

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**IVG médicamenteuse en Centre de Planification ou d'Education
Familiale (CPEF) : Mise en place et étude épidémiologique des
patientes, exemple du département du Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2021 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Marie RENAUX**

JURY

Président :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Léonard FOU GAS

Avertissement

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

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CH : Centre Hospitalier

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

EICCF : Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil conjugal et Familial

FCS : Fausse Couche Spontanée

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

SIU : Système Intra-Utérin

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	4
TABLE DES MATIERES	5
RESUME.....	6
INTRODUCTION	7
GENERALITES	8
I. Historique de l'IVG :	8
II. Le Centre de Planification ou d'Education Familiale :.....	14
III. Epidémiologie :.....	19
IV. Les différentes méthodes d'IVG :	26
V. Exemple du Pas-de-Calais :	49
MATERIELS ET METHODES.....	61
RESULTATS.....	65
DISCUSSION	105
CONCLUSION	127
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	129
ANNEXES.....	136

RESUME

Contexte : L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse est autorisée depuis 2007 en CPEF (Centre de Planification ou d'Education Familiale). Depuis sa mise en place en 2018 au sein du CPEF départemental du Pas-de-Calais, elle est en augmentation constante.

L'objectif de cette étude est de montrer la facilité avec laquelle il est possible de mettre en place l'IVG médicamenteuse en CPEF et de dresser un profil des patientes sur des critères socio-démographiques et gynécologiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, rétrospective, multicentrique réalisée dans les 11 centres de planification ou d'éducation familiale du Pas-de-Calais pratiquant les IVG médicamenteuses entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2020.

Résultats : 1905 patientes se sont présentées pour une demande d'IVG au CPEF du Pas-de-Calais durant ces 3 années, 1737 ont finalement réalisé l'IVG dont 1301 au CPEF.

L'âge moyen des patientes est de 27.2 ans. Selon les années, entre un tiers et la moitié des patientes ont plus de 30 ans. 4% des patientes viennent de départements voisins. La répartition des statuts socio-professionnels dépend des territoires. 42% à 45 % des patientes n'utilisent aucune méthode contraceptive ou une méthode dite « naturelle ». Près de 3% ont eu recours à la pilule d'urgence. Selon les années, 74% à 83% des femmes réalisent une IVG pour la 1^{ère} fois. 1/5^{ème} des patientes ayant déjà réalisé une IVG y ont eu recours dans l'année précédente. Une majorité des femmes/couples se présentent en entretien psycho-social pré-IVG. On observe une augmentation de leur présence en entretien post-IVG de 3% à 20%. 80% des femmes se présentent en visite de contrôle. On enregistre 2% de complications soit 98% d'efficacité de la méthode. Près de 50% des femmes choisissent la pilule comme contraception post-IVG.

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité de la pratique de l'IVG médicamenteuse au CPEF du Pas-de-Calais. La mise en place de ce projet a nécessité des moyens simples et abordables, facilement reproductibles. Cette organisation pourrait être partagée aux autres départements et étendue à tous les CPEF de France, ce qui permettrait de développer un maillage national.

L'ARS trouverait tout son rôle de cohérence par le recueil de données locales et nationales afin de mettre en place des projets adaptés en prévention primaire à des populations cibles comme en milieu scolaire notamment.

INTRODUCTION

Faire l'histoire de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en France, c'est faire l'histoire de l'un des changements majeurs de la seconde moitié du XXe siècle.

En effet, si aujourd'hui le droit à l'IVG est un acquis majeur pour les femmes, il a d'abord été le fruit d'un long combat pour le droit à disposer de son corps.

Sujet souvent méconnu, imprégné d'idées préconçues en lien avec la morale dans le grand public, l'IVG concerne en moyenne 230 000 femmes et/ou couples par an en France (1). Depuis 2007, les Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) sont autorisés à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse.

De quelle manière les CPEF du Pas-de-Calais ont-ils réussi à mettre en place l'IVG médicamenteuse ?

Selon les données fournies par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le taux global de recours à l'IVG suit une tendance à la hausse depuis 1995 (1).

Qu'en est-il dans le département du Pas-de-Calais ?

Quel est le profil des patientes consultant en CPEF pour avoir recours à une IVG ? Y a-t-il des populations plus à risque sur lesquelles cibler la prévention ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude descriptive sur une population de femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse entre 2018 et 2020 dans les centres de planification du 62 concernés par cette pratique.

GENERALITES

I. Historique de l'IVG :

Les textes les plus anciens relatifs à la notion d'IVG et connus à ce jour, sont gravés sur des stèles ou des tablettes d'argile, comme les 282 arrêtés du code d'Hammourabi, fondement du droit babylonien, ou les 90 articles d'un recueil de jurisprudence assyrienne.

Même si ces derniers condamnent l'avortement, ce n'est cependant pas l'acte lui-même qui est visé mais l'atteinte à la puissance du père. Les coups portés sur une femme enceinte ayant entraîné un avortement sont punis par des amendes afin de dédommager le *pater familias* dont les intérêts ont été lésés. Si une femme a recours d'elle-même à des manœuvres abortives, elle sera uniquement poursuivie pour s'être soustraite à la volonté de son mari.

En Grèce comme à Rome, ce dernier dispose d'un droit de vie ou de mort sur ses enfants. Ainsi, l'avortement consenti par le chef de famille n'est considéré ni comme un crime ni comme un délit et ne fait l'objet d'aucune poursuite (2).

L'avènement du christianisme conteste le pouvoir du *pater familias*. La morale chrétienne considère la vie comme sacrée et individualise le fœtus, considéré jusqu'alors par les philosophes grecs comme une partie indifférenciée du corps de la mère.

Dans son Traité sur la génération des animaux, Aristote évoque déjà l'hypothèse de l'animation du fœtus durant la grossesse (3).

Au IV^{ème} siècle, il est d'abord décidé d'excommunier définitivement les avortées.

Rapidement, la peine, jugée trop sévère, est ramenée à dix ans de pénitence jusqu'à la fin du Moyen-Âge (2).

A partir du XVI^{ème} siècle, la condamnation pour avortement, jusque-là rendue par des tribunaux ecclésiastiques, relève de la justice royale. L'édit de Henri II de février 1556 punit de mort l'infanticide et oblige toute femme enceinte à déclarer sa grossesse à l'autorité de justice (4).

La répression est sévèrement critiquée dès le début du XVIII^{ème} siècle. Avec les philosophes des Lumières, l'avortée passe de criminelle à victime.

La Révolution française limite davantage l'influence de l'Eglise. Ainsi le Code pénal de 1791 ne prévoit aucune sanction à l'encontre de la femme avortée (5).

Ces dispositions libérales disparaissent avec le 1^{er} Empire. Le Code pénal de 1810 en revient à la répression et inflige à la femme une peine de réclusion. Selon l'article 317 « Quiconque [...] aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de réclusion. La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même [...]. Les médecins [...] seront condamnés à la peine des travaux forcés [...], dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. » (6)

Cet article constitue le fondement de la répression de l'avortement jusqu'à sa révision en 1923. Après avoir été un crime contre l'autorité paternelle dans l'Antiquité, puis contre Dieu et la morale, il devient un acte contraire aux intérêts de la société et de l'Etat (2).

Toutefois, le XIX^{ème} siècle semble être celui de la généralisation de l'avortement en raison du relâchement de la tutelle religieuse et de l'amélioration des techniques d'IVG.

Dans le même temps, le pasteur et économiste anglais Thomas Robert Malthus est à l'origine du malthusianisme, doctrine fondée sur le danger de la surpopulation du globe et la préconisation de la limitation des naissances par la chasteté.

A partir des années 1890, les néo-malthusiens développent leurs thèses anticonceptionnelles. En centrant leur discours sur la limitation des naissances, ils ne se préoccupent qu'indirectement de l'avortement, sorte de nécessité douloureuse pour réparer les défections d'une prophylaxie anticonceptionnelle insuffisamment pratiquée. Hésitant entre prévention et revendication de l'avortement, les néo-malthusiens n'en propulsent pas moins la question au cœur du débat public, prônant pour la première fois en France, mais non sans ambiguïtés, la liberté des femmes à disposer de leur corps (2).

A partir de la guerre franco-prussienne de 1870 et jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale, le fléchissement de la natalité française vis-à-vis de l'énergie démographique de l'Allemagne fait de l'avortement un péril national (7). Dans ce contexte de politique nataliste, la répression de l'avortement est renforcée. La simple incitation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle sont interdites par la loi du 31 juillet 1920, qui considère l'IVG comme un crime antipatriotique (8). Rapidement, en mars 1923, la révision de la loi de 1810 du Code pénal ne fait plus de l'avortement un crime mais un délit (9).

Sous le régime de Vichy, la répression est considérablement renforcée par la loi du 15 février 1942. L'avortement est alors considéré comme un crime d'État passible de la peine de mort.

Pour avoir procédé à 27 avortements entre 1940 et 1942, Marie-Louise Giraud est guillotinée le 30 juillet 1942.

A la Libération, en 1944, cette loi est abrogée (9).

En 1967, Lucien Neuwirth met en évidence sur la scène politique la nécessité d'une loi sur la contraception, ébranlant ainsi la loi du 31 juillet 1920 qui condamne « la provocation à l'avortement » et « la propagande anticonceptionnelle » (8). Les deux premiers décrets de cette loi votée en décembre 1967 concernent l'un, la fabrication, l'importance et la vente des contraceptifs, le second les modalités de leur délivrance aux patientes.

Les Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) ont été créés par cette même loi. Les décrets d'application aboutissant à la forme actuelle des missions des CPEF ont été publiés le 24 avril 1972 (10).

En effet, ce n'est qu'en 1972 que les derniers décrets paraîtront, ouvrant la décennie de la lutte pour la légalisation de l'avortement. « *Trop nombreux sont ceux qui pensent encore comme des hommes du XX^{ème} siècle, alors que nous venons d'être projetés dans le XXI^{ème}* » écrira Lucien Neuwirth (11).

Dans le même temps, les mouvements partisans de la liberté individuelle et de l'émancipation des femmes se multiplient.

Gisèle Halimi et Simone de Beauvoir fondent le mouvement *Choisir la cause des femmes*, mouvement de lutte pour la dépénalisation de l'avortement, en juillet 1971, peu après la publication du « manifeste des 343 ». Dans ce manifeste, paru en avril 1971 dans le magazine *Le Nouvel Observateur*, 343 femmes confessent collectivement avoir eu recours à l'avortement. Gisèle Halimi, avocate, entreprend de défendre ces femmes comme lors du procès Bobigny, qui s'ouvre en 1972 contre une jeune fille de 16 ans ayant avorté avec l'aide de sa mère et finalement relaxée (12).

De nombreuses études sur l'histoire de la politique reproductive considèrent le manifeste comme un catalyseur de la libéralisation de l'avortement.

A la même époque, émerge le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF). En mars 1956, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, médecin gynécologue, révoltée par les suites tragiques des avortements clandestins, crée l'association « la Maternité heureuse », qui deviendra en 1960 le MFPF. Dans un premier temps, l'objectif principal du MFPF est d'informer sur la contraception et l'éducation sexuelle (13). Selon l'Art. 1° de ses statuts, il faut « agir auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits des femmes à la maîtrise de leur fécondité ». Cette organisation permet à Henri Fabre de fonder en 1961 le premier planning familial à Grenoble (13) et par la suite de multiplier les antennes.

Le MFPF se revendique comme un mouvement associatif national, militant, qui refuse toute dérive. Cependant, les « années 68 » apportent un vent de contestation sans précédent et donnent naissance à de nouveaux groupes activistes. La très lente application de la loi de 1967 légalisant la contraception, signe d'une mauvaise volonté évidente des pouvoirs publics, nourrit le processus de radicalisation du MFPF, qui s'engage alors aux côtés du Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC).

Ce mouvement, créé en 1973, compte dans ses rangs des partisans du Mouvement de Libération des Femmes (MLF). Ce mouvement radical dès le départ, contribue depuis 1970, par des actions spectaculaires et provocatrices, à dissocier dans les esprits procréation et sexualité en utilisant la chambre d'écho que représentent les médias.

On y dénombre également des membres du GIS (Groupe Information Santé), créé en 1972. Ses adhérents sont des médecins et étudiants en médecine, qui refusant l'adhésion au Conseil de l'Ordre, s'initient à une forme d'intervention spécifique, la méthode Karman, nouvelle méthode d'avortement par aspiration. Ils pratiquent, plus ou moins clandestinement, plusieurs centaines d'avortements. Le 3 février 1973, 331 médecins rendent public un manifeste, dont la parenté avec celui des 343 femmes d'avril 1971 est évidente : « Nous voulons que l'avortement soit libre. La décision appartenant entièrement à la femme, nous refusons toute commission qui la contraint à se justifier, maintient la condition de culpabilité et laisse subsister l'avortement clandestin (...) » (14).

Le MLAC, fort de ces multiples alliances, continue d'agir dans l'illégalité mais élabore une Charte dont les deux affirmations fortes constitueront deux des piliers de la loi Veil de 1975 : la décision appartient à la femme elle-même et l'avortement est un acte médical.

Le mouvement sera dissout après promulgation de la loi, l'objectif du mouvement ayant été atteint.

Le Planning Familial, quant à lui, existe toujours. Comptant plus d'un demi-siècle d'existence, cette association présente une longévité rare parmi les mouvements de femmes en France.

L'ensemble de ces mouvements emblématiques de la lutte pour les droits des femmes en France, a donc concouru à l'avènement d'un des bouleversements majeurs de la seconde moitié du XXème siècle.

La « loi Veil », visant à légaliser l'IVG, est promulguée le 17 janvier 1975. Cette loi dispose selon l'article L-162-1 du Code pénal que « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption volontaire de grossesse avant la fin de la 10^{ème} semaine de grossesse. » (15)

Cette loi figurant dans le Code pénal, l'IVG constitue donc toujours un délit.

Cette promulgation n'est qu'une dérogation.

Les termes de la loi sont les suivants :

- Limitée à 12 semaines d'aménorrhée (SA).
- Possible après un délai de réflexion d'une semaine à partir de la demande faite auprès d'un médecin. Ce délai peut être raccourci ou supprimé en cas d'urgence (terme avancé).
- Entretien préalable obligatoire pour toutes les femmes avec une conseillère conjugale et familiale.
- Autorisation obligatoire d'un des parents ou du représentant légal pour les mineures.

Le slogan féministe des années 1970, " un enfant si je veux, quand je veux ", devient une réalité (16).

Au fil des années, cette loi a été révisée (17) :

- En 1980 : le Conseil d'Etat déclare la femme seule responsable de sa décision (majeure ou mineure).
- En 1982 : remboursement de l'IVG par la sécurité sociale.
- En 1989 : l'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier.

L'histoire de l'IVG médicamenteuse a débuté en 1980 avec la découverte d'une anti-hormone, le RU 486. Après la découverte de ses propriétés abortives, la crainte des implications politiques en a ralenti le développement. C'est grâce à l'insistance du Pr Baulieu que la France débute ses toutes premières études cliniques en 1983 (18).

En 1988, Claude Evin alors ministre de la Santé, considère que le RU 486 est la propriété morale des femmes et en réglemente l'utilisation par l'arrêté du 28 décembre 1988 : la Mifégyne® obtient ainsi son autorisation de mise sur le marché (19).

- En 1993 : l'entrave à l'IVG devient un délit.

En 2001, un changement législatif semble nécessaire. La loi de 1975, encadrant l'IVG, ne correspond plus aux besoins, aux pratiques sociales et aux innovations scientifiques.

Le 17 avril 2001, les députés adoptent en deuxième lecture une nouvelle loi sur l'interruption volontaire de grossesse : la loi Aubry-Guigou, promulguée le 4 juillet 2001 afin d'améliorer l'accès aux soins (20).

Cette loi accorde :

- L'allongement du délai légal de recours à l'IVG à 14 semaines d'aménorrhée.
- La possibilité d'avoir recours à la méthode médicamenteuse jusqu'à 9 SA à l'hôpital et jusqu'à 14 SA pour la méthode instrumentale. Celle-ci étant obligatoirement réalisée en établissement de santé.
- La dispense du consentement parental pour les mineures. Dans ce cas, elles doivent être accompagnées d'un adulte référent de leur choix. Néanmoins, cet accompagnant n'a aucun pouvoir décisionnel. L'IVG est un choix de la femme.
- La facultativité de l'entretien psycho-social pré-IVG pour les majeures et mineures émancipées, mais qui reste systématiquement proposé.

- La possibilité de garder l'anonymat pour les mineures comme pour les majeures en faisant la demande.

Cette loi prévoit également la possibilité d'avoir recours à l'IVG médicamenteuse hors établissements de santé jusqu'à 7 SA. Toutefois, ces décrets ne sont parus qu'en juillet et septembre 2004. Ainsi, la circulaire du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des IVG, permet aux médecins justifiant des aptitudes nécessaires, de réaliser des IVG médicamenteuses en cabinet de ville dans le cadre d'un réseau ville/hôpital, dans lequel ce dernier reste le recours en cas de complications ou d'échecs (21).

Depuis 2007, dans le but d'étendre le dispositif relatif à la pratique d'IVG par voie médicamenteuse hors établissements de santé, les Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) sont autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses dès lors qu'ils sont liés par une convention ad hoc à un établissement de santé (22).

En 2013, un décret publié le 25 mars permet le remboursement à 100% de l'acte d'IVG par la Sécurité Sociale pour toutes les femmes (ainsi que le remboursement à 100% de la contraception pour les mineures) (23). Rapidement, de nouvelles mesures sont présentées dans le cadre du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'avortement, voulu par François Hollande. Ainsi, depuis le 1er avril 2016, toute la procédure d'IVG est remboursée à hauteur de 100% dans le cadre d'un forfait dont le montant est défini par l'Assurance maladie. Il peut s'agir des examens de biologie, des consultations, des échographies, des entretiens avec les CCF par exemple (24).

En 2014, la notion de détresse est supprimée des conditions de recours à l'IVG. Dans la loi du 4 août, les mots « que son état place dans une situation de détresse » sont remplacés par les mots « qui ne veut pas poursuivre sa grossesse [...] » (25).

En 2016, 2 autres réformes voient le jour. La première concerne le délai légal de réflexion imposé avant d'envisager la réalisation d'une IVG. Ce délai de 7 jours est supprimé pour les femmes majeures et mineures émancipées depuis la parution du texte de loi de modernisation du système de santé au Journal Officiel du 27 janvier 2016 (26). Concernant les mineures, un délai de réflexion de 2 jours après l'entretien avec la CCF est obligatoire.

La seconde concerne l'élargissement des compétences des sages-femmes. Le décret publié le 5 juin 2016 au Journal Officiel les autorise à pratiquer des IVG médicamenteuses (27). Dès lors, « toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse » (28).

Dans une société de plus en plus tournée vers le numérique, les mouvements opposés à l'IVG tentent d'entraver l'exercice de ce droit par le biais d'Internet. Certains sites intimident, induisent délibérément en erreur et exercent des pressions psychologiques ou morales afin de dissuader de recourir à l'IVG. La législation reconnaît depuis 1993 le délit d'entrave à l'IVG. Une nouvelle loi, promulguée en 2017, instaure le délit d'entrave numérique à l'IVG (29).

Le 25 août 2020, une proposition de loi entendant renforcer le droit à l'avortement a été déposée. Le texte allonge de deux semaines le délai légal de recours à l'IVG, ainsi porté de 14 à 16 semaines d'aménorrhée. Il suit l'une des préconisations formulées dans le rapport de 2 députées qui constatent que des femmes sont encore concernées par le dépassement du délai de 14 SA.

D'abord adoptée en première lecture par l'Assemblée Nationale le 8 octobre 2020, elle a finalement été rejetée par le Sénat en première lecture le 20 janvier 2021.

Ce rejet n'empêchera pas la poursuite de la navette parlementaire. La proposition de loi devrait être de nouveau examinée par l'Assemblée Nationale (30).

Saisi par le ministre des Solidarités et de la Santé, le Comité consultatif national d'éthique a jugé qu'il n'y avait pas d'objection éthique à allonger le délai légal de l'IVG, dans son rapport rendu le 8 décembre 2020. Il insiste toutefois sur une meilleure information dès l'école sur la sexualité et l'éducation affective ainsi que sur une meilleure prise en charge des IVG en France et l'amélioration des parcours de soins des femmes concernées (31).

Ces différentes lois successives sont synonymes de la victoire du droit individuel sur les considérations religieuses, sociales, nationales ou familiales.

La femme est responsable de sa propre fécondité. De ce fait, elle seule peut décider d'interrompre ou non sa grossesse. Réaliser une IVG sans le consentement de la patiente est un acte condamnable et punissable de 5 ans de prison et de 75 000 euros d'amende (32).

Tout médecin/sage-femme possède un droit de réserve vis-à-vis de l'IVG et peut invoquer la clause de conscience garantie par l'article L2212-8 du Code de la Santé Publique (33). Cependant, même si un professionnel de santé n'est pas tenu de donner suite à une demande d'IVG, il doit l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée. Tout manquement à cette règle est condamnable.

La contraception et l'IVG, qui depuis toujours s'imposent comme des questions sociales et politiques, échappent finalement en deux décennies à un moralisme répressif. Néanmoins, l'IVG continue de diviser l'opinion publique comme le monde médical. Elle semble faire partie des sujets qui soulèveront toujours des questionnements au sein de la société.

II. Le Centre de Planification ou d'Education Familiale :

1. Ses missions évolutives :

La majorité du public, y compris les professionnels de santé, ne connaît pas ou peu cette structure alors qu'elle est un élément important du dispositif médical.

La création du CPEF en décembre 1967, a été prévue par la loi « Neuwirth », relative à la régulation des naissances. En abrogeant les articles L.648 et L.649 du Code de la Santé Publique de 1920, elle légalise la contraception et organise les moyens d'informer le public par la création d'Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil conjugal et Familial (EICCF) et de Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF).

« A côté des consultations techniques [...], une action éducative, portant non seulement sur la régulation des naissances, mais aussi sur l'ensemble des problèmes de la vie conjugale et familiale, sera désormais de plus en plus indispensable [...] » (34).

L'objectif initial du CPEF est donc d'organiser le suivi gynécologique, le suivi de grossesse, d'informer sur la contraception et de proposer un conseil conjugal et familial.

Le conseil conjugal accompagne chaque individu ou chaque couple dans son intimité et dans le domaine de la régulation des naissances, devenue par la suite maîtrise de la fécondité (35).

A partir de 1974, les notions d'anonymat et de gratuité font leur apparition.

« Les CPEF agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale [...] aux mineures désirant garder le secret et aux personnes ne bénéficiant pas de prestation maladie » selon l'Art.2 de la loi du 4 décembre 1974 (36).

A partir de 1992, les CPEF sont habilités à dépister les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) de manière anonyme et gratuite (37).

En 2001, ils ont l'obligation de conseiller lors d'un primo entretien, puis d'orienter toute personne qui envisagerait la stérilisation à visée contraceptive (20).

Depuis 2007, les CPEF peuvent gérer la prise en charge des demandes d'IVG par méthode médicamenteuse jusqu'à 7 SA (38).

2. Ses intervenants :

Dans chaque CPEF, le personnel médical et non médical travaille en équipe au service des patient(e)s et chacun des membres occupe avant tout une mission de prévention et d'information auprès de tout public.

➤ Les médecins et sages-femmes :

Ils assurent des consultations médicales :

- Suivis de contraception
- Suivis de grossesse
- Suivis gynécologiques (dont le frottis)
- Prévention et dépistages des IST
- Demandes d'IVG et prises en charge des IVG par méthode médicamenteuse à domicile
- Demandes de stérilisation (hommes/femmes)

Ils assurent également la délivrance des traitements (IST, contraception classique et contraception d'urgence) ainsi que la pose et le retrait de certains contraceptifs tels que les implants, les Systèmes Intra-Utérins (SIU) et les Dispositifs Intra-Utérins (DIU).

➤ Les Conseillères Conjugales et Familiales (CCF) :

La loi de 1992 rend obligatoire leur présence au sein du CPEF.

Leur formation peut être réalisée dans différentes structures sur 3 ans (39):

- Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)
- Association française des conseillers conjugaux et familiaux
- École des parents
- Couple et Famille
- L'Association le CLER

Leur mission est avant tout une mission d'accompagnement, d'information et d'orientation. Leur intervention permet d'abord d'offrir un temps d'écoute et de conseil par l'intermédiaire d'entretiens individuels, de couple ou de famille concernant différents thèmes (39):

- Accompagnement à l'épanouissement de la vie affective et sexuelle
- Situations relatives aux difficultés de couple et de la famille
- Aide à la parentalité
- Violences physiques et/ou sexuelles
- Entretiens protocolaires relatifs aux demandes d'IVG : entretien pré-IVG obligatoire pour les mineures, proposé systématiquement aux femmes adultes ; entretien post-IVG facultatif

A la suite de ces entretiens, elles peuvent mettre en place un suivi si besoin.

Les CCF répondent aussi aux demandes de tests de grossesse. La prestation gratuite est réalisée sur place, ce qui permet d'accompagner l'intéressée en cas de résultat positif. Dans le cas contraire, l'intervention de la CCF, combinée ou relayée par le médecin ou la sage-femme, est une occasion privilégiée pour informer et orienter la femme, aborder les questions de contraception et du risque d'IST.

Les CCF mènent également des actions de prévention et d'information. L'épanouissement de la vie affective et sexuelle est l'objet de ces interventions dispensées sous forme d'animations dédiées auprès de groupes divers. Elles sont le plus souvent réalisées en milieu scolaire en partenariat avec l'Education Nationale, mais aussi auprès des nombreux partenaires que compte le CPEF tels que les missions locales, les maisons familiales et rurales, les centres de formation et d'apprentissage...

Elles permettent d'aborder avec simplicité et délicatesse un sujet pouvant être considéré comme tabou. On observe généralement une grande satisfaction des participants et ces actions sont reconduites d'une année sur l'autre (40).

D'autres professionnels de santé peuvent également intervenir tels que des psychologues, infirmières, assistantes sociales. La présence de ces professionnels est souvent liée à l'historique de chaque centre.

3. Sa gestion :

Le Conseil départemental endosse la responsabilité administrative, politique et financière des missions du CPEF. Il peut les gérer directement au sein de centres dédiés appelés CPEF à proprement parler. Il peut également les déléguer à d'autres institutions telles que, entre autres, le Planning Familial ou des centres hospitaliers en établissant une convention (41). Celle-ci est relative aux modalités de fonctionnement telles que la répartition, la mise à disposition, la budgétisation des infrastructures, des personnels et des supports d'activité entre les deux établissements partenaires.

Le responsable du CPEF doit être un spécialiste en gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale ou un médecin compétent dans ce domaine et justifiant de connaissances particulières. Les médecins exerçant dans les centres de planification sont le plus souvent des médecins généralistes à temps complet ou partiel. Des médecins spécialisés en gynécologie y travaillent aussi.

Le CPEF est une structure ouverte à tous.

Les entretiens sont gratuits, les consultations médicales remboursées comme toute autre consultation par la Sécurité Sociale, la mutuelle ou la CMU.

Pour les mineur(e)s qui désirent l'anonymat ainsi que pour les personnes adultes sans couverture sociale, les consultations médicales sont anonymisées et prises entièrement en charge par le Conseil départemental.

Le CPEF peut également délivrer gratuitement et anonymement tous les outils contraceptifs aux mineur(e)s sans consentement parental et aux adultes en difficulté financière, ainsi que les traitements contre certaines IST telles que la chlamydia ou la syphilis.

4. Le planning familial :

Souvent confondues, le CPEF et le Planning Familial sont deux structures aux missions différentes mais complémentaires.

Le Planning Familial est une association créée en 1956 sous le nom de « La maternité heureuse » avant de devenir le MFPF, Mouvement Français pour le Planning Familial, et dont la mission première est « d'agir auprès des pouvoirs publics pour faire reconnaître les droits des femmes à la maîtrise de leur fécondité. » (13)

La principale différence entre ces 2 structures réside dans le fait que le Planning Familial ne peut pas assurer de consultations médicales, réservées au CPEF selon la loi de 1967, et par la même occasion ne peut pas assurer la délivrance de médicaments.

Cependant, le Conseil départemental peut déléguer le fonctionnement du CPEF au Planning Familial par convention. Cela accentue la confusion entre ces deux structures, notamment auprès des professionnels de santé.

L'autre distinction est plus politique. La dimension militante est considérée comme consubstantielle à la démarche du Planning Familial contrairement au CPEF.

Considérant le Planning Familial comme une association, le personnel est constitué majoritairement de bénévoles et de CCF.

Les nombreuses actions mises en place par le Planning Familial, aussi bien sur un plan individuel que collectif, sont complémentaires de celles du CPEF (42) mais restent payantes :

- Information, prévention, accueil, accompagnement, soutien relationnel sur les thèmes suivants :
 - Epanouissement et liberté de la vie affective et sexuelle
 - Lutte contre les discriminations et stigmatisations
 - L'harmonisation des relations hommes/femmes
 - Les violences en lien avec la conjugalité et la sexualité
 - L'accès à la sexualité des personnes en situation de handicap
- Consultation individuelle et/ou de couple par une conseillère conjugale et familiale
- Suivi de femmes victimes de violences/ groupes de parole
- Accompagnement relationnel et logistique pour les demandes d'IVG à terme dépassé dans d'autres pays européens
- Conférences, manifestations
- Centres de documentation (dossiers, ouvrages, vidéos...)
- Animations auprès des jeunes et adultes (scolaires, associations, entreprises, foyers, ...)
- Formations proposées aux acteurs sociaux, médicaux, éducatifs sur différents thèmes : contraception, IVG, IST / violences, sexuelles ou non / sexualité et handicap
- Consultations médicales si délégation d'un centre de planification par le Conseil départemental

En conséquence, les quelques 1200 centres de planification (antennes et annexes) répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain (43), constituent un relai important dans la prise en charge des patient(e)s. Depuis 50 ans, ils offrent des services diversifiés en santé sexuelle à la croisée des champs sanitaire, éducatif et social.

Par ses actions de prévention et d'information, cette activité de planification offerte au plus grand nombre, contribue à la réduction des risques liés à la sexualité et à la réduction du nombre d'IVG.

Pour retrouver la liste des centres de planification ou d'éducation familiale, un site internet les a répertoriés par département : <https://ivg.gouv.fr> (44).

De plus, un numéro national anonyme et gratuit « Sexualités – Contraception – IVG » : 0800 08 11 11 a été mis en place afin d'informer sur les lieux de consultation IVG.

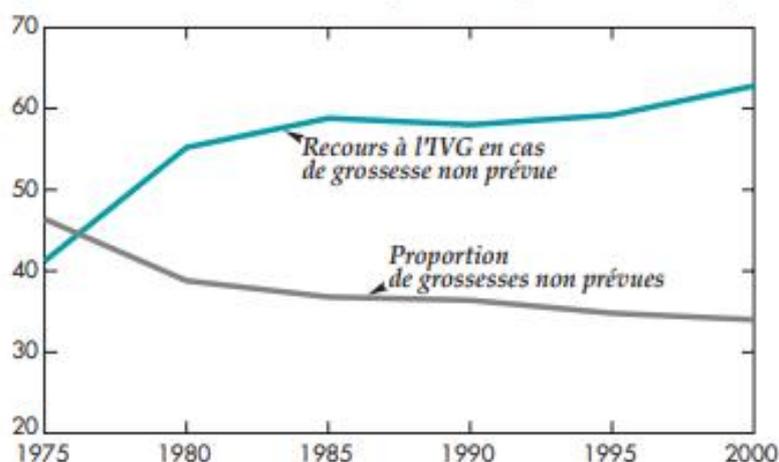
III. Epidémiologie :

1. Nombre d'IVG réalisées en France :

Avec l'accélération de la couverture contraceptive, les grossesses non désirées ont diminué passant de 46% en 1975 à 33% en 2004. Depuis, on observe une stabilité autour de 30%.

En revanche, le recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée a augmenté passant de 41% en 1975 à 62% en 2004 (45), (*figure b*). Cette croissance s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes en terme de scolarisation et d'activité professionnelle.

