté majorée de prise de rendez-vous avec le personnel soignant.

La nécessité d'un bilan biologique comportant : NFS, un bilan de coagulation, un groupe sanguin et Rhésus, devra être évaluée de manière individuelle par le soignant.

La recherche de Chlamydiae par PCR est recommandée pour chaque IVG mais si sa réalisation est impossible, cela ne doit pas repousser la procédure.

La prise d'anti-inflammatoire étant un risque d'aggravation en cas de maladie par le COVID 19, l'Ibuprofène habituellement prescrit sera remplacé par une association de paracétamol et d'opium ou de paracétamol et de codéine.

Une téléconsultation devra être proposée entre 15 et 21 jours après la réalisation de l'IVG avec possibilité de prescription de Check Top auparavant (détection d'HCG urinaire à 1000 UI). Un interrogatoire reprenant tout le déroulement de l'IVG (abondance des saignements, douleurs, disparitions des signes de grossesse ensuite) peut aussi être suffisant en cette période de crise. Un dosage d'HCG plasmatique inférieur à 2000 UI 15 jours après la procédure est aussi un critère de réussite de l'IVG. (16)

3. Cadre légal aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas il est possible d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse jusqu'à vingt-quatre semaines de grossesse (date limite de viabilité). Cependant, ces interventions ont lieu en réalité jusqu'à vingt-deux semaines de grossesse en raison de la prise en compte d'une possible marge d'erreur de deux semaines (17). L'avortement de second trimestre y est autorisé depuis 1984.

Après ces vingt-quatre semaines de grossesse, une grossesse ne peut être terminée que pour raisons médicales graves et strictes avec un cadre médico-légal qui a été mis à jour en 2016 et est régulé par le Code Pénal. Seules deux circonstances autorisent cette interruption tardive de grossesse, toutes les deux comprennent de graves atteintes fœtales

létales. La première est que le fœtus est atteint d'une maladie incurable qui conduira inévitablement à sa mort pendant ou directement après sa naissance. La deuxième catégorie décrit une atteinte du fœtus qui conduira à des déficiences graves et irréparables pour lesquelles une faible chance de survie existe. Le but de ce nouveau texte de loi était de clarifier de nombreuses conditions nécessaires auparavant. Ces deux catégories seront soumises ensuite à un Comité de surveillance qui jugera si les décisions prises l'ont été avec toute la réflexion requise.(18)

Ce qui diffère selon ces deux catégories ce sont les instances qui vont les juger en cas de doute sur le respect des critères. Pour la première il s'agit de l'Inspection de la Santé, pour la deuxième c'est le Conseil des Procureurs Généraux du Ministère Public Néerlandais. (19)

En cas de souhait d'une interruption volontaire de grossesse dans les délais légaux des Pays-Bas, la loi impose un délai de réflexion de cinq jours à compter de la première prise de contact avec soit un médecin généraliste soit directement dans les cliniques dédiées à l'IVG. Après ce délai il est considéré que la décision est suffisamment réfléchie et qu'il est possible de poursuivre le parcours d'IVG. Il existe cependant une exception pour les femmes qui ont moins de dix-sept jours de retard de règles pour lesquelles ce délai de réflexion ne s'applique pas.

La nécessité d'un accord d'une personne majeure varie selon l'âge des patientes. Si la patiente est âgée de moins de douze ans, l'accord des parents est requis avant de débuter le parcours d'IVG. Pour les patientes entre douze et seize ans l'accord parental est requis mais certaines conditions exceptionnelles peuvent s'appliquer, et après une prise de contact avec le médecin généraliste ou la clinique d'avortement, ils peuvent prendre la décision que la patiente comprend totalement la décision qu'elle prend ainsi que ses conséquences et lui permettre de continuer. Ils doivent lui proposer de prévenir ses parents et le faire sauf si elle s'y oppose.

Entre seize et dix-huit ans, le consentement par les parents n'est pas nécessaire sauf si le médecin juge que la patiente est inapte à prendre une décision éclairée. (20)

Les lieux dans lesquels il est possible d'avoir recours à une IVG sont limités aux cliniques et hôpitaux disposant de licences pour les pratiquer.

Pour toutes les patientes vivant aux Pays-Bas la totalité des frais de l'IVG est prise en charge par l'assurance maladie personnelle de la patiente si l'IVG a lieu à l'hôpital ou grâce à la Loi sur les dépenses maladies exceptionnelles si elle est réalisée en clinique. Pour toutes les femmes ne vivant pas aux Pays-Bas, les dépenses médicales sont à leur frais. (21)

Le fait de rembourser totalement l'IVG aux résidentes du Pays-Bas n'a pas fait augmenter le taux d'IVG mais a seulement délocalisé la plupart des avortements dans les cliniques (91%) plutôt que dans les hôpitaux. Ce pays est connu pour un taux bas d'IVG malgré l'accueil de femmes d'autres pays avec un taux de recours d'environ 8,6 avortements pour mille femmes.(22)

4. Description de la clinique et de l'organisation des parcours d'IVG des femmes vivant en France se rendant aux Pays-Bas

a) Description du centre d'IVG

Le centre d'IVG où a été réalisée l'étude est une clinique privée totalement dédiée à l'IVG. Cette clinique propose un site traduit en français. Quand les patientes appellent la clinique, elles peuvent choisir le langage avec lequel elles souhaitent échanger et il y a toujours au moins une secrétaire qui sait parler français. À la clinique les infirmières et médecins parlent

eux-aussi un peu français et savent au moins très bien expliquer la procédure d'interruption de grossesse. Les documents remis à la patiente sont eux aussi en français.

J'ai rencontré plusieurs fois la médecin et coordinatrice médicale de ce centre. Elle m'a expliquée l'organisation d'une journée habituelle pour les femmes qui souhaitent avoir recours à l'IVG dans cette clinique privée dédiée à l'IVG.

Déroulement de la journée : la patiente arrive le matin et a un premier rendez-vous avec un médecin qui réalise une échographie pour dater la grossesse. La patiente rencontre ensuite une infirmière qui lui explique le déroulement de la journée. Une fois la grossesse datée et le consentement de la patiente recueilli, celle-ci retourne à l'accueil où elle doit régler le prix de l'intervention avant de pouvoir en bénéficier.

Le tarif dépend du terme : entre 16 et 17 SA 640€, puis à partir de 18 SA 875 €.

Une fois le règlement effectué, les femmes sont accueillies à l'étage où elles bénéficient de l'intervention volontaire de grossesse. La clinique est équipée d'une chambre seule pour les IMG, personne avec handicap et toute autre condition rendant la cohabitation à plusieurs femmes dans une même chambre compliquée. Le reste de l'étage est composé de chambres avec plusieurs lits (environ 5) et les infirmières essaient d'organiser les patientes par nationalité pour faciliter les échanges entre elles et limiter leur isolement durant la journée.

Les patientes restent en surveillance quelques heures après l'intervention avant de pouvoir repartir (toujours en ambulatoire). Dès qu'elles bénéficient d'une sédation, elles n'ont pas le droit de conduire pendant 24 heures.

Jusqu'à 12 semaines de grossesse il est procédé à un curetage par aspiration, puis à partir de 13 semaines à un avortement instrumental. Jusqu'à 17 semaines de grossesse les patientes peuvent choisir de recourir à une anesthésie locale ou à une sédation. De 18 à 22 semaines l'intervention sera sous sédation.

Avant 16 ans, les patientes doivent venir accompagnées d'un parent (ou à défaut d'une personne majeure). Dès 16 ans révolus, elles peuvent venir seule.

Toutes les femmes doivent apporter une preuve d'un délai de réflexion d'au moins cinq jours mais les médecins sont plus flexibles avec les femmes étrangères car ils ont conscience qu'elles viennent de loin. Donc toute preuve de consultation en France (même dosage de BhCG uniquement) s'il date de cinq jours suffit.

Pour les néerlandaises la consultation à la clinique est directement payée par le ministère de la santé. Comme en France, les médecins doivent remplir certaines caractéristiques anonymisées pour le suivi statistique (nombre d'avortements, nombre d'enfants, groupe d'âge, deux chiffres du code postal).

La clinique réalise normalement entre 12 et 20 interventions par jour. Cependant quotidiennement, 20 à 50% des femmes n'honorent pas leur rendez-vous et ne préviennent pas. En conséquence, pour prendre en compte ces annulations, le nombre de rendez-vous est majoré.

L'équipe se compose de 5 médecins (qui réalisent l'échographie et l'interruption volontaire de grossesse), huit infirmières, quatre assistantes techniques s'occupant de la stérilisation du matériel, sept secrétaires à l'accueil et deux cadres administratives.

Leur activité ne comprend que très rarement la prescription de contraception et la pose de DIU (hors contexte de grande détresse).

b) Chiffres fournis par la clinique

Les chiffres ci-dessous m'ont été fournis par la clinique elle-même. Sur l'année 2020 ils ont réalisé 3042 interruptions volontaires de grossesse.

La répartition des patientes par nationalité était :

- 54,8% de femmes Néerlandaises
- 20% de femmes Allemandes
- 13% de femmes Françaises
- 4,5% de femmes Polonaises
- 4,7% de femmes Suisses
- 3% de femmes venant d'autres pays.

La répartition par âge du nombre total d'avortement est :

- avant 20 ans : 8,1%
- 20-24 ans : 21,4%
- 25-29 ans : 24,7%
- 30-34 ans : 22,4%
- 35-39 ans : 15,9%
- plus de 40 ans : 7,4%.

Dans la clinique le pourcentage d'avortements du second trimestre toutes nationalités confondues est :

- avant 13 semaines : 48%
- entre 13 et 18 semaines de grossesse : 22%
- entre 18 et 22 semaines de grossesse : 30%.

Dans la population de femmes venant de France uniquement, les pourcentages d'avortements du second trimestre étaient répartis comme ceci :

- avant 13 semaines : moins d'un pour cent

- entre 13 et 18 semaines : 26%
- entre 18 et 22 semaines : 73%.

30% des femmes rapportaient avoir déjà eu recours à l'avortement dans la population générale de la clinique contre 28% chez les femmes venant de France uniquement.

Toutes ces recherches soulignent le nombre important de femmes vivant en France qui ont besoin de se rendre aux Pays-Bas pour réaliser une IVG du second trimestre. Ces milliers de femmes ne bénéficient pas d'un courrier après leurs interventions et reviennent en France avec très peu de traçabilité. Le but de cette thèse est donc de mieux connaître cette population afin de pouvoir leur apporter un suivi renforcé et adapté en tant qu'acteur de soins premiers.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Toutes les cliniques réalisant des IVG aux Pays-Bas ont été contactées depuis février 2020. Le choix de s'adresser aux cliniques plutôt qu'aux hôpitaux s'explique par le fait que 91% des IVG se déroulent dans les cliniques actuellement.

La plupart des cliniques m'ont répondu que comme elles ne réalisaient les IVG que jusqu'à 18 semaines de grossesse elles n'avaient en général qu'une patiente venant de France par an et qu'il ne serait donc pas intéressant pour moi de conduire mon étude là bas.