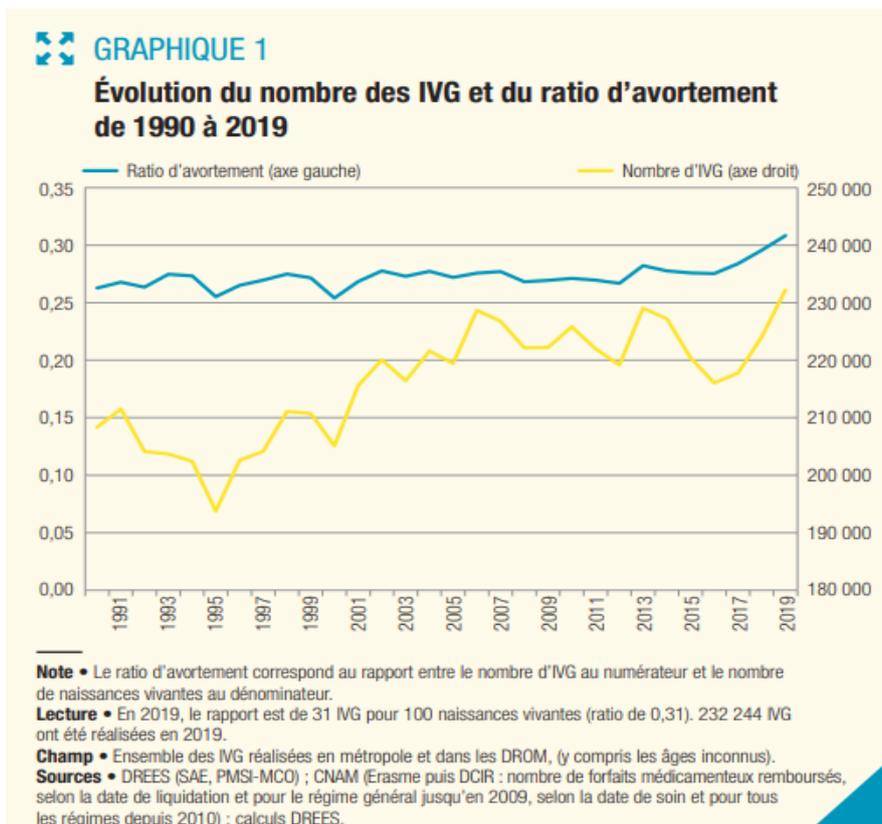
b) Proportion de grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesses non prévues)



Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre d'IVG en France métropolitaine et d'outre-mer varie chaque année depuis 2001, oscillant entre 215 000 et 230 000 (46).

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées (46). En 2018, 224 300 IVG ont été enregistrées soit une augmentation de 3% comparativement à l'année 2017 (47). Cette hausse s'est confirmée en 2019 avec 232 200 IVG réalisées (1), (graphique 1).



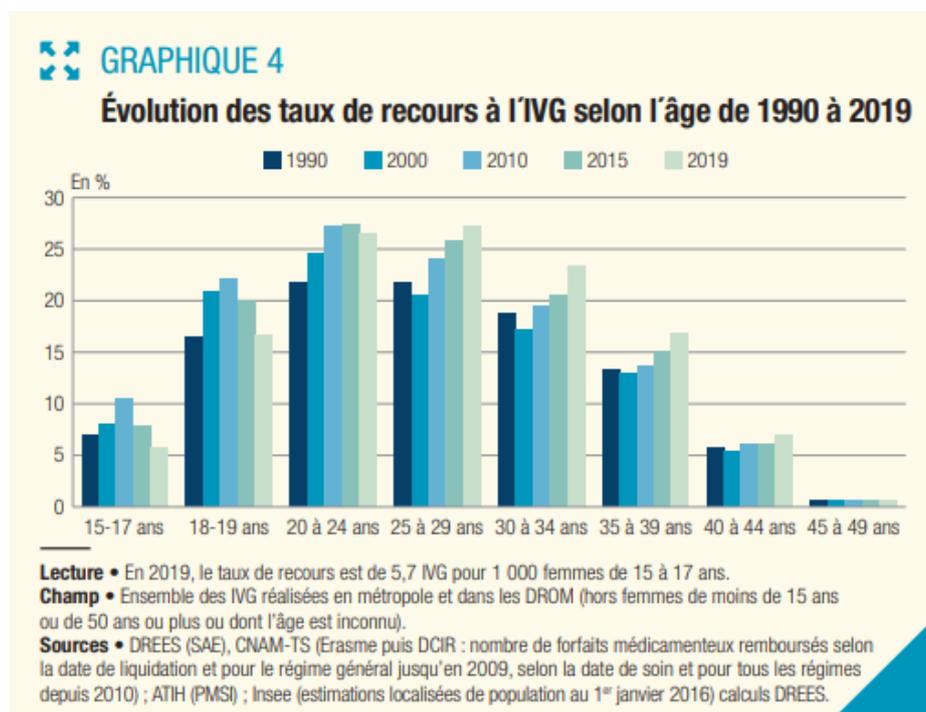
2. Disparités générationnelles et régionales :

Le taux de recours annuel moyen à l'IVG est de 15,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (48).

Toutes les tranches d'âge et toutes les classes sociales sont concernées mais des inégalités sont constatées entre les différentes générations.

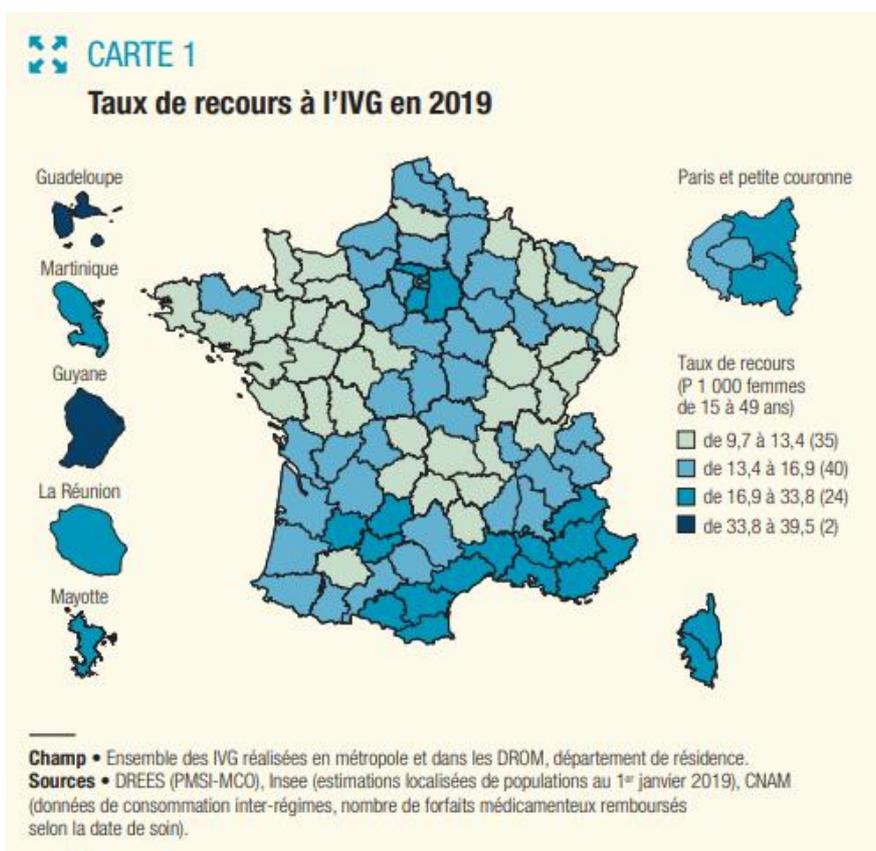
Les femmes âgées de 20 à 29 ans sont les plus représentées avec 27,9 IVG pour 1 000 femmes. L'augmentation du taux de recours chez les femmes trentenaires est notable et s'explique par l'allongement des études.

A l'inverse, on observe au cours de la même période une nette baisse des taux de recours chez les femmes de 15 à 19 ans. Cependant, 1,5 % des IVG réalisées hors établissements hospitaliers sont anonymes, ne permettant pas de connaître l'âge des femmes concernées. Si ces IVG concernent exclusivement des mineures, le taux de recours calculé en les incluant atteint alors 6,8 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, contre 5,7 sans les prendre en compte. Dans tous les cas, la baisse est avérée chez les mineures (1), (graphique 4).



Le recours à l'IVG n'est pas uniforme sur le territoire français. Les disparités au niveau régional s'accroissent et peuvent varier du simple au double. Les taux de recours sont les plus élevés dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud-Est (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse), où ils sont estimés entre 16.9 et 33.8 IVG pour 1 000 femmes entre 15 et 49 ans, voire même entre 33.8 et 39.5 en Guyane et Guadeloupe (46), (47), (1), (*carte 1*).

Concernant les Hauts-de-France, le taux de recours à l'IVG est compris entre 13.4 et 16.9 IVG pour 1 000 femmes entre 15 et 49 ans, pour les départements du Pas-de-Calais, du Nord, de l'Oise et de l'Aisne. Ce taux est mesuré entre 9.7 et 13.4 pour le département de la Somme (*carte 1*).



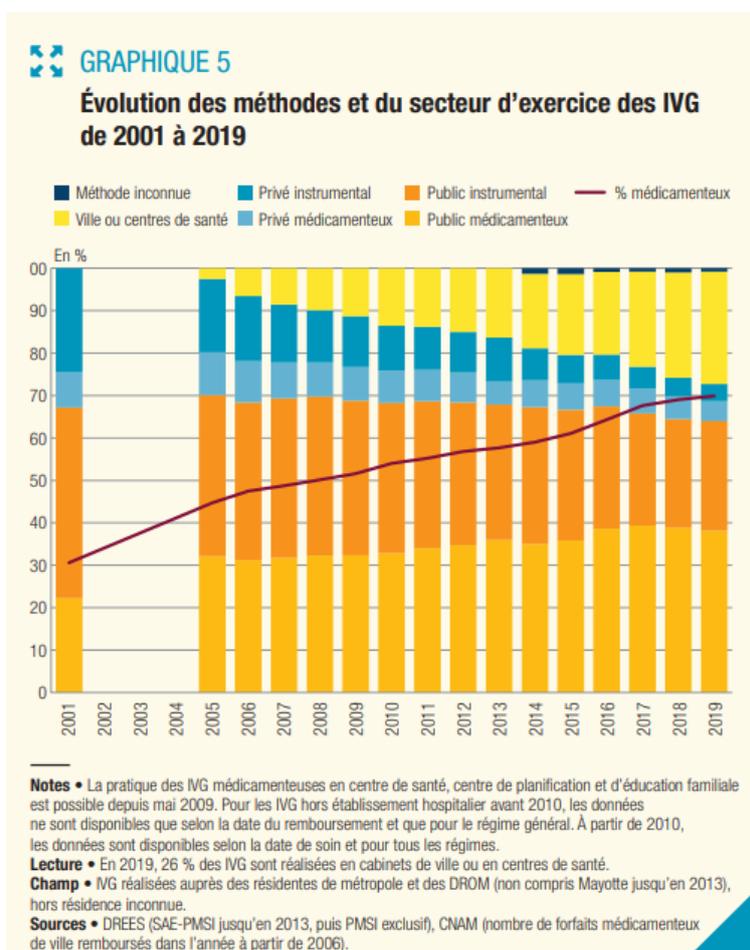
3. Nombre d'IVG réalisées en ville :

Depuis l'autorisation de la pratique des IVG médicamenteuses hors structures hospitalières, on observe une hausse du nombre d'IVG réalisées en cabinet libéral, centre de santé et CPEF : 48 100 en 2017 (46), 55 800 en 2018 (47). En 2019, ce nombre passe à 61 200 (1). Ainsi, plus du quart (26.5%) des IVG réalisées en France le sont hors établissements de santé (graphique 5).

Les chiffres communiqués par la DREES concernent les structures extra-hospitalières sans distinguer les centres de santé des cabinets libéraux ou des CPEF. Après appel de l'ARS, aucun chiffre n'a pu nous être fourni sur le CPEF spécifiquement.

La prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure toutefois concentrée dans certaines régions. La moitié des médecins conventionnés pour la pratique des IVG médicamenteuses en ville est répartie sur deux régions : l'Île-de-France et la Provence-Alpes-Côte d'Azur où cette pratique concerne 31 % des IVG (49).

La pratique des IVG par voie médicamenteuse a engendré une baisse du nombre des IVG instrumentales. En 2019, ce sont 70 % des IVG qui sont réalisées de façon médicamenteuse, contre 42 % en 2004 (graphique 5).



4. Développement des CPEF :

L'IVG médicamenteuse en CPEF se développe peu à peu sur le territoire français, enregistrant une hausse de leur activité relative à l'IVG entre 2017 et 2019. En effet, en 2017, 4 498 des IVG réalisées en France l'ont été en centres de santé/CPEF (46) (annexe 1); 5 290 en 2018 (47) (annexe 2) et 5 973 en 2019 (1) (tableau 1).

Pour l'année 2019 cela ne représente que 2.6% du total des IVG réalisées en France, taux que l'on pourrait qualifier de dérisoire.

Comme vu précédemment, le tableau 1, fourni par la DREES, ne fait aucune distinction entre les centres de santé et les CPEF. Le nombre d'IVG réalisées en CPEF est donc confondu avec celui des IVG pratiquées en centres de santé.

TABLEAU 1
Les IVG en 2019 selon la région de résidence des femmes

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées
Grand-Est	13 612	121	1 279	15 012
Nouvelle-Aquitaine	12 728	762	3 870	17 360
Auvergne-Rhône-Alpes	17 743	715	5 473	23 931
Bourgogne-Franche-Comté	5 471	103	1 741	7 315
Bretagne	7 160	112	963	8 235
Centre-Val de Loire	5 849	130	1 149	7 128
Corse	1 187	6	180	1 373
Île-de-France	35 422	2 672	17 169	55 263
Occitanie	15 625	296	5 500	21 421
Pays de la Loire	8 787	18	526	9 331
Hauts de France	15 518	379	2 686	18 583
Normandie	7 166	121	1 632	8 919
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 931	311	7 423	23 665
Résidentes France métropolitaine	162 199	5 746	49 591	217 536
Guadeloupe*	1 412	15	1 834	3 261
Martinique	1 651	4	457	2 112
Guyane	1 228	193	1 470	2 891
La Réunion	2 865	6	1 615	4 486
Mayotte	1 167	0	345	1 512
Résidentes DROM	8 323	218	5 721	14 262
Résidence inconnue***		9	202	211
Résidentes France entière	170 522	5 964	55 312	231 798
Résidence à l'étranger	235			235
France entière	170 757	5 973	55 514	232 244

* non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
** calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15-49 ans.
*** Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.
Lecture • En 2019, les femmes résidant en région Grand-Est ont été concernées par 15 012 IVG.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.
Sources • DREES (PMSI-MCO), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2019), CNAM (données de cotisations médicamenteuses remboursées selon la date de soin).

5. Le cas des Hauts-de-France :

Selon la DREES, en 2019, 18 583 IVG ont été réalisées dans les Hauts-de-France, soit 8% des IVG pratiquées en France la même année.

Sur ces 18 583 IVG, 379 l'ont été en CPEF et centres de santé (*tableau 1*).

Si en 2017 et 2018, le pourcentage d'IVG réalisées dans les Hauts-de-France est sensiblement le même, le nombre d'IVG pratiquées en CPEF et centres de santé a nettement progressé, 27 en 2017, 196 en 2018.

Cependant, les chiffres fournis par la DREES ne sont pas exacts. Il existe un décalage entre les tableaux nationaux et la réalité de terrain d'environ 6 mois. Ce retard de données est lié au retard de remboursements. Considérant l'année 2019, le CPEF du Pas-de-Calais enregistre à lui seul 500 IVG médicamenteuses, soit 8.4% des IVG médicamenteuses réalisées en CPEF ou centres de santé en France la même année (en se basant sur les chiffres de la DREES).

IV. Les différentes méthodes d'IVG :

Il existe deux méthodes : la méthode instrumentale et la méthode médicamenteuse.

Le choix de la méthode d'IVG est d'abord celui de la femme. Elle doit pour cela recevoir une information précise sur les deux techniques.

Le choix est également fonction de l'âge gestationnel, défini par l'échographie de datation. Avant 7 SA, la méthode médicamenteuse est la technique de référence ; l'aspiration chirurgicale n'est pas recommandée.

Entre 7 SA et 9 SA, les deux méthodes sont utilisables.

Entre 9 SA et 14 SA, l'aspiration chirurgicale est la technique de référence.

Il est également nécessaire de prendre en compte les contre-indications possibles et l'offre de soins disponible.

Quelle que soit la méthode envisagée un entretien psycho-social pré-IVG est systématiquement proposé aux femmes. Il fournit une information, une écoute et un soutien.

Assuré par une CCF, il est obligatoire pour les jeunes filles mineures non émancipées, facultatif pour les patientes majeures ou mineures émancipées.

Les jeunes filles mineures peuvent recourir à l'IVG sans l'autorisation du père ou de la mère (ou du représentant légal). Elles devront obligatoirement être accompagnées dans leur démarche par la personne majeure de leur choix.

En dernier recours, la CCF peut être cet adulte référent.

Depuis janvier 2016, il n'y a plus de délai légal de réflexion à respecter pour les femmes majeures (50). Concernant les mineures, un délai de réflexion de 2 jours après l'entretien avec la CCF est obligatoire. Une attestation d'entretien préalable leur est remise.

1. Méthode médicamenteuse :

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée :

- En cabinet de ville, en centre de santé ou en CPEF, auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, jusqu'à la fin de la 7ème semaine d'aménorrhée. On parle d'IVG à domicile ou en ambulatoire.
- En établissement de santé jusqu'à la fin de la 9ème semaine d'aménorrhée.

Depuis le COVID, il est autorisé par l'ARS de réaliser à domicile les IVG médicamenteuses à domicile jusqu'à 9 SA (51).

Dans le Pas-de-Calais, après discussion avec les différents centres hospitaliers (CH), le CPEF a décidé de se limiter à 8 SA suite aux douleurs importantes après ce délai, préférant une prise en charge hospitalière.

1.1. Indications :

Cette méthode est intéressante pour certaines indications telles que des cas de malformation utérine, de col cicatriciel ou de grossesse avec hymen intact à conserver (cas d'une éjaculation au niveau de la vulve avec écoulement intra-vaginal).

1.2. Protocoles :

Le protocole recommandé est celui ayant obtenu l'AMM en France en 1988. Cette méthode repose sur la prise séquentielle de mifépristone (Mifégyne® ou Miffee®) puis de misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®). Le respect du protocole conditionne l'efficacité de la méthode.

Avant 7 SA, les séquences de traitement recommandées sont les suivantes :

- soit la prise de 600 mg (3 comprimés) de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 heures plus tard, de 400 µg (1 comprimé) de misoprostol par voie orale.

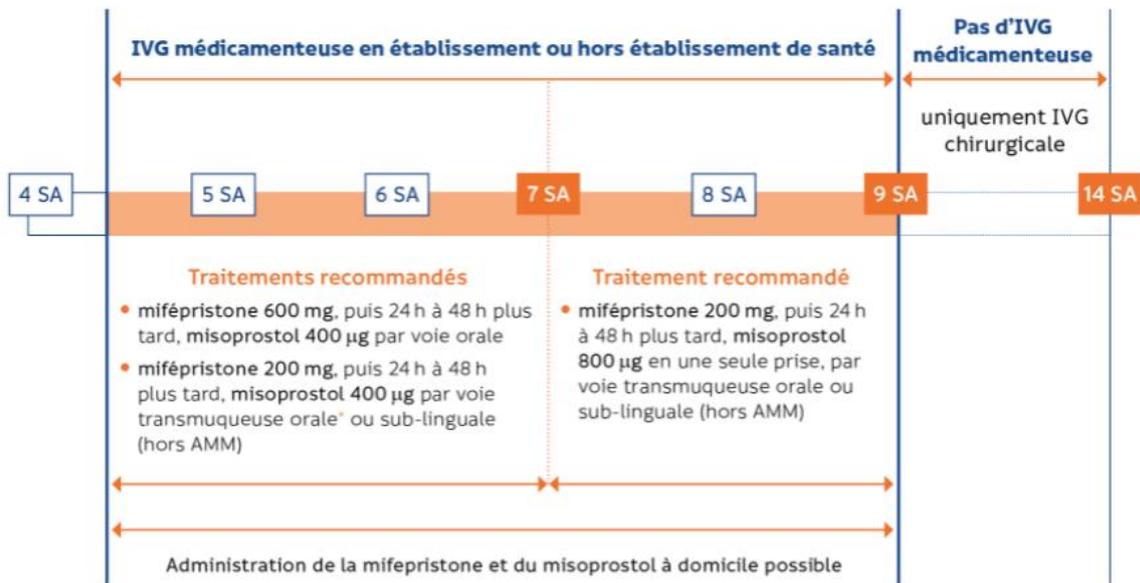
En 2001, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), remplacée aujourd'hui par l'HAS, avait validé une alternative. La dose de mifépristone peut être réduite à 200 mg (1 comprimé).

- soit la prise de 200 mg (1 comprimé) de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 heures plus tard, de 400 µg (1 comprimé) de misoprostol par voie transmuqueuse orale (encore appelée voie buccale ou jugale) ou sublinguale (hors-AMM) (52).

Entre 7 SA et 9 SA, la prise d'un comprimé de mifépristone à 200 mg par voie orale sera suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de 800 µg (2 comprimés) de misoprostol en une seule prise par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors-AMM). Pour ce terme, les études évaluant l'efficacité du misoprostol selon sa voie d'administration après 200 mg de mifépristone, sont en faveur d'une efficacité de la voie transmuqueuse orale supérieure à celle de la voie orale (52).

Quel que soit le protocole, la survenue de vomissements dans les 30 minutes suivant la prise de misoprostol, pouvant entraîner une diminution de l'efficacité, sa prise doit être répétée.

Il convient également de vérifier le groupe Rhésus afin d'assurer la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard d'immunoglobulines anti-D soit le jour de la prise de mifépristone soit au plus tard dans les 72 heures qui suivent le début des saignements.



Protocoles validés par la HAS pour l'IVG médicamenteuse (52)

Qu'importe le protocole, il intègre également une consultation de contrôle. Obligatoire, elle intervient entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après la prise de mifépristone. Elle permet de s'assurer de l'efficacité de la méthode et de vérifier l'absence de complications. Il n'existe pas de protocole spécifique pour en évaluer la réussite ou l'échec. Chacun des centres est donc libre de réaliser :

- Une échographie pelvienne : la mise en évidence de la vacuité utérine atteste de la réussite de la méthode.
- Un dosage quantitatif de β hCG :
 - Si un dosage est réalisé le jour de la prise de mifépristone, une diminution de plus de 80 % du taux à J14 témoigne de l'efficacité (53).
 - S'il n'existe pas de dosage antérieur, on réalise un dosage à J14 ou J21 qui doit être respectivement < à 1000 UI/l et < à 500 UI/l.

1.3. Médicaments :

1.3.1. Médicaments pour la réalisation de l'IVG :

Hors établissement de santé, ces médicaments ne peuvent pas être dispensés aux patientes en officine et sont réservés exclusivement aux commandes à usage professionnel des médecins et centres habilités (54), (55).

1.3.1.1. MIFEPRISTONE : (55)

Nom commercial :

- MIFEGYNE®
- MIFFEE®

Indications :

- IVG médicamenteuse jusqu'au 49ème jour d'aménorrhée
- Préparation du col avant une IVG chirurgicale

Mécanisme d'action :

La mifépristone est un stéroïde de synthèse ayant des propriétés antiprogestérone. Elle a une affinité pour les récepteurs de la progestérone cinq fois plus forte que la progestérone elle-même, mais n'est pas capable de les activer. Lorsque les cellules sont en présence de multiples molécules de mifépristone, celles-ci occupent donc les récepteurs de la progestérone, dont l'action se trouve inhibée (53).

La progestérone maintient le col utérin fermé et inhibe la contraction utérine directement, et indirectement en inhibant la sécrétion des prostaglandines de l'endomètre.

La mifépristone, du fait de son activité antagoniste de la progestérone induit :

- Sur l'endomètre, la séparation du chorion et du trophoblaste aboutissant à une baisse de hCG avec une lutéolyse secondaire.
- Sur le myomètre, une augmentation de sa contractilité par effet propre de la mifépristone et par augmentation de la synthèse des prostaglandines.
- Sur le col, le ramollissement directement et par l'intermédiaire des prostaglandines.

Cinétique :

Après administration orale, la mifépristone est rapidement absorbée. La demi-vie du produit est approximativement de 30 heures. Le pic plasmatique survient 2 heures après l'administration et décroît de moitié entre 12 et 72 heures. La concentration de mifépristone dans le tissu endométrial est d'un tiers celui du taux plasmatique. Dans le sérum, elle se lie à une glycoprotéine, présente en quantité limitée. Les sites de liaison sont donc rapidement saturés. Ainsi la pharmacocinétique du produit est la même quelle que soit la dose au-dessus de 100 mg : la concentration plasmatique totale durant les 72 premières heures est donc identique pour 200 mg et 600 mg. Cela signifie que des doses plus faibles de mifépristone donnent des taux sanguins identiques aux doses plus fortes et seraient donc aussi efficaces tout en diminuant les effets secondaires et le coût (53).

Contre-indications :

- Insuffisance surrénale chronique
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale
- Porphyrie héréditaire
- Allergie connue à la substance active ou à l'un des excipients
- Contre-indications à l'analogue de prostaglandine utilisé
- Asthme sévère non contrôlé par le traitement
- Malnutrition
- Grossesse non confirmée par échographie ou biologiquement
- Suspicion de grossesse extra-utérine
- Grossesse de plus de 63 jours d'aménorrhée dans le cas d'une IVG médicamenteuse ; de plus de 84 jours d'aménorrhée dans le cas d'une préparation du col utérin pour IVG chirurgicale

Effets indésirables :

- Douleurs pelviennes modérées pendant une heure environ
- Métrorragies d'abondance comparable à celle des règles durant 9 à 10 jours
- Métrorragies prolongées pendant plus de 12 jours en l'absence de rétention ovulaire (5%)
- Nausées (43%), vomissements (17%), diarrhées (14%),
- Céphalées, éruptions cutanées allergiques

Intéactions médicamenteuses :

Associations déconseillées : inducteurs enzymatiques (Carbamazépine, griséfulvine, phénobarbital, primidone, phénytoïne, rifampicine, rifabutine, modafinil, millepertuis)

Prix :

70 euros pour 1 comprimé de 600 mg ou 3 comprimés de 200 mg chacun.

Saignements après la prise de Mifégyne® :

Il existe une probabilité de moins de 3% de saignements entre la prise de Mifégyne® et de misoprostol.

L'expulsion de l'œuf est possible dans cette situation.

Si la vacuité est confirmée par une échographie, la prise de misoprostol peut être annulée (56).

1.3.1.2. MISOPROSTOL : (54)

Nom commercial :

- GYMISO®
- MISOONE®
- CYTOTEC®

Indications :

- IVG médicamenteuse 24 à 72 heures après la prise de mifépristone
- Préparation du col avant une IVG chirurgicale

Mécanisme d'action :

Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine E1 (PGE1). Les analogues de prostaglandines ont une forte action sur le muscle utérin. Elles augmentent la contractilité utérine en se fixant aux récepteurs spécifiques dans le myomètre, déclenchent des contractions, ramollissent et ouvrent le col de l'utérus puis provoquent l'expulsion de l'embryon (53), (57).

Les prostaglandines agissent également sur la contraction intestinale. Les effets secondaires digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) décrits au cours de cette procédure y sont ainsi directement rattachés. Nausées, vomissements et diarrhées peuvent survenir dans l'heure qui suit la prise du misoprostol et sont de faible intensité et de courte durée (une à deux heures).

L'action préalable de la mifépristone potentialise les effets d'une dose plus faible de prostaglandine sur la contractilité du myomètre.

Le misoprostol a l'avantage d'être peu coûteux et facilement accessible. Il est commercialisé sous les noms Gymiso® et MisoOne®.

Le Cytotec® n'est plus commercialisé en raison de risques de mésusage et surdosage. En effet, ce médicament dont la molécule active est le misoprostol, a obtenu une AMM dans le traitement des ulcères. Cependant, il était utilisé à 94% pour des indications gynécologiques telles que les IVG ou le déclenchement d'accouchements à terme. Dans ce cadre, il doit être administré par voie vaginale, or il est fait pour une prise orale. De plus, les comprimés de Cytotec® sont dosés à 200 µg, un dosage 8 fois trop élevé.

Le misoprostol est la prostaglandine la plus utilisée dans le cadre de l'IVG médicamenteuse mais d'autres prostaglandines existent. Le géméprost est une PGE1 dont la voie d'administration est uniquement vaginale. Néanmoins, en raison de la survenue d'infections à *Clostridium sordelli* après utilisation de la voie vaginale, le géméprost n'est plus recommandé.

Cinétique :

La cinétique dépend de la voie d'administration. Commercialisés initialement pour une utilisation par voie orale, les comprimés de misoprostol peuvent être également administrés par voie vaginale, sublinguale, jugale et rectale hors-AMM. La cinétique et la biodisponibilité variables expliquent leur différence d'efficacité (53).

Contre-indications :

- Hypersensibilité connue au misoprostol ou à l'un des excipients et des antécédents d'allergie aux prostaglandines
- Contre-indications à la mifépristone
- Grossesse non confirmée par échographie ou par des tests biologiques
- Suspicion de grossesse extra-utérine
- Grossesse de plus de 49 jours d'aménorrhée
- Malnutrition
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale

Effets indésirables :

- Douleurs abdominales dans les heures suivantes (nécessité d'un antalgique dans 50% des cas)
- Nausées
- Vomissements
- Diarrhées
- Bouffées de chaleur
- Vertiges
- Céphalées
- Frissons
- Hypotension

Intéactions médicamenteuses :

Associations déconseillées : inducteurs enzymatiques (Carbamazépine, griséfulvine, phénobarbital, primidone, phénytoïne, rifampicine, rifabutine, modafinil, millepertuis)

Prix :

13 euros pour 1 comprimé de 400 µg.

Saignements après la prise de MisoOne® :

Dans 60% des cas, l'expulsion a lieu dans les 4 heures suivant la prise du misoprostol ; dans 40% des cas, elle survient après 24 à 72 heures.

Les saignements surviennent dans la quasi-totalité des cas mais ne constituent nullement une preuve d'expulsion complète. La patiente doit être informée que la durée d'expulsion peut se faire sur plusieurs jours et qu'une deuxième dose de misoprostol peut s'avérer nécessaire en cas d'expulsion incomplète.

Les saignements peuvent être importants et accompagnés de caillots. Si dans les 2 heures qui suivent la prise de misoprostol la patiente utilise l'équivalent de 8 protections nuits, alors il est recommandé de prendre contact avec le prescripteur ou de la diriger vers le service d'urgences le plus proche.

Les saignements lors de l'expulsion peuvent être accompagnés de contractions douloureuses. Ils sont variables d'une femme à l'autre et durent en moyenne une dizaine de jours (entre 0 et 21 jours) (56). Toutefois des métrorragies peuvent persister pendant deux à trois semaines sans qu'il existe d'outils fiables (échographie, βhCG) permettant de prédire le profil des saignements, qui restent l'inconvénient majeur de la technique médicamenteuse, pouvant constituer un handicap dans la vie socioprofessionnelle de la femme dans les suites de l'IVG.

En cas de persistance ou d'aggravation, la patiente doit être adressée rapidement au centre hospitalier le plus proche.

1.3.1.3. Immunoglobulines spécifiques humaine
RHOPHYLAC® (58) :

Indications :

- Prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle Rh(D) chez la femme Rh(D)-négatif
- Grossesse et accouchement d'un enfant Rh(D)-positif
- IVG ou fausse couche, menace de fausse couche, grossesse extra-utérine, môle hydatiforme

Contre-indications :

- Sujets Rh(D)-positifs
- Hypersensibilité connue à l'un des composants
- Thrombopénie sévère ou trouble de l'hémostase (pour la voie IM)

Effets indésirables :

- Douleur au point d'injection IM, malaise, céphalées
- Rares : nausées, vomissements, hypotension, réaction allergique imposant l'arrêt

Intéactions médicamenteuses :

Risque d'inefficacité des vaccins à virus vivants (rougeole, rubéole, oreillons) si l'injection d'immunoglobulines est effectuée dans les 15 jours suivant ces vaccins ou si ces vaccins sont effectués dans les 6 semaines (voire 3 mois) après les immunoglobulines.

Précaution d'emploi :

- Surveillance médicale pendant au moins 20 minutes après l'administration

Protocole :

- Injection en IM de RHOPHYLAC® 200µg le jour de la prise de la mifépristone ou dans les 3 jours suivants.

1.3.2. Antalgiques :

Les douleurs abdominopelviennes sont parfois très intenses. Dans la majorité des cas, les antalgiques non opiacés, paracétamol ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont suffisants.

Ces douleurs physiques peuvent être majorées par une souffrance psychologique.

L'étude de la littérature médicale montre des résultats discordants. La majorité des femmes faisant face à une IVG ressentirait un sentiment de soulagement et seulement une minorité développerait des problèmes psychiques tels que dépression ou anxiété. Il semblerait que l'état psychique préexistant à l'acte soit le meilleur facteur prédictif de l'état psychologique après la réalisation de l'IVG. Les études les plus précises suggèrent que 8% à 32% des femmes ressentent une détresse psychologique générale en lien avec l'IVG (59).

1.3.2.1. PARACETAMOL : (60)

Indications :

- Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles

Contre-indications :

- Insuffisance hépatocellulaire
- Hypersensibilité connue au paracétamol

Effets indésirables :

- Très rares : réactions cutanées allergiques, érythème pigmenté fixe, thrombopénie allergique

Précautions d'emploi :

- Adultes : 1g par prise à espacer toutes les 6 heures (4 heures minimum) ou de 8 heures minimum en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10ml/min)
- Adolescentes : à adapter en fonction du poids

Intéactions médicamenteuses :

Aucune

1.3.2.2. OPIUM + PARACETAMOL (IZALGI®) : (61)

Indications :

- Traitement des douleurs modérées à intenses et/ou ne répondant pas aux antalgiques périphériques seuls

Contre-indications :

- Hypersensibilité connue au paracétamol ou à l'opium
- Insuffisance hépatocellulaire
- Asthme et insuffisance respiratoire
- Enfant <15 ans
- Allaitement
- Grossesse

Effets indésirables :

- Paracétamol : cf. Paracétamol
- Opium : majoration d'une tendance à la constipation, voire syndrome occlusif
- Rares (<1%) : confusion, hallucinations, hépatite, pancréatite aiguë

Précautions d'emploi :

- Risque de somnolence chez les conducteurs de véhicules ou de machines
- Réduire les doses chez les personnes insuffisantes respiratoires chroniques
- Eviter l'utilisation prolongée à fortes doses (risque de dépendance)
- Insuffisance rénale sévère : intervalle minimum de 8 heures entre deux prises
- Attention pour les sportifs : liste des substances dopantes

Intéactions médicamenteuses :

Associations déconseillées : alcool (majoration de l'effet sédatif de l'opium)

Associations contre-indiquées : agonistes-antagonistes morphiniques

1.3.2.3. METOPIMAZINE (VOGALENE®) : (62)

Indications :

- Nausées et vomissements

Contre-indications :

- Hypersensibilité connue au produit
- Risque de glaucome par fermeture de l'angle

Effets indésirables :

- Somnolence
- Troubles extrapyramidaux
- Réactions cutanés allergiques rares

Intéactions médicamenteuses :

Aucune

1.3.2.4. IBUPROFENE : (63)

Indications :

- Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles

Contre-indications :

- Antécédent d'allergie ou d'asthme provoqué par la prise d'AINS ou d'aspirine
- Antécédent de saignement digestif ou d'ulcère au cours d'un précédent traitement par AINS
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum, en cours ou récidivant
- Hémorragie gastro-intestinale, cérébrale ou autre
- Insuffisance hépatique grave
- Insuffisance rénale grave
- Insuffisance cardiaque grave
- Lupus érythémateux disséminé
- Grossesse (à partir du 6ème mois)

Effets indésirables :

- Nausées et vomissements
- Gastrite
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum
- Hémorragie du tube digestif

Intéactions médicamenteuses :

Associations déconseillées : lithium, méthotrexate

Associations contre-indiquées : aspirine et autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (risque d'augmentation des effets indésirables), anticoagulants et antiagrégants plaquettaires (augmentation du risque hémorragique)

1.4. Contre-indications :

Certaines situations cliniques augmentent le risque de complications et écartent la possibilité de recourir à l'IVG par méthode médicamenteuse :

- Grossesse ectopique confirmée ou suspectée
- Grossesse sur DIU/SIU si l'ablation est impossible
- Anémie profonde (Hb < 9g/dl)
- Troubles de la coagulation ou prise d'un traitement anticoagulant
- Insuffisance rénale ou hépatique sévère

Il existe également des contre-indications spécifiques à la réalisation de l'IVG en ville :

- Les maladies psychiatriques, qui rendent incertain le respect du protocole.
- Les conditions psycho-sociales. Il ne peut être proposé d'IVG médicamenteuse à une patiente ne comprenant pas les informations fournies, à une patiente isolée ou sans hébergement, à une patiente pour qui il ne sera pas possible de se rendre à la visite de contrôle.

1.5. Complications :

1.5.1. L'échec :

Toute femme ayant recours à une IVG médicamenteuse doit être informée du risque d'échec et de la nécessité de recourir à une IVG chirurgicale le cas échéant. Jusqu'à 7 SA le taux de succès de cette méthode est estimé à 96 % (64). Les échecs sont le plus souvent des arrêts de grossesse avec défaut d'expulsion. Ils sont la plupart du temps traités par une nouvelle prise de médicament à domicile ou bien par la réalisation d'un curetage.

Les véritables échecs sont représentés par les grossesses évolutives (0,5-1%) (65). Dans ce cas, si la patiente désire poursuivre la grossesse, la prise de misoprostol semble être responsable de malformations neurologiques comme le syndrome de Moebius (66).

1.5.2. L'allo-immunisation foëto-maternelle :

L'incidence chez les femmes Rhésus négatif, après une IVG du premier trimestre, varie de 0 à 3 %. L'administration d'immunoglobulines anti-D (Rhophylac®) à la dose de 200 µg par voie intramusculaire ou intraveineuse, est recommandée lors d'une IVG du premier trimestre de grossesse.

1.5.3. Les effets indésirables :

Les effets indésirables digestifs sont fréquents : nausées (36-67%), vomissements (14-26%), diarrhées (8-23%), liés à la prise de misoprostol. Les effets indésirables généraux (maux de tête, vertiges, fièvre, frissons, éruption cutanée) restent exceptionnels (54), (55).

De très rares effets indésirables cardiaques graves liés au misoprostol ont été décrits : infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, plus fréquents chez des patientes avec facteurs de risque tels que le tabagisme, l'obésité ou l'âge > 35 ans (67).

1.5.4. Les hémorragies :

Les hémorragies sévères nécessitant une transfusion restent rares (< 1‰ avant 7 SA) (68). Il s'agit le plus souvent de saignements prolongés et abondants conduisant progressivement à une déglobulisation que de cas d'hémorragies cataclysmiques.

1.5.5. L'infection :

Elle est une complication rare de l'IVG médicamenteuse, environ 0,9 %. Néanmoins, des infections mortelles au *Clostridium sordelli*, responsables de 8 décès en Amérique du Nord, ont été signalées. Le tableau clinique initial associait des douleurs pelviennes, malaise, hypothermie, hypotension, associés à une hyperleucocytose et une hémococoncentration. Ces septicémies foudroyantes sont survenues dans la semaine suivant l'administration de 200 mg de mifépristone par voie orale et 800 µg de misoprostol par voie vaginale, dont la responsabilité a par ailleurs été retenue (69), (54), (55). Ces situations restent rares.

1.5.6. L'infertilité :

L'IVG médicamenteuse n'a pas d'effet indésirable à long terme connu et n'est pas responsable d'infertilité ultérieure (70).

1.6. Diagnostics différentiels de grossesse :

1.6.1. Fausse couche spontanée (FCS) : (71)

Incidence :

Entre 12% et 15% des femmes de 20 à 35 ans seront confrontées à une FCS (72).

Signes cliniques :

- Arrêt ou disparition progressive des symptômes de grossesse (asthénie, nausées/vomissements, douleurs abdominales...)
- Métrorragies (non systématique)
- Douleurs pelviennes
- Possibilité d'absence de symptôme

Examens paracliniques :

- Localisation de l'œuf et de son activité cardiaque
- Comparaison avec les échographies précédentes
- Dosage quantitatif des β hCG à 48h d'intervalles et observation d'une chute des résultats

Diagnostics différentiels :

- Grossesse évolutive avec hématome décidual
- Grossesse extra-utérine
- Grossesse molaire

Conduite à tenir :

- Fausse couche asymptomatique <8 SA :
 - Abstention 8 jours et si pas d'expulsion, traitement chirurgical ou médical
 - Possibilité de suivre la patiente en CPEF pour les termes inférieurs à 7 SA
- Fausse couche asymptomatique >8 SA :
 - Traitement chirurgical

A la moindre complication, adresser les patientes au service de gynécologie le plus proche.

1.6.2. Grossesse molaire : (73)

Incidence :

Il existe de grandes variabilités régionales. En Europe l'incidence est de 0.57 à 1.1 pour 1000 grossesses.

Clinique :

- Métrorragies
- Nausées/vomissements gravidiques fortement marqués
- Augmentation du volume utérin par rapport à l'âge gestationnel
- Hyperthyroïdie possible

Examens paracliniques :

- Dosage des β hCG important ($> 100\ 000$ UI/ml)
- Echographie : image typique avec trophoblaste multivacuolaire

Conduite à tenir :

- Adresser la patiente au centre hospitalier le plus proche
- Evacuation utérine par aspiration sous anesthésie générale
- Surveillance sur un an :
 - β hCG réguliers
 - Grossesse contre-indiquée pendant cette période (risque de choriocarcinome)

1.6.3. Grossesse extra-utérine (GEU) : (74)

Incidence :

Elle est comprise entre 1% et 2 % des grossesses (75).

Facteurs de risque :

- Antécédents de GEU
- Chirurgie ou pathologie tubaire avérée
- Tabagisme

Clinique :

- Métrorragies peu abondantes, d'aspect noirâtre, parfois mélangées à du sang rouge
- Douleurs dans le bas ventre, unilatérales permanentes, mais parfois accompagnées de paroxysmes
- Douleurs scapulaires témoignant de l'existence d'un hémopéritoine
- Malaises
- Saignements d'origine intra-utérine
- Sensibilité d'un cul-de-sac vaginal ou une masse latéro-utérine sensible au toucher
- Possible douleur à la mobilisation utérine
- GEU asymptomatique possible

Examens paracliniques :

- Vacuité utérine associée à un taux de β hCG > 1500 UI/ml (voie endovaginale) ou > à 2500 UI/ml (voie abdominale)
- Masse à proximité de l'utérus de taille variable évoquant une collection de sang
- Epanchement

Conduite à tenir :

En cas de suspicion de GEU, la patiente devra être adressée en urgence au centre hospitalier le plus proche.

1.7. Contraception post-abortum :

En cas d'IVG médicamenteuse, la contraception oestro-progestative orale et le patch doivent être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines, l'anneau vaginal doit être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone. Si la femme opte pour l'implant, il peut être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone. En cas de DIU/SIU, il doit être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (76).

1.8. Tarifification :

Toute IVG est remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait. Cette prise en charge est assortie d'une dispense totale d'avance de frais pour les mineures non émancipées sans consentement parental (77). L'IVG fait partie des exceptions au parcours de soins coordonnés et aucun dépassement d'honoraires n'est possible.

Selon le protocole, l'IVG se déroule en 3 consultations :

- Première consultation médicale : antécédents, échographie, choix de l'IVG
- Deuxième consultation médicale : prise de la Mifégyne®
- Troisième consultation médicale : contrôle post-IVG

Ces 3 consultations correspondent au forfait IVG. Elles peuvent être réalisées par des professionnels de santé différents. Les deux premières consultations peuvent être regroupées et faites le même jour. La facturation de ces consultations doit être faite sur la même feuille de soins qui sera conservée dans le dossier médical jusqu'à la clôture du suivi.

1.8.1. Les différents codes CPAM :

De nombreux codes CPAM sont à utiliser dans le cadre du remboursement de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

Code	Libellé	Tarifs	
IC ou ICS	1 ^{ère} consultation	25 euros	1 ^{ère} consultation
FPB	Investigations biologiques préalables	69,12 euros	
IPE	Vérification échographique pré-IVG	35,65 euros	
FHV	Forfait consultation de ville	50 euros	2 ^{ème} consultation
FMV	Forfait médicaments de ville	87,92	
FUB	Contrôle biologiques ultérieurs	17,28 euros	Consultation Post
IC ou ICS	3 ^{ème} consultation – contrôle post-IVG, sans échographie de contrôle	25 euros	
IVE	3 ^{ème} consultation – contrôle post-IVG, avec échographie de contrôle	30,24 euros	

Tableau de répartition des codes CPAM en fonction des différentes consultations

- Consultations faites par un médecin généraliste/SF SANS écho pré et post-IVG
 - $IC (25 \text{ €}) + FHV (50 \text{ €}) + FMV (87,92 \text{ €}) + IC (25 \text{ €}) = 187,92 \text{ €}$
- Consultations faites par un médecin généraliste/SF AVEC écho pré et post-IVG
 - $IPE (35,65 \text{ €}) + FHV(50 \text{ €}) + FMV (87,92 \text{ €}) + IVE (30,24 \text{ €}) = 203,81 \text{ €}$

Coût du forfait des IVG médicamenteuses réalisées en ville (cabinet médical, centre de santé, CPEF)

Le coût du forfait est le même si l'IVG est pratiquée par un gynécologue travaillant en CPEF.

Le forfait inclut le prix de la mifépristone et du misoprostol mais pas l'éventuelle injection d'anticorps anti-D. Il comprend également les différentes consultations y compris biologies et échographies.

Si des consultations médicales doivent être ajoutées avant la prise de la mifépristone ou bien en post-IVG, elles ne doivent pas être comptabilisées dans le forfait IVG. Elles doivent être codées comme des consultations de CPEF, soit en feuilles de soins électroniques soit sur une autre feuille de soins papiers que celle utilisée pour l'IVG médicamenteuse.

Pour les patientes ayant opté pour l'anonymat, ces consultations sont gratuites et prises en charge par le Département. En cas de non anonymat, elles sont prises en charge par la CMU ou par la Sécurité Sociale et la mutuelle.

En établissement de santé, le forfait est de 282,91 € et comprend les analyses biologiques et échographiques préalables à l'IVG.

1.8.2. Bilans biologiques et codage CPAM :

Concernant les prescriptions de bilans sanguins, il faut inscrire sur l'ordonnance le code FPB ou FUB pour informer le laboratoire qu'il s'agit d'une IVG.

Le code FPB correspond à une carte de groupe sanguin et un β hCG pré-IVG, le code FUB à un β hCG post-IVG.

Ils sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une IVG médicamenteuse. Si d'autres bilans sont demandés, ils ne sont pas pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale.

2. Méthode chirurgicale :

2.1. Technique :

La technique instrumentale est généralement proposée à partir de 7 SA jusqu'à la fin de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée et est réalisée exclusivement en établissement de santé (hôpital ou clinique).

Avant d'envisager une IVG, il est nécessaire de vérifier le groupe Rhésus afin d'assurer la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de RHOPHYLAC®.

La méthode instrumentale, simple et rapide, peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale, selon le choix de la patiente et des possibilités de l'établissement.

La procédure habituelle repose sur la dilatation du col de l'utérus et l'évacuation du contenu utérin par aspiration, technique qui a largement supplanté le curetage.

Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée, reposant sur la mifépristone (Mifégyne® ou Miffee®), un comprimé à 200 mg par voie orale 36 à 48 heures avant l'aspiration et/ou (selon des protocoles spécifiques à chaque établissement) sur le misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®), un comprimé à 400 µg par voie orale sublinguale ou vaginale 3 à 4 heures avant le geste (53).

Après désinfection de l'appareil génital externe par un antiseptique local, le spéculum est introduit dans le vagin pour exposer le col utérin. En cas d'anesthésie locale, deux techniques sont possibles, seules ou en association. L'injection intracervicale est réalisée directement dans le col par injection de LIDOCAÏNE en 2 à 4 sites d'injection. Le bloc paracervical, qui fait apparaître la jonction col-vagin, nécessite une injection de LIDOCAÏNE dans les culs-de-sac vaginaux.

Au moyen de bougies métalliques (bougies de Hégar) ou plastiques, l'orifice interne du col utérin est progressivement dilaté jusqu'à obtenir le passage d'une canule d'aspiration (ou vacurette) de diamètre approprié à l'âge gestationnel. Une fois la canule à l'intérieur de l'utérus, l'aspiration électrique est déclenchée afin de créer le vide. L'opérateur réalise délicatement des mouvements de rotation et de va-et-vient afin d'évacuer l'utérus.

Après l'intervention, la patiente peut rentrer chez elle après 1 à 2 heures de surveillance, dans le cas d'une anesthésie locale et en l'absence de complications. En cas d'anesthésie générale, une hospitalisation d'une journée est nécessaire.

Concernant l'antibioprophylaxie, il n'existe pas de stratégie consensuelle. Certains établissements mettent en place l'antibioprophylaxie systématiquement. D'autres réalisent un dépistage systématique de *Chlamydia trachomatis* par réaction de polymérisation en chaîne (PCR) sur prélèvement vaginal, avec un traitement réservé aux seuls cas positifs. L'utilisation d'azithromycine 1g en prise unique est alors recommandée. L'absence de résultat du prélèvement le jour de l'IVG ne doit pas retarder sa réalisation (78).

2.2. Complications :

2.2.1. Complications précoces :

2.2.1.1. L'allo-immunisation foëto-maternelle :

L'incidence chez les femmes Rhésus négatif, après une IVG du premier trimestre, varie de 0 à 3 %. L'administration d'immunoglobulines anti-D (Rhophylac®) à la dose de 200 µg par voie intramusculaire ou intraveineuse, est recommandée lors d'une IVG du premier trimestre de grossesse.

2.2.1.2. La déchirure du col utérin :

Elle constitue l'une des complications les plus fréquentes de l'aspiration chirurgicale, n'excédant cependant pas 1 %.

2.2.1.3. La perforation utérine :

L'incidence varie de 0,09 à 19,8 ‰ (certaines perforations utérines étant méconnues par l'opérateur).

2.2.1.4. Le risque hémorragique :

Il est faible, environ 1,5 ‰. Un saignement excessif peut témoigner d'un avortement incomplet, d'une grossesse plus avancée que l'âge gestationnel attendu, d'une blessure de l'utérus (déchirure cervicale, perforation utérine). L'hématométrie est une complication caractérisée par la rétention de sang dans l'utérus nécessitant une ré-aspiration immédiate de la cavité utérine.

2.2.1.5. Les grossesses évolutives :

Elles sont comprises entre 1 et 5 ‰.

2.2.1.6. Les complications infectieuses :

Leur prévalence varie entre 0,01 % et 1,16 %.

2.2.2. Complications à moyen et long termes :

2.2.2.1. Les synéchies utérines :

Elles sont très rares, l'aspiration endo-utérine ne causant pas de traumatisme endométrial.

2.2.2.2. Le placenta prævia :

Il semble dépendre de la technique utilisée. Ainsi, une IVG réalisée par aspiration n'est pas associée à un surrisque contrairement aux curetages répétés.

2.2.2.3. L'augmentation du risque de grande prématurité (< 30-32 SA) :

En 2004, les résultats de l'étude multicentrique européenne EUROPOP mettent en évidence une augmentation du risque de grande prématurité en fonction du nombre d'IVG pratiquées (79). L'interprétation physiopathologique est multiple : infection latente, traumatisme cervical induit par la dilatation du col.

2.3. Contraception post-abortum :

Si la patiente opte pour une contraception par DIU ou SIU, celui-ci peut être inséré immédiatement au décours de l'intervention. Il en va de même pour l'implant.

Si la patiente opte pour la contraception oestro-progestative orale ou bien le patch, ils sont à débiter dès le jour de l'IVG. Si elle choisit l'anneau vaginal, il sera inséré dans les 5 jours suivant l'IVG (76).

2.4. Tarifification :

Comme pour l'IVG médicamenteuse, l'IVG chirurgicale est remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un forfait. Aucun dépassement d'honoraires n'est possible et les mineures non émancipées sans consentement parental bénéficient d'une dispense totale d'avance de frais (77).

Le tarif forfaitaire est variable, compris entre 463,25 € et 664,05 €, en fonction de l'établissement de santé (hôpital ou clinique), du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée d'hospitalisation.

V. Exemple du Pas-de-Calais :

1. Historique :

Depuis la mise en place des centres de planification ou d'éducation familiale, leur gestion était confiée aux différents centres hospitaliers du département. Au nombre de 7, on recense le CH d'Arras, le CH de Boulogne-sur-Mer, le CH de Calais, le CH de Lens, le CH de St-Omer, le CH de Montreuil et le CH de St-Pol-sur-Ternoise ; auxquels s'ajoutent le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Carvin et le Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple (SIVOM) de Béthune. Le Département n'avait alors qu'un rôle de gestion indirecte à travers le financement octroyé à ces 9 structures.

En 2013, les élus du Conseil départemental du Pas-de-Calais mettent en place un projet d'internalisation afin que le Département reprenne en gestion directe ces 9 centres. L'objectif est de répartir et d'ajouter des lieux d'accueil dans un souci de développement de la santé publique concernant la thématique de la vie affective et sexuelle. Le budget est estimé à 1 million 350 000 euros.

La même année, un poste de médecin coordinateur de l'ensemble des futurs centres en gestion directe est voté par les élus du Département. Son arrivée en avril 2014 a permis de débiter le projet. Les conventions avec les 7 centres hospitaliers, le CCAS et le SIVOM sont alors rompues et les différents centres sont installés dans de nouveaux locaux en ville selon un maillage géographique précis pour les rendre le plus accessible possible à la population.

On ne parle plus alors des centres de planification mais du Centre de Planification départemental.

1.1. Organisation géographique :

Le Département est organisé en 9 territoires : l'Arrageois, l'Artois, l'Audomarois, le Boulonnais, le Calais, la communauté de Lens/Liévin, Hénin-Carvin, le Montreuillois et le Ternois.

Il a été décidé d'ouvrir un lieu de consultation sur chacun de ces territoires, appelée antenne principale, ouverte toute la semaine. A chacune de ces antennes, ont été associés, en fonction des moyens humains et financiers, d'autres lieux de consultations appelés annexes, ouvertes ½ journée par semaine.

L'ouverture des différents centres s'est faite progressivement. Le premier centre ouvert est celui de la communauté de Lens/Liévin le 01/10/2014 et le dernier celui d'Arras le 16/01/2016.

On dénombre aujourd'hui 9 antennes principales et 15 annexes soit 24 lieux de consultation sur l'ensemble du département. Chacun de ces centres est aménagé dans des locaux appartenant au Département et dédiés aux activités du CPEF ou bien dans les locaux de partenaires. Certains sont fournis par la Mairie comme pour Auchel, Bapaume, Lillers, Aire-sur-la-Lys, Desvres, Le Portel, Ardres, Lens et Berck. Boulogne-sur-Mer bénéficie d'un local en ville dont le propriétaire est l'hôpital local.

Il est à noter qu'en dehors des centres de planification, il existe dans le Pas-de-Calais, une seule association Planning Familial, située à Lens, sans aucune délégation de gestion de la part du Conseil départemental.

Les centres sont répartis comme suit :

Arrageois Antenne : Arras Annexe : Bapaume	Communaupôle Lens/Liévin Antenne : Liévin Annexes : Avion, Bully-les-Mines, Lens
Artois Antenne : Béthune Annexes : Auchel, Bruay-la-Buissière, Noeux-les-Mines, Lillers	Hénin-Carvin Antenne : Carvin Annexes : Hénin (2 centres)
Audomarois Antenne : St-Omer Annexe : Aire-sur-la-Lys	Montreuillois Antenne : Etaples Annexe : Berck
Boulonnais Antenne : Boulogne-sur-Mer Annexes : Desvres, Le Portel	Ternois Antenne : St-Pol-sur-Ternoise
Calaisis Antenne : Calais Annexe : Ardres	

Tableau 1 : Ensemble des antennes principales et annexes des CPEF du Pas-de-Calais
 En rouge, les centres réalisant des IVG médicamenteuses

Avant le projet d'internalisation, il n'existait aucune coordination entre les différents centres. Chaque centre de planification travaillait selon son propre mode de fonctionnement : protocoles spécifiques voire absence de protocoles, documents d'informations différents faits mains, projets de prévention limités à des interventions auprès des collégiens et lycéens.

Le Conseil départemental a voulu mettre en place une réelle politique de santé publique. Pour y parvenir, il a fallu mettre en place une certaine coordination sur le plan organisationnel et regrouper ces 24 centres afin d'uniformiser les pratiques.

Pour cela, il a fallu mettre en place :

- Le circuit des médicaments
- Le circuit du matériel médical
- Le circuit du matériel administratif
- Le circuit des déchets
- Des protocoles médicaux identiques
- Des tableaux de statistiques similaires permettant une analyse cohérente pouvant déboucher sur des actions de prévention adaptées aux besoins locaux

1.2. Organisation de l'équipe :

Elle est composée de 77 personnes : 14 médecins dont 10 vacataires, 24 sages-femmes (SF) de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), 7 sages-femmes coordinatrices, 21 CCF dont 8 vacataires, 10 secrétaires et 1 pharmacien vacataire. A cela s'ajoutent le médecin directeur et son assistant chargés de la gestion et de l'organisation du CPEF départemental.

Localement, chacun des 9 territoires est géré par une sage-femme coordinatrice. Au nombre de 7, chacune est responsable d'une ou de plusieurs antennes principales et de son ou ses annexe(s) associée(s). En effet, les territoires du Calais et du Boulonnais sont gérés par la même SF coordinatrice. Il en va de même pour le Montreuillois et le Ternois.

La SF coordinatrice gère son équipe composée :

- d'une secrétaire (2 à Calais)
- de CCF (1 à 4 selon le territoire)
- de sages-femmes de PMI (1 à 6 selon le territoire) qui assurent ½ journée de consultation par semaine
- de médecins titulaires ou vacataires (1 à 3), gynécologues ou généralistes

Il est important, lorsque la décision de recourir à une IVG est prise, d'engager les démarches rapidement. Le délai d'obtention d'un rendez-vous à l'hôpital est d'environ 10 jours. Dans le Pas-de-Calais, afin d'offrir une prise en charge rapide, une plate-forme téléphonique a été créée avec un numéro unique pour l'ensemble du département (03.21.21.62.33).

Cette plate-forme est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 18h et permet la gestion d'un agenda informatisé commun aux 24 lieux de consultation. Grâce à ce dispositif, les femmes/couples peuvent être rapidement réorienté(e)s vers un autre centre afin d'assurer le délai de rendez-vous de 0 à 5 jours recommandé par l'HAS (80).

La plate-forme téléphonique ne concerne pas que l'IVG, elle facilite la prise de rendez-vous quel que soit le motif de consultation. En cas de questions, les professionnels de la plate-forme orientent les personnes vers les professionnels du CPEF.

On compte en moyenne 15 000 appels par an.

L'inconvénient, s'il en est un, serait que certaines patientes se présentent trop tôt en consultation, sans que le diagnostic de grossesse ne puisse être confirmé à l'échographie.

2. Missions :

Avant la reprise en gestion directe, les principales missions des centres de planification du Pas-de-Calais concernaient :

Sur le plan médical :

- Le suivi de contraception
- Les demandes d'IVG à orientation hospitalière systématique
- De rares suivis gynécologiques pour des femmes en période féconde soit < à 49-50 ans
- De rares dépistages des IST

Sur le plan de la prévention :

- Des animations collectives fortement accés sur les collèges et les lycées

Du fait de la fusion des différents centres, les missions ont rapidement évolué et ne se limitent pas aux adolescents afin de toucher toutes les tranches d'âge.

Le CPEF départemental du 62 propose maintenant :

Sur le plan médical :

- Le suivi de contraception
- Le suivi gynécologique à toute femme sans limite d'âge afin de pallier au manque de gynécologues, de moins en moins nombreux en ville
- Le dépistage des IST et le traitement de la chlamydia et de la syphilis
- L'IVG médicamenteuse à domicile

Le nombre de consultations médicales est passé de moins de 5000 à 10 000 en 2020.

Sur le plan de la prévention :

- Des animations collectives auprès de tout public :
 - collèges
 - lycées
 - structures aux jeunes non scolarisés
 - missions locales
 - centres de formations d'apprentis
 - établissements et services d'aide par le travail/instituts médico-éducatifs/instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques pour les personnes en situation de handicap
 - facultés
 - foyers d'hébergement
 - maisons de quartiers essentiellement pour les adultes

Le bilan 2019 fait état de 2209 animations pour un total de 42 925 personnes vues lors d'animations collectives : 1646 séances d'actions collectives soit 31 145 personnes rencontrées en milieu scolaire ; 410 séances d'actions collectives soit 10 399 personnes rencontrées en structures non scolaires ; 153 séances d'actions collectives soit 1388 personnes rencontrées parmi un public handicapé.

- Des formations à destination des professionnels et des étudiants médicosociaux (éducateurs, moniteurs, écoles d'infirmières et aides-soignantes,...) afin de renforcer leurs connaissances et ainsi avoir un impact à moyen terme sur la vie affective et sexuelle : 150 formations en 2019.

3. L'IVG médicamenteuse :

3.1. Mise en place :

A partir de 2016, lorsque la reprise en gestion directe des différents centres a été terminée, amenant une stabilité et une cohérence de fonctionnement à l'échelle du département, le projet de mise en place de l'IVG médicamenteuse a été débuté.

3.1.1. Adhésion de l'équipe :

Dans un premier temps, le projet a été proposé au sein des différentes équipes afin d'évaluer les réserves éventuelles. L'ensemble du personnel l'a approuvé, hormis une sage-femme réticente, non pas d'un point de vue éthique mais sur ses compétences à réaliser les IVG.

3.1.2. Budget :

Dans un second temps, le projet a été proposé auprès des responsables administratifs, avec l'intention d'investir dans des appareils d'échographie.

Le Conseil départemental avait déjà en sa possession 2 appareils d'échographie fonctionnels donnés par les hôpitaux de Calais et St-Omer.

Un travail d'appel d'offre a été réalisé avec l'équipe logistique. L'appareil retenu est le SonoScape de référence DUS 60 REF. Pour 10 appareils le budget a été estimé à 70 000 euros. Il a été validé par les élus dans le but de pratiquer l'IVG, contrôler les stérilets et amorcer le repérage des kystes ovariens avec l'objectif de les rentabiliser sur 2 ans.

Sur chaque forfait IVG, une marge d'environ 100 euros est réalisée : 50 euros sur la consultation, 46 euros sur les comprimés de mifépristone. En effet, il a été décidé d'opter pour le protocole médicamenteux avec prise d'un seul comprimé de Mifégyne®. Le forfait pris en charge par l'Assurance Maladie prenant en compte la prise de 3 comprimés, cela permet de réaliser une marge bénéficiaire de $23 \times 2 = 46$ euros par patiente, tout en respectant l'AMM.

Depuis que l'IVG médicamenteuse a été mise en place, 1301 IVG ont été pratiquées dans les 11 centres de planification du Pas-de-Calais proposant cette méthode.

1301 IVG * marge 100euros/IVG = 130 100 euros. Les appareils d'échographie ont donc été rapidement rentabilisés.

3.1.3. Communication :

L'IVG restant encore en France un sujet polémique, et le Département étant une entité politique, composée pour une partie de ses élus de l'opposition, de personnes appartenant à des groupes opposés à ce droit des femmes, l'équipe du CPEF départemental a préféré limiter sa communication sur la mise en place de ce projet, en informant uniquement les professionnels de santé. Vis-à-vis de la population générale, les professionnels de santé ont informé leur patientèle de cette nouvelle possibilité et le bouche-à-oreille est venu aider à sa diffusion.

3.1.4. Conventions avec les hôpitaux et validation par l'ARS :

Depuis 2007, les CPEF peuvent gérer, après convention avec les hôpitaux locaux et l'ARS, la prise en charge des demandes d'IVG par méthode médicamenteuse.

Pour cela, il a été nécessaire de demander un pré-accord auprès de l'ARS puis d'établir des conventions avec les 7 centres hospitaliers de proximité (38).

Bien que le projet ait été entendu et compris par l'Hôpital, les différents établissements craignaient l'échec de la méthode en ville et par voie de conséquence l'afflux de patientes aux urgences.

La convention est passée par le Conseil départemental avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG. Les médecins du centre de planification ne sont pas les signataires de cette convention. Le CPEF reçoit de l'établissement, pour signature, la convention établie selon le modèle de la convention-type réglementaire (annexe 3) (81).

Ce document précise de façon détaillée le rôle et les obligations de chacune des parties signataires. L'établissement signataire s'engage à accueillir à toute heure, toute patiente présentant des complications après l'instauration de la méthode médicamenteuse en CPEF et à assurer sa prise en charge.

Ces conventions ont été signées successivement à :

- Calais le 20/06/2017
- Boulogne-sur-Mer le 20/12/2017
- Lens le 1/02/2018
- Arras le 03/04/2018
- St-Omer le 13/04/2018
- Berck/Montreuil le 03/06/2019
- Béthune le 09/06/2020
- Seclin/Carvin en novembre 2020

St-Pol se rattachant au CH d'Arras ou de Berck

Le temps de la validation en interne, l'activité d'IVG médicamenteuse a débuté en mars 2018 et en 2019, un premier bilan d'activité a été présenté à l'ARS.