Une autre clinique qui réalise les avortements du second trimestre avancés a été rencontrée en août 2020. Cependant le directeur et le médecin coordinateur de l'unité d'IVG étaient opposés à réaliser toute étude au sein de leur clinique, même après proposition d'ajustement ou modification du questionnaire.

L'autre centre qui réalise les avortements du second trimestre, après échanges de mails, a accepté de me rencontrer. Ils ont accepté le questionnaire proposé en me demandant uniquement d'ajouter une question de satisfaction à la fin de mon document pour demander aux patientes quelle était leur évaluation de la prise en charge dans leur clinique.

Cette étude a été ensuite réalisée à l'aide des questionnaires anonymes standardisés qui ont été au préalable soumis au comité de DPO de l'Université de Lille (numéro de déclaration : 202066).

Ces questionnaires ont été distribués à leur arrivée aux patientes vivant en France par

les secrétaires médicales à l'entrée de la clinique avec le reste de leur dossier. Les questionnaires leur étaient donnés avec une lettre d'information expliquant le contexte de l'étude qu'elles pouvaient ensuite conserver. Le questionnaire était ensuite rendu aux secrétaires et infirmières durant la journée ou conservé par la patiente si elle ne souhaitait par participer.

Les données ont été collectées du 20 juillet 2020 au 28 décembre 2020.

Les questionnaires ont ensuite été réunis à plusieurs reprises dans la clinique par moi-même et l'analyse statistique des données collectées a été réalisée à l'aide d'une interne en santé publique (Florence Condat).

Le critère d'exclusion était que la femme ne vive pas en France.

En raison du mode de collecte des questionnaires qui étaient proposés à toutes les femmes venant de France, les résultats ont été analysés comme si la population ayant répondu à la recherche était extrapolable à la population générale de la clinique de cette année

La recherche a été conduite sous forme d'analyse descriptive avec le logiciel R version 4.0.3 avec réalisation de pourcentages et d'intervalles de confiance à 95% sur les variables qualitatives. Les variables quantitatives on été analysées sous forme de moyennes et de médianes avec un intervalle de confiance à 95%.

Le but était d'élaborer des profils de femmes susceptibles de se rendre aux Pays-Bas pour réaliser une IVG et ainsi d'améliorer le suivi centré sur la femme engagée dans un parcours d'IVG en soins premiers en France.

RÉSULTATS

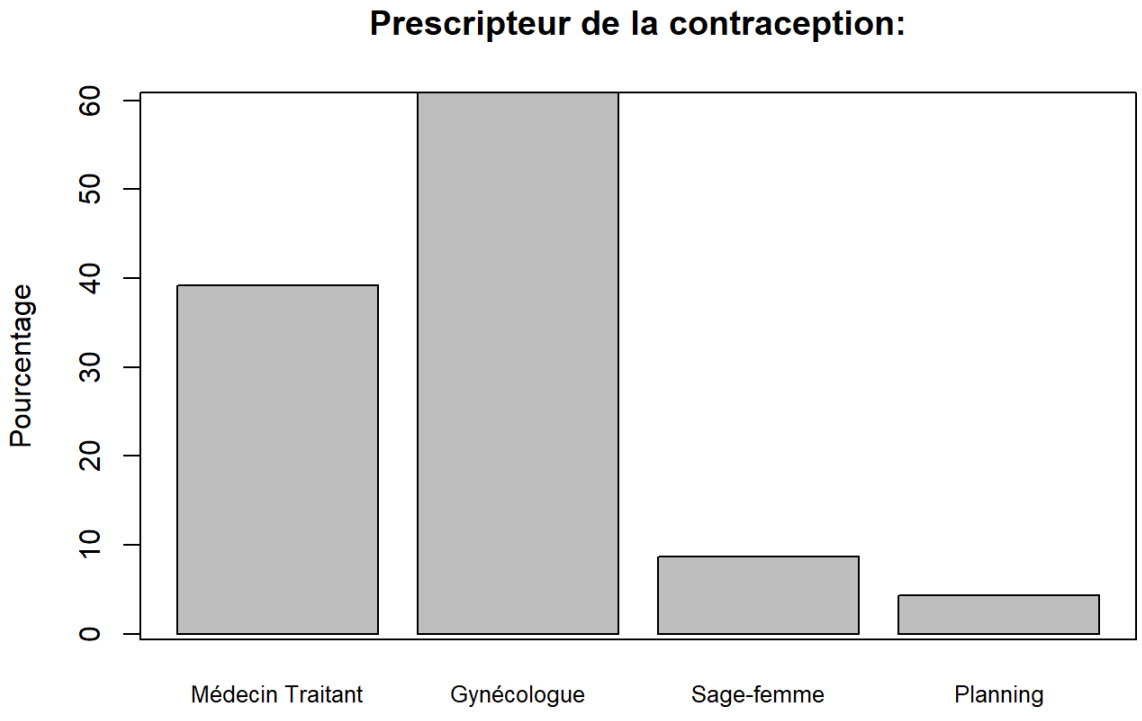
NB : la somme de certains pourcentages dépasse 100% puisque des réponses multiples sont possibles.

Étude ayant inclus 37 femmes du 20 juillet 2020 au 28 décembre 2020. Les résultats sont présentés dans l'ordre du questionnaire auquel les femmes ont répondu.

1) Moyen de contraception avant la grossesse :

La majorité des femmes a répondu prendre la pilule (56 %) avant cette IVG (IC 32, 72). Près d'un tiers d'entre elles déclarait n'avoir aucune contraception (IC 18, 49) et 10% utilisaient le préservatif. Aucune des femmes n'avait de dispositif intra-utérin ni d'implant et 5% employaient l'anneau vaginal.

2) Qui prescrit le moyen de contraception ? :



3) Oubli de contraception :

Presque deux tiers des femmes (62%) prenant une contraception oubliaient parfois de la prendre (IC 40, 81).

4) Fréquence d'oubli de contraception:

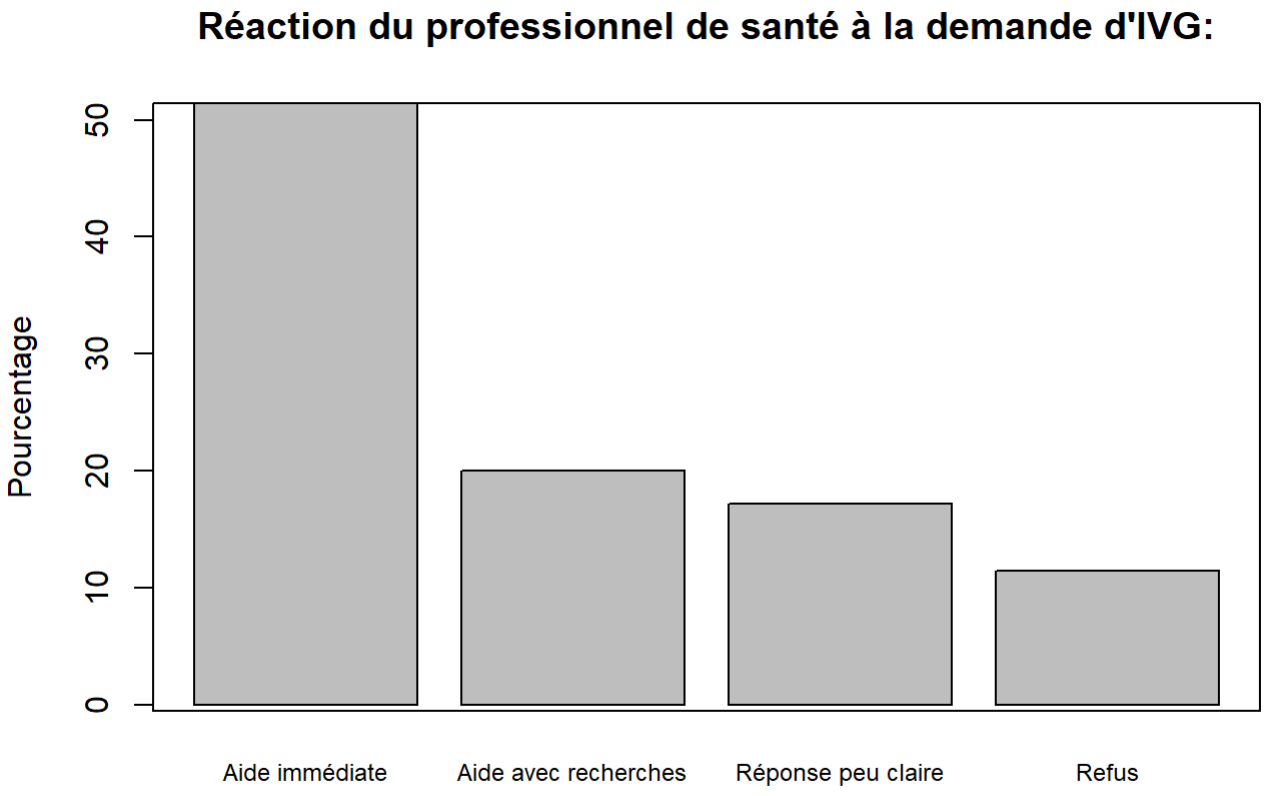
Chez les patientes qui oubliaient leur pilule 71% omettaient de la prendre plusieurs fois dans le mois (IC 27, 72).

5) 6) 7) Sujets abordés en consultation :

Concernant les sujets abordés par les femmes avec leur gynécologue, médecin traitant, sage-femme, ou en centre de planification :

- 58% des femmes avaient entendu parler de la contraception d'urgence (IC 48, 83)
- 73% des femmes avaient déjà abordé l'IVG (IC 55, 86)
- 40% des femmes étaient mal à l'aise à l'idée d'évoquer l'IVG (IC 24, 57).