Toutes les antennes du Pas-de-Calais sont concernées par l'IVG médicamenteuse mais seules quelques annexes les réalisent soit un total de 11 lieux de consultation (*tableau 1*).

Les annexes dans lesquelles il n'est pas pratiqué d'IVG n'assurent pas le suivi de grossesse pour des raisons logiques de respect à la personne.

3.1.5. Demande officielle des médicaments :

Il a fallu organiser avec le pharmacien du CPEF départemental la stratégie d'approvisionnement et d'acheminement des médicaments nécessaires à l'acte.

La responsabilité de la détention, du contrôle et de la gestion des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG est confiée au pharmacien, nommément désigné. Les établissements pharmaceutiques sont autorisés à fournir les médicaments nécessaires à la pratique des IVG aux CPEF. Les soignants qui ont signé une convention avec un établissement de santé se procurent la mifépristone et le misoprostol par une commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine.

Les médicaments réservés à l'IVG ont intégré les commandes d'autres médicaments souhaités par le CPEF tels que différents modèles de contraceptifs, contraception d'urgence...

3.1.6. Formation :

Sur l'ensemble des centres, 3 médecins et 1 sage-femme étaient déjà formés à l'IVG médicamenteuse.

Il convenait de former le reste des équipes en interne par le biais de cours théoriques puis par l'utilisation des centres de planification comme lieu de stage. La 1^{ère} convention ayant été signée avec Calais, le CPEF calaisien a servi de lieu de stage à l'équipe de Boulogne-sur-Mer qui a ensuite servi de lieu de stage à l'équipe de Lens et ainsi de suite, chacun des centres servant de lieu de stage successivement en fonction du début de son activité consacrée à l'IVG.

Les équipes ont également été formées par l'intermédiaire de stages en centres d'orthogénie hospitaliers et d'une formation continue basée sur des cas cliniques.

3.2. Parcours de la femme :

Toujours dans le but d'uniformiser les pratiques, chaque équipe est formée au même protocole. Pour chaque consultation de demande d'IVG dans un centre de planification du Pas-de-Calais, un dossier médical papier spécifique est créé. Aucun dossier n'est informatisé.

Il a fallu établir les différents documents d'informations destinés aux patientes, les documents protocolaires ainsi que les documents légaux.

Lors de cette première consultation, un entretien psycho-social réalisé par une conseillère conjugale et familiale est proposé à toutes les femmes/couples.

Obligatoire pour les mineures non émancipées, cet entretien permet de poser des mots sur ce choix qui, même s'il est clair, reste un choix toujours difficile et ainsi d'améliorer la prise en charge émotionnelle des patientes et leurs conjoints. Cet entretien consiste à échanger avec la femme/couple en étant à l'écoute des raisons de sa décision et de ses doutes éventuels.

Cet entretien dure en moyenne 20 à 30 minutes.

Il est suivi par la consultation médicale auprès du médecin ou de la sage-femme.

Cette consultation permettra d'aborder :

- Les antécédents familiaux
- Les antécédents médicaux dont le groupe sanguin et le Rhésus
- Les antécédents chirurgicaux
- Les antécédents obstétricaux : nombre d'IVG antérieure, année de la dernière IVG, nombre d'enfant, année de naissance du dernier enfant, nombre de fausse couche spontanée, nombre de grossesse extra-utérine
- La contraception : antérieure, actuelle, envisagée
- Le poids, la taille, l'IMC
- Les traitements en cours
- Les allergies
- Les addictions : tabac ou autres

(annexes 4, 5)

Cette consultation permet avant tout de confirmer la grossesse. L'âge gestationnel est estimé par la date des dernières règles, le résultat du dosage des β hCG s'il a été réalisé, l'examen clinique et surtout par l'échographie qui permet une datation précise et exclut une grossesse extra-utérine.

Toutes ces informations sont retranscrites sur un feuillet de consultation pré-IVG (annexe 6).

Deux feuillets explicatifs sont donnés à la patiente concernant l'importance de la vérification du groupe Rhésus, les conséquences de l'allo-immunisation et les effets indésirables de l'injection (annexes 7,8).

Durant cette consultation, il est nécessaire de repérer les situations qui doivent faire renoncer à une IVG médicamenteuse en ville. En effet, si l'un des critères n'est pas respecté, l'IVG doit être faite à l'hôpital :

- Lieu d'habitation proche d'un établissement de santé signataire (< une heure de trajet)
- Absence de problème de compréhension
- Présence d'un adulte à domicile le jour et la nuit suivant la prise de misoprostol
- Absence de facteur de risque hémorragique (traitement anticoagulant, trouble de la coagulation, antécédent d'hémorragie de la délivrance...)

(annexe 5)

Cette première entrevue est aussi l'occasion de rechercher la cause de l'échec contraceptif et constitue un moment privilégié pour proposer à la femme de choisir la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG.

Selon le contexte, un dépistage des IST peut être proposé.

Pour être en mesure de confirmer son choix, la patiente reçoit des explications détaillées de la méthode choisie, renforcées par un document d'informations sur le déroulement de l'acte ainsi qu'un feuillet concernant les effets indésirables et les complications pouvant survenir après une IVG médicamenteuse :

- saignements
- infections
- risque d'une éventuelle période dépressive
- pas de conséquence sur la fertilité ultérieure
- pas d'augmentation du risque d'accouchement prématuré, de fausse couche ou de retard de croissance intra-utérin

(annexes 9,10)

Protocole :

Une fois le choix de la méthode d'IVG à domicile fixé, la consultation médicale va s'organiser en plusieurs étapes.

➤ Etape 1 : Signature du consentement

La femme majeure confirme sa demande par consentement écrit. S'il s'agit d'une femme mineure non anonyme, le consentement écrit de la personne majeure responsable est requis (annexe 11).

➤ Etape 2 : Modalités de prise des médicaments

Un document est expliqué et rempli devant la patiente, indiquant la prise des différents médicaments (annexe 12) :

- La prise de la mifépristone au centre de planification en présence du soignant avec mention de la date et de l'heure de prise.

Cette étape peut débuter immédiatement à la fin de la première consultation de demande pour les femmes majeures ou mineures émancipées.

- Les modalités de prise du misoprostol à domicile avec mention de la date et de l'heure de prise, associées à un schéma de prise d'antalgiques et anti-émétiques en cas de douleurs, nausées ou vomissements.

Le misoprostol est pris à domicile dans un délai de 24 à 48 heures après la mifépristone. Deux comprimés sont remis à la patiente au cours de la consultation précédente. Un seul est habituellement nécessaire, le second comprimé n'est à consommer qu'en cas de survenue de vomissements ou en l'absence de saignements dans les 2 heures suivant la prise du 1er comprimé.

Une ordonnance d'antalgiques et d'anti-émétiques est remise conjointement à la patiente, comportant :

- IBUPROFENE 400 mg, médicament privilégié contre les douleurs liées à l'IVG médicamenteuse, 1 à 3 par jour
- PARACETAMOL 1g, 1 à 4 par jour
- VOGALENE Iyoc 7.5 mg, 1 à 3 par jour
- IZALGI 1 gélule, 1 à 3 fois par jour (en cas d'inefficacité de l'association PARACETAMOL/IBUPROFENE)

(annexe 13)

➤ Etape 3 : Documents d'informations post-IVG

Le soignant délivre à la patiente un document sur les mesures à prendre et sur le schéma de prise des médicaments en cas de survenue de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements, de diarrhées dans les jours suivant l'IVG (annexe 14).

Il lui en remet un autre sur des conseils pratiques post-IVG concernant:

- la reprise d'une activité sportive
- les saignements et douleurs abdominales
- le syndrome du 3ème jour (reprise entre le 3ème et 5ème jour des douleurs abdominales accompagnées de saignements et de la perte de caillots)
- la reprise du cycle menstruel
- la reprise de la fertilité augmentée
- la diminution des signes sympathiques de grossesse
- la sexualité
- les émotions

(annexes 15, 16)

➤ Etape 4 : Fiche de liaison avec le centre hospitalier

Afin de prévenir toute urgence, le soignant remet à la patiente une fiche de liaison.

Il s'agit d'un document permettant d'assurer la liaison entre le CPEF et l'établissement signataire dans le cadre de l'IVG. Cette fiche, support des informations essentielles du dossier médical échangées entre le CPEF et l'établissement de santé, est définie conjointement par les signataires de la convention (annexe 17).

En en-tête figurent les coordonnées précises du service de l'établissement de santé dans lequel la patiente peut se rendre.

Le reste des informations est rempli par le soignant réalisant l'IVG :

- le terme établi sur les résultats échographiques et/ou biologiques (BhCG)
- les antécédents gynéco-obstétricaux (nombre d'accouchement par voie basse et par césarienne, nombre d'IVG antérieure, année de la dernière IVG, année de naissance du dernier enfant, nombre de fausse couche spontanée, nombre de grossesse extra-utérine...)
- les antécédents médico-chirurgicaux (trouble de la coagulation, groupe Rhésus)
- les traitements en cours
- les allergies
- les anomalies de l'examen clinique gynécologique
- le protocole médicamenteux suivi : date de prise de la mifégyne et du misoprostol +/- celle de l'injection anti-D

(annexe 18)

➤ Etape 5 : Consentement de prise de la mifépristone

Avant de débiter le protocole médicamenteux avec la prise de la Mifégyne®, la patiente doit signer un 2ème consentement indiquant qu'elle a bien compris :

- Que la méthode débute avec ce comprimé et qu'aucun retour en arrière ne sera possible
- Le protocole de prise du misoprostol à domicile
- Que la prise du misoprostol à domicile se fera en présence d'un accompagnant adulte
- L'importance de la visite de contrôle

(annexe 19)

➤ Etape 6 : Visite de contrôle 2 à 3 semaines plus tard

Au cours des semaines suivant la prise de mifépristone, la patiente a la possibilité de joindre le centre de planification où l'acte a été réalisé, le numéro étant inscrit au verso de chaque feuillet (le numéro du centre de Calais pour les annexes citées).

La visite de contrôle permet de juger de l'efficacité de la méthode par le biais de l'examen clinique, des résultats échographiques et/ou biologiques.

Il est demandé que le dosage des β hCG soit réalisé à J15 à partir de la prise de la mifépristone.

Les résultats sont retranscrits sur le feuillet de consultation post-IVG (annexe 20).

En cas de rétention, de son importance et du ressenti de la patiente, soit cette dernière sera adressée au centre hospitalier, soit elle recevra un nouveau traitement à prendre à domicile suivi d'une consultation à distance. En cas de persistance de l'échec, la patiente sera invitée à se rendre au centre hospitalier.

Au cours de la visite de contrôle, la contraception du post-abortum sera abordée avec prescription et informations appropriées aux demandes de la patiente, et de ses antécédents médicaux.

A l'issue de la visite, une nouvelle consultation psycho-sociale peut être proposée pour les majeures et pour les mineures, sans caractère d'obligation.

➤ Anonymat :

Il est possible pour les femmes de demander que l'IVG soit réalisée dans le cadre de l'anonymat.

Un code spécifique d'immatriculation est utilisé. Ce dernier varie en fonction de la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement du centre de planification et du statut de mineure ou majeure de la patiente.

CPAM de l'Artois :

N° Anonyme MINEUR ARTOIS 2 55 55 55 624 042/51 + Date de Naissance

N° Anonyme MAJEUR ARTOIS 2 55 55 55 624 030/63 + Date de Naissance

CPAM de la Côte d'Opale :

N° Anonyme MINEUR COTE D'OPALE 2 55 55 55 623 042/51+ Date de Naissance

N° Anonyme MAJEUR COTE D'OPALE 2 55 55 55 623 030/63 + Date de Naissance

Le nom de la patiente ne figurera pas sur la feuille de soins.

La seule obligation pour pouvoir réaliser une IVG à domicile est de disposer d'une carte de groupe sanguin.

Si une patiente souhaitant garder l'anonymat n'en possède pas, elle sera ré-adressée à l'hôpital pour la prise en charge complète de l'IVG.

En effet, la création d'une carte de groupe anonyme n'est pas possible en laboratoire de ville, tandis que cela est envisageable à l'hôpital, grâce à son système de gestion en interne.

➤ Différence avec les cabinets libéraux :

On note des différences concernant la mise en place de cette méthode entre le CPEF et les cabinets de ville.

La présence de CCF et d'appareils échographiques au sein du CPEF départemental permet une prise en charge globale des femmes/couples en demande d'IVG évitant ainsi de nombreux rendez-vous sur plusieurs sites, ce qui n'est pas le cas des cabinets libéraux. Les équipes sont donc régulièrement contactées par les libéraux pour leur venir en aide.

MATERIELS ET METHODES

I. Objectifs de l'étude :

1. Objectif principal :

Notre objectif principal est de rendre compte de l'efficacité de la mise en place de l'IVG médicamenteuse dans les différents centres de planification du Pas-de-Calais.

2. Objectif secondaire :

Notre objectif secondaire est d'étudier le profil socio-démographique et gynécologique des patientes consultant dans les différents centres de planification du Pas-de-Calais dans le but de recourir à une IVG médicamenteuse.

II. Description de l'étude :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, rétrospective et multicentrique.

2. Durée de l'étude :

Les données ont été recueillies entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2020.

3. Lieu de l'étude :

L'étude concerne les 11 centres de planification ou d'éducation familiale du Pas-de-Calais réalisant des IVG médicamenteuses : Arras, Béthune, Lillers, St-Omer, Boulogne-sur-Mer, Calais, Liévin, Carvin, Etaples, Berck et St-Pol-sur-Ternoise.

4. Population :

Toutes les femmes ayant consulté dans les 11 centres de planification du Pas-de-Calais entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2020 afin de recourir à une IVG médicamenteuse soit 1905 patientes : 299 en 2018 + 782 en 2019 + 824 en 2020.

Notre étude ne comporte aucun critère d'exclusion.

5. Modalités de recueil des données :

Les éléments nécessaires à l'étude étaient consignés dans des dossiers médicaux papiers spécifiques.

En effet, afin de répertorier plus facilement les dossiers relatifs à des demandes d'IVG, un code couleur a été mis en place par l'attribution d'une chemise rouge renfermant les différentes données propres à cette consultation. Tous les dossiers papiers des femmes ayant consulté pour une demande d'IVG entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2020 se trouvaient dans les différents centres de planification.

Ces informations ont été retranscrites informatiquement dans un tableur Excel® tout au long des années 2018 à 2020 par les secrétaires des centres de planification à partir de ces dossiers papiers, eux-mêmes remplis par le médecin ou la sage-femme lors des consultations.

Les patientes sont enregistrées par les trois premières lettres de leur prénom et de leur nom. Celles ayant fait une demande d'anonymat ont été enregistrées de la même manière mais avec l'attribution d'un numéro personnel pour les documents devant être anonymisés.

6. Paramètres recueillis :

➤ Les paramètres socio-démographiques :

- L'âge : mineures, ≥ 18 -<25, ≥ 25 -<30, ≥ 30 -<40, ≥ 40
- L'anonymat :
 - Mineure
 - Majeure : ≥ 18 -<21, ≥ 21 -<25, ≥ 25 -<30, ≥ 30 -<40
- L'origine : française ou étrangère (sans autre précision)
- Le département : Pas-de-Calais ou hors département (sans autre précision)
- Le statut socio-professionnel : collégienne, lycéenne, apprentie, étudiante, au foyer, en activité, sans activité.

➤ Les antécédents gynécologiques :

- Le nombre d'enfants au moment de l'IVG : 0, 1, ≥ 2
- L'âge du dernier enfant : <1 an, ≥ 1 an- <10 ans, ≥ 10 ans
- Le nombre d'antécédents d'IVG : 0,1, ≥ 2
- La date de la dernière IVG : <1 an, ≥ 1 an- <5 ans, ≥ 5 ans

➤ Les paramètres relatifs à l'IVG :

- La réalisation d'un entretien pré-IVG avec CCF : oui, non
- La contraception utilisée au moment de la conception : pas de méthode, retrait, calcul de dates, préservatif, pilule, DIU/SIU, patch, anneau, implant
- L'utilisation d'une mesure de rattrapage par contraception d'urgence : oui, non
- Le recours final à l'IVG :
 - faite : CPEF ou hôpital
 - non faite : FCS, GEU, changement d'avis, terme dépassé, diagnostic de grossesse erroné
- Le terme de l'IVG en SA : <6 , ≥ 6 - <7 , ≥ 7 - <8 , ≥ 8 - <12 , ≥ 12 - ≥ 14
- Les complications post-IVG : curetage direct, curetage après échec de reprise du misoprostol
- La présence en consultation de contrôle post-IVG : oui, non
- La réalisation d'un entretien post-IVG avec CCF : oui, non
- La contraception post-abortum choisie au cours de la consultation pré- ou post-IVG : pilule, DIU/SIU, implant, patch, anneau, stérilisation

III. Analyse statistique :

Les données recueillies pour les 1905 patientes ont été rentrées dans un tableur Excel®. Nous avons utilisé deux types de graphique : camemberts et courbes ainsi que des tableaux pour l'étude statistique descriptive.

Selon la distribution, des tests paramétriques ou non paramétriques ont été utilisés. Pour les variables qualitatives, il s'agissait du test du χ^2 de Pearson (les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5).

Pour comparer un paramètre quantitatif entre 2 groupes, le test T de Student ou le test U de Mann-Whitney a été réalisé.

Pour comparer un paramètre quantitatif entre 3 groupes ou plus, le test de Kruskal-Wallis a été utilisé.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM SPSS.

RESULTATS

1. Le nombre de demandes d'IVG :

Du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2020, 1905 patientes ont consulté pour une demande d'IVG dans les 11 CPEF du Pas-de-Calais concernés par cette pratique : 299 en 2018, 782 en 2019, 824 en 2020.

1.1. Le recours final :

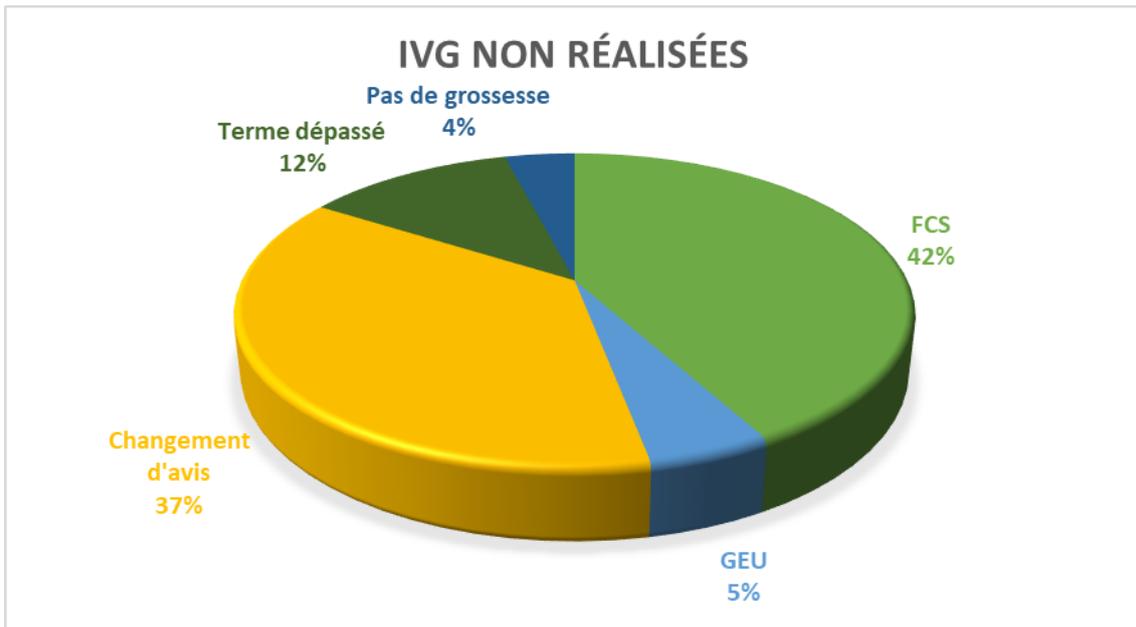
Toute demande d'IVG n'aboutit pas à sa réalisation.

En 2018, 285 IVG ont réellement été pratiquées soit 95% des demandes initiales, 712 en 2019 soit 91% et 740 en 2020 soit 90%.

	ANNEES		
IVG	2018	2019	2020
<i>Nombre de demandes</i>	299	782	824
<i>IVG réalisées</i>	95%	91%	90%

Parmi les raisons de la non réalisation de l'IVG, on retrouve par ordre de fréquence sur l'ensemble des 3 années :

- la FCS : 42%
- le changement d'avis : 37%
- le terme dépassé : 12%
- la GEU : 5%
- le diagnostic de grossesse erroné : 4%



1.2. Le lieu de l'acte médical :

Les IVG médicamenteuses sont majoritairement réalisées au CPEF :

En 2018, elles sont 71% contre 29% à l'hôpital.

En 2019, 70% des IVG sont pratiquées en CPEF contre 30% à l'hôpital.

En 2020, elles sont 80% en CPEF soit 20% à l'hôpital.

	ANNEES		
LIEU	2018	2019	2020
<i>CPEF</i>	71%	70%	80%
<i>Hôpital</i>	29%	30%	20%

ANNEES		
2018-2019	2019-2020	2018-2020
<i>ns</i>	<i>p<0,001</i>	<i>p<0,005</i>

2. Les caractéristiques socio-démographiques des patientes :

2.1. L'âge :

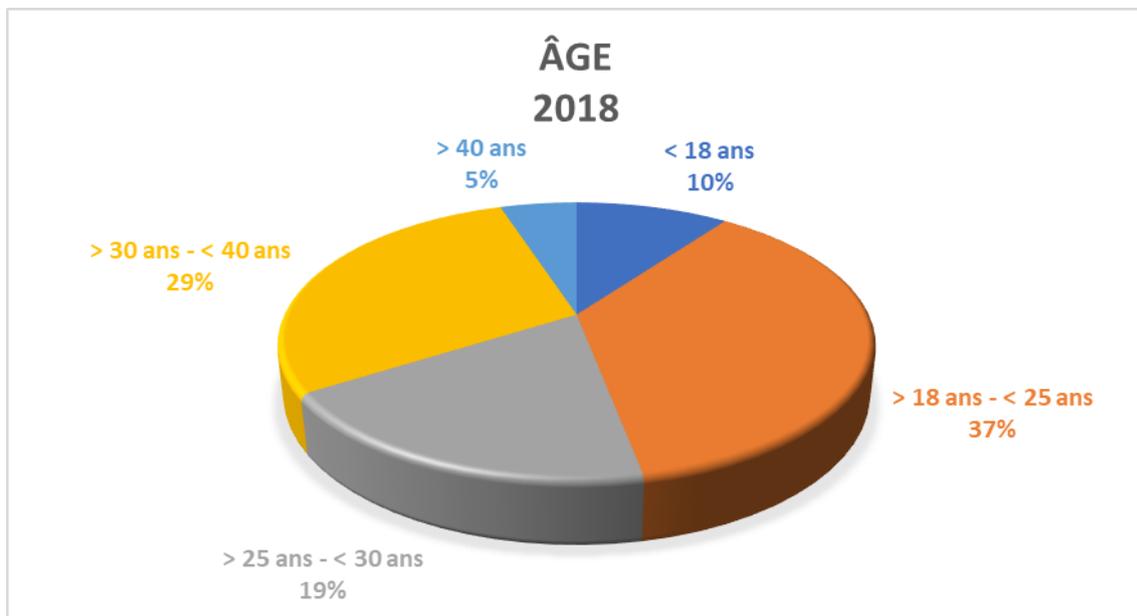
Sur l'ensemble des 3 années, la plus jeune patiente avait 13 ans ; la plus âgée 49 ans.

En 2018, l'âge moyen des femmes de l'étude est de 26.7 ans. Il est de 27.1 ans en 2019 et de 27.9 ans en 2020 soit une moyenne de 27.2 ans.

Nous avons classé les patientes selon leur âge lors de la consultation de demande d'IVG.

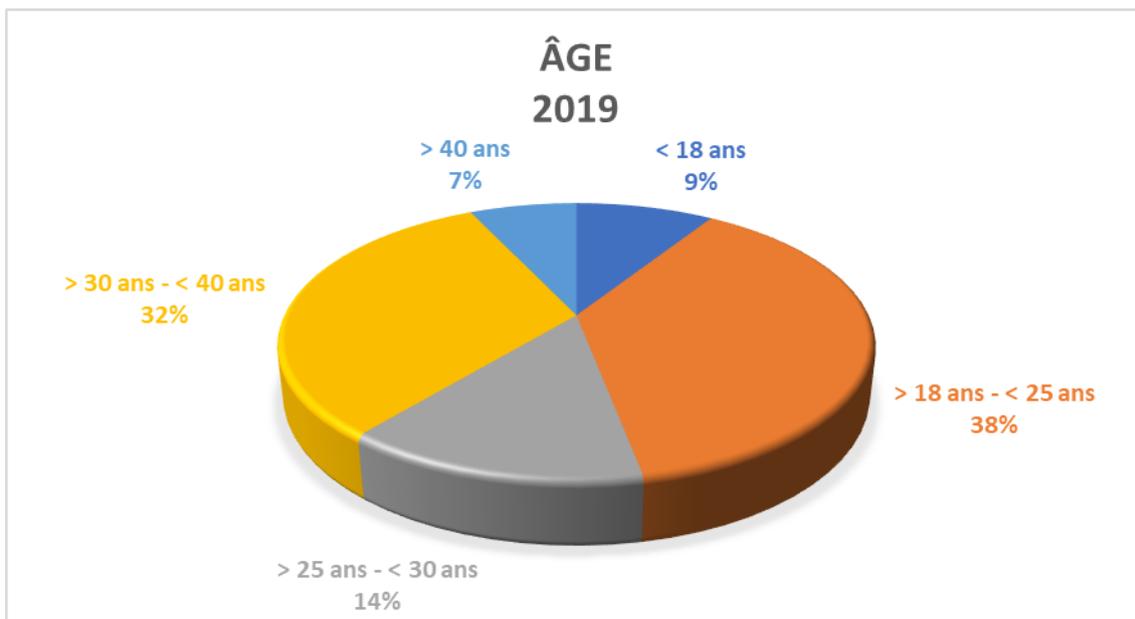
En 2018, la répartition des patientes selon l'âge est la suivante :

- mineures :	10%
- ≥ 18 ans - < 25 ans :	37%
- ≥ 25 ans - < 30 ans :	19%
- ≥ 30 ans - < 40 ans :	29%
- ≥ 40 ans :	5%



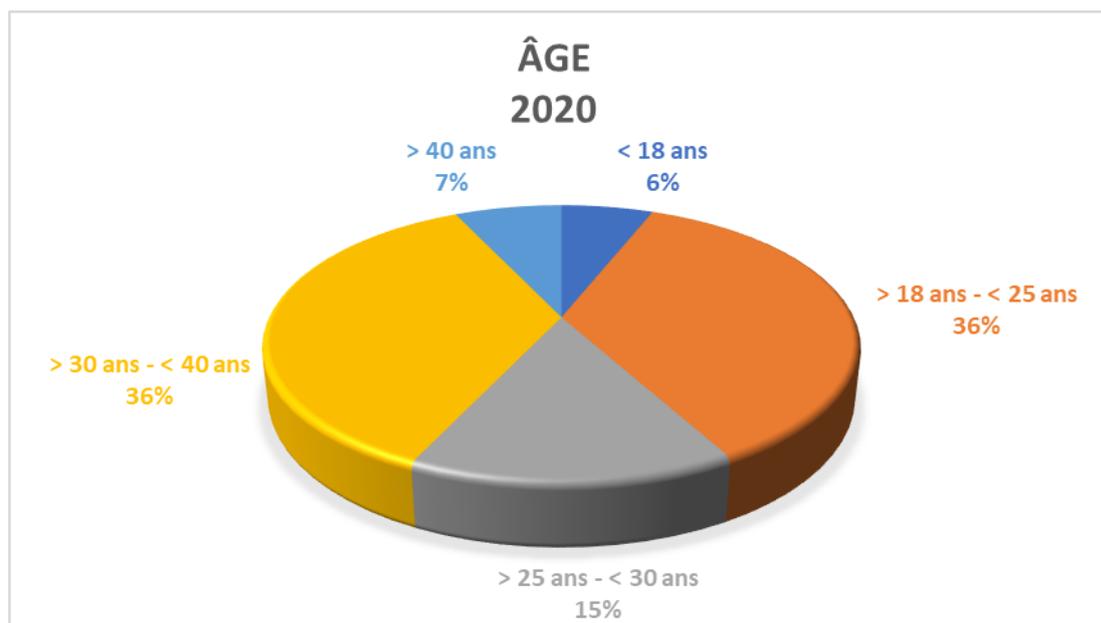
En 2019, la répartition des patientes selon l'âge est la suivante :

- mineures : 9%
- ≥ 18 ans - < 25 ans : 38%
- ≥ 25 ans - < 30 ans : 14%
- ≥ 30 ans - < 40 ans : 32%
- ≥ 40 ans : 7%



En 2020, la répartition des patientes selon l'âge est la suivante :

- mineures : 6%
- ≥ 18 ans - < 25 ans : 36%
- ≥ 25 ans - < 30 ans : 15%
- ≥ 30 ans - < 40 ans : 36%
- ≥ 40 ans : 7%



Il n'existe pas de différence significative en fonction des années dans la répartition de l'âge des patientes.

2.2. L'anonymat :

8% des patientes ont fait une demande d'anonymat en 2018. 6% l'ont fait en 2019 et 4% en 2020.

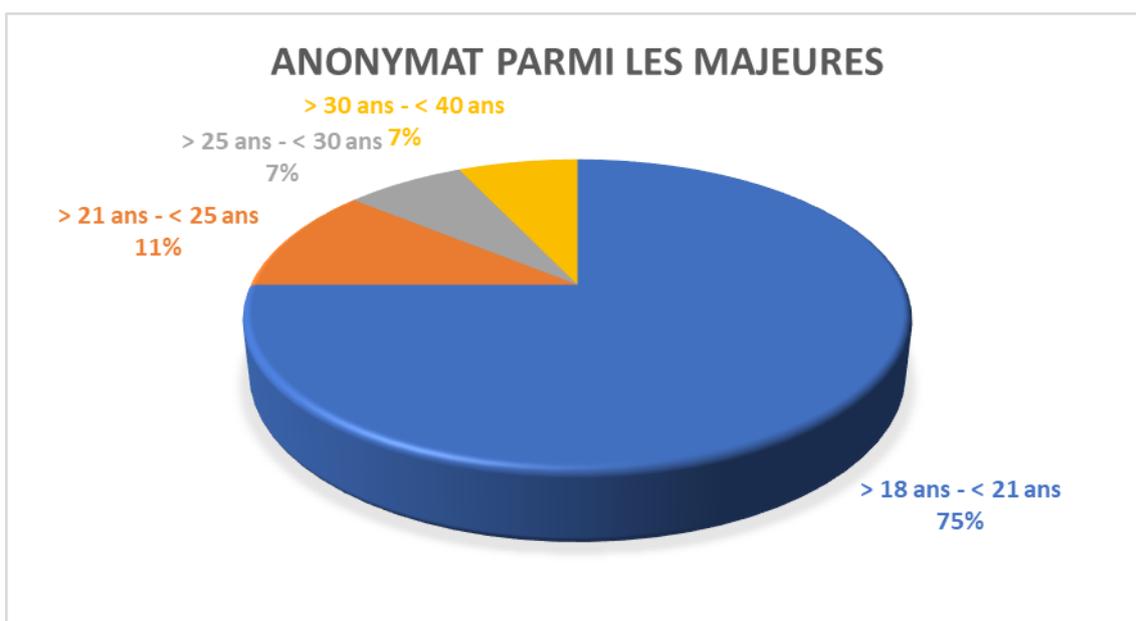
Quelle que soit l'année considérée, 50% des femmes étaient mineures et 50% majeures.

	ANNEES		
ANONYMAT	2018	2019	2020
<i>Demandes totales</i>	8%	6%	4%
<i>Dont mineures</i>	50%	50%	50%

ANNEES		
2018-2019	2019-2020	2018-2020
<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,025</i>
<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

Parmi les 50% de femmes majeures ayant fait cette demande sur l'ensemble des 3 années, la répartition selon l'âge est la suivante :

- ≥ 18 ans - < 21 ans : 75%
- ≥ 21 ans - < 25 ans : 11%
- ≥ 25 ans - < 30 ans : 7%
- ≥ 30 ans - ≤ 40 ans : 7%



2.3. L'origine :

3% des femmes étaient de nationalité étrangère en 2018 ; elles étaient 2% en 2019 et en 2020.

	ANNEES		
NATIONALITE	2018	2019	2020
<i>Française</i>	97%	98%	98%
<i>Etrangère</i>	3%	2%	2%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années.

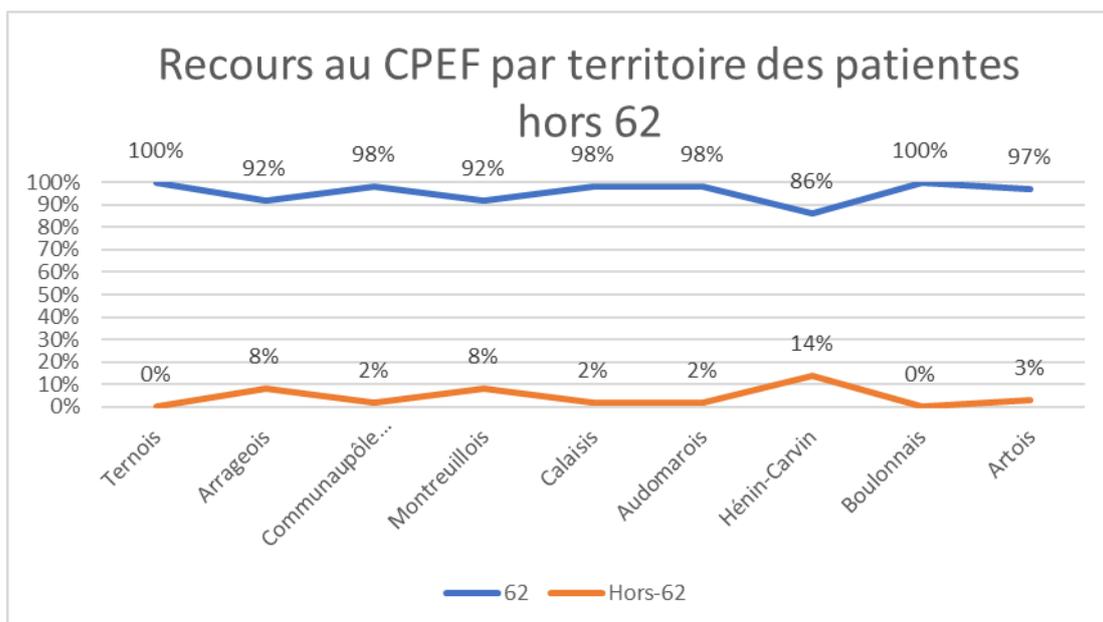
4% des femmes n'étaient pas domiciliées dans le Pas-de-Calais en 2018 et en 2019 contre 3% en 2020.

	ANNEES		
ORIGINE	2018	2019	2020
<i>Département 62</i>	96%	96%	97%
<i>Hors 62</i>	4%	4%	3%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années.

Le recours au CPEF par territoire sur l'ensemble des 3 années, des patientes résidant hors du département 62, est le suivant, par ordre de fréquence :

- Hénin-Carvin : 14%
- Arrageois : 8%
- Montreuillois : 8%
- Artois : 3%
- Communauté Lens/Liévin : 2%
- Audomarois : 2%
- Calaisis : 2%
- Boulonnais : 0%
- Ternois : 0%



	Arrageois	Montreuillois	Artois	Lens/ Liévin	Audomarois	Calaisis	Boulonnais	Ternois
Hénin-Carvin	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>p<0.025</i>	<i>p<0.005</i>	<i>p<0.005</i>	<i>p<0.01</i>	<i>p<0.001</i>	<i>ns</i>
Arrageois		<i>ns</i>	<i>p<0.05</i>	<i>p<0.01</i>	<i>p<0.01</i>	<i>p<0.025</i>	<i>p<0.001</i>	<i>ns</i>
Montreuillois			<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>p<0.001</i>	<i>ns</i>
Artois				<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>p<0.05</i>	<i>ns</i>
Lens/Liévin					<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Audomarois						<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
Calaisis							<i>ns</i>	<i>ns</i>
Boulonnais								<i>ns</i>

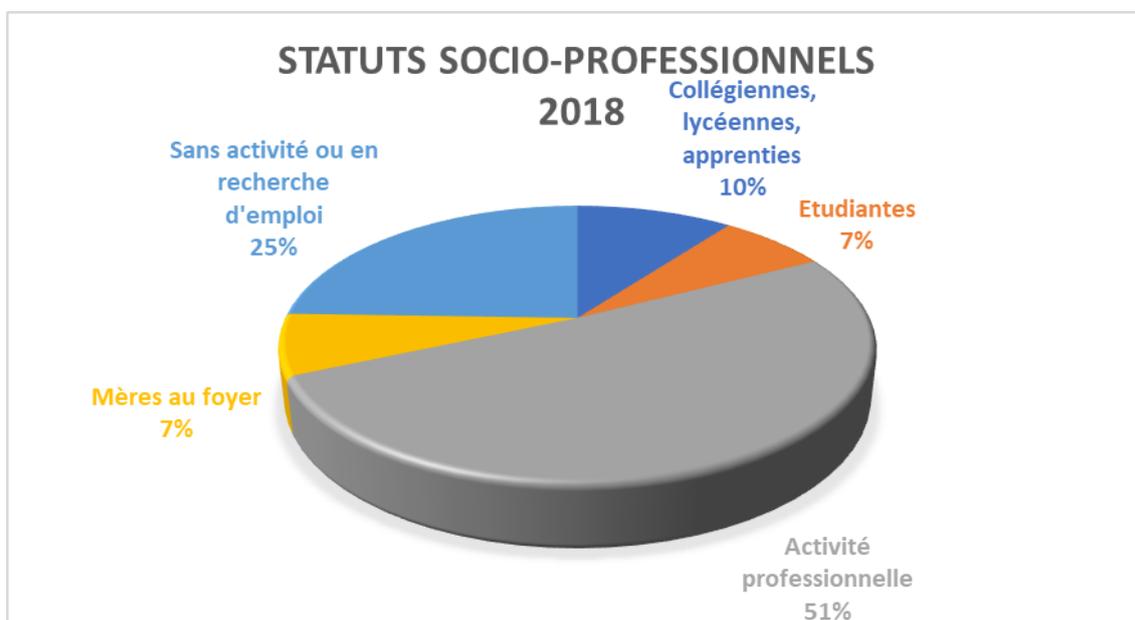
2.4. Le statut socio-professionnel :

Les statuts socio-professionnels ont été classés en 5 groupes :

- collégiennes, lycéennes et apprenties
- étudiantes
- femmes actives
- mères au foyer
- sans activité ou en recherche d'emploi

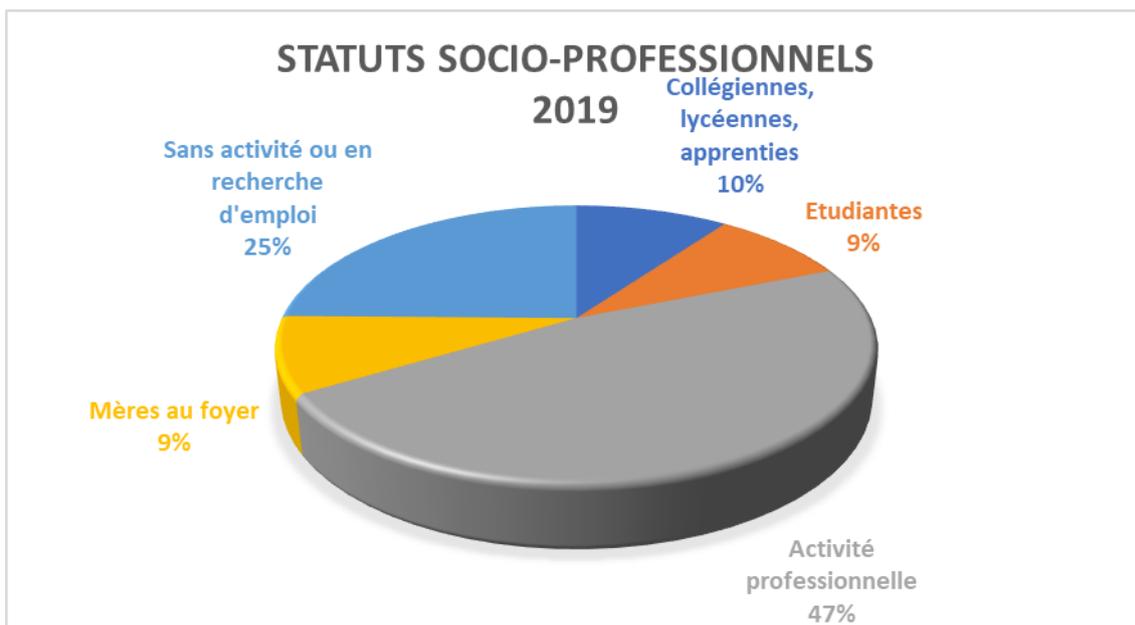
En 2018, les patientes se répartissent comme suit, par ordre de fréquence :

- femmes actives : 51%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 25%
- collégiennes, lycéennes et apprenties : 10%
- mères au foyer : 7%
- étudiantes : 7%



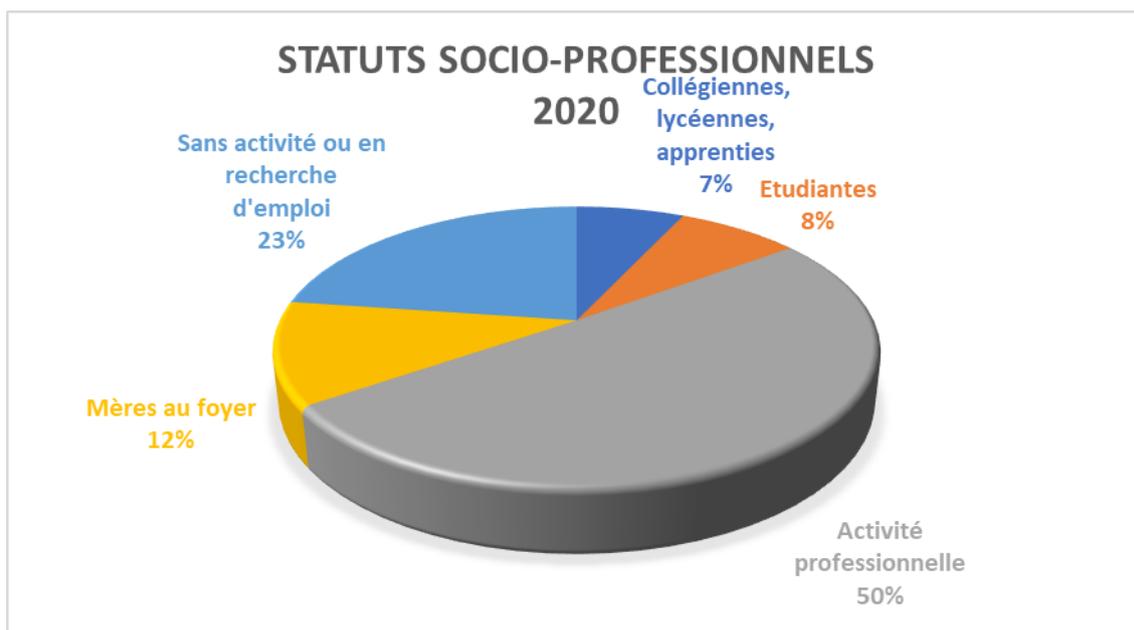
En 2019, les patientes se répartissent de la façon suivante, par ordre de fréquence :

- femmes actives : 47%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 25%
- collégiennes, lycéennes et apprenties : 10%
- étudiantes : 9%
- mères au foyer : 9%



En 2020, les patientes sont réparties ainsi, par ordre de fréquence :

- femmes actives : 50%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 23%
- mères au foyer : 12%
- étudiantes : 8%
- collégiennes, lycéennes et apprenties : 7%



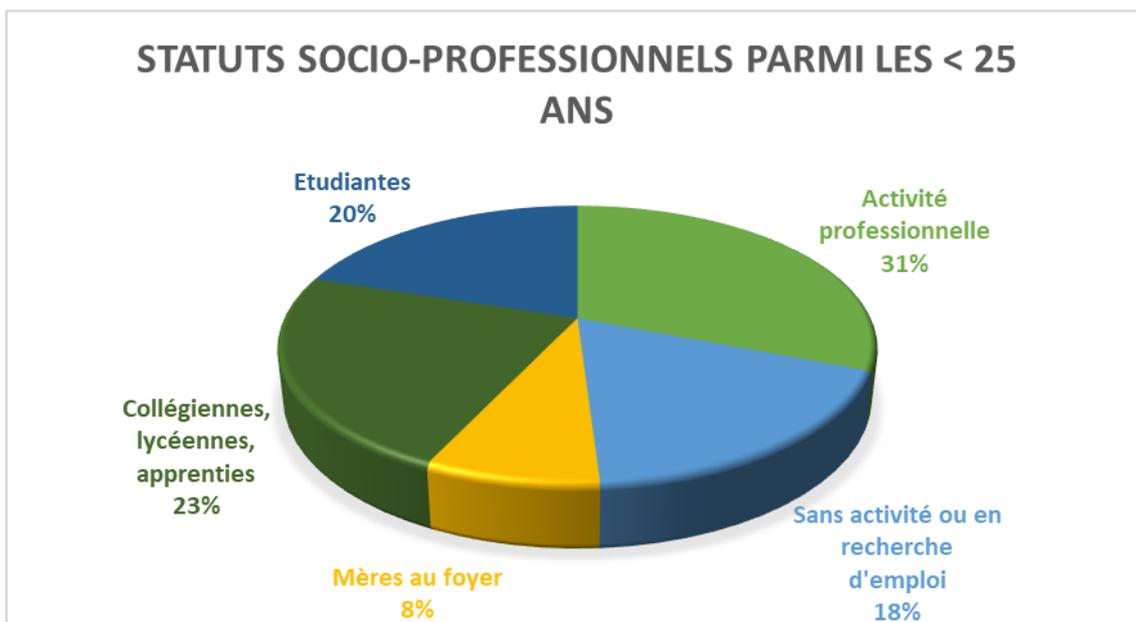
Il n'existe pas de différence significative en fonction des années dans la répartition des statuts socio-professionnels.

Sur l'ensemble des 3 années, nous avons recensé les statuts socio-professionnels parmi les patientes de moins de 25 ans et celles de 25 ans ou plus.

Concernant les femmes de moins de 25 ans :

La répartition par ordre de fréquence est la suivante :

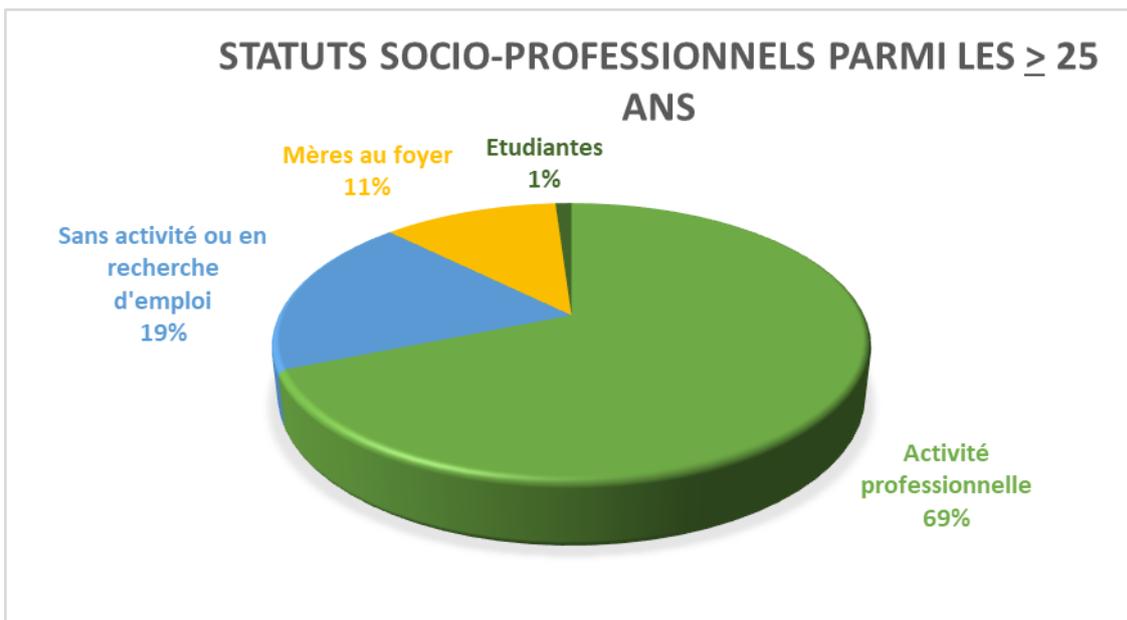
- femmes actives : 31%
- collégiennes, lycéennes, apprenties : 23%
- étudiantes : 20%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 18%
- mères au foyer : 8%



Concernant les femmes de 25 ans ou plus :

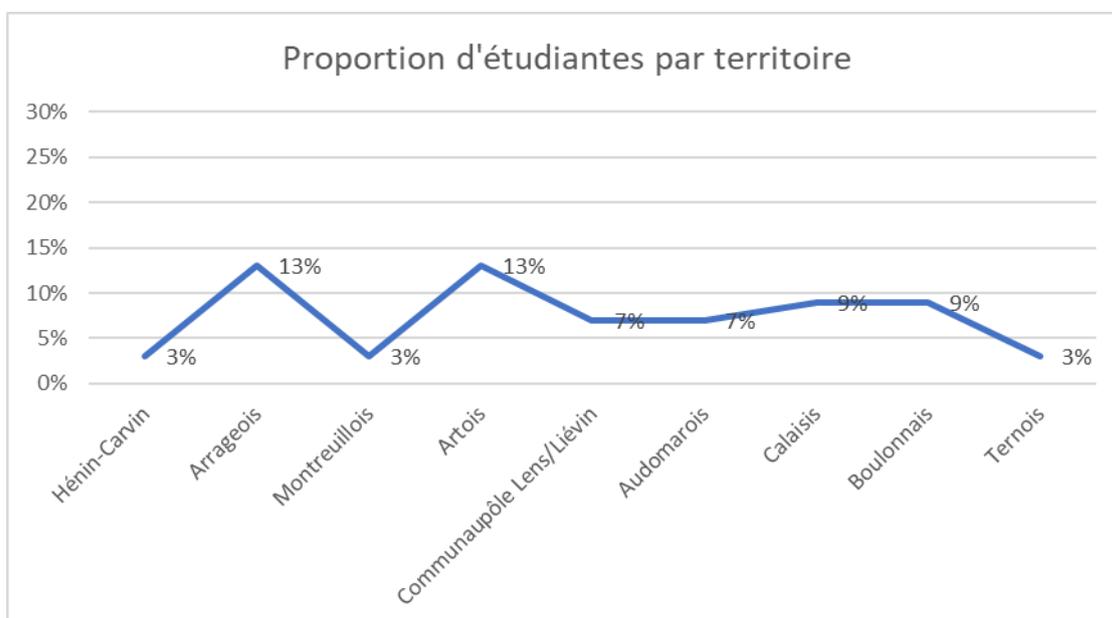
La répartition par ordre de fréquence est la suivante :

- femmes actives : 69%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 19%
- mères au foyer : 11%
- étudiantes : 1%



Nous avons répertorié les étudiantes ayant eu recours à l'IVG durant ces 3 années, selon le territoire consulté :

- Hénin-Carvin : 3%
- Arrageois : 13%
- Montreuillois : 3%
- Artois : 13%
- Communauté Lens/Liévin : 7%
- Audomarois : 7%
- Calaisis : 9%
- Boulonnais : 9%
- Ternois : 3%



Il n'y a pas de différence significative en fonction des territoires dans la répartition des étudiantes.

3. Les caractéristiques gynécologiques des patientes :

3.1. Le nombre d'enfants au moment de l'IVG :

Nous avons recensé le nombre d'enfants par femme au moment de l'IVG.

En 2018, 44% des femmes n'avaient pas d'enfant, 21% en avaient un, 35% avaient 2 enfants ou plus.

En 2019, 47% des femmes n'avaient pas d'enfant, 21% en avaient un, 32% avaient 2 enfants ou plus.

En 2020, 43% n'avaient pas d'enfant, 20% en avaient un, 37% avaient 2 enfants ou plus.

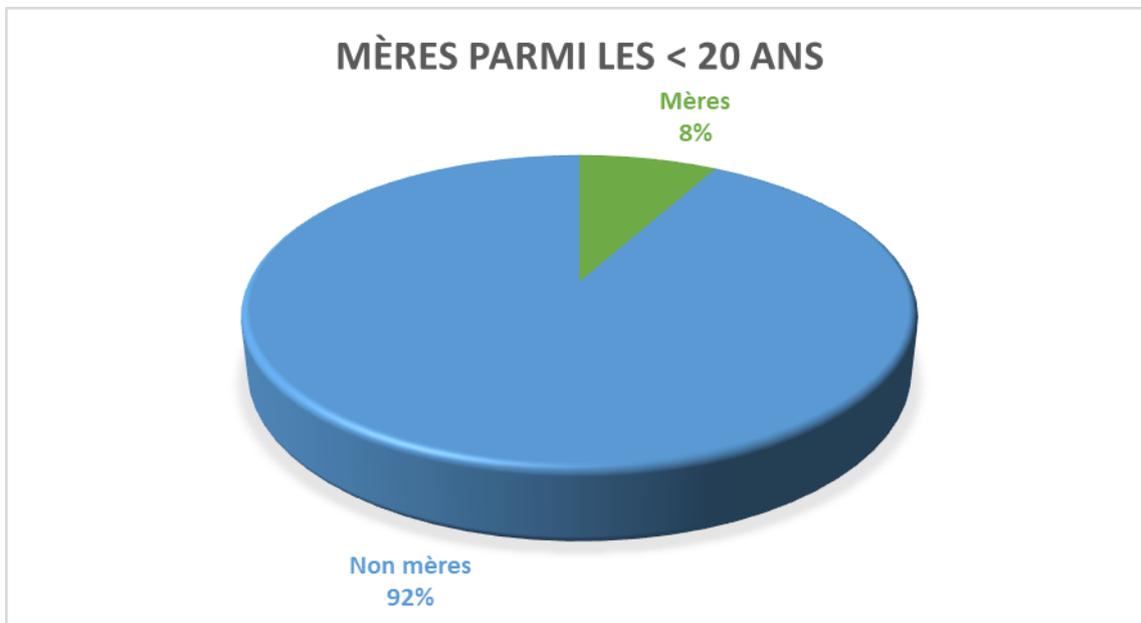
	ANNEES		
NOMBRE D'ENFANTS	2018	2019	2020
0	44%	47%	43%
1	21%	21%	20%
≥2	35%	32%	37%

Il n'y a pas de différence significative en fonction des années dans la répartition du nombre d'enfants.

Sur l'ensemble des 3 années, nous avons évalué la part de patientes déjà mères de famille parmi les femmes de moins de 20 ans et les femmes de 30 ans ou plus.

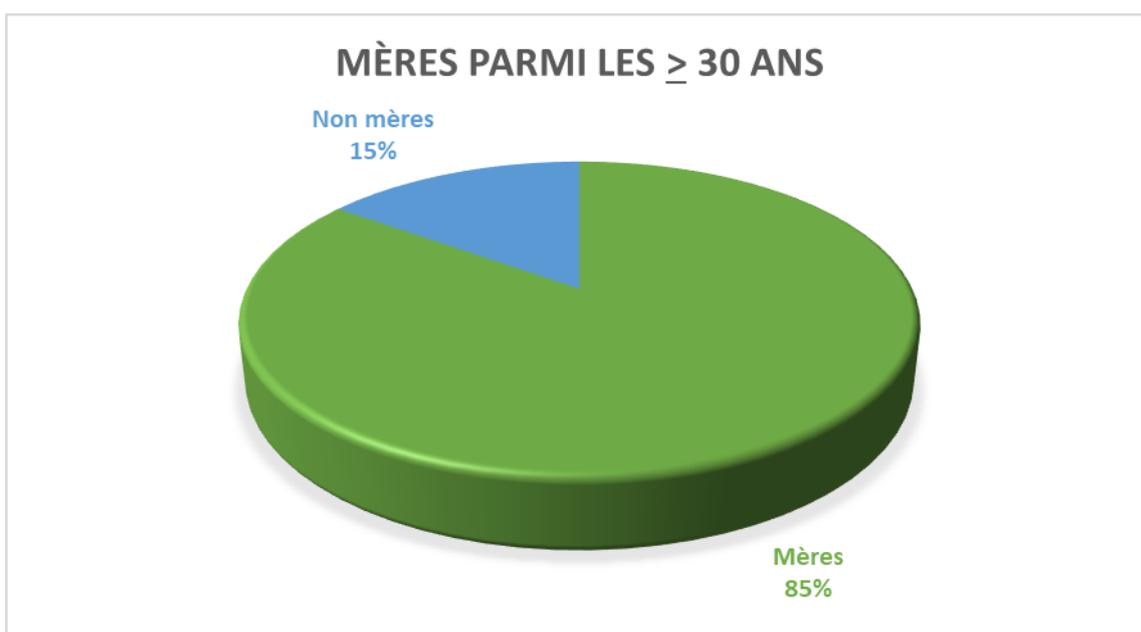
Concernant les femmes de moins de 20 ans :

8% d'entre elles sont déjà mères.



Concernant les femmes de 30 ans ou plus :

85% d'entre elles sont déjà mères.



3.2. L'âge du dernier enfant :

Parmi les femmes ayant déjà au moins un enfant, nous avons pris en compte l'âge du dernier.

En 2018, 19% de celles-ci avaient eu leur dernier enfant dans les douze mois précédents, 72% entre 1 an et 10 ans. 9% des femmes l'ont eu il y a plus de 10 ans.

En 2019, 14% de celles-ci avaient eu leur dernier enfant dans les douze mois précédents, 73% entre 1 an et 10 ans. 13% des femmes l'ont eu il y a plus de 10 ans.

En 2020, 17% de celles-ci avaient eu leur dernier enfant dans les douze mois précédents, 70% entre 1 an et 10 ans. 13% des femmes l'ont eu il y a plus de 10 ans.

AGE DU DERNIER ENFANT	ANNEES		
	2018	2019	2020
< 1 an	19%	14%	17%
≥ 1 an - < 10 ans	72%	73%	70%
≥ 10 ans	9%	13%	13%

Il n'y a pas de différence significative en fonction des années dans la répartition de l'âge du dernier enfant.

3.3. Le nombre d'antécédents d'IVG :

En 2018, il s'agissait d'une première IVG pour 83% des femmes. 14% des femmes avaient déjà eu une IVG précédemment. Concernant les patientes ayant au moins 2 antécédents d'IVG, elles étaient 3%.

En 2019, il s'agissait d'une première IVG pour 78% des femmes. 18% des femmes avaient déjà eu une IVG précédemment. Concernant les patientes ayant au moins 2 antécédents d'IVG, elles étaient 4%.

En 2020, il s'agissait d'une première IVG pour 74% des femmes. 19% des femmes avaient déjà eu une IVG précédemment. Concernant les patientes ayant au moins 2 antécédents d'IVG, elles étaient 7%.

NOMBRE D'ATCD D'IVG	ANNEES		
	2018	2019	2020
0	83%	78%	74%
1	14%	18%	19%
≥2	3%	4%	7%

Il n'y a pas de différence significative en fonction des années dans la répartition du nombre d'antécédents d'IVG hormis entre 2018 et 2020 pour les patientes sans antécédent d'IVG ($p < 0.05$).

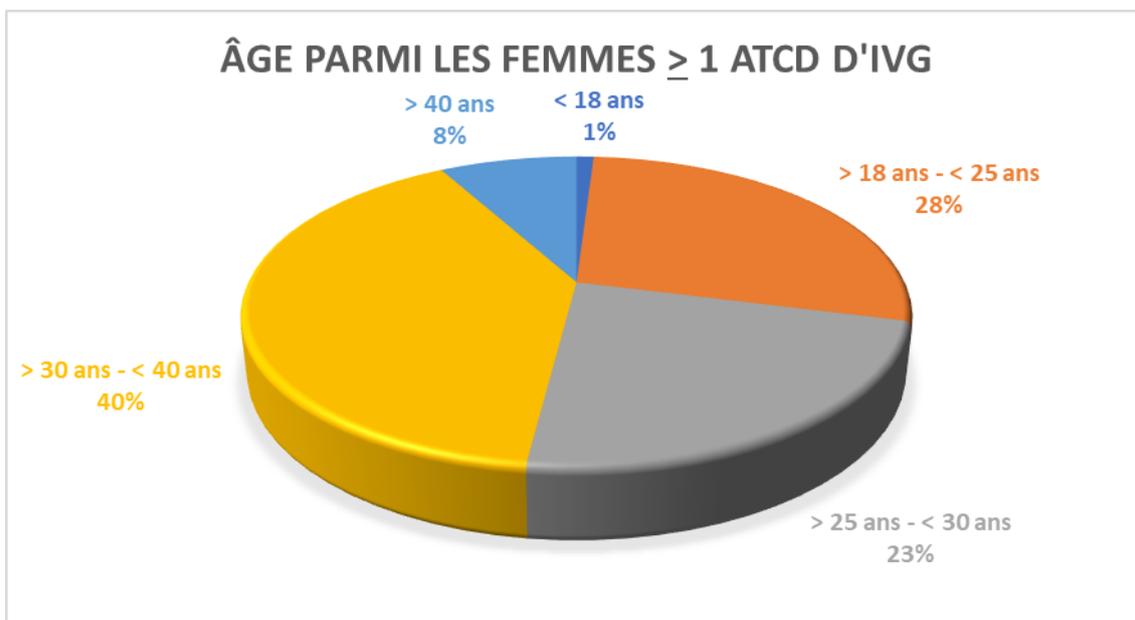
Concernant les patientes ayant au moins un antécédent d'IVG :

Nous les avons réparties selon leur âge, leur statut socio-professionnel et le fait qu'elles avaient déjà 1 enfant ou plus.

Concernant l'âge, sur l'ensemble des 3 années, la répartition des patientes est la suivante

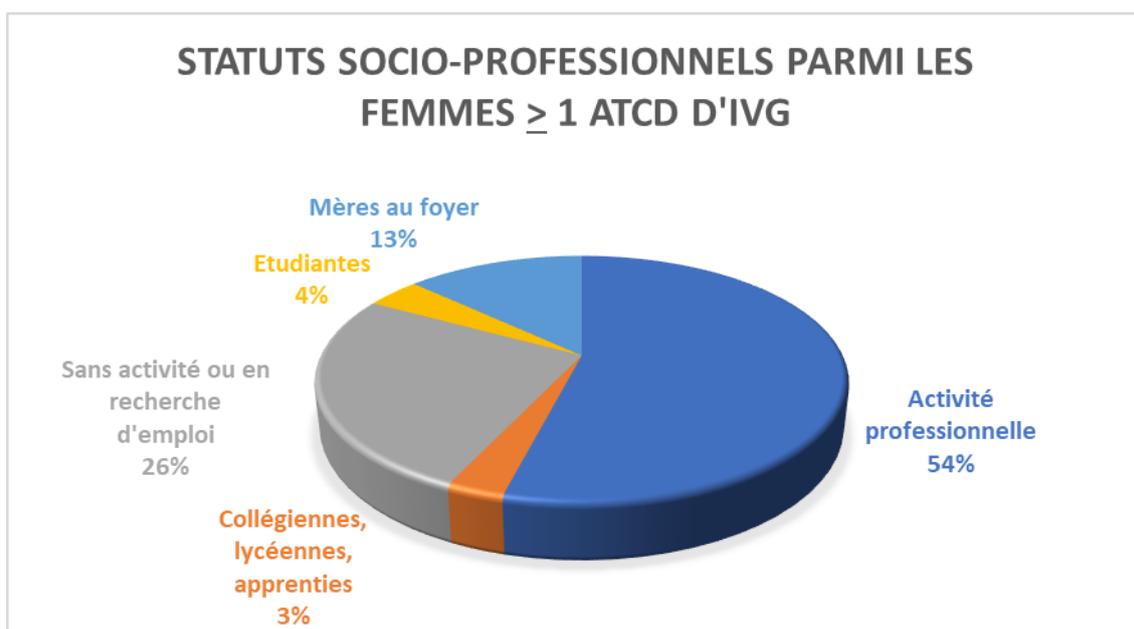
:

- mineures : 1%
- ≥ 18 ans - < 25 ans : 28%
- ≥ 25 ans - < 30 ans : 23%
- ≥ 30 ans - < 40 ans : 40%
- ≥ 40 ans : 8%

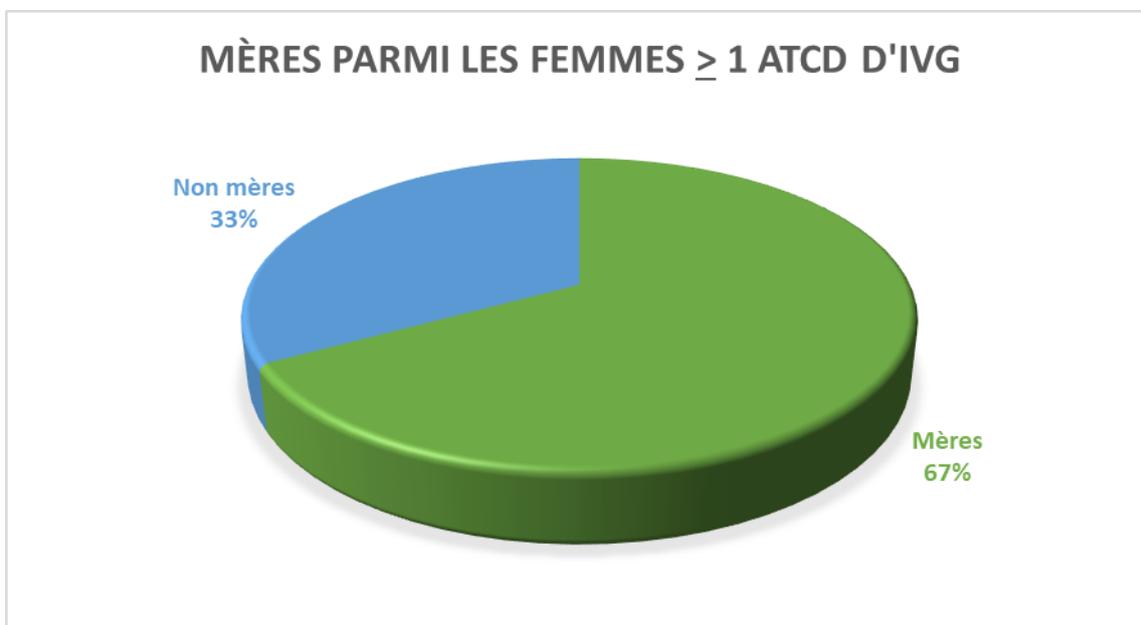


Concernant le statut socio-professionnel sur l'ensemble des 3 années, la répartition par ordre de fréquence est la suivante :

- femmes actives : 54%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 26%
- mères au foyer : 13%
- étudiantes : 4%
- collégiennes, lycéennes, apprenties : 3%



Concernant le fait d'avoir 1 enfant ou plus, sur l'ensemble des 3 années, 67% étaient déjà mères.