8) Réaction rencontrée à la demande d'IVG en France :

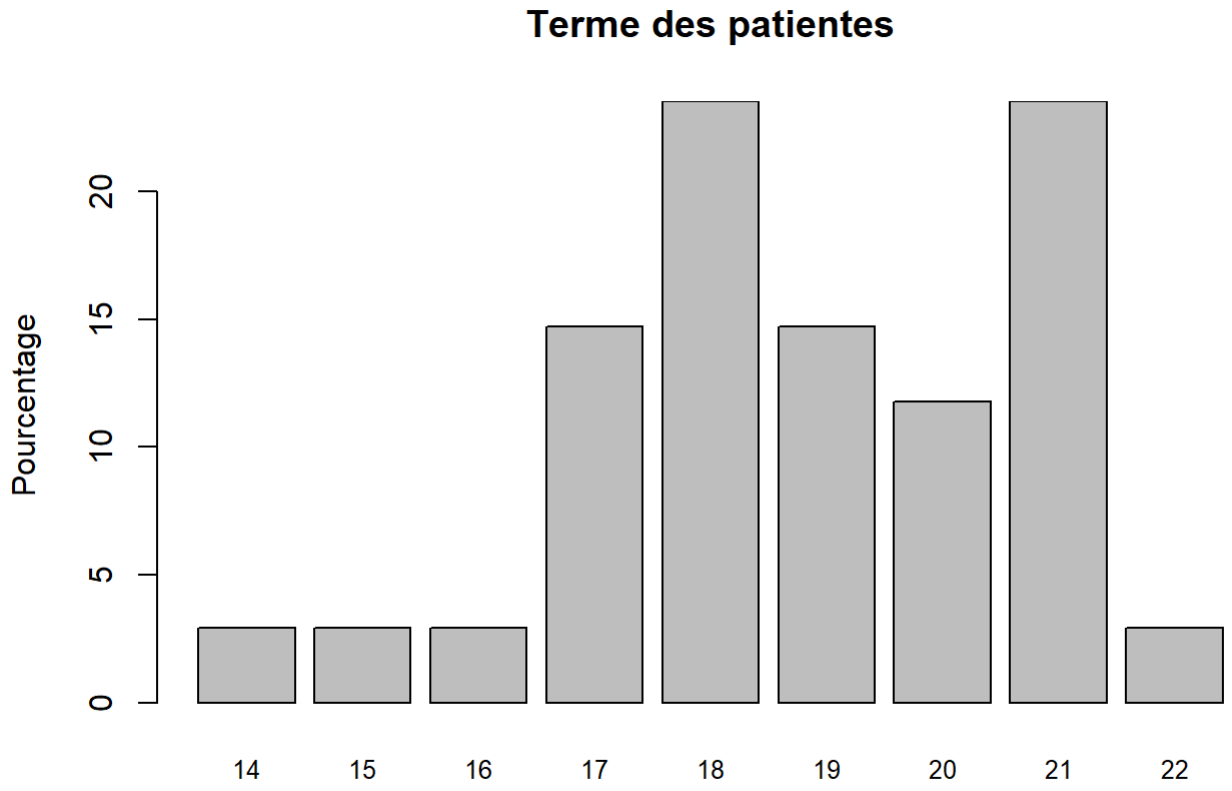


Lors de la demande d'IVG en France les femmes ont déclaré avoir reçu :

- une aide immédiate pour 51% d'entre elles
- une assistance mais avec nécessité de faire des recherches pour pouvoir répondre à leur demande dans 20% des cas
- une réponse insuffisante pour les orienter dans la suite du parcours d'IVG pour 17% des femmes
- un refus de répondre à leur demande à 11%.

9) Terme de la grossesse :

La moyenne des termes de grossesse lors de la réalisation de l'IVG est 18.79 SA et la médiane 19 SA (IC 18, 19).

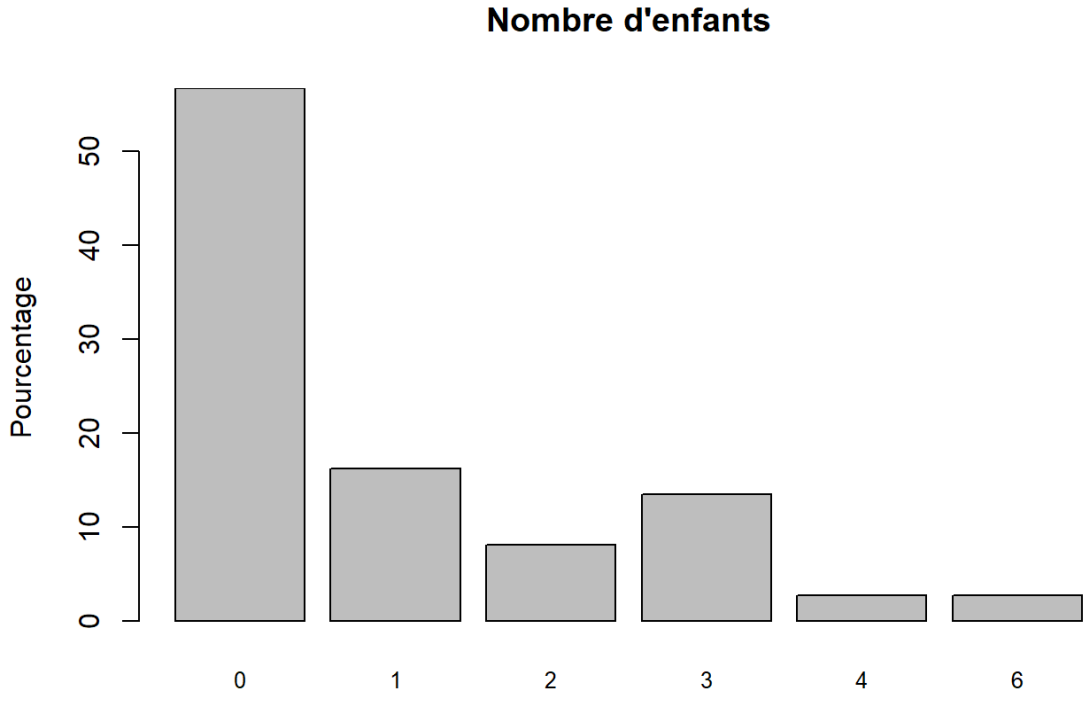


La plupart des femmes se présentaient donc à 18 SA ou plus pour la réalisation de l'IVG.

10) 11) Nombre de grossesses et nombre d'enfants :

Dans la majorité des cas les femmes étaient enceintes pour la première fois ou n'avaient jamais eu d'enfant.

La moyenne est 2.41et la médiane 2 (IC 1,8, 3,01)



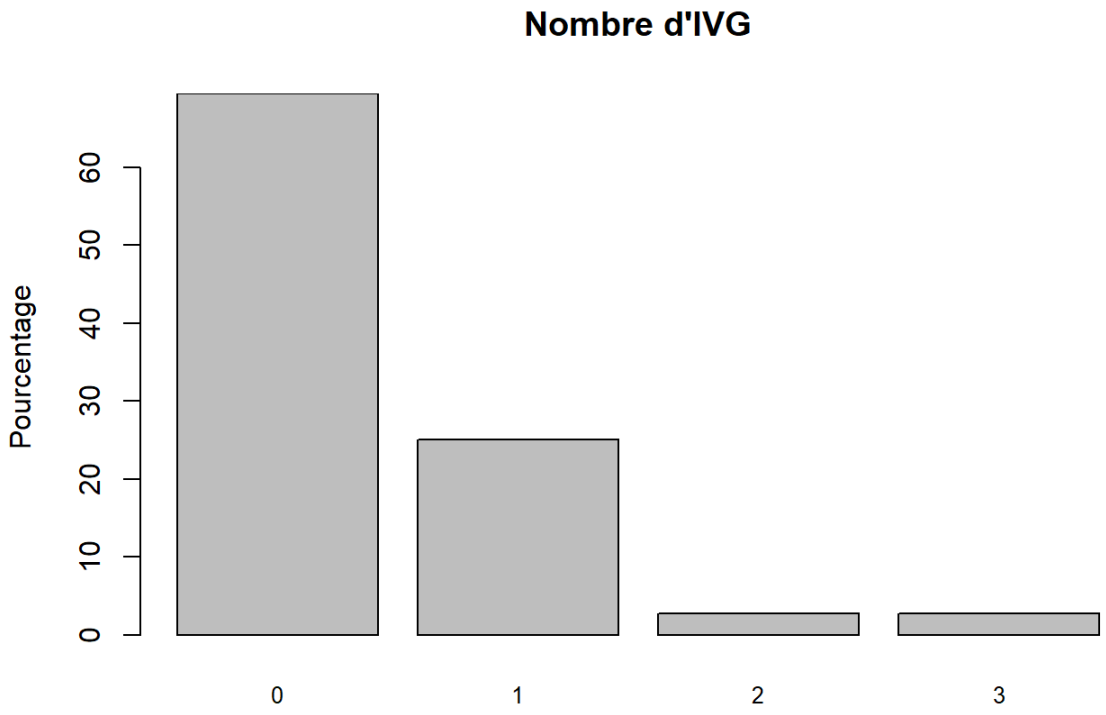
La moyenne est 1 et la médiane 0 (IC 0,5, 1,49).

12) Antécédent de recours à l'IVG :

La majorité des femmes n'avaient jamais réalisé d'IVG avant celle-ci (59% IC 42, 75). 27% d'entre elles en avaient réalisé au moins une en France (IC 13, 44), 2,7% au moins une aux Pays-Bas et 2,7% dans un autre pays.

13) Nombre d'IVG :

La moyenne du nombre d'IVG réalisé est 0.38 et la médiane 0 (IC 0,15, 0,62).



14) Raisons de réalisation de l'IVG tardivement :

71% des femmes disaient s'être rendues compte trop tardivement de cette grossesse pour leur permettre d'avoir recours à l'IVG en France (IC 53, 85), 25% répondaient avoir changé d'avis après avoir voulu initialement poursuivre la grossesse (IC 12, 43) et 5,7% signalaient un retard à la prise en charge en France les ayant conduit à dépasser le délai autorisé (IC 0,7, 19).

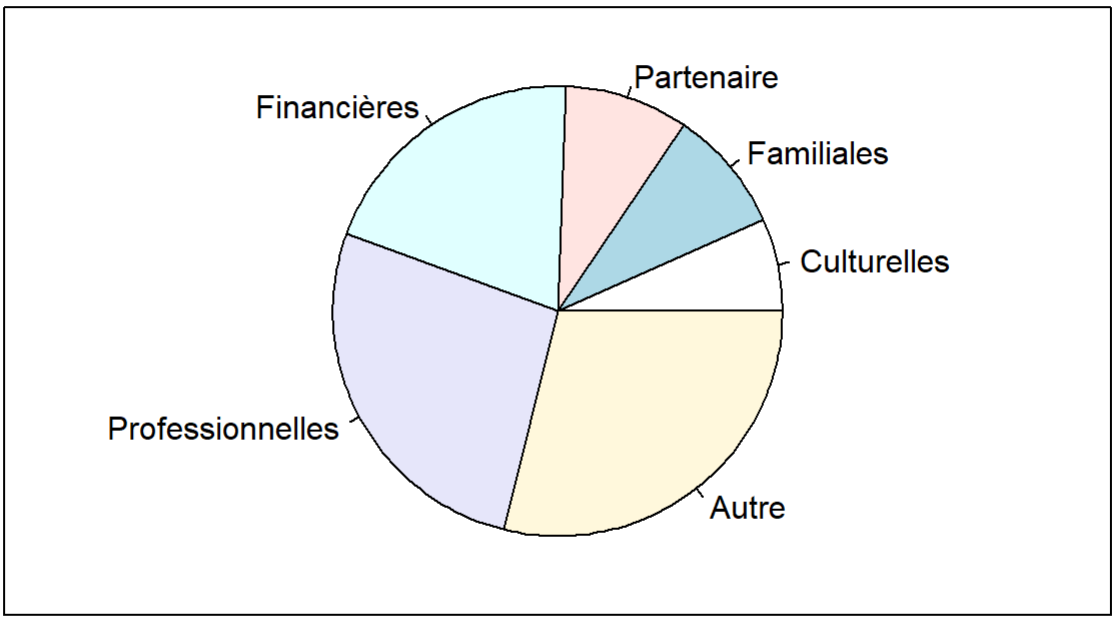
15) Grossesse désirée ?