3.4. La date de la dernière IVG :

Concernant les femmes ayant des antécédents d'IVG :

En 2018, la dernière IVG est inférieure à 1 an pour 20% d'entre elles. Elle date de 1 à 5 ans pour 41% des femmes. Elle remonte à plus de 5 ans pour 39% des patientes.

En 2019, la dernière IVG est inférieure à 1 an pour 22% d'entre elles. Elle date de 1 à 5 ans pour 47% des femmes. Elle remonte à plus de 5 ans pour 31% des patientes.

En 2020, la dernière IVG est inférieure à 1 an pour 23% d'entre elles. Elle date de 1 à 5 ans pour 39% des femmes. Elle remonte à plus de 5 ans pour 38% des patientes.

DATE DE LA DERNIERE IVG	ANNEES		
	2018	2019	2020
< 1an	20%	22%	23%
≥ 1 an - < 5 ans	41%	47%	39%
≥ 5 ans	39%	31%	38%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années dans la répartition de la date de la dernière IVG.

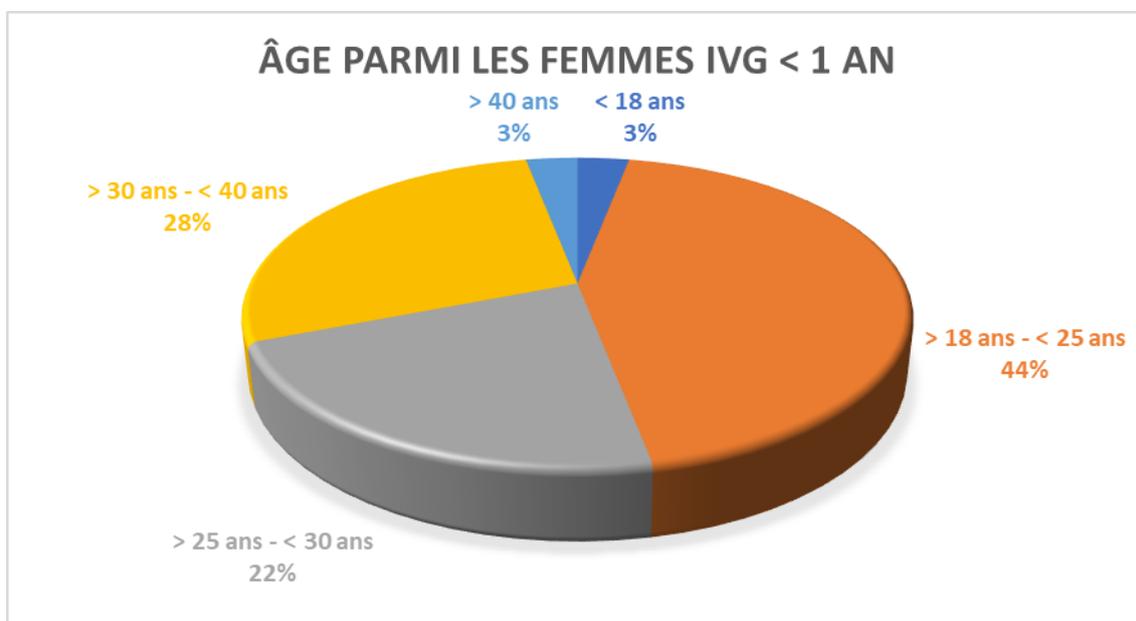
Concernant les patientes dont la dernière IVG remonte à moins d'un an :

Nous les avons réparties selon leur âge et leur statut socio-professionnel.

Concernant l'âge, sur l'ensemble des 3 années, la répartition des patientes est la suivante

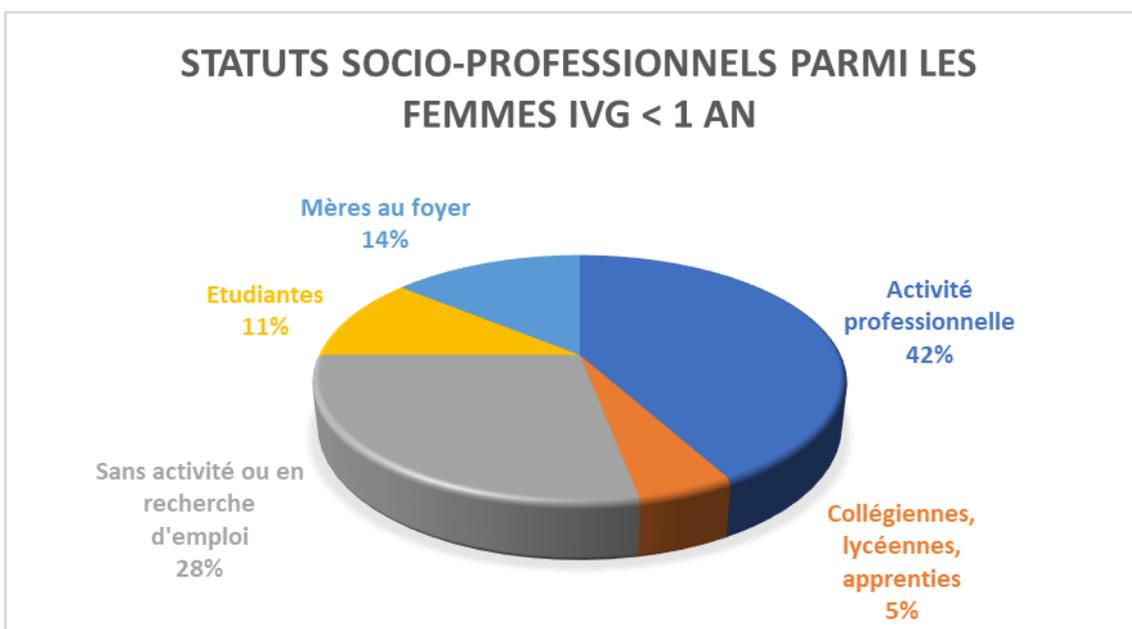
:

- mineures : 3%
- ≥ 18 ans - < 25 ans : 44%
- ≥ 25 ans - < 30 ans : 22%
- ≥ 30 ans - < 40 ans : 28%
- ≥ 40 ans : 3%



Concernant le statut socio-professionnel sur l'ensemble des 3 années, la répartition par ordre de fréquence est la suivante :

- femmes actives : 42%
- sans activité ou en recherche d'emploi : 28%
- mères au foyer : 14%
- étudiantes : 11%
- collégiennes, lycéennes, apprenties : 5%



4. Les caractéristiques de l'IVG :

4.1. L'entretien psycho-social pré-IVG :

Concernant les mineures :

En 2018, 93% des mineures ont bénéficié de l'entretien psycho-social pré-IVG ; en 2019, elles étaient 92% et en 2020, 98%.

Concernant les majeures :

En 2018, 74% des majeures ont bénéficié de l'entretien psycho-social pré-IVG ; en 2019, elles étaient 63% et en 2020, 69%.

	ANNEES		
ENTRETIEN PRE-IVG	2018	2019	2020
<i>Mineures</i>	93%	92%	98%
<i>Majeures</i>	74%	67%	69%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années.

4.2. La contraception au moment de l'IVG :

Les différents moyens de contraception recensés lors des consultations sont multiples.

Par contraceptif reconnu, on entend la pilule, le DIU, le préservatif, le patch, l'anneau, l'implant. Les méthodes naturelles telles que le retrait et le calcul de dates ne sont pas retenues comme contraceptives dans notre étude.

METHODES	ANNEES		
	2018	2019	2020
<i>Aucune</i>	36%	27%	30%
<i>Retrait</i>	4%	11%	10%
<i>Calcul de dates</i>	2%	6%	5%
<i>Préservatif</i>	14%	20%	20%
<i>Pilule</i>	39%	33%	31%
<i>DIU/SIU</i>	2%	1%	1%
<i>Patch</i>	1%	1%	<1%
<i>Anneau</i>	<1%	<1%	<1%
<i>Implant</i>	0.01%	0.01%	0.01%

METHODES	ANNEES		
	2018-2019	2019-2020	2018-2020
<i>Aucune</i>	<i>p<0,005</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Retrait</i>	<i>p<0,001</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,005</i>
<i>Calcul de dates</i>	<i>p<0,01</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,05</i>
<i>Préservatif</i>	<i>p<0,05</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,05</i>
<i>Pilule</i>	<i>p<0,05</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,025</i>
<i>DIU/SIU</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Patch</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Anneau</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Implant</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

Concernant les patientes mineures :

En 2018, 41% des mineures utilisaient une méthode contraceptive reconnue ; elles étaient 46% en 2019 et 47% en 2020.

Concernant les patientes majeures :

En 2018, 57% des patientes majeures utilisaient une méthode contraceptive reconnue ; elles étaient 57% en 2019 et 53% en 2020.

	ANNEES		
RECOURS A LA CONTRACEPTION	2018	2019	2020
<i>Mineures</i>	41%	46%	47%
<i>Majeures</i>	57%	57%	53%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années.

4.3. Le recours à une contraception d'urgence :

En 2018, les patientes, consultant pour une demande d'IVG, étaient 3% à avoir eu recours à une contraception d'urgence ; elles étaient 3% en 2019 et 4% en 2020.

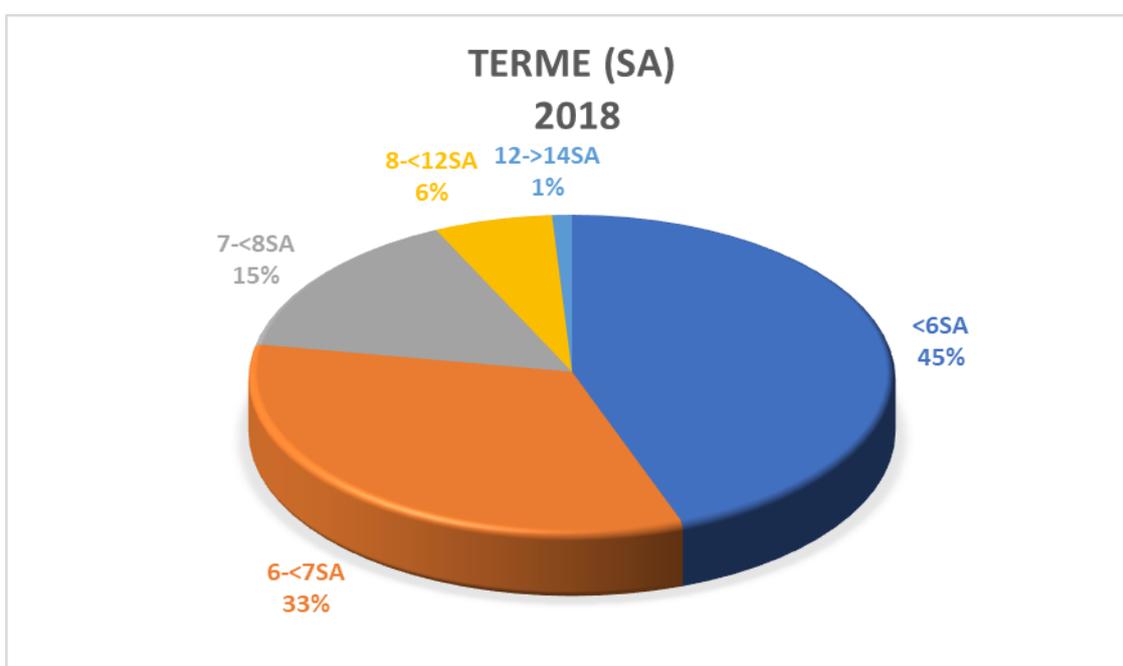
	ANNEES		
RECOURS A LA CONTRACEPTION D'URGENCE	2018	2019	2020
<i>Prise</i>	3%	3%	4%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années.

4.4. Le terme de l'IVG :

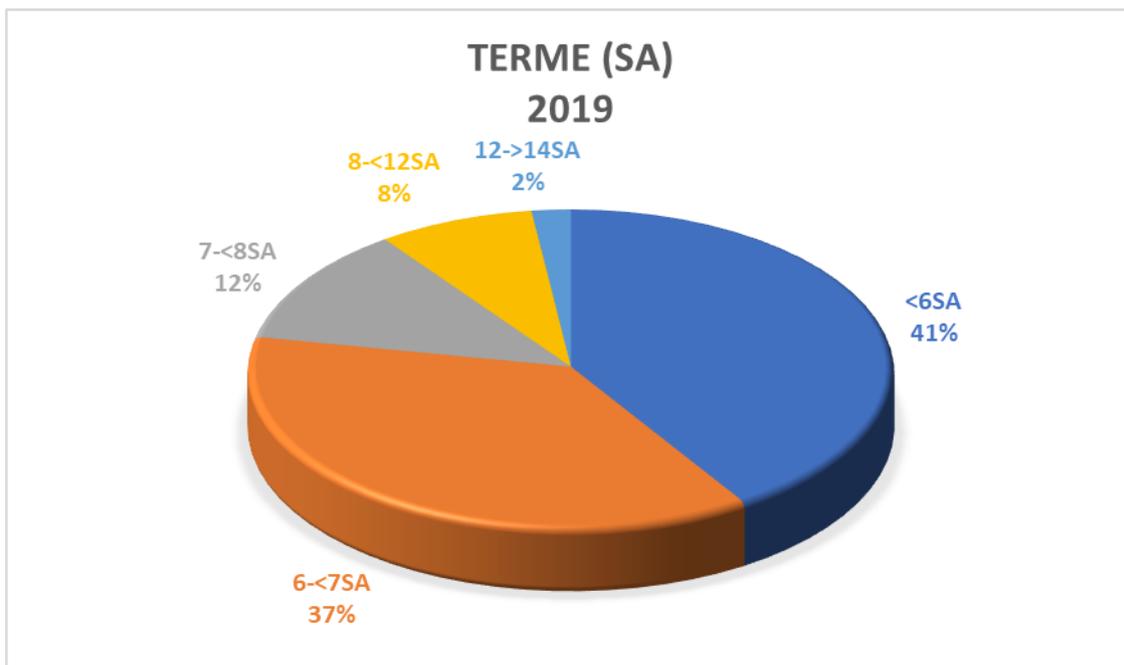
En 2018, le terme calculé lors de la 1^{ère} consultation est réparti de la manière suivante :

- < 6 SA :	45%
- ≥ 6 SA - < 7 SA :	33%
- ≥ 7 SA - < 8 SA :	15%
- ≥ 8 SA - < 12 SA :	6%
- ≥ 12 SA - ≥ 14 SA :	1%



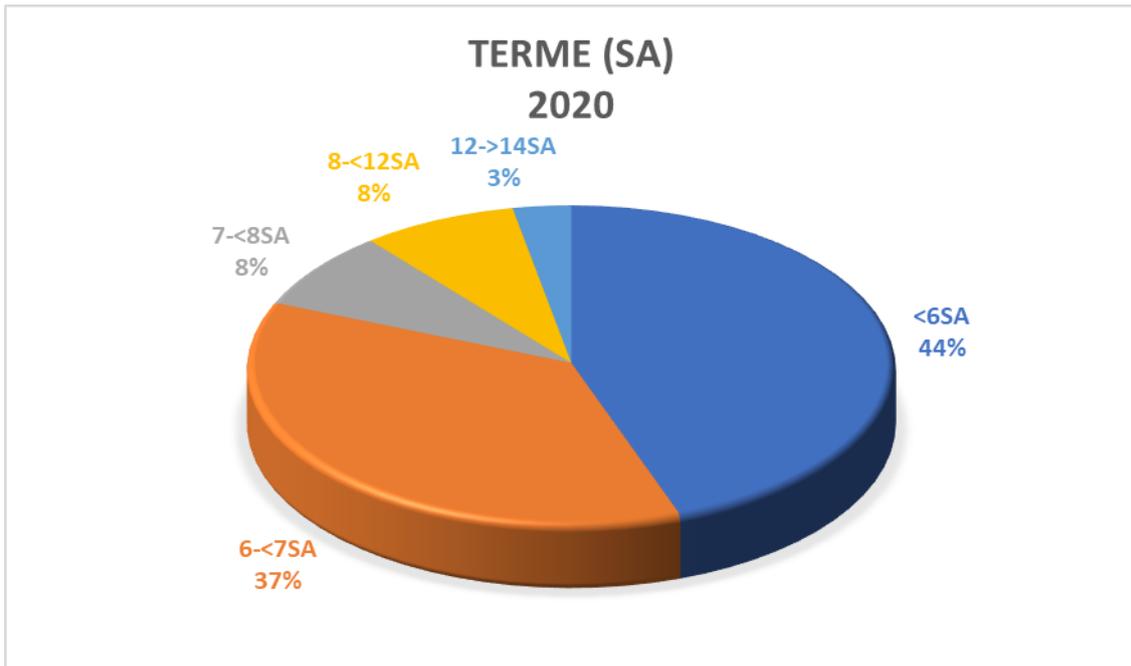
En 2019, le terme calculé lors de la 1^{ère} consultation est réparti de la manière suivante :

- < 6 SA : 41%
- ≥ 6 SA - < 7 SA : 37%
- ≥ 7 SA - < 8 SA : 12%
- ≥ 8 SA - < 12 SA : 8%
- ≥ 12 SA - ≥ 14 SA : 2%



En 2020, le terme calculé lors de la 1^{ère} consultation est réparti de la manière suivante :

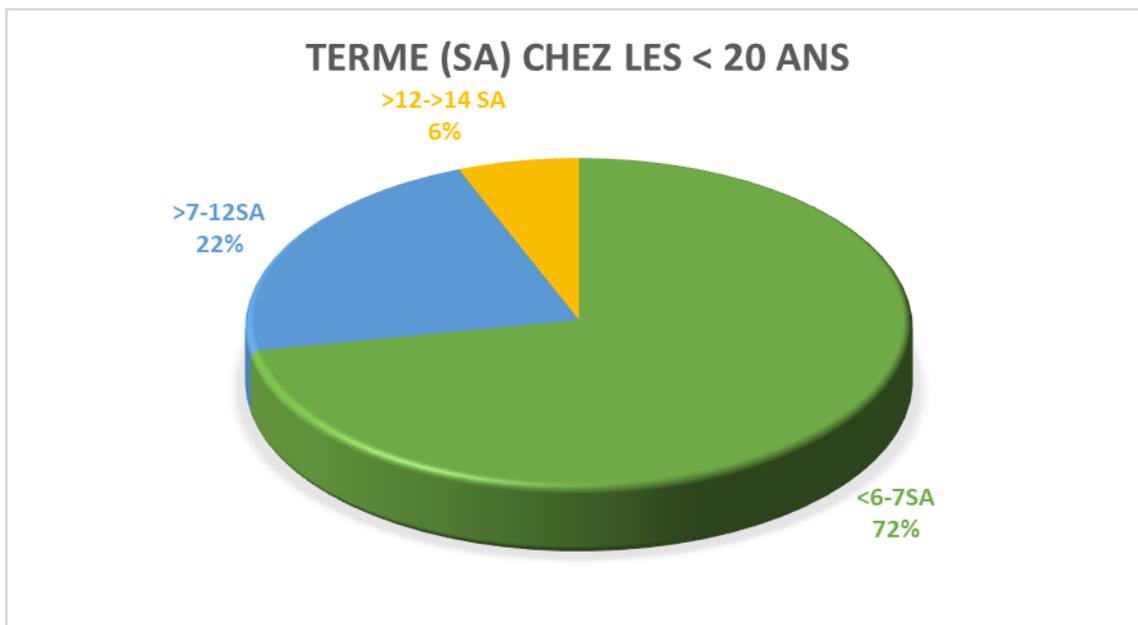
- < 6 SA : 44%
- ≥ 6 SA - < 7 SA : 37%
- ≥ 7 SA - < 8 SA : 8%
- ≥ 8 SA - < 12 SA : 8%
- ≥ 12 SA - ≥ 14 SA : 3%



Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années dans la répartition du terme.

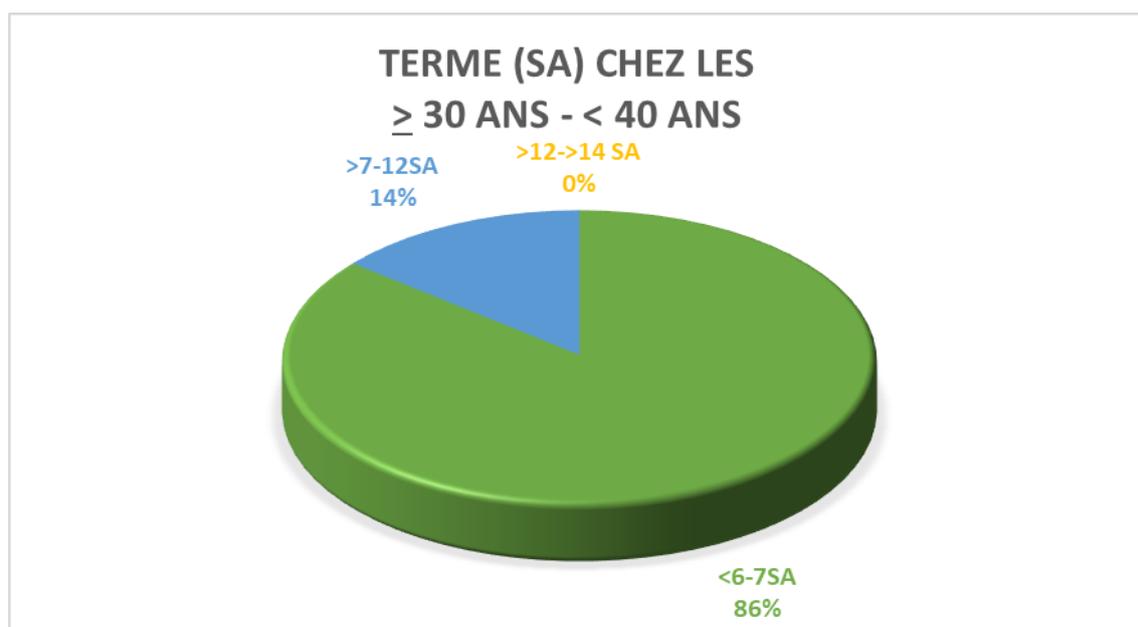
Concernant les femmes de moins de 20 ans :

Sur l'ensemble des 3 années, 72% des IVG étaient réalisées jusqu'à 7 SA, 22% entre 7 SA et 12 SA, 6% entre 12 SA et 14 SA ou plus.



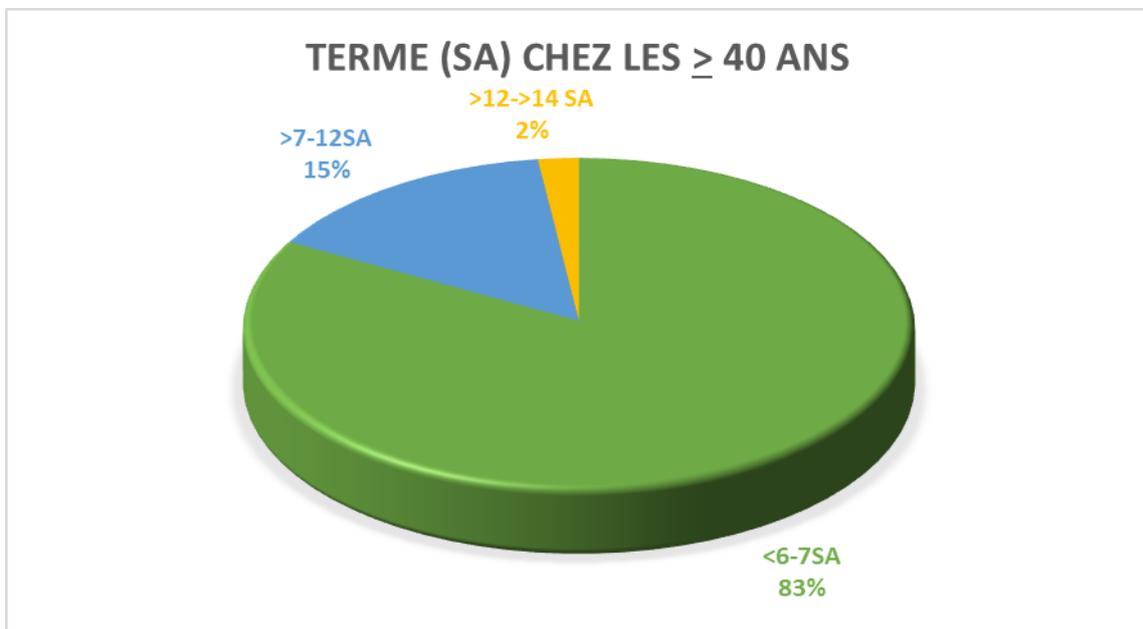
Concernant les femmes de 30 ans à 40 ans :

Sur l'ensemble des 3 années, 86% des IVG étaient réalisées jusqu'à 7 SA, 14% entre 7 SA et 12 SA, 0% entre 12 SA et 14 SA ou plus.



Concernant les femmes de 40 ans et plus :

Sur l'ensemble des 3 années, 83% des IVG étaient réalisées jusqu'à 7 SA, 15% entre 7 SA et 12 SA, 2% entre 12 SA et 14 SA ou plus.



4.5. Les complications post-IVG :

Sont considérées comme complications, le curetage direct sans reprise de misoprostol et le curetage suite à l'échec de la reprise du misoprostol.

La reprise de misoprostol simple ne peut être assimilée à un échec de la méthode médicamenteuse mais plutôt à un retard d'efficacité.

En 2018, le taux de complications s'élève à 3% : 2% de curetage direct, 1% de curetage après échec de reprise du misoprostol.

En 2019, le taux de complications s'élève à 2% : 2% de curetage direct, <1% de curetage après échec de reprise du misoprostol.

En 2020, le taux de complications s'élève à 2% : 2% de curetage direct, <1% de curetage après échec de reprise du misoprostol.

TAUX DE COMPLICATIONS	ANNEES		
	2018	2019	2020
<i>Curetage direct</i>	2%	2%	2%
<i>Curetage après échec de reprise du misoprostol</i>	1%	<1%	<1%
<i>Total</i>	3%	2%	2%

Il n'existe pas de différence statistiquement significative selon les années.

4.6. La consultation de contrôle post-IVG :

En 2018, 81% des femmes sont venues en consultation de contrôle post-IVG.

En 2019, elles sont également 81% à s'y présenter.

En 2020, elles sont 64%.

CONSULTATION DE CONTRÔLE	ANNEES		
	2018	2019	2020
<i>Présence</i>	81%	81%	64%

CONSULTATION DE CONTRÔLE	ANNEES		
	2018-2019	2019-2020	2018-2020
<i>Présence</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,001</i>	<i>p<0,001</i>

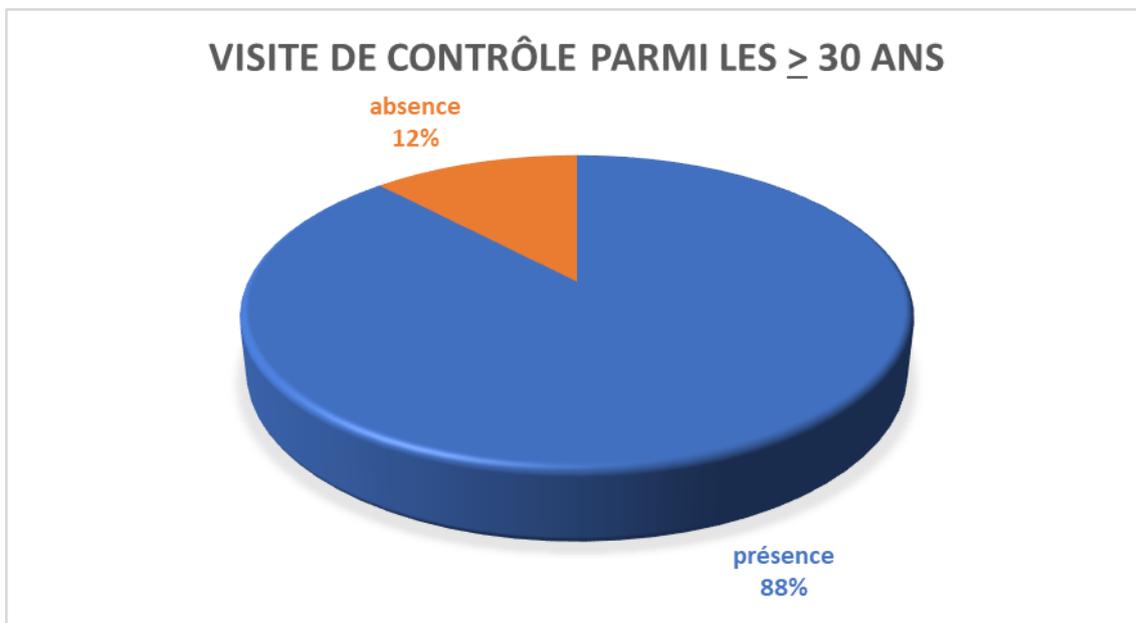
Concernant les femmes de moins de 25 ans :

Sur l'ensemble des 3 années, 49% se sont présentées en consultation de contrôle.



Concernant les femmes de 30 ans ou plus :

Sur l'ensemble des 3 années, 88% se sont présentées en consultation de contrôle.



4.7. L'entretien psycho-social post-IVG :

En 2018, 3% des patientes ont été reçues en entretien post-IVG.

En 2019, elles étaient 5%.

En 2020, 20% des femmes ont bénéficié de l'entretien post-IVG.

	ANNEES		
ENTRETIEN POST-IVG	2018	2019	2020
<i>Présence</i>	3%	5%	20%

	ANNEES		
ENTRETIEN POST-IVG	2018-2019	2019-2020	2018-2020
<i>Présence</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,001</i>	<i>p<0,001</i>

4.8. La contraception post-abortum :

La contraception post-IVG choisie par les patientes est représentée de la façon suivante :

METHODES	ANNEES		
	2018	2019	2020
<i>Pilule</i>	46%	49%	55%
<i>DIU/SIU</i>	33%	24%	23%
<i>Implant</i>	16%	15%	8%
<i>Patch</i>	3%	2%	1%
<i>Anneau</i>	2%	<1%	1%
<i>Stérilisation</i>	1%	3%	3%

METHODES	ANNEES		
	2018-2019	2019-2020	2018-2020
<i>Pilule</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,05</i>	<i>p<0,01</i>
<i>DIU/SIU</i>	<i>p<0,025</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,025</i>
<i>Implant</i>	<i>ns</i>	<i>p<0,005</i>	<i>p<0,005</i>
<i>Patch</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Anneau</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>
<i>Stérilisation</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>

DISCUSSION

I. Analyse de la méthode :

1. Forces :

La taille correcte de notre échantillon constitué de 1905 patientes permet d'obtenir un échantillon représentatif et d'extrapoler ces résultats.