Cette grossesse n'était pas désirée dans 88 % des cas (chiffre en contradiction avec la réponse du changement d'avis ci-dessus). Cette grossesse était souhaitée uniquement par la mère dans 5,5% des cas et par le couple initialement dans 5,5% des cas.

16) Circonstances ayant influencé la réalisation de l'IVG :

Après une cause « autre » que celles proposées (40%), une raison professionnelle (37%) ou financière (28%) ont été les raisons les plus citées comme ayant eu une influence sur la réalisation de l'IVG.

Circonstances ayant influencé la réalisation de l'IVG:



Les réponses rapportées dans « autre» (soit 40% IC 23, 49) sont citées ci dessous :

«Situation pas assez stable »

« Séparation avec mon conjoint »

« Cela n'est pas le moment, ni pour mon ex-partenaire, ni pour moi »

« Contexte pour accueillir un enfant compliqué : couple récent, relation à distance, décès de mon père, manque de moyens matériels »

« Grossesse non acceptée par moi-même »

« Agression sexuelle avec déni de grossesse jusqu'à ma 17ème semaine »

« Contrainte familiale »

« Je ne me sens pas prête »

« Je ne voulais plus d'enfant, j'en ai déjà 3 »

« Problème de santé pouvant s'aggraver avec une nouvelle grossesse »

« Je n'en voulais pas »

« Ayant trois enfants, je n'ai ni la capacité mentale, morale ni financière d'avoir un quatrième enfant »

Les grands champs ressortant de l'analyse de ces textes sont : séparation avec le partenaire ou couple récent, famille déjà « complète », non-acceptation de la grossesse, sentiment que ce n'est pas le bon moment ou de ne pas être prête.

17) Pression ou ultimatum imposés à la femme :

11% des femmes déclaraient avoir subi de la pression ou reçu un ultimatum les ayant conduites à réaliser cette IVG.

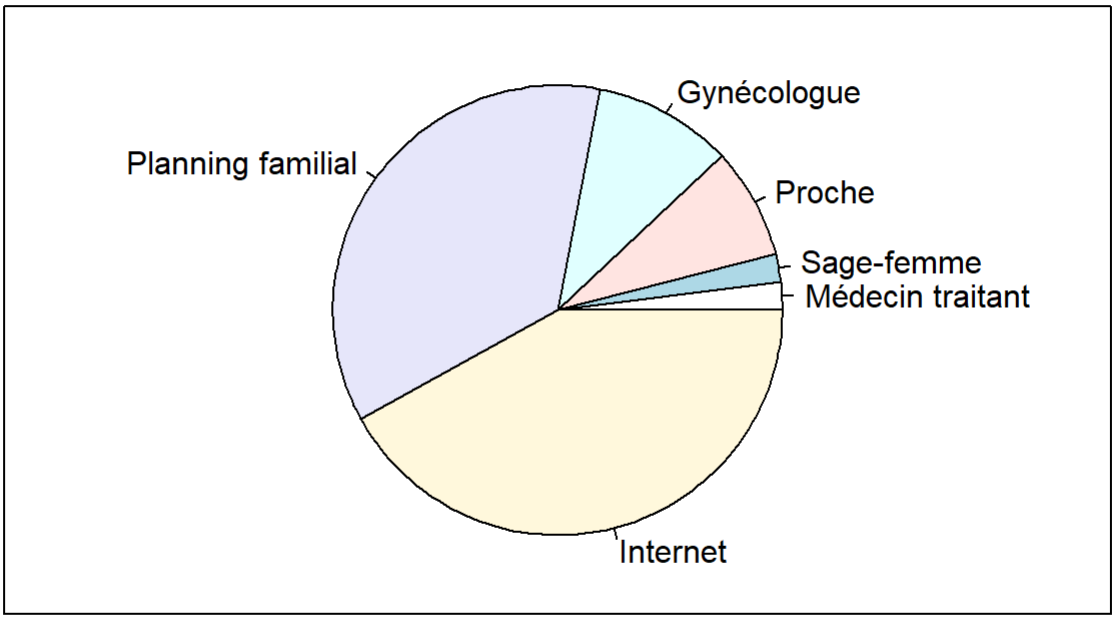
18) Agression sexuelle et 19) Impact d'une religion :

2,7% des femmes déclaraient être victimes d'une agression sexuelle responsable de

cette grossesse (IC 0,06, 14) et 5,4% des femmes décrivaient la religion comme ayant eu un impact sur leur décision (IC 0,6, 18).

20) Prise de connaissance de la clinique :

Comment avez-vous entendu parler de cette clinique :



La majorité des femmes avaient découvert ce centre d'IVG par des recherches sur internet ou des conseils du planning familial.

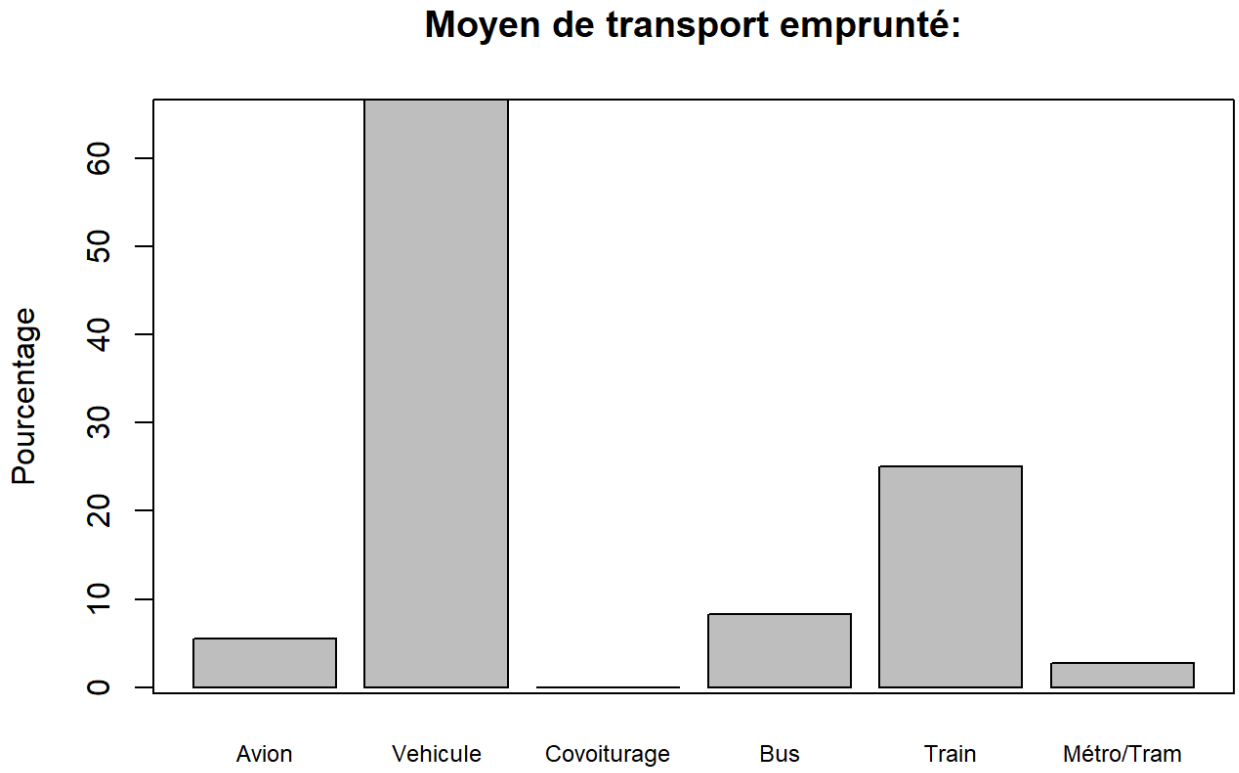
21) Financement :

Près de trois-quarts des femmes avaient payé l'intervention par leurs propres moyens (73%, IC 55, 86), et 35% avaient reçu, conjointement ou uniquement, de l'aide de leurs proches.

22) Accompagnement :

89% des femmes sont venues accompagnées à leur IVG (même si plus de possibilité depuis mars pour l'accompagnant de rentrer à l'intérieur de la clinique à cause de la pandémie au Coronavirus).

23) Moyen de transport emprunté :



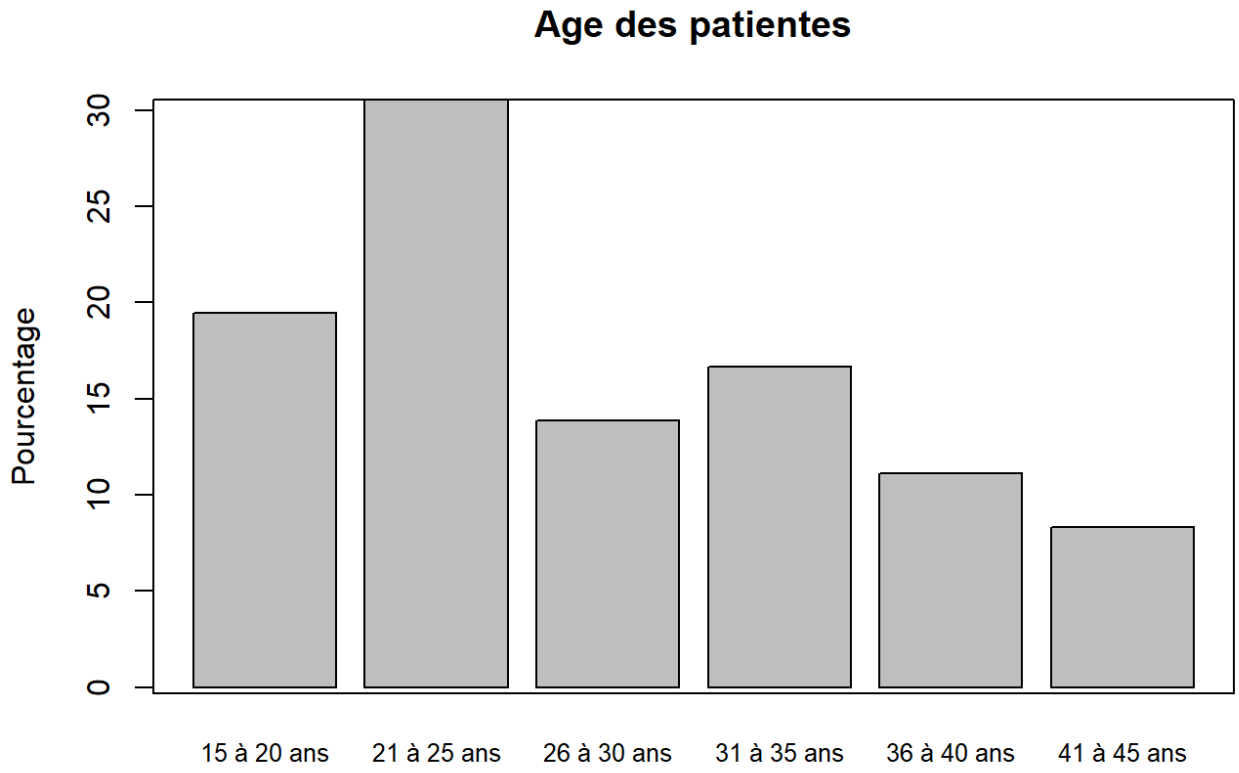
Deux tiers des femmes avaient utilisé un véhicule personnel pour se rendre aux Pays-Bas (66 % IC 49, 81).

24) Satisfaction de la prise en charge à la clinique :

85% des femmes déclaraient être « très satisfaites » et 14% « satisfaites » lors de l'évaluation globale de leur prise en charge à la clinique

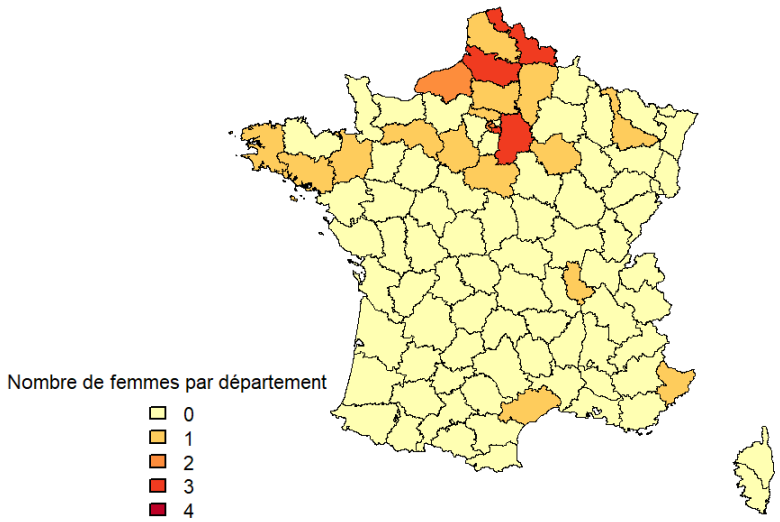
25) Âge des femmes lors de l'IVG :

Les femmes âgées de 21 à 25 ans représentaient la plus grande classe d'âge de cette étude (30% IC 16, 48) suivies par les femmes de 15 à 20 ans (19% IC 16, 48).



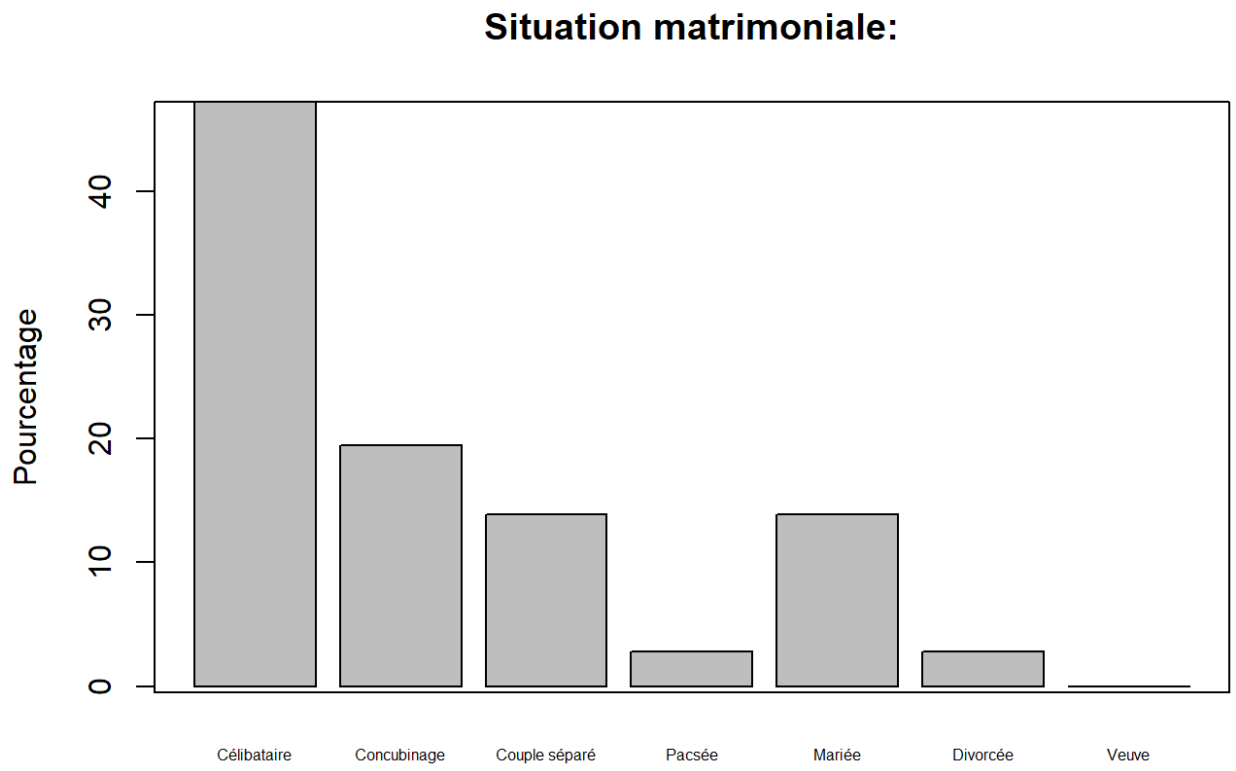
26) Département :

La plupart des femmes venaient de la moitié Nord de la France.



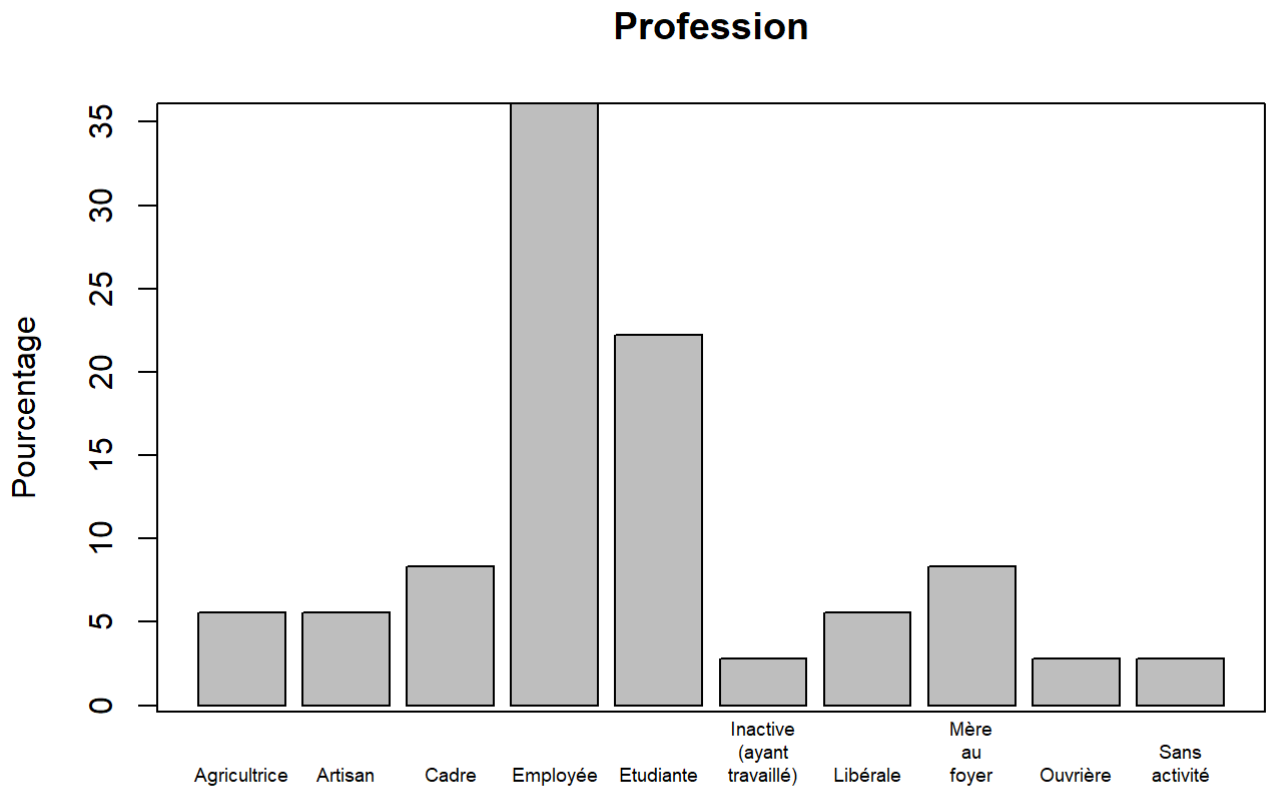
27) Statut matrimonial :

Près de la majorité des femmes ayant réalisé cette IVG étaient célibataires (47% IC 30, 64).



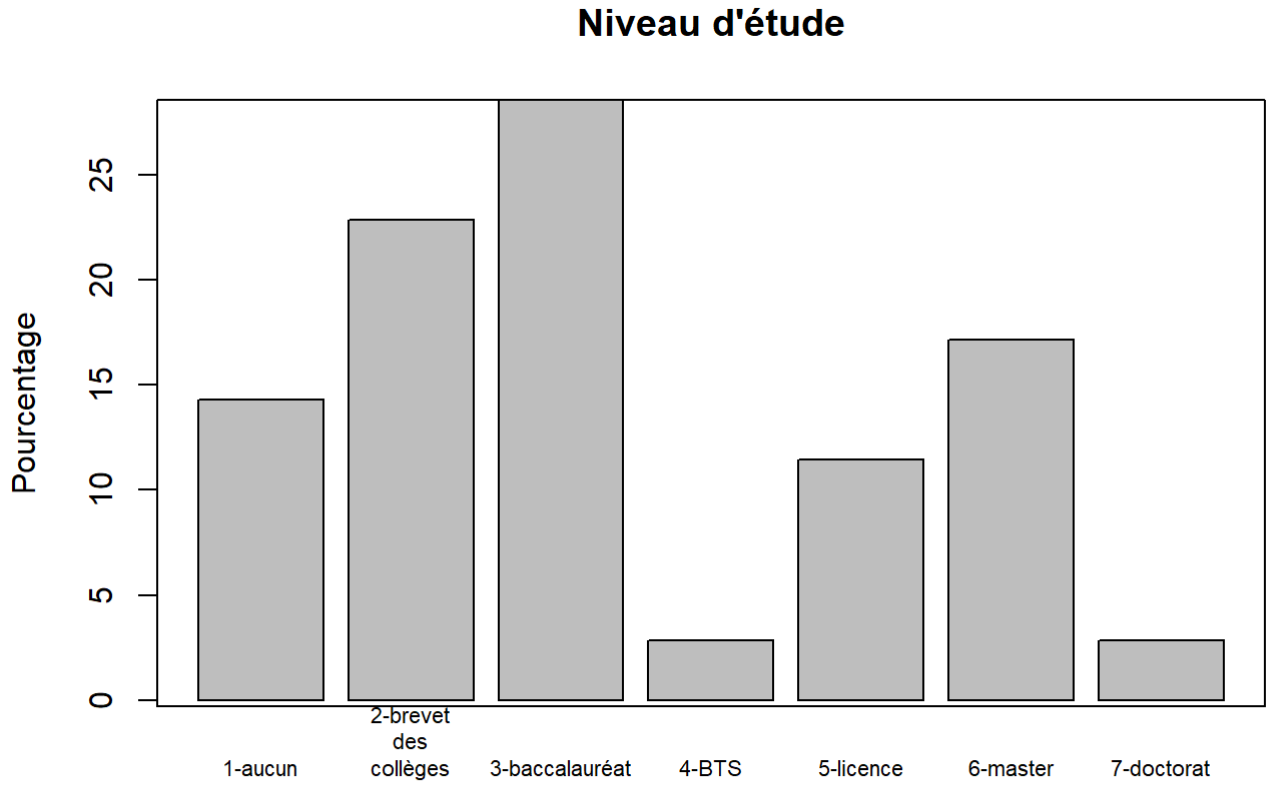
28) Profession :