Notre étude se déroule dans 11 centres de planification qui, bien qu'ils soient situés dans la même zone géographique, ont permis d'approcher le plus grand nombre de personnes possible fréquentant les centres de planification.

2. Faiblesses :

Nous reconnaissons un biais de sélection dans notre étude. En effet, s'agissant d'une étude rétrospective, certaines données peuvent manquer dans les dossiers sans que l'on puisse y remédier car il est impossible de recontacter chaque patiente.

Nous retrouvons également un biais d'information.

Cette étude étant multicentrique, le recueil des données n'est pas standardisé et les intervenants sont multiples et de corps de métiers différents (médecins, sages-femmes...). Ainsi, l'interprétation de certaines données peut varier selon le professionnel de santé. On pourrait citer comme exemple un couple qui alternerait avec plusieurs méthodes contraceptives (préservatifs, spermicides, calcul de dates). Comment le professionnel chargé du recueil a-t-il côté ce procédé ?

La réponse retranscrite dans le dossier médical est professionnel-dépendant et est responsable d'un biais de remplissage des dossiers.

Enfin, ces données sont enregistrées informatiquement à partir de dossiers papiers par une personne différente de celle ayant recueilli les données, ce qui majore le risque d'erreur dans la retranscription des informations.

II. Analyse des résultats :

1. Le nombre d'IVG réalisées en CPEF :

Suite aux données issues des statistiques du CPEF départemental du Pas-de-Calais, nous pouvons amener une discussion sur différents points.

1.1. Organisation de l'IVG médicamenteuse en CPEF :

Nous avons déjà démontré que la pratique des IVG médicamenteuses demande des moyens faciles et simples à mettre en place.

Budget :

Il a fallu investir une somme de 70 000 euros pour 10 appareils d'échographie et compte tenu de la marge bénéficiaire réalisée sur les 1301 patientes qui ont réalisé une IVG de 2018 à 2020, cet investissement a été rentabilisé en 1 an et demi.

En échangeant avec d'autres départements, notamment celui des Bouches-du-Rhône, nous avons pu constater un blocage dans la mise en place de ce projet pour des raisons financières qui selon notre expérience n'a pas lieu d'être.

Nous avons déjà transmis nos données à 5 autres départements pour les aider à monter un dossier et à le faire valider par leurs propres études.

Formation :

La mise en place de l'IVG a été facilitée car l'équipe présente était déjà composée de soignants (médecins et SF) et de CCF.

Concernant la formation des médecins et SF, elle a été faite en interne grâce aux 3 médecins et à la SF déjà formés à l'IVG médicamenteuse puis complétée par des stages sur les CH de proximité dans des services d'orthogénie, ce qui n'a engendré aucune dépense supplémentaire. Concernant les CCF, leur formation initiale leur avait déjà apporté les compétences requises.

Locaux :

Du fait de l'existence antérieure des centres de planification qui sont, dans le cas du Pas-de-Calais, dispatchés sur l'ensemble du territoire, il n'a pas été nécessaire de réinvestir dans des locaux. Les bâtiments existants ont été utilisés car ils étaient déjà reconnus par la population. De plus, du fait de leur maillage géographique, ils permettaient de couvrir l'ensemble du département, la multiplicité des centres garantissant aux femmes un recours rapide et proche de chez elles.

La plate-forme téléphonique :

La plate-forme téléphonique fonctionne grâce à un numéro unique permettant l'accès à tous les agendas des centres de planification du département. Grâce à ce dispositif, les femmes/couples peuvent être rapidement réorienté(e)s vers un autre centre afin d'assurer le délai de rendez-vous de 0 à 5 jours recommandé par l'HAS (80).

Compte tenu de la facilité d'accès aux rendez-vous, les professionnels rencontrent parfois un petit inconvénient lorsque les femmes viennent trop tôt (terme inférieur à 5 SA). Il n'est alors pas possible de visualiser une image du sac gestationnel à l'échographie et donc pas possible de débiter l'IVG lors de la première consultation. Il faut alors reprogrammer un rendez-vous.

Cela n'empêche pas d'accueillir les patientes pour discuter des différentes solutions dont elle pourra bénéficier.

Si le terme est dépassé, l'orientation au centre d'orthogénie du CH est plus rapide car l'équipe du CPEF se charge de la prise de contact.

Communication :

Une communication à minima a été élaborée auprès des professionnels de santé et des infirmières scolaires afin de limiter les risques de blocage sur un plan politique suite au fait que l'IVG reste une thématique controversée. Malgré une communication restreinte, le développement de la pratique au CPEF départemental s'est rapidement mis en place avec une augmentation constante chaque année grâce au partenariat avec tous les professionnels concernés et par le bouche-à-oreille.

En 2020, 80% des IVG réalisées suite à une demande en CPEF y ont été pratiquées. Cela est lié à une meilleure connaissance du CPEF. Les femmes/couples prennent contact avec le CPEF dans l'idée de faire une IVG médicamenteuse. Auparavant, ils pensaient que cela se faisait uniquement à l'hôpital ou qu'il était possible de consulter au CPEF mais que l'acte devait être réalisé en établissement de santé.

1.2. Le bilan :

En 2019, 232 000 IVG ont été réalisées en France, 5973 en CPEF ou centres de santé, 500 dans le CPEF du Pas-de-Calais soit 8.4%

En effet, l'ARS des Hauts-de-France nous a confirmé que seul le département du Pas-de-Calais effectuait des IVG médicamenteuses en CPEF. Les 500 IVG réalisées dans les Hauts-de France sont donc toutes pratiquées dans le département du 62.

Nous utilisons le nombre 500 et pas 379 comme recensé par la DREES car comme nous l'avons vu dans le chapitre qui traite d'épidémiologie, les chiffres fournis par la DREES ne sont pas exacts. En effet, il existe un décalage entre les tableaux nationaux et la réalité de terrain d'environ 6 mois.

Si chacun des 100 départements français avait le même rendement, 50 000 IVG seraient réalisées par an en CPEF.

Si on se réfère aux rapports de la DREES des années 2016 à 2019, on observe une augmentation de 3690% du nombre des IVG médicamenteuses réalisées en CPEF ou centres de santé dans les Hauts-de-France, sous-estimée car calculée avec les chiffres fournis par la DREES.

	2016	2017	2018	2019		Diff 16/17	Diff 17/18	Diff 18/19		Différence 2016-2019
Grd Est	30	130	91	121		333%	-30%	33%		303%
Nouvelle aquitaine	320	558	705	762		74%	26%	8%		138%
Auvergne-Rhone-Alpes	350	605	768	715		73%	27%	-7%		104%
Bourgogne - Franche-Comté	3	22	83	103		633%	277%	24%		3333%
Bretagne	45	100	122	112		122%	22%	-8%		149%
Centre Val de loire	25	153	134	130		512%	-12%	-3%		420%
Corse	11	3	2	6		-73%	-33%	200%		-45%
Ile-de-France	1246	2246	2383	2672		80%	6%	12%		114%
Occitanie	55	226	260	296		311%	15%	14%		438%
Pays-de-la-Loire	6	12	9	18		100%	-25%	100%		200%
Hauts de France	10	27	196	379		170%	626%	93%		3690%
Normandie	67	108	108	121		61%	0%	12%		81%
PACA	136	275	283	311		102%	3%	10%		129%
Total	2304	4465	5144	5746						

Au vu de l'augmentation continue du nombre d'IVG médicamenteuses réalisées au CPEF départemental depuis sa mise en place en 2018, nous objectivons d'atteindre 700 à 800 IVG/an soit 14% des IVG réalisées en moyenne sur le département du Pas-de-Calais.

L'augmentation constatée de 2018 à 2020 est liée à une meilleure connaissance du public de ce lieu d'accueil.

En 2020, cela a été notamment garanti par le maintien de l'ouverture des sites de consultations pendant le confinement.

Tous les ans, on observe que 5% à 10% des femmes qui consultent pour une demande d'IVG ne la réaliseront pas. Les raisons majoritaires sont représentées par la FCS et le changement d'avis mais le passage en CPEF permet de repérer une éventuelle GEU. On retrouve la même proportion d'IVG non réalisées dans une étude réalisée dans le cadre d'une thèse sur les IVG en CPEF dans le Maine-et-Loire en 2009 (82).

Parmi les 90% à 95% restants, entre 70% et 80% des femmes décident de la faire au CPEF.

La qualité de l'accueil est donc potentiellement assurée, justifiée également par le taux de 81% de patientes qui reviennent en visite de contrôle.

2. Les caractéristiques socio-démographiques des patientes:

2.1. L'âge :

L'âge moyen des patientes recourant à une IVG est de 27.2 ans, très proche de l'âge moyen des données de la DREES (1).

On remarque que les adultes consultent davantage en CPEF au fil de ces 3 années. Cela est d'abord dû à une meilleure connaissance des femmes adultes du CPEF. En effet, l'âge moyen est en hausse, les femmes de plus de 30 ans consultant au CPEF sont passées progressivement de 34 à 43%.

Aujourd'hui, la probabilité d'avoir recours au moins une fois à l'IVG au cours de sa vie est de 33%. Plus on avance en âge, plus on peut penser que le risque d'être confronté à l'IVG augmente (83).

On observe également une diminution de la proportion de mineures consultant au CPEF, qui passe progressivement de 10% en 2018 à 9% en 2019. Le taux de 6% en 2020 pourrait s'expliquer en partie au fait que la crise sanitaire a empêché les rencontres, et de ce fait les rapports sexuels, avec une baisse des IVG chez les jeunes.

Même si on note une baisse de fréquentation des mineures, les chiffres sont au-dessus des données nationales : 6% de mineures en 2019 contre 9% dans le Pas-de-Calais (1).

Les jeunes font-ils moins attention dans le Pas-de-Calais ? Sont-ils moins bien informés ?

La loi Aubry du 4 juillet 2001 prévoit que chaque élève doit bénéficier de 3 animations annuelles de la maternelle à la terminale pour parler de la vie affective et sexuelle.

« Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène » (84).

Mais qui connaît un élève en France ayant reçu une telle formation ? D'après une enquête réalisée par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) en 2016, 25 % des écoles élémentaires, 11 % des lycées et 4 % des collèges déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance d'éducation sexuelle (85).

Ou bien les mineures viennent-elles davantage au CPEF plutôt qu'à l'hôpital parce qu'il est mieux connu qu'ailleurs ? Parce que l'on fait beaucoup de prévention notamment en milieu scolaire et qu'elles sont donc bien informées sur les lieux où elles peuvent venir consulter ?

Parce que justement ces actions de prévention permettent de faire connaître les structures vers lesquelles les jeunes peuvent s'orienter et abordent également des notions fondamentales sur la contraception et la connaissance du corps, on ne peut que regretter que la loi ne soit pas appliquée.

Le département du 62 compte 232 établissements d'enseignement secondaire : 125 collèges publics, 33 collèges privés, 57 lycées publics et 17 lycées privés soit 5557 classes.

Sur l'année 2018-2019 (année suivante non représentative suite au covid), les CCF du CPEF ont vu 894 classes sur les 2715 que comptent les collèges publics, 51 sur les 556 des collèges privés, 521 sur les 1857 des lycées publics et 39 sur les 429 des lycées privés pour un total de 1505 classes sur les 5557 classes du département soit seulement 27%.

En considérant une moyenne de 30 élèves par classe, le CPEF intervient auprès d'environ 45 000 élèves.

Bien qu'extrêmement présentes sur le terrain, les CCF du CPEF ne peuvent évidemment pas répondre seules aux objectifs.

Depuis 2018, un décret impose un service sanitaire à tous les étudiants inscrits dans une formation donnant accès aux professions de santé. Ils concernent les étudiants de 3ème année en médecine, kinésithérapie, pharmacie, odontologie, maïeutique et les étudiantes infirmières de 2ème année. Le service sanitaire vise à diffuser des actions de prévention, notamment en milieu scolaire, sur de nombreuses thématiques « nutrition », « addictions », « mal-être », ..., « vie affective et sexuelle » (86).

Cette aide à la mise en place d'actions de prévention auprès des jeunes est intéressante. Cependant, ses débuts ont rapidement été perturbés par la crise sanitaire du COVID, ne permettant pas encore de voir si elle a un véritable impact. On peut d'ailleurs s'interroger sur le niveau de formation de ces étudiants qui débutent leur 2ème ou 3ème année d'études compte-tenu de l'importance de maîtriser un sujet tel que la « vie affective et sexuelle ».

Se pose également la question de l'information donnée aux femmes lors des consultations et par voie de conséquence de la formation des professionnels de santé.

Une contraception mal prise ou mal utilisée peut être le résultat d'un échec de prévention. Les SF bénéficient de 20h à 30h de cours sur la contraception soit bien plus que les étudiants en médecine pour qui cela représente moins de 3 heures (87). Or un professionnel peu ou mal formé ne peut correctement informer sa patientèle.

Quid des acteurs médicosociaux ? Les assistants sociaux, les éducateurs spécialisés, les moniteurs-éducateurs ne bénéficient pas lors de leur formation initiale d'informations sur la vie affective et sexuelle alors qu'ils seront confrontés à cette thématique dans leur vie professionnelle.

Il serait intéressant qu'ils bénéficient d'un module sur le sujet intégré à leurs cours afin qu'il y ait une cohérence entre tous les professionnels.

Depuis 2021, le CPEF du Pas-de-Calais travaille en lien avec le GRETA (GRoupements d'ETablissements de l'éducation nationale qui organisent des actions de formation pour adultes) (88), le CREFO (Centre Régional de Formation), l'IRTS (Institut Régional du Travail Social), l'EPDEF (Établissement Public Départemental de l'Enfance et de la Famille), les préparateurs en pharmacie, dans le cadre des formations qu'il dispense aux acteurs médicosociaux. Le CPEF a proposé d'intervenir pour un module de 3 jours sur la thématique de la vie affective et sexuelle et d'aborder, entre autres, la contraception et l'IVG afin d'apporter à ces professionnels des connaissances de base et des notions sur les structures partenaires.

2.2. L'anonymat :

Le taux de femmes souhaitant avoir recours à l'anonymat reste faible, entre 4% et 8%.

Parmi les patientes ayant fait une demande d'anonymat, 50% étaient mineures. Cela peut être expliqué par la difficulté d'en référer aux parents, par la peur d'être jugées par l'entourage.

Parmi les 50% de femmes majeures ayant fait cette demande, il s'agit surtout de personnes ayant entre 18 et 21 ans pour 75% d'entre elles, encore sous la responsabilité de leurs parents. Les femmes plus âgées (situation rare 7%) sont souvent dans des situations d'adultère. L'anonymat est donc essentiel pour éviter que le conjoint ne soit mis au courant.

2.3. L'origine :

Les CPEF proches des « frontières » départementales comme Hénin-Carvin, l'Arrageois et le Montreuillois accueillent davantage de patientes des départements voisins à savoir le 80 ou 59. Le Boulonnais, enclavé dans le département, n'accueille que des patientes du 62. Cependant, le territoire du Ternois et la communauté de Lens/Liévin sont également proches des « frontières » mais ne reçoivent pas ou très peu de patientes des départements voisins.

Le recours des patientes hors département au CPEF du 62 est donc fonction de la géographie de leur département et signifierait que les femmes privilégient la proximité du lieu plutôt que leur appartenance à un département. Par exemple, il n'y a pas de centres de planification réalisant les IVG proche d'Abbeville dans la Somme, les patientes se tournent donc vers le Montreuillois.

S'il est possible qu'il s'agisse pour les femmes d'un souci de proximité, de discrétion ou de difficulté d'accès à l'IVG dans leur département, il est également possible que le CPEF du Pas-de-Calais renvoie un écho favorable dans les autres départements (notamment par la rapidité de rendez-vous).

Il pourrait sembler intéressant que le centre de planification du 62 qui accueille les femmes venant d'autres départements prenne contact avec ses homologues voisins pour mettre en place des actions de prévention et les soutenir dans des projets d'ouvertures de centres sur leur territoire afin de renforcer leur propre maillage géographique.

Une réflexion régionale, avec le soutien de l'ARS des Hauts-de-France, pourrait d'ailleurs être un projet pertinent pour développer une vraie politique de santé publique, cohérente à l'échelle régionale.

La multiplicité des centres augmente la possibilité pour les femmes d'avoir un rendez-vous rapide et proche de chez elles.

2.4. Le statut socio-professionnel :

Selon les résultats de cette étude, on peut constater que des femmes de tout âge recourent au CPEF mais il existe une différence en fonction des statuts socio-professionnels.

En étudiant ces données, il nous semble intéressant de proposer des pistes afin de mener des actions de prévention primaire.

Concernant les collèges et lycées :

Le taux de collégiennes, lycéennes et apprenties est de 10% en 2018 et 2019. En 2020, le taux est de 7% mais s'explique par la crise sanitaire qui a empêché les rencontres. Comme vu précédemment, il faut tout mettre en place pour appliquer la loi Aubry.

Concernant les étudiantes :

On observe que la proportion d'étudiantes consultant au CPEF pour demande d'IVG varie de 7% à 9% selon l'année.

Les territoires ayant de nombreuses facultés ont une proportion d'étudiantes en demande d'IVG plus importante.

Prenons l'exemple de la ville d'Arras où se trouvent plusieurs facultés. Il pourrait être intéressant, durant les premières années, où naît un sentiment de liberté et où le rapport sexuel devient plus concret, de proposer de faire des rappels en contraception et de présenter les différentes structures recours. Ce projet pourrait s'organiser conjointement avec le SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) existant normalement dans chaque faculté.

Concernant les femmes ayant une activité professionnelle :

La proportion de femmes en activité varie entre 47% et 51%. Il pourrait être intéressant d'affiner les statistiques pour connaître leurs domaines d'activité et d'obtenir des données communes aux hôpitaux, coordonnées par l'ARS afin d'avoir une réflexion basée sur des données régionales et cohérentes.

Cela permettrait de sous catégoriser cet item afin de savoir dans quel domaine agir : les cadres, les agriculteurs, les ouvriers, les artisans-commerçants... ?

Concernant les femmes sans activité ou en recherche d'emploi :

Le taux de patientes sans activité ou en recherche d'emploi varie entre 23% et 25%. Il semblerait judicieux de travailler en partenariat avec des structures comme Pôle Emploi où pourraient être organisées des animations.

Concernant les mères au foyer :

La proportion de mères au foyer varie de 7% à 12%. Il faudrait sensibiliser au CPEF et à ses missions dans les maisons de quartiers, les mairies et les associations de quartiers.

En raison de la différence de répartition territoriale des statuts socio-professionnels au sein d'un même département, il paraît important, dans un souci de prévention cohérente et réfléchie, d'avoir le plus possible de données fiables et adaptées à chaque partie d'un territoire afin de développer des actions déjà existantes ou d'en proposer de nouvelles, le tout dans un souci d'accompagnement des femmes/couples dans leur vie affective et sexuelle.

L'ARS pourrait être un facteur de coordination auprès de toutes les structures et de tous les professionnels qui fournissent ces données pour émettre des recommandations régionales et mettre en place des actions de prévention en amont plus efficaces.

3. Les caractéristiques gynécologiques des patientes :

3.1. Le nombre d'enfants au moment de l'IVG et l'âge du dernier :

85% des femmes de plus de 30 ans étaient déjà mères.

Il est possible que ces femmes aient atteint leur quota d'enfant. Il s'agit d'un modèle de maternité choisie.

Selon l'année, de 14% à 19% des mères de notre étude avaient un enfant de moins de 1 an. Ceci amène à s'interroger quant à l'information « contraception » donnée en suites de couches et dans les semaines qui suivent.

Soit aucune information n'est donnée soit la femme, qui a d'autres sujets de préoccupation, est moins concentrée.

Dans tous les cas, c'est une période pendant laquelle le milieu médical devrait être plus attentif.

Nous devrions réfléchir à ce que les femmes/couples soient mieux informés sur la contraception afin d'éviter une situation de demande d'IVG aussi rapidement après un accouchement.

Il faudrait intégrer les acteurs de santé qui se rendent au domicile après l'accouchement, une fois la mère reposée. Notamment, les sages-femmes qui pourraient ré-expliquer les méthodes contraceptives, l'importance du recours à la pilule d'urgence ou encore la méthode du quick-start et surtout rappeler de ne pas se fier au retour de couches ou à l'allaitement. En dehors de l'hôpital, dans un lieu neutre, les jeunes mamans sont certainement plus à l'écoute.

On pourrait également former les puéricultrices à la contraception car elles se rendent à domicile après l'accouchement pour le suivi des nouveaux-nés.

Depuis le début de l'année 2021, des mini-formations à la contraception du post-partum sont proposées à toutes les puéricultrices du service de la PMI du Pas-de-Calais afin justement de limiter les grossesses non prévues dans l'année suivant un accouchement.

3.2. Le nombre d'antécédents d'IVG :

Une majorité de femmes se présentant en demande d'IVG le fait pour la première fois. Ce taux varie de 74% à 83% selon les années.

Parmi les femmes ayant déjà pratiqué une IVG, près de 50% d'entre elles ont plus de 30 ans et 67% sont déjà mères de famille. Concernant le statut socio-professionnel, 54% ont une activité professionnelle mais près d'un quart d'entre elles sont au chômage.

Ainsi ce sont principalement des femmes plus âgées et ayant déjà au moins un enfant qui comptent un antécédent d'IVG voire plus.

Le fait que les femmes plus âgées aient plus d'antécédents d'IVG semble logique du fait que leur vie sexuelle est forcément plus avancée que celles des femmes plus jeunes.

Au total il s'agit, pour la majorité des femmes, d'une première intervention et qui restera unique pour la plupart d'entre elles.

Notre étude ne s'intéresse pas aux raisons des IVG répétitives, sujet très complexe pour lequel subir ou avoir subi des violences conjugales semble être un facteur de risque (89).

Depuis janvier 2021, les raisons non-médicales de l'IVG ont été ajoutées à la liste des items étudiés dans les statistiques du CPEF départemental afin de mieux connaître les femmes/couples en demande d'IVG et ainsi améliorer leur prise en charge.

Les réponses sont tirées de l'entretien psycho-social et classées ainsi :

- Pas prête à fonder une famille
- Violences et conflits
- Problèmes financiers
- Problèmes de santé

On observe déjà 7 à 8% de femmes en demande d'IVG qui le font suite à des problèmes de violences intra-familiales.

Pour 2022, la liste sera affinée avec des items tels que « le fait de ne plus avoir envie d'un autre enfant », « pas de désir d'enfant », « problème psychologique ».

3.3. La date de la dernière IVG :

Parmi les patientes ayant au moins un ATCD d'IVG, la dernière IVG date de moins d'un an pour 1/5^{ème} d'entre elles.

Près de 50% des patientes dont la dernière IVG remonte à moins d'un an ont moins de 25 ans.

Il serait intéressant de savoir où a eu lieu cette dernière IVG et si la patiente a eu des informations sur la contraception à la suite de celle-ci.

4. Les caractéristiques de l'IVG :

4.1. L'entretien psycho-social pré-IVG :

Dans notre étude, entre 92% et 98% des mineures ont bénéficié d'un entretien psycho-social avec une conseillère conjugale et familiale.

Cependant, l'entretien pré-IVG est obligatoire pour les mineures. La raison pour laquelle les 6% restants n'ont pas bénéficié d'un entretien n'est pas mentionnée. Il peut s'agir soit d'une erreur de statistique soit du fait que l'entretien a été fait ailleurs qu'au CPEF. Il serait intéressant de le notifier afin de répondre totalement aux obligations.

La possibilité d'avoir recours à cet entretien tient au fait qu'il y ait toujours une conseillère conjugale et familiale présente du lundi au vendredi. De nombreux hôpitaux n'ont pas de CCF et adressent d'ailleurs leurs patientes au CPEF, qui a déjà l'équipe sur place.

Concernant les femmes majeures, leur présence en entretien varie de 67% à 74%. Non obligatoire, il est tout de même systématiquement proposé.

Notre étude ne concerne pas le vécu de cette consultation. Il pourrait être intéressant de l'étudier afin de savoir si l'entretien est ressenti comme moralisateur ou déculpabilisant pour la femme quant à sa souffrance possible face à son IVG et lui permettre de verbaliser son choix.

Cependant, compte-tenu du nombre important de femmes venant en consultation de contrôle et des retours positifs dans leur prise en charge (notion subjective et non évaluée), on peut penser que l'accompagnement des femmes/couples se réalise dans le non-jugement.

4.2. La contraception au moment de l'IVG :

Dans notre étude, entre 41% et 47% des mineures utilisent une méthode contraceptive contre 53% à 57% des majeures.

Le taux de mineures utilisant une méthode contraceptive est similaire à celui de la thèse citée précédemment. 43,3% des mineures utilisaient une méthode contraceptive (82).

La pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée entre 31% et 39% comme en population générale puisque comparativement l'ensemble des femmes françaises (donc ayant ou non réalisé une IVG) utilisait majoritairement la pilule (36.5%) (90).

L'usage du préservatif varie de 14% à 20%. L'utilisation des méthodes naturelles reste importante de 6% à 17%. Le stérilet concerne 1% à 2% des patientes. Une minorité recourt au patch, à l'anneau ou à l'implant.

Il est fondamental dans le cadre de l'IVG d'aborder la contraception utilisée lors de la survenue de la grossesse.

Ne pas aborder le sujet de la contraception ou ne pas l'expliquer, c'est prendre le risque que les femmes/couples reproduisent les mêmes erreurs.

Peut-être que les moyens de contraception ne sont pas parfaitement utilisés, que l'observance est mauvaise ou que les connaissances des utilisatrices sont imprécises.

Prenons l'exemple du préservatif : est-il bien mis ? Est-il mis dès le début ? Nombreux sont les couples qui n'ont pas connaissance de la notion de liquide pré-séminal.

Il est indispensable de redemander systématiquement à chaque femme lors de chaque consultation la conduite à tenir lors d'un oubli de pilule (patch/anneau) ou lors d'un épisode de vomissements ou de troubles du transit afin que les messages d'informations soient connus.

Lors d'une demande d'IVG, la première consultation médicale doit permettre d'approfondir cette question d'où l'importance du temps passé pour parler de ces sujets avec les femmes/couples en prenant en compte leur mode de vie, leur sexualité. En effet, le moyen de contraception utilisé ne répondait peut-être pas à leurs besoins.

Dans notre étude on observe une variation des données de la contraception pré-IVG, comme pour la pilule dont la variation d'utilisation est de 10% entre 2018 et 2020. Cela est peut-être dû à la façon de poser la question.

Par exemple, une proportion non négligeable de femmes était notée comme "sans méthode contraceptive" ou utilisant des "méthodes naturelles". Il existe peut-être un biais de remplissage des dossiers par les professionnels du CPEF départemental, qui pour certains ne creusent pas assez la question de la contraception pré-IVG.

Reprenons l'exemple du préservatif : certaines patientes l'utilisent en fonction du calcul de dates et dans ce cas, la méthode utilisée n'est pas le préservatif mais le calcul de dates.

Pour certaines patientes, la peur d'être jugées prédomine et elles indiquent l'utilisation du préservatif plutôt que d'avouer ne pas utiliser de méthode contraceptive.

Une nouvelle étude prospective orientée sur la contraception avec optimisation du remplissage des dossiers nous informerait peut-être mieux sur ce point.

4.3. Le recours à une contraception d'urgence :

Dans notre étude, la contraception d'urgence correspond à la pilule d'urgence et non au dispositif intra utérin.

Peu de femmes en demande d'IVG disent avoir pris la pilule d'urgence. Le recours varie de 3 à 4% selon les années.

On peut supposer que celles qui l'ont prise n'ont pas été enceintes et n'ont pas eu besoin de consulter pour une demande d'IVG.

Cette méthode d'exception doit être utilisée dans les 3 jours pour les spécialités contenant du lévonorgestrel (Lévonorgestrel Biogaran, Norlevo) ou dans les 5 jours pour celle contenant de l'ulipristal (EllaOne) (91). Son efficacité est fortement corrélée à sa rapidité d'utilisation : elle est estimée à 95% dans les 24h suivant le rapport, à 85% entre 24 et 48 heures puis diminue progressivement entre la 48^{ème} heure et la 120^{ème} heure (92).

Bien que la pilule du lendemain ne soit pas efficace à 100%, l'avoir chez soi diminue le risque d'avoir recours à une IVG. Les rapports sexuels se déroulent le plus souvent la nuit lorsque l'accès à la pharmacie est limité. La prise de la pilule d'urgence est remise au lendemain et il y a de fortes chances qu'elle soit oubliée.

L'accès à la contraception d'urgence fait partie des objectifs de la politique de santé publique annexés à la loi du 9 août 2004 (Objectif n° 97). L'information portant sur le « volume d'unités de contraceptifs d'urgence délivrées dans les pharmacies et les établissements d'enseignement du second degré » fait partie des indicateurs de suivi de cette loi (92).

Le nombre total de boîtes de contraception d'urgence facturées à l'Assurance Maladie est en augmentation : 151 964 contre 114 653 en 2002-2003 (93).

Délivrance :

La contraception d'urgence peut également, aux termes de la loi du 13 décembre 2000, être administrée par les infirmières dans les établissements d'enseignement du second degré pour les élèves mineures et majeures. La loi précise que cette délivrance, destinée à répondre aux cas d'urgence et de détresse, se fait à titre exceptionnel lorsqu'un médecin ou un centre de planification n'est pas immédiatement accessible. Les infirmières doivent s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'élève et veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical (92).

En 2004, 16 347 élèves des établissements relevant de l'éducation nationale ont contacté une infirmière pour obtenir une contraception d'urgence : 75 % étaient mineures et 25% étaient majeures. 74% de ces demandes étaient justifiées. 73% des élèves recevant finalement la pilule d'urgence ont été orientées vers un centre de planification ou d'éducation familiale (93).

Pour les jeunes filles mineures, la pilule d'urgence est gratuite dans les pharmacies et les centres de planification.

Depuis le 18 août 2001, elle est remboursable quel que soit l'âge de la femme lorsque celle-ci est en possession d'une prescription délivrée par un médecin ou une sage-femme (93).

La méconnaissance de la contraception d'urgence en population générale est telle que sa prescription doit être systématique lors des renouvellements de contraception pour une prise plus rapide et donc plus efficace (94). Le professionnel de santé doit se charger de rappeler à la patiente son utilisation et de lui fournir le document d'informations du CPEF (annexe 21).

4.4. Le terme de l'IVG :

D'une année à l'autre, près de 90% des femmes ont réalisé leur IVG à un terme inférieur ou égal à 8 SA. Ainsi la majorité des femmes réagissent rapidement à un retard de règles. Plus l'âge des femmes augmente plus elles réagissent rapidement.

En effet, la part des IVG de moins de 7 SA représentaient 72% des IVG réalisées chez les femmes de moins de 20 ans, 86% chez les femmes de 30 ans à 39 ans et 83% des plus de 40 ans.

Chez les femmes de moins de 20 ans, il y a sans doute une moins bonne connaissance des signes sympathiques de grossesse. Peut-être même ne s'attendent-elles pas à être enceintes.

Il y a peut-être aussi pour certaines de ces jeunes femmes la peur d'en parler à leurs parents ou à leur médecin, une moins bonne connaissance de la législation, des systèmes de prise en charge et des structures vers lesquelles elles peuvent s'orienter.

Ces différentes hypothèses peuvent expliquer qu'elles se présentent plus tardivement en demande d'IVG.

Pour les femmes plus avancées dans leur vie féconde : celles-ci ont pour la plupart connu au moins une grossesse (elles ont déjà des enfants ou ont déjà avorté). Ainsi elles sont alertées plus tôt par des signes sympathiques de grossesse et ont peut-être moins peur de consulter.

La part des IVG de plus de 12 SA représentaient 6% des IVG réalisées chez les moins de 20 ans, 0% chez les femmes de 30 à 39 ans et 2% chez les plus de 40 ans.

On remarque une recrudescence des patientes consultant après 12 SA chez les femmes de plus de 40 ans. Une explication se croise avec les femmes plus jeunes : elles ne s'attendent sans doute pas à être enceintes, certaines pensent ne plus être encore fertiles. Elles découvrent alors leur grossesse plus tardivement.