La majorité des femmes avaient un emploi au moment de la réalisation de cette IVG.



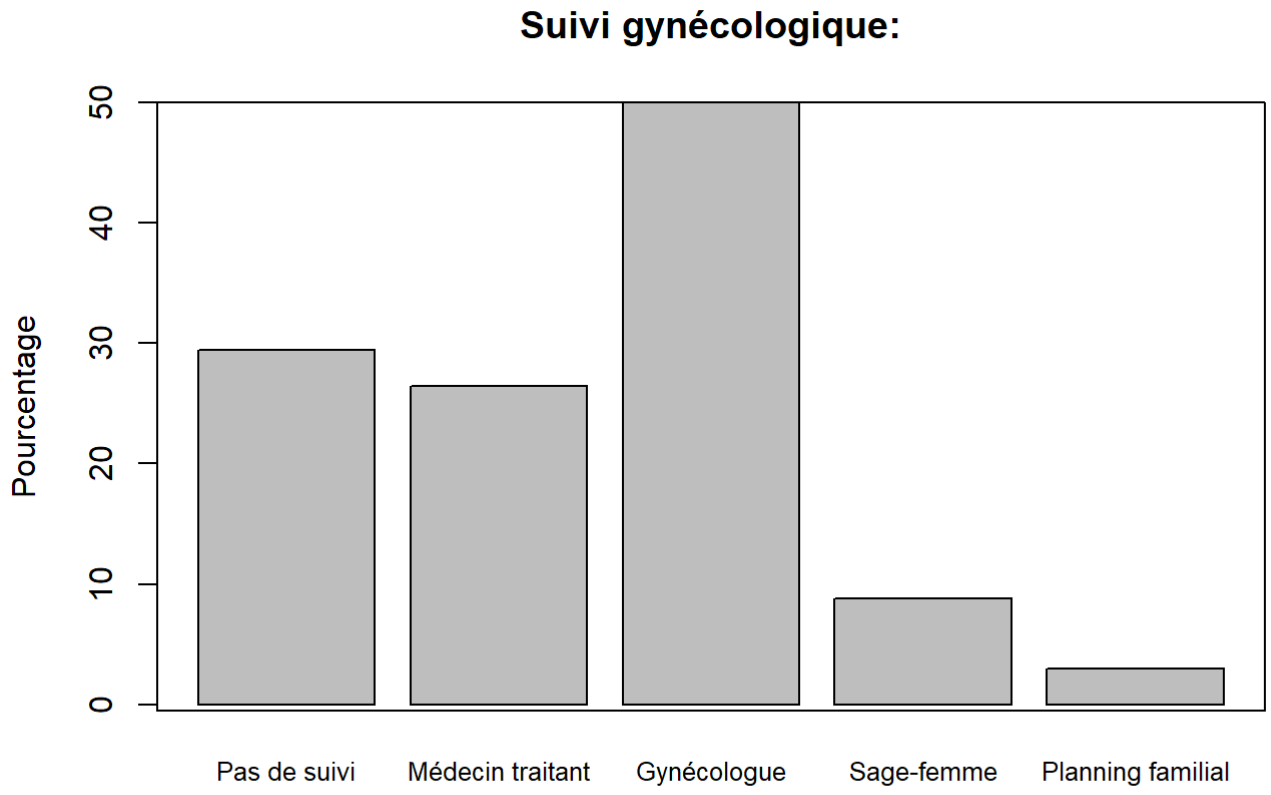
29) Niveau d'étude :

Le pourcentage de femmes ayant réalisé une IVG possédant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat représentait : 34%.



30) Suivi gynéco régulier :

La majorité des femmes avaient un suivi gynécologique régulier avant cette IVG (70%) et pour la majorité ce suivi avait lieu chez un gynécologue (50% IC 32, 67).



DISCUSSION

La plupart des femmes se présentant à la clinique pour une IVG du second trimestre étaient : jeunes (15-25 ans), nullipares et nulligestes, célibataires, détenant un emploi et ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat (professionnel ou général). La majorité d'entre elles avaient un suivi gynécologique régulier (surtout par un gynécologue), avaient une contraception, le plus souvent la pilule, et avaient déjà abordé la question de la contraception d'urgence ou de l'IVG avec un professionnel de santé. Ces femmes se présentaient habituellement tardivement (à 18 SA ou plus) et s'étaient rendues compte trop tard qu'elles étaient enceintes pour pouvoir bénéficier d'une IVG en France. Elles avaient fréquemment pris connaissance de la clinique par internet ou grâce aux centres de planification et s'étaient rendues aux Pays-Bas par leur véhicule personnel et avec un accompagnant.

La plupart des femmes venaient de la moitié Nord de la France. On peut bien sûr imaginer une raison géographique à cette répartition puisque l'Espagne propose un avortement jusqu'à 16 SA.

L'impact de la religion ou d'une cause culturelle comme influence dans le recours à l'IVG concernait 5 % et 9% des femmes.

Les limites de cette étude sont la faible puissance en raison du nombre de sujets inclus. Ceci est, selon la clinique, éventuellement dû à une année particulière en raison du coronavirus avec une diminution du nombre de consultations de la part des femmes venant de France, mais aussi d'un oubli courant de présenter les questionnaires aux femmes par les secrétaires à l'accueil. L'autre raison possible est que les femmes ayant rendu ces questionnaires devaient avoir un niveau d'éducation suffisant pour comprendre les questions et savoir y répondre et qu'un certain nombre de personnes ont donc pu être exclues puisqu'elles n'étaient pas en mesure de le faire.

La force de cette étude est le caractère nouveau puisqu'aucune étude n'a été conduite de manière similaire sur les femmes venant de France et allant avorter aux Pays-Bas et que peu de données sont disponibles sur l'IVG du second trimestre en France. De plus les questionnaires étant présentés à toutes les femmes venant de France à l'accueil, le biais de sélection des femmes était donc moindre.

Le but de cette étude était de mieux connaître les femmes ayant recours à une IVG du second trimestre pour pouvoir apporter une attention particulière aux personnes susceptibles d'y avoir recours. Une étude Néerlandaise (en 2008) qui portait sur les facteurs influençant l'IVG du second trimestre retrouvait des données complémentaires et similaires à ce travail. Cette recherche rappelait que contrairement à l'IVG du premier trimestre les problèmes conjugaux étaient plus souvent rapportés comme un obstacle à la poursuite de la grossesse. (22)

Les facteurs associés à un délai plus important de réalisation de l'IVG étaient : un âge jeune, une incapacité à reconnaître les signes de grossesse, une ambivalence avec une incertitude quant au souhait de poursuivre cette grossesse, devoir voyager jusqu'au Pays-Bas pour avorter ou être une immigrante (certains pays plus représentés).

Cette étude comparait les raisons pouvant conduire à une IVG de second trimestre entre femmes Néerlandaises et femmes étrangères se rendant aux Pays-Bas pour avorter tardivement.

Les raisons données le plus souvent dans le groupe de femmes Néerlandaises ayant recours à un IVG de second trimestre : problème de couple (incluant séparation en cours, violence, victime de viol) 40%, raison d'âge « trop jeune pour être mère » 35% (soit l'âge même de la femme ou se considérait encore comme dans un début de relation), famille déjà « complète » venait comme motif en troisième position 11%. Les autres moins fréquentes étaient : laisser assez de temps entre deux enfants, raison professionnelle ou étude, pas envie d'être

mère, trop âgée, problèmes de santé ou financier.

La plupart du temps plusieurs raisons étaient associées.

Les raisons données par les femmes venant d'autres pays ayant voyagé jusqu'aux Pays-Bas pour avorter : grossesse trop précoce (42%), problèmes conjugaux (23%), famille déjà complète (10%) et quelques femmes rapportaient des résultats d'examens anténataux anormaux.

Les circonstances étaient alors assez différentes de celles retrouvées dans cette thèse qui avait mis en valeur dans les facteurs influençant les raisons décrites ci-dessus mais aussi une part importante de causes professionnelles ou financières.

Cette étude rapportait comme caractéristiques des femmes non résidentes des Pays-Bas : femmes jeunes (avant 20 ans) ou après 45 ans (prise des signes de grossesse pour des signes de pré-ménopause). Les femmes autour d'une vingtaine d'années étaient en effet majoritaires dans la thèse mais celles de plus de 40 ans ne représentaient que 8% de la population étudiée.

Cette recherche Néerlandaise avait mis en évidence que le risque de se présenter au second trimestre décroît avec le nombre de grossesses précédentes ou d'IVG. Ceci concorde avec nos résultats puisque nos participantes étaient majoritairement des femmes nullipares et nulligestes.

Une étude Belge en 2019, avait étudié les caractéristiques des femmes se présentant pour un avortement du deuxième trimestre. Il y était rappelé que, de manière générale, les femmes se présentant en retard pour leur demande d'IVG étaient plus jeunes, nullipares, bénéficiaient d'un support sociable faible, et se trouvaient souvent dans des situations de conflits relationnels importants. (5)

Les femmes qui étaient accompagnées à la clinique d'avortement se présentaient

souvent plus tôt que celles qui venaient seules. Ces femmes bénéficiaient d'un entourage qui leur permettait d'être mieux accompagnées grâce à des recherches effectuées par leurs proches sur les techniques d'avortement, les délais ou les localisations des centres de santé, et qui mettait à leur disposition un moyen de transport personnel. De plus le fait d'avoir un entourage compréhensif était un soutien pour faire face aux préjugés rencontrés pour une femme à la recherche d'IVG.

Ceci se confronte aux données de la thèse rapportant des femmes accompagnées dans 89% mais se présentant à 18 SA ou plus. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en Belgique l'étude ne ciblait pas seulement des femmes qui voyageaient depuis l'étranger pour recourir à l'avortement mais aussi des femmes Belges qui n'avaient pas d'aussi grandes distances à franchir pour se rendre dans les lieux de soin. On peut imaginer que l'accompagnement ne soit pas le même pour une centaine de kilomètres à parcourir que pour une femme venant de France et devant se rendre jusqu'aux Pays-Bas.

La recherche Belge retrouvait que les femmes ayant une connaissance des signes de début de grossesse se mettaient à la recherche de lieu pour réaliser leur IVG plus rapidement. Les femmes reconnaissant ces signes étaient le plus souvent non nullipares ou avaient déjà réalisé une IVG auparavant. De plus les femmes ayant déjà eu une IVG auparavant avaient moins de crainte à propos de la procédure ce qui pouvait conduire à la réduction du délai de mise en relation avec une clinique.

Dans cette thèse les femmes se présentant tardivement étaient en effet surtout nullipares et nulligestes et 59% d'entre elles n'avaient jamais réalisé d'IVG auparavant, ce qui pourrait concorder avec leur hypothèse de reconnaissance tardive des signes de grossesse.

Une étude Anglaise a, quant à elle, été réalisée sur le ressenti de l'IVG par les femmes en 2017. Il y était rapporté que les femmes ayant recours à l'IVG du second trimestre avaient fréquemment au départ souhaité continuer cette grossesse mais que des changements dans

leur vie professionnelle ou personnelle (problèmes conjugaux) les avaient conduites à prendre la décision d'un avortement plus tardivement. (23)

Dans la thèse, 88% des grossesses étaient non désirées initialement mais il était aussi indiqué de manière contradictoire que 25% des femmes avaient changé d'avis sur la poursuite de cette grossesse.

Cette recherche Anglaise rappelait que les femmes qui ont besoin de voyager dans un autre pays pour réaliser leur IVG sont plus susceptibles de continuer leur grossesse au final.

Après ces comparaisons sur les différentes données rassemblées sur l'IVG du second trimestre il est clair que cela reste encore un problème de santé publique puisqu'il implique que des milliers de femmes chaque année voyagent à l'étranger pour avorter. Cela soulève la question en tant qu'acteur de soins premiers de comment « arriver à temps » pour prévenir ces IVG tardives et ainsi permettre aux femmes de bénéficier d'actes médicaux moins invasifs et moins coûteux.

Dans cette thèse la moitié des femmes ont reçu une aide immédiate d'un professionnel de santé, mais il reste à déplorer 11% de refus d'assistance lors de la demande d'IVG. Est-ce que le projet de retrait de la double clause de conscience prévu en lecture au Sénat en 2021 pourra avoir une influence bénéfique sur cette persistance d'entrave à l'IVG ? (11)

En tout, ce sont 37% des femmes qui ont obtenu soit des réponses peu claires à leur demande, soit à qui les soignants ont mis en avant la nécessité de faire des recherches avant de répondre. Serait-il alors nécessaire d'agir en amont auprès des professionnels de santé pour délivrer des informations leur permettant rapidement d'orienter les femmes en demande d'avortement ? Comme par exemple communiquer les numéros utiles et adresses des centres pratiquant l'IVG aux alentours.

De manière parallèle, on pourrait envisager de mettre des notices d'informations à disposition des patientes, bien visibles en salles d'attente puisque 71% des femmes de cette

étude avaient un suivi gynécologique régulier. Probablement que le fait de voir ces informations chez les acteurs de soins premiers, même si elles ne sont pas prises immédiatement par les femmes, leur permettront un jour si elles sont en situation de grossesse non désirée, de savoir en premier lieu vers qui se tourner. Peut-être que ces femmes se diront alors que ce n'est pas un sujet impossible à aborder avec leur soignant en raison de la présence de notices parlant de ce sujet en salle d'attente. En effet, 40% des femmes étaient mal à l'aise à l'idée d'aborder l'IVG durant une consultation.

En continuant sur le sujet de la prévention on peut, grâce à ces résultats, se tourner vers l'information et l'éducation à l'école (collèges et lycées). Cela semble être primordial puisque 66% des femmes interrogées avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat. Cependant un quart des écoles ne mettent pas en place de programme d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale selon le rapport du Haut Conseil à l'Égalité hommes femmes de 2016 (24). Il rappelle aussi que le personnel de l'éducation nationale est très peu formé à l'éducation de la sexualité. Il semble donc important de repenser cet enseignement et de s'assurer qu'il a bien lieu et qu'il est dispensé par des personnes qualifiées qui abordent tous les aspects de cette prévention.

Reste à nous questionner sur notre manière de prescrire, puisque 56% des femmes dans notre étude prenaient la pilule et deux tiers d'entre elles oubliaient de la prendre et souvent plusieurs fois dans le mois. Il semblerait bénéfique lors de la prescription d'une contraception d'aborder systématiquement la question de l'oubli (même lors du renouvellement). Ainsi que de réexaminer, lorsque c'est possible, nos habitudes de prescrire la pilule comme premier moyen de contraception chez les femmes présentant de nombreux facteurs de risque de recours à l'IVG.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux connaître les femmes ayant recours à une IVG du second trimestre. Plusieurs milliers d'entre elles chaque année font le choix de recourir à une IVG tardive à l'étranger puisqu'elle est interdite en France. Ces femmes sont souvent méconnues et il est assez clair suite à cette étude qu'une attention toute particulière doit être portée lors de nos consultations aux femmes jeunes, célibataires, nulligestes et nullipares, possédant un niveau d'étude limité, afin d'insister encore plus auprès d'elles sur la prévention des grossesses non désirées.

La nouvelle loi qui sera soumise au vote du Sénat en 2021, proposant un allongement du délai de l'IVG et le retrait de la double clause de conscience aura-t'elle un impact positif pour éviter ces avortements tardifs ? Il faut l'espérer en tout cas quant à la double clause de conscience, puisque 11% des femmes ont rencontré un refus d'assistance de la part d'un membre du personnel médical. Cependant l'allongement ne sera que jusqu'au terme de 16 SA et cette étude, ainsi que les chiffres fournis par la clinique, démontrent bien que les femmes venant de France se présentent très tardivement (à partir de 18 SA) pour cette intervention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Deutscher P, Garrau M. Reproduction précaire. Cah Genre. 15 avr 2015;n° 58(1):41-67.

2. De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s | Cairn.info [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-geneses-2016-1-page-47.htm?contenu=resume

3. Le droit à l'avortement dans l'UE [Internet]. Toute l'Europe.eu. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: https://www.touteleurope.eu/actualite/le-droit-a-l-avortement-dans-l-ue.html

4. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. Interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_12.htm

5. Velde SV de, Eekert NV, Assche KV, Sommerland N, Wouters E. Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium. Perspect Sex Reprod Health. 2019;51(3):175-83.

6. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiques-de-presse/article/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui

7. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. Health Aff (Millwood). 1 juill 2003;22(4):147-53.

8. Assifi AR, Berger B, Tunçalp Ö, Khosla R, Ganatra B. Women's Awareness and Knowledge of Abortion Laws: A Systematic Review. PLOS ONE. 24 mars 2016;11(3):e0152224.

9. Joyce TJ, Henshaw SK, Dennis A, Finer LB, Blanchard K. The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review. :24.

10. Repères chronologiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: http://haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/reperes-chronologiques-65/#a1453

11. Nationale A. Proposition de loi n^{o} 3210 visant à améliorer l'effectivité du droit à l'avortement [Internet]. Assemblée nationale. [cité 20 déc 2020]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3210_proposition-loi

12. L'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc280/lc280_mono.html

13. Maurice DO. IVG Synthèse des recommandations du CNGOF. :24.

14. IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2857715/fr/ivg-medicamenteuse-les-protocoles-a-respecter

15. Nisand I. L'IVG en période de confinement. :2.

16. apercu.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=21925

17. Zaken M van A. What is the time limit for having an abortion? - Government.nl [Internet]. 2015 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: topics/abortion/question-and-answer/what-is-the-time-limit-for-having-an-abortion

18. Zaken M van A. New regulation on late-term abortions and termination of life in neonates - News item - Government.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2015 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.government.nl/latest/news/2015/12/11/new-regulation-on-late-term-abortions-and-termination-of-life-in-neonates

19. Zeldin W. Netherlands: New Regulation on Late-Term Abortions and Terminations of Lives of Neonates | Global Legal Monitor [Internet]. 2016 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: //www.loc.gov/law/foreign-news/article/netherlands-new-regulation-on-late-term-abortions-and-terminations-of-lives-of-neonates/

20. Zaken M van A. Do I need my parents' consent for an abortion? - Government.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2015 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: topics/abortion/question-and-answer/do-i-need-my-parents-consent-for-an-abortion

21. Zaken M van A. I am thinking about getting an abortion. What should I do? - Government.nl [Internet]. 2015 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: topics/abortion/question-and-answer/i-am-thinking-about-getting-an-abortion-what-should-i-do

22. Loeber O, Wijsen C. Factors Influencing the Percentage of Second Trimester Abortions in the Netherlands. Reprod Health Matters. 1 janv 2008;16(sup31):30-6.

23. Purcell C, Brown A, Melville C, McDaid LM. Women's embodied experiences of second trimester medical abortion. Fem Psychol. mai 2017;27(2):163-85.

24. Bousquet D, Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité hommes-femmes. Publié le 13 juin 2016. Rapport n°2016-06-13-SAN-021.

ANNEXES

1. Lettre d'information aux patientes

Lettre d'information aux patientes :

Madame,

Je suis médecin généraliste en formation et prépare actuellement ma thèse d'exercice pour le diplôme de Docteur en médecine générale dont le sujet est : **« Enquête parmi les femmes vivant en France venant réaliser une interruption volontaire de grossesse aux Pays-Bas ».**

Vos réponses nous intéressent beaucoup et nous seraient très utiles.
→ **Le but de cette étude est d'améliorer le suivi centré sur la femme engagée dans un parcours d'IVG en France.**
Répondre à ce questionnaire vous prendra **moins de 5 minutes.**

L'ensemble des données recueillies sera traité de manière confidentielle.

Amandine Jubert
amandine.jubert.etu@univ-lille.fr

- Votre participation à cette étude n'entraînera pas de participation financière de votre part.
- Les contraintes qu'implique la participation à cette étude sont les contraintes de temps liées au remplissage du questionnaire.
- Le seul risque identifié lié à la participation à la recherche est : la fatigue éventuelle liée à la au remplissage du questionnaire.
- Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier et sans conséquence pour vous.
- Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

L'organisme responsable de la recherche est l'Université de Lille.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, ce traitement fait l'objet de la déclaration n° 202066 au registre des traitements de l'université de Lille.

Mail du délégué à la protection des données de l'université de Lille : dpo@univ-lille.fr

2. Questionnaire

Questionnaire anonyme standardisé destiné à l'intention des:
FEMMES VIVANT EN FRANCE RÉALISANT UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE AUX PAYS-BAS

Bonjour Madame, je suis médecin généraliste en formation et prépare actuellement ma thèse d'exercice pour le diplôme de Docteur en médecine Générale dont le sujet est : ***« Enquête parmi les femmes vivant en France venant réaliser une interruption volontaire de grossesse aux Pays-Bas. »***
Vos réponses nous intéressent pour améliorer le suivi centré sur la femme engagée dans un parcours d'IVG en France, y répondre vous prendra 5 à 10 minutes.

L'ensemble des données recueillies sera traité de manière confidentielle.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, ce traitement fait l'objet de la déclaration n° 202066 au registre des traitements de l'Université de Lille.

1) Aviez-vous un moyen de contraception avant cette grossesse ?

- Non ☐
- Si oui quel type :
  - Pilule ☐ (Quel nom :)
  - Stérilet : au cuivre ☐ ou hormonal ☐
  - Implant (Nexplanon) ☐
  - Patch (Evra) ☐
  - Préservatif (masculin ou féminin) ☐
  - Anneau vaginal (Nuvaring) ☐
  - Autre : application sur téléphone de suivi de cycle ☐ / retrait ☐ / texte libre :

2) Si vous en aviez une, qui prescrit votre contraception ?

- médecin traitant ☐
- gynécologue ☐
- sage femme ☐
- planning familial ☐

3) Vous arrive-t-il d'oublier ou ne de pas prendre votre moyen de contraception ?

- Oui ☐ Non ☐

4) Si oui : combien de fois sur un mois ?

- Nombre :

5) Est-ce que votre médecin traitant (sage femme/ gynécologue/ planning familial) a déjà abordé avec vous la question de la contraception d'urgence (pilule du lendemain, pose de stérilet au cuivre) ?

- Oui ☐ Non ☐

6) Avez-vous déjà abordé la question de l'IVG avec votre médecin traitant (sage femme/ gynécologue/ planning familial)?

- Oui ☐ Non ☐

7) Est ce que l'idée d'aborder l'IVG avec votre médecin traitant (sage femme/ gynécologue/ planning familial) vous met mal à l'aise ?

- Oui ☐ Non ☐

8) Quand vous avez parlé de votre désir d'IVG à un professionnel de santé (médecin traitant /sage femme/ gynécologue/ planning familial), quelle a été sa réaction ?

- Aide immédiate avec orientation directe vers les professionnels pouvant réaliser l'IVG ☐
- Aide mais besoin de recherche avant de savoir quels professionnels il pouvait vous conseiller ☐
- Réponse peu claire sur la démarche à suivre avec nécessité de chercher les informations par vous-même ou auprès de quelqu'un d'autre après la consultation ☐
- Refus de vous aider dans votre souhait d'IVG sans vous orienter vers un autre professionnel qui aurait pu vous aider ☐

9) À quel terme de la grossesse êtes-vous ce jour ?

- Nombre de semaines (d'aménorrhée) :

10) Combien de grossesse(s) avez-vous eu ?

- Nombre :

11) Combien d'enfant(s) avez-vous ?

- Nombre :

12) Est-ce que vous aviez déjà réalisé une IVG avant celle ci ?

- Non ☐
- Si oui :
  - En France ☐
  - Aux Pays-Bas ☐
  - Autre pays, précisez :

13) Combien d'IVG avez-vous réalisé ?

- Nombre :

14) Qu'est-ce qui vous a conduit à réaliser cette IVG à un délai dépassé pour la France et à venir faire une IVG du deuxième trimestre de grossesse aux Pays-Bas ?

- Découverte de la grossesse trop tard pour faire l'IVG en France ☐
- Au début volonté de garder la grossesse puis changement d'avis ☐
- Prise de retard avec le professionnel de santé qui ne vous a pas orienté assez vite en France alors que vous étiez dans les délais légaux initialement ☐
- Autre :

15) Est-ce que cette grossesse a été initialement désirée ?

- Non ☐
- Si Oui :

- Par vous même ☐
- Par le père biologique ☐
- Désir partagé par vous deux ☐

16) En cas de grossesse non désirée, quelles ont été les circonstances qui vont ont conduit ce jour ici ?

- manque de moyen financier ☐
- grossesse non acceptée par mon partenaire ☐
- grossesse non acceptée par ma famille ☐
- incompatibilité culturelle / religieuse au sein du couple ☐
- contrainte professionnelle / étude ☐
- Autre, précisez :

17) Est ce que vous avez reçu de la pression ou un ultimatum qui vous a contraint à réaliser cette IVG (par l'un de vos proches) ?

- Oui ☐ Non ☐

18) Êtes-vous victime d'une agression sexuelle qui a conduit à cette grossesse ? Oui ☐ Non ☐

19) Est-ce qu'une religion a eu un impact sur votre décision ce jour ?

- Oui ☐ Non ☐

20) Comment avez-vous entendu parler de cette clinique :

- par des proches (famille/ ami) ☐
- par votre médecin traitant ☐
- par votre gynécologue ☐
- par votre sage femme ☐
- par un planning familial ☐
- sur internet en effectuant des recherches ☐
- Autre, précisez :

21) Qui finance votre intervention aujourd'hui ?

- Par vos propres moyens ☐
- Par un tiers de l'environnement proche (famille ou ami) ☐
- Par un tiers environnement plus lointain (travail, autre …) ☐

22) Avez-vous été accompagnée aujourd'hui par quelqu'un pour venir réaliser cette IVG ?

- Oui ☐ Non ☐

23) Quel moyen de transport avez-vous emprunté pour venir jusqu'ici ?

- véhicule personnel ☐
- covoiturage ☐
- transport en commun :
  - bus ☐

- train ☐
- avion ☐
- métro / tram ☐

24) Etes-vous satisfaite de votre prise en charge à la clinique aujourd'hui ?

- Très satisfaite ☐
- Satisfaite ☐
- Passable ☐
- Pas satisfaite ☐

25) Quel âge avez-vous ?

- Entre 15 et 20 ans ☐
- Entre 21 et 25 ans ☐
- Entre 26 et 30 ans ☐
- Entre 31 et 35 ans ☐
- Entre 36 et 40 ans ☐
- Entre 41 et 45 ans ☐
- Entre 46 et 50 ans ☐
- Entre 51 et 55 ans ☐

26) Dans quel département français vivez-vous (deux premiers chiffres) ?

- Numéro :

27) Quel est votre statut matrimonial ?

- célibataire ☐
- en concubinage ☐
- en couple sans lieu de vie commun ☐
- Pacsée ☐
- Mariée ☐
- Divorcée ☐
- Veuve ☐

28) Quelle est votre profession ?

- Agricultrice ☐
- Artisan, commerçante, chef d'entreprise ☐
- Cadre, profession intermédiaire ☐
- Employée / fonctionnaire ☐
- Profession libérale ☐
- Ouvrière ☐
- Étudiante ☐
- Mère au foyer ☐
- Inactive ayant déjà travaillé ☐

- Autre sans activité professionnelle ☐

29) Quel est votre niveau d'étude ?

- Diplôme avant le baccalauréat : certificat d'études primaires / brevet des collèges ☐
- Baccalauréat général ☐
- Bac technologique ☐
- Bac professionnel ☐
- BTS / DUT ☐
- Licence ☐
- Master ☐
- Doctorat ☐

30) Avez-vous un suivi gynécologique régulier minimum tous les 3 ans ?

- Non ☐
- Si oui par : Médecin traitant ☐ Gynécologue ☐ Sage-femme ☐ Planning familial ☐

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

AUTEUR : Nom : JUBERT Prénom : Amandine

Date de soutenance : 11/02/2021

Titre de la thèse : Etude des femmes vivant en France ayant recours à une interruption volontaire de grossesse aux Pays-Bas.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Gynécologie* **DES + spécialité :** *Médecine générale*

Mots-clés : Primary care ; France ; Unwanted Pregnancy ; the Netherlands ; Abortion

Résumé :

Contexte : De nombreuses femmes vivant en France, lorsqu'elles ont dépassé le délai légal d'avortement, se tournent vers les Pays-Bas où la date limite est de vingt-deux semaines de grossesse. Ces IVG ont lieu dans des cliniques dédiées qui sont encadrées par le gouvernement Néerlandais et délivrent des informations en Français. Prendre en charge une femme pour une IVG à un délai tardif entraîne inéluctablement des gestes instrumentaux plus invasifs ainsi qu'un parcours de soins nécessitant des déplacements à l'étranger et des frais médicaux conséquents. Pouvoir mieux connaître ces femmes en situation d'avortement du second trimestre de grossesse ainsi que leur parcours a pour but d'aider les soignants en soins premiers en France à détecter les situations à risque et à ainsi proposer un accompagnement adapté dans le but d'éviter d'arriver à un délai de prise en charge si avancé.

Méthode : Étude descriptive monocentrique, réalisée à l'aide de questionnaires anonymes standardisés déposés dans une clinique dédiée à l'IVG aux Pays-Bas. Les données ont été collectées du 20 juillet 2020 au 28 décembre 2020. L'analyse statistique des données collectées a été réalisée à l'aide d'une interne en santé publique. Le critère d'exclusion était : toute patiente ne vivant pas en France. La recherche a été conduite sous forme d'analyse descriptive avec le logiciel R version 4.0.3 avec réalisation de pourcentages et d'intervalles de confiance à 95% sur les variables qualitatives. Les variables quantitatives on été analysées sous forme de moyennes et de médianes avec un intervalle de confiance à 95%.

Résultats : Étude ayant inclus 37 femmes. La plupart des femmes se présentant à la clinique pour une IVG du second trimestre étaient : jeunes (15-25 ans), nullipares et nulligestes, célibataires, détenant un emploi et ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat. La majorité d'entre elles avaient un suivi gynécologique régulier, possédaient un moyen de contraception, qui était le plus souvent la pilule, et avaient déjà abordé la question de la contraception d'urgence ou de l'IVG avec un professionnel de santé. Ces femmes se présentaient habituellement tardivement (à 18 SA ou plus) et s'étaient rendues compte trop tard qu'elles étaient enceintes pour pouvoir bénéficier d'une IVG en France.

Conclusion : Cette étude a permis de mieux connaître les femmes ayant recours à une IVG du second trimestre. Ces femmes sont souvent méconnues et il est assez clair suite à cette étude qu'une attention toute particulière doit être portée lors de nos consultations aux femmes jeunes, célibataires, nulligestes et nullipares, afin d'insister encore plus auprès d'elles sur la prévention des grossesses non désirées.

<u>Composition du Jury</u> :

Présidente : Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur : Docteur ROBIN Geoffroy

Directrice de thèse : Docteur BAYEN Sabine