Au total, la majorité des femmes se présente tôt en demande d'IVG après la découverte de leur grossesse. En dehors de l'âge, il y a plusieurs raisons qui amènent une femme à une demande d'IVG et qui jouent sur le délai de prise de conscience de la grossesse puis sur le délai de réflexion avant une consultation. Pour un délai tardif, quelques hypothèses peuvent être émises comme une séparation du couple qui ne permet plus à la femme d'envisager l'accueil d'un enfant, ou bien les erreurs de terme, ou encore l'ambivalence face au désir de maternité (95).

4.5. Les complications post-IVG :

Il y a eu très peu de complications après une IVG chez les patientes de notre étude. On ne note aucune complication grave mettant en jeu le pronostic vital ou le pronostic de fertilité future pour les patientes.

Les complications rencontrées correspondent à la reprise des IVG en raison de l'échec de la méthode médicamenteuse.

La reprise de misoprostol simple ne peut être assimilée à un échec de la méthode mais plutôt à un retard d'efficacité. Cela concerne donc le curetage direct sans reprise de misoprostol ou le curetage suite à l'échec de la reprise du misoprostol.

Le taux d'échecs varie toujours autour de 2%, taux qui reste plus faible que les résultats nationaux aux alentours de 5 % (96).

Le directeur du CPEF a reconstruit les équipes de chaque CH pour établir les conventions nécessaires à la mise en place de l'IVG en ville. L'une des inquiétudes mises en avant par les centres hospitaliers était l'engorgement des urgences par échec de la méthode médicamenteuse. Les chiffres montrent bien que ce n'est pas le cas.

En conséquence, les liens avec les CH conventionnés se sont améliorés.

Il y a donc aujourd'hui une reconnaissance des hôpitaux qui manifestent leur confiance au CPEF en leur adressant directement les femmes/couples en demande d'une IVG mais également les femmes pour suivi gynécologique simple ou de contraception.

Le renforcement du partenariat leur permet de désengorger leurs services.

Le CPEF répond aux attentes de cette convention en produisant des statistiques tous les ans.

4.6. La consultation de contrôle post-IVG :

En 2018 et 2019, 81% des patientes s'y sont présentées. En 2020, le taux est de 64%. Ceci s'explique encore une fois par la crise sanitaire qui a obligé à simplifier le protocole. Une ordonnance de biologie avec réalisation des β hCG a été remise à la patiente lors de la consultation de prise de la Mifégyne®. Les résultats étaient reçus au CPEF. Si ce dernier n'était pas satisfaisant, la patiente était rappelée pour une consultation de contrôle.

Le taux de présence à la consultation de contrôle est donc important. Cela témoigne d'une certaine confiance à l'égard de l'équipe et de la structure médicale.

L'intérêt de cette consultation est également de prendre le temps de parler contraception et de définir la méthode contraceptive la plus adaptée à chacune des patientes. Elle est aussi l'occasion de proposer, à toute femme/couple, un entretien psycho-social post-IVG avec nos conseillères conjugales et familiales.

Plus l'âge augmente, plus les femmes viennent en consultation post-IVG.

On remarque en effet que parmi les femmes de 30 ans et plus, 88% viennent en consultation post-IVG. Parmi les femmes de moins de 25 ans, seulement 49% s'y présentent.

Beaucoup de patientes jeunes considèrent la visite de contrôle comme optionnelle dans la mesure où elles vont bien en post-IVG immédiate.

Les femmes de moins de 25 ans sont donc à cibler pour insister sur l'intérêt de cette consultation post-IVG car elles sont plus à risque de ne pas s'y présenter. Etant donné que lors de cette consultation le soignant vérifie que la patiente bénéficie d'une méthode contraceptive adaptée, il s'agit d'une consultation importante pour éviter la récurrence d'une demande d'IVG.

4.7. L'entretien psycho-social post-IVG :

Dans notre étude, on observe une augmentation du taux de participation des femmes à l'entretien psycho-social post-IVG, passant de 3% à 20%.

Cet entretien peut tout aussi bien concerner les femmes mineures que les femmes majeures. Celui-ci n'étant pas obligatoire, les chiffres sont bas.

Cet entretien étant l'occasion d'améliorer l'état psychologique des femmes/couples et de les accompagner, les équipes du CPEF le proposent, depuis 2021, de manière systématique à toutes les femmes/couples.

Les prévisions de 2021 (non officielles) font état de 35% de présence en entretien post-IVG sur les 5 premiers mois de l'année, mineures et majeures confondues.

La possibilité d'avoir recours à cet entretien tient au fait qu'il y ait toujours une conseillère conjugale et familiale présente du lundi au vendredi. De nombreux hôpitaux n'ont pas de CCF et nous adressent leurs patientes car nous avons déjà l'équipe sur place.

Il est difficile de dire si cet entretien est important pour les femmes/couples puisque nous n'avons pas de réponse sur le vécu de cette consultation. Il serait utile de l'étudier pour savoir s'il est vécu comme moralisateur ou bénéfique pour la femme ou le couple quant à leur souffrance possible face à l'IVG et leur permettre de verbaliser ce qui les a conduits à cette intervention.

4.8. La contraception post-abortum :

Aborder la contraception post-abortum sans tenir compte du contexte ou des envies de la femme ou du couple est mal vécu.

La contraception post-IVG choisie par les patientes est majoritairement représentée par la pilule, dont le taux varie de 46% à 55% d'une année à l'autre.

En 2020, on note une augmentation de la prescription de pilule et une diminution de la mise en place de DIU/SIU et d'implants. En raison du Covid, les femmes ayant opté pour l'une de ces deux méthodes, se sont vues prescrire une pilule dans l'attente d'un nouveau rendez-vous pour la mise en place du DIU/SIU ou de l'implant.

Même si la patiente opte pour la reprise de la contraception qui l'a amenée à réaliser une IVG, il est nécessaire de lui redonner des explications simples et claires. La prescription n'est pas suffisante, les patientes ont besoin de comprendre ce qui a conduit à l'échec de la contraception pré-IVG.

Chaque patiente sort donc systématiquement de la consultation avec les documents d'informations du CPEF relatifs notamment aux conduites à tenir en cas d'oubli ou de troubles digestifs, quel que soit le type de contraception choisi (annexes 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

L'accès à la stérilisation peut s'avérer compliqué. Notre rôle est de les orienter, d'aider à la démarche, peut-être même de prendre rendez-vous avec elles, ce qui peut raccourcir le délai. Dans tous les cas, une autre contraception doit être mise en place en attendant une éventuelle intervention et un document d'informations du CPEF est remis à la patiente (annexe 29).

CONCLUSION

La pratique de l'IVG dans de bonnes conditions sanitaires est un enjeu de santé publique. La légalisation de l'IVG en France en 1975 a permis une meilleure prise en charge des patientes/couples en proposant un accompagnement global et sûr dans cette démarche. Cependant de nombreuses difficultés sont encore présentes dans le cadre de l'information et de la prévention impliquant les politiques et les différents acteurs de la santé. Comment pourrions-nous améliorer nos résultats afin d'être plus efficaces ? Pourrait-on envisager que l'ARS uniformise les données issues des différents centres d'orthogénies (CH, CHU, planning familial, CPEF) afin d'obtenir des données locales et nationales et permettre ainsi de lancer des projets de prévention plus adaptés ? Nous avons d'ailleurs constaté que des statistiques locales permettent une analyse plus fine et peuvent amener à la mise en place de projets adaptés en prévention primaire à des populations cibles telles que les étudiants en faculté, les personnes en recherche d'emploi ou les femmes au foyer dans les maisons de quartiers.

Encore trop souvent méconnus, les Centres de Planification ou d'Education Familiale accompagnent les femmes et les hommes au niveau de leur sexualité, de leur contraception, des risques d'IST et plus globalement au niveau de leur santé en général. Ils sont un relai important notamment dans la réalisation des IVG médicamenteuses hors établissements de santé.

Le droit des femmes à l'IVG est-il bien respecté quand seulement 2,6% des IVG sont réalisées en CPEF ?

Pourquoi ce taux est-il si bas alors que la méthode médicamenteuse est, comme nous l'avons constaté, si facile à mettre en place en CPEF ?

L'investissement est peu onéreux et les appareils d'échographie vite rentabilisés.

La formation des professionnels est rapide et ne nécessite aucun budget car réalisable en interne.

La présence des CCF garantit une prise en charge psychologique de qualité.

La méthode est simplifiée et plus conciliable avec le quotidien, le misoprostol peut être pris le week-end permettant d'éviter le recours à un arrêt de travail.

Cette méthode préserve l'intimité de la patiente, permet le choix de la date d'expulsion ainsi que l'implication du partenaire. Elle s'inscrit dans les soins primaires et de proximité et évite à la patiente le contact avec le milieu hospitalier. Elle renforce les liens avec les centres hospitaliers, ces derniers n'hésitant pas à adresser leurs patientes pour les demandes d'IVG ainsi que pour les suivis gynécologiques et de contraception.

La multiplicité des centres garantit aux femmes un recours rapide et proche de chez elles.

La prise en charge est complète tout en conjuguant efficacité et qualité puisque les urgences envoyées à l'hôpital sont exceptionnelles et que les patientes reviennent par la suite en suivi gynécologique et contraceptif après la découverte du CPEF.

Il semble important que des structures telles que le CPEF et ses missions soient connues du grand public et qu'un travail de partenariat soit réalisé avec toute autre structure de santé et d'informations (professions libérales, missions locales, centres d'informations...). Cela apparaît pertinent tant pour développer le maillage territorial en zone rurale que pour toucher des publics nouveaux en zone urbaine.

Le CPEF départemental du 62 va donc continuer à proposer l'IVG médicamenteuse dans ses différents sites et va poursuivre le développement de l'IVG.

Comment pourrait-on faire partager cette expérience aux autres départements et étendre cette organisation à tous les CPEF de France ?

Un CPEF seul n'a pas vraiment de poids. Il est essentiel que les politiques et les institutions prennent le relai.

L'ARS des Hauts-de-France pourrait-elle relayer nos données en s'appuyant sur les autres ARS et sur les délégués départementaux des droits des femmes présents au sein des préfectures de département ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vilain A, Allain S, Dubost C-L, Fresson J, Rey S. Interruptions volontaires de grossesse: une hausse confirmée en 2019. 2020;
2. Naour J-YL, Valenti C. Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). Média Diffusion; 2015. 348 p.
3. Aristotle, Saint-Hilaire JB. Traité de la génération des animaux d'Aristote. Hachette et cie.; 1887. 568 p.
4. Kintz J-P. Avortement et justice. Ann Démographie Hist. 1973;1973(1):401-4.
5. de Viguerie J. Quelques précisions sur l'histoire de l'avortement en France sous l'Ancien Régime, la Révolution et l'Empire. Rev Hist Droit Fr Étrang 1922-. 2013;91(3):523-31.
6. Section II : Blessures et coups volontaires non qualifiés meurtre, et autres crimes et délits volontaires. (Articles 313 à 317) - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006490192/1980-01-01>
7. George J. Jean-Yves Le Naour, Catherine Valenti, Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècles. Éd. du Seuil, coll. « L'univers historique », 2003, 388 p. Cah D'histoire Rev D'histoire Crit. 1 oct 2005 [cité 5 avr 2021];(96-97). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/chrhc/1043>
8. Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.
9. La marche vers la loi - Événements - Anniversaire loi Veil - Assemblée nationale. Disponible sur: <https://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil/la-marche-vers-la-loi>
10. Décret n°72-318 du 24 avril 1972 portant application de l'article 4 de la 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 - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000511615/>
11. Laufer J, Rogerat C. Lucien Neuwirth, la bataille de la contraception. Trav Genre Soc. 2001;(2):5-15.
12. Angeloff T, Maruani M. Gisèle Halimi. La cause du féminisme. Trav Genre Soc. 2005;N° 14(2):5-25.
13. Dubesset M. Christine Bard et Janine Mossuz-Lavau (dir.) Le Planning familial. Histoire et mémoire 1956-2006. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2006, 209 p. Rech Féministes. 2007;20(2):179-83.
14. Zancarini-Fournel M. Histoire(s) du MLAC (1973-1975). Clio Femmes Genre Hist. 1 nov 2003;(18):241-52.
15. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

16. Léon M. Un enfant si je veux, quand je veux... Gestalt. 2013;(1):104-18.
17. Cova A. BIBIA PAVARD, FLORENCE ROCHEFORT, MICHELLE ZANCARINI-FOURNEL, Les Lois Veil. Les évènements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975, Paris, Armand Colin, 2012, 220 p., ISBN 978-2-200-24948-9. BIBIA PAVARD, Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française, 1956-1979, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012, 358 p., ISBN 978-2-7535-2026-4. Rev Dhistoire Mod Contemp. 2019;(3):192-4.
18. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse: Informations - Prise en charge - Législation. Vuibert; 2018. 106 p.
19. Arrêté du 28 décembre 1988 RELATIF A LA DETENTION, LA DISTRIBUTION, LA DISPENSATION ET L'ADMINISTRATION DE LA SPECIALITE MIFEGYNE 200 MG, COMPRIMES.
20. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
21. Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé - APHP DAJDP. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhosdssdrees-n-2004-569-du-26-novembre-2004-relative-a-lamelioration-des-conditions-de-realisation-des-interruptions-volontaires-de-grossesse-pratique-des-ivg-en-ville-et-en/>
22. Trégoat J-J. Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène. Rev Francoph Lab. mars 2006;2006(380):53-4.
23. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027221802/>
24. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Remboursement à 100% dès ce vendredi 1er avril 2016 de tous les actes nécessaires pour une IVG. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevs/article/remboursement-a-100-des-ce-vendredi-1er-avril-2016-de-tous-les-actes>
25. Article 24 - LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes (1) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000029330989
26. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016.
27. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. 2016-743 juin 2, 2016.
28. Article L2212-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930136/
29. Cagninelli C, Desoutter C. Dialogisme et argumentation dans le débat parlementaire

sur le délit d'entrave à l'IVG. Mots Lang Polit. 19 mars 2020;n° 122(1):39-55.

30. Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement. Vie publique.fr. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/276586-proposition-de-loi-droit-avortement-allongement-delai-ivg>
31. Débat sur le délai d'accès à l'IVG | Cairn.info. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-etudes-2021-2-page-33.htm>
32. Code pénal - SECTION V - DE L'INTERRUPTION ILLÉGALE DE LA GROSSESSE | Dalloz. Disponible sur: https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=CODE_CPEN_ARTI_223-10&ctxt=0_YSR0MT1pbnRlcnJ1cHRpb24gdm9sb250YWlyZSBkZSBncm9zc2Vzc2XCp3gkc2Y9cGFnZS1yZWNoZXJjaGU%3D&scrll=CPEN122621&FromId=DZ_OASIS_000556
33. Amendement – En commission | Sénat. Disponible sur: https://www.senat.fr/encommission/2018-2019/404/Amdt_COM-180.html
34. 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.
35. Hanoteau J. Rôle et place des centres de planification et d'éducation familiale. 2020;
36. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0284 du 05/12/1974 (accès protégé). Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=oXyTQ9jOUiZu3e\\$PnMMf](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=oXyTQ9jOUiZu3e$PnMMf)
37. Décret n°92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale. 92-784 août 6, 1992.
38. Article L2112-2 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398011/
39. Philippe C. Le conseil conjugal et familial [Une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité]. Rev Polit Soc Fam. 2007;89(1):64-71.
40. Dupuy A, Roux S. Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale. Sociologie. 15 oct 2018;(N° 3, vol. 9). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/sociologie/3521>
41. Ledour V. Les Centres de planification et d'éducation familiale: cinquante ans d'évolution, de la contraception des mères à la santé sexuelle des jeunes. Enfances Psy. 2018;(1):66-73.
42. Flahault É. Le Planning familial et la professionnalisation du conseil conjugal et familial : reproduire la norme de genre au nom de la subversion ? Cah Genre. 5 déc 2013;n° 55(2):89-108.
43. Nombre de centres de planification ou d'éducation familiale France 2012. Statista. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/509132/regions-nombre-centres-planification-education-familiale-france/>
44. IVG.GOUV.FR N°Vert 0800 08 11 11 | Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/>

45. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Popul Sociétés*. 2004;407:1-4.
46. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. 2018;
47. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. 2019;
48. AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D. Evaluation des politiques de Prévention des grossesses non désirées et de Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. *Eval Polit Prév Grossesses Non Désirées Prise En Charge Interruptions Volont Grossesse Suite À Loi 4 Juillet 2001 Rapp Synthèse Insp Générale Aff Soc*. 2010;37(394):28-34.
49. Vilain A, Mouquet M-C, Gonzalez L, de Riccardis N. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. 2013;
50. La loi supprime le délai de réflexion d'une semaine à respecter avant la réalisation de l'IVG. Le planning familial. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/la-loi-supprime-le-delai-de-reflexion-dune-semaine-respecter-avant-la-realisation-de-livg-160>
51. Recommandations IVG COVID-19. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-12/003_ARSIIdf-CRAPS_2020-12-02_Doctrine_IVG_0.pdf
52. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour
53. Collège national des gynécologues et obstétriciens français « Recommandations pour la pratique clinique. L'interruption volontaire de grossesse » décembre 2016 : 16 pages.
54. Résumé des Caractéristiques du Produit. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0222727.htm>
55. Résumé des Caractéristiques du Produit. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0240908.htm>
56. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception*. 1 déc 2000;62(6):305-9.
57. Soon JA, Costescu D, Guilbert E. Medications Used in Evidence-Based Regimens for Medical Abortion: An Overview. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. juill 2016;38(7):636-45.
58. Notice patient - RHOPHYLAC 200 microgrammes/2 ml, solution injectable en seringue préremplie - Base de données publique des médicaments. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62468162&typedoc=N>
59. Revue Médicale Suisse - la revue médicale francophone de référence pour la formation continue des médecins. *Revmed.ch*. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2007/revue-medicale-suisse-98/consequences-psychiatriques-et-psychologiques-de-l-interruption-de-grossesse>

60. PARACETAMOL MYLAN. VIDAL. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/paracetamol-mylan-42201.html>
61. IZALGI. VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/izalgi-67795.html>
62. VOGALENE. VIDAL. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/vogalene-11415.html>
63. IBUPROFENE MYLAN. VIDAL. Disponible sur:
<https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/ibuprofene-mylan-42145.html>
64. Kahn JG, Becker BJ, Maclsaal L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception*. 1 janv 2000;61(1):29-40.
65. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion. *Obstet Gynecol*. janv 2013;121(1):166-71.
66. Vauzelle C, Beghin D, Cournot M-P, Elefant E. Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reprod Toxicol*. 1 avr 2013;36:98-103.
67. Revue Prescrire 2015 'Misoprostol: des accidents cardiovasculaires graves, même après une seule prise ' 108-110.
68. Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*. mai 2011;89:360-70.
69. Meites E, Zane S, Gould C. Fatal *Clostridium sordellii* Infections after Medical Abortions. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc1001014>. Massachusetts Medical Society; 2010. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc1001014>
70. Hamy A-S, Mayenga J-M, Grefenstette I, Kerneis S, Belaisch-Allart J. Étude comparative sur les antécédents d'interruption volontaire de grossesse dans une population de femmes infertiles et dans une population de femmes accouchées. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 avr 2008;36(4):395-9.
71. Fausses Couches Spontanées. Disponible sur:
http://umvf.cerimes.fr/media/ressWikinu/Gynecologie/College/Lansac-obst-Fausse_Couche.pdf
72. Andersen A-MN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*. 24 juin 2000;320(7251):1708-12.
73. Maladies trophoblastiques. Disponible sur:
http://umvf.cerimes.fr/media/ressMereEnfant/CAN/Libreville2012/videocours/3-06-Libreville2012-Vinatier_html5/media/pdf/3.06_vinatier.pdf
74. Grossesses Extra-Utérines. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item18/site/html/cours.pdf>
75. Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BMJ*. 10 juin 2011;342:d3397.

76. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations (texte court). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1596-603.
77. Coût d'une IVG. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/ivg/cout-ivg>
78. Castan B, Brun J-L, Stahl J-P, Martin C, Mercier F, Fritel X, et al. Prévention des infections génitales hautes postopératoires ou associées aux soins. Faut-il proposer une antibioprophylaxie lors des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales pour prévenir les infections génitales hautes ? Conseils de bonne pratique du CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 sept 2020;48(9):646-8.
79. Ancel P, Lelong N, Papiernik E, Saurel-Cubizolles M, Kaminski M. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Hum Reprod.* 1 mars 2004;19(3):734-40.
80. HAS IVG 2021. Disponible sur: https://zimbra.univ-lille.fr/service/home/~/?auth=co&loc=fr_FR&id=3149&part=2
81. Article Annexe 22-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032634253/
82. Chalain S. Etude épidémiologique de l'interruption volontaire de grossesse en Maine-Et-Loire en 2007 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2009.
83. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
84. Article L312-16 - Code de l'éducation - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349/
85. Sprimont D. ENQUÊTE - Que sont devenus les cours d'éducation sexuelle obligatoires inscrits dans la loi en 2001 ? 2019. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/que-sont-devenus-les-cours-d-education-sexuelle-obligatoires-inscrits-dans-la-loi-en-2001>
86. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé. 2018-472 juin 12, 2018.
87. La formation initiale. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>
88. Les Greta. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/les-greta-2957>
89. Pinton A, Hanser A-C, Metten M-A, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 juill 2017;45(7):416-20.
90. Baromètre Santé 2016 Contraception. Disponible sur: file:///C:/Users/maria/Downloads/152114_1806.pdf
91. La pilule du lendemain. VIDAL. Disponible sur:

<https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/pilule-lendemain.html>

92. Rapport sur la prévention des grossesses non désirées : contraception d'urgence 2009. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/maieutique/UE-sante-societe-humanite/104000049.pdf>
93. Suivi du dispositif relatif à l'accès des mineures à la contraception d'urgence. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_des_mineures_a_la_contraception_d_urgence_2003-2004.pdf
94. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1543129/fr/contraception-d-urgence-prescription-et-delivrance-a-l-avance
95. BURET N. Evaluation des répercussions de la loi de juillet 2001 concernant l'allongement du délai d'IVG de 12 à 14 SA [semaine d'aménorrhée]. 2004.
96. IVG médicamenteuse ou chirurgicale : mise à jour des protocoles (fiche bon usage de la HAS). VIDAL. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22778-ivg-medicamenteuse-ou-chirurgicale-mise-a-jour-des-protocoles-fiche-bon-usage-de-la-has.html>

ANNEXES

Annexe 1 :

 **TABLEAU 1**

Les IVG en 2017, selon la région de résidence de la femme

	Établissement hospitalier	Centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées
Métropole				
Grand-Est	12 924	130	905	13 959
Nouvelle-Aquitaine	12 659	558	2 826	16 043
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	22	1 311	6 786
Bretagne	6 730	100	625	7 455
Centre-Val de Loire	5 416	153	944	6 513
Corse	1 028	3	183	1 214
Île-de-France	35 371	2 246	14 475	52 092
Occitanie	15 880	226	3 711	19 817
Pays de la Loire	7 859	12	267	8 138
Hauts-de-France	15 408	27	1 989	17 424
Normandie	7 030	108	1 274	8 412
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 808	275	6 433	22 516
Total résidentes en Métropole	159 394	4 465	39 060	202 919
DROM				
Guadeloupe	1 462	5	1 536	3 003
Martinique	1 852	3	253	2 108
Guyane	1 362	5	971	2 338
La Réunion	3 011	1	1 343	4 355
Mayotte	1 284	1	336	1 621
Total résidentes DROM	8 971	15	4 439	13 425
Résidence inconnue²		18	80	98
Résidentes France entière	168 365	4 498	43 579	216 442
Résidence à l'étranger	244			244
Total IVG réalisées	168 609	4 498	43 579	216 686

1. Calculé en rapportant les IVG pour des femmes âgées de 15-49 ans ou dont l'âge est inconnu à la population des femmes de 15-49 ans.
2. Dans 1 800 cas, le lieu de résidence inconnu a été approché par le lieu de réalisation de l'acte : seules les interventions pour lesquelles le lieu de réalisation ne sont connus apparaissent en « résidence inconnue ».

Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM.

Sources • DREES (PMSI), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2017), CNAM-TS (données de consommation intégralement remboursées selon la date de soins, tous régimes).

Annexe 2 :



TABLEAU 1

Les IVG en 2018 selon la région de résidence de la femme

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé et CPEF	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées
Grand-Est	13 067	91	1 130	14 288
Nouvelle-Aquitaine	12 831	705	3 235	16 771
Auvergne-Rhône-Alpes	17 833	768	4 573	23 174
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	83	1 413	6 949
Bretagne	7 025	122	755	7 902
Centre-Val de Loire	5 722	134	1 079	6 935
Corse	1 060	2	183	1 245
Ile-de-France	34 766	2 383	16 554	53 703
Occitanie	15 687	260	4 538	20 485
Pays de la Loire	8 210	9	452	8 671
Hauts-de-France	15 276	196	2 369	17 841
Normandie	7 020	108	1 490	8 618
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 541	283	7 116	22 940
Total résidentes en France métropolitaine	159 491	5 144	44 887	209 522
Guadeloupe ¹	1 512	5	1 785	3 302
Martinique	1 682	3	441	2 126
Guyane	1 265	103	1 236	2 604
La Réunion	2 939	6	1 583	4 528
Mayotte	1 346	2	307	1 655
Total résidentes dans les DROM	8 744	119	5 352	14 215
Femmes dont la résidence est inconnue³		27	291	318
Total résidentes France entière	168 235	5 290	50 530	224 055
Résidentes à l'étranger	283			283
Total IVG réalisées	168 518	5 290	50 530	224 338

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.

1. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

2. Calculé en rapportant les IVG de 15-49 ans aux femmes de 15-49 ans.

3. Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.

Lecture • En 2018, 14 288 IVG ont concerné des femmes résidant dans la région Grand-Est.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.

Sources • DREES, PMSI-MCO ; Insee, estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2018 ; CNAM, données de consommation médicamenteuse remboursée selon la date des soins.

Annexe 3 : Convention réglementaire relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

ENTRE

L'établissement hospitalier

Sis :

Représenté par M. ou Mme.....

Dûment mandaté en qualité de.....

D'une part,

ET

Le centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) dénommé :
.....

Sis :

Représenté par M. ou Mme

Dûment mandaté en qualité de :

D'autre part.

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception,

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé,

Vu le décret N°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Vu l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse abrogeant l'arrêté du 23 juillet 2004,

Vu le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er}

L'établissement de santé s'assure que le médecin ou sage-femme participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11 de la Santé Publique.

Le centre de santé, le CPEF ou le CMS signataire de la convention justifie de la qualification des médecins ou sages-femmes qui pratiquent l'IVG médicamenteuse.

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le cosignataire de la présente convention.

Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin ou sage-femme (libéral ou exerçant au sein des CPEF ou CMS) adresse la patiente à l'établissement de santé référent qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le co-signataire de la présente convention transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Article 4

L'établissement de santé s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

Le médecin ou sage-femme qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au cosignataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

La présente convention, établie pour une durée d'un an, prend effet à la date de sa signature. Elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Article 8

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'Agence Régionale de la Santé ainsi qu'à la délégation territoriale dont il relève et, par le centre de planification familiale au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dont le centre relève.

Fait à....., le.....en double exemplaire.

Pour l'établissement hospitalier :

La Direction,

M ou Mme

Vu

Dr/Pr

Chef de service de Gynécologie
Obstétrique

Vu

Dr

Responsable du centre d'orthogénie

Pour le signataire :

Le centre de planification ou d'éducation familiale représenté par
M. ou Mme

.....

Annexe 4 :

Antécédents familiaux

Antécédents médicaux

GROUPE SANGUIN :

Rhésus :

HTA

Diabète

Dyslipidémie

Migraine

Autres

Cancer

Asthme

Cardiovasculaire

Trouble de la coagulation

Antécédents chirurgicaux

Antécédents obstétricaux

Nombre d'IVG antérieures :

Médicamenteuses :

Instrumentales :

Année de la dernière IVG :

Nombre d'enfant :

Année de naissance du dernier :

Fausse couche spontanée :

GEU :

Autres :

Antécédents gynécologiques

Contraception

Contraception antérieure

Contraception actuelle

Contraception envisagée

Annexe 5 :

Poids/Taille

Poids :

Taille :

IMC :

Traitements

Allergies médicamenteuses / autres

Addictions

Tabac Quantité :

Critères pour une IVG médicamenteuse à domicile

- Lieu d'habitation à moins d'une heure d'un centre hospitalier
- Pas de problème de compréhension
- Ne vit pas seule (accompagnant la nuit)
- Pas de facteur de risques hémorragiques
(traitement anticoagulant, trouble de la coagulation, antécédent d'hémorragie de la délivrance..)

RENDEZ-VOUS

Sage-femme Médecin	DATE	Fiche de transmission Remplie et confiée à la patiente (Oui/Non)	PAR
Consultation IVG			
Prise de MIFEGYNE			
Injection anti-D			
Prise de Misoprostol			
Consultation post-IVG			
CCF	DATE		PAR
Entretien pré-IVG			
Entretien post-IVG			

Annexe 6 :

CONSULTATION MEDICALE		Groupe	
		Rhésus	
PRE-IVG			
Nom :		Date :	
Prénom		Prescripteur :	
DDR :	Terme (SA) :		
BHCG			
Date :	Résultats :		
Examen clinique			
Echographie			
Terme :			
Autres :			
CONCLUSION			
IVG médicamenteuse	Domicile	<input type="checkbox"/>	Hôpital <input type="checkbox"/>
IVG instrumentale		<input type="checkbox"/>	
Garde la grossesse		<input type="checkbox"/>	
Urgences		<input type="checkbox"/>	Raisons :
Autres :			
Rophylac - Injection faite le :			
Contraception :		A débuter le :	

Annexe 7 :

Interruption Volontaire de Grossesse

Informations sur le groupe sanguin (A remettre à la patiente)

Qu'est-ce que le groupe Rhésus ?

Chaque individu est unique et différent d'un autre. Ces différences s'expriment aussi à la surface des cellules sanguines.

Vous avez sans doute déjà entendu parler des groupes sanguins A, B, O.

Ils concernent les globules rouges du sang qui servent à transporter, dans tout l'organisme, l'oxygène que l'on respire. Ils portent des marques différentes sur leur membrane qui définissent les groupes sanguins.

Le groupe Rhésus est le nom d'une de ces marques. Il est présent chez 85 % de la population ; ces personnes sont dites Rhésus-D positif.

Les personnes dont les globules rouges ne portent pas cette marque sont dites Rhésus-D négatif.

Quel rapport entre groupes sanguins et le suivi de la grossesse ?

La circulation sanguine d'une femme enceinte et celle de l'embryon/fœtus sont bien séparées. Pourtant, pendant la grossesse, sous l'effet de certaines circonstances (interruption de grossesse, fausse couche, accouchement), mais aussi de façon spontanée, un peu de sang de l'embryon/fœtus peut passer dans la circulation maternelle.

Quand les globules rouges de l'embryon/fœtus rentrent dans l'organisme de la femme enceinte, ils sont reconnus par son système de défense (système immunitaire) comme « étrangers ».

Ainsi si les globules rouges de l'embryon/fœtus sont Rhésus-D positif (hérités du partenaire masculin) et que ceux de la femme enceinte sont Rhésus-D négatif, le système immunitaire de la femme peut réagir en fabriquant des anticorps dirigés contre les globules rouges de l'embryon/fœtus.

C'est ce que l'on appelle une **allo-immunisation foetomaternelle RhD**.

Vous êtes Rhésus-D négatif. Quelles conséquences pour la grossesse ?

Lors d'une première grossesse, cela est sans grande conséquence pour l'embryon/fœtus.

En revanche, le système immunitaire de la femme enceinte qui a conservé en mémoire les informations de la grossesse précédente, va réagir rapidement au contact des globules rouges du nouvel embryon/fœtus RhD positif et produire une grande quantité d'anticorps anti-D.

Il y a alors danger pour cette grossesse (fausse couche, anémie...).

Ces anticorps anti-D sont sans risque pour la femme enceinte.

Annexe 8 :

Comment éviter une immunisation Rhésus ?

Il consiste à injecter, à la femme enceinte, des immunoglobulines anti-RhD.

Le principe est d'éliminer le plus tôt possible les globules rouges de l'embryon/fœtus passés chez la femme à l'aide de ces immunoglobulines anti-D « prêt à agir ».

Ainsi, le système immunitaire de la femme n'est pas alerté et il n'y aura pas de problème lors d'une prochaine grossesse

Quels sont ces anticorps injectés ?

Ce sont des anticorps anti-D extraits du plasma (un des composants du sang) de donneurs RhD négatif, immunisés contre le groupe Rhésus D.

Y-a-t-il des effets secondaires de ces immunoglobulines anti-D ?

Non en dehors de rares réactions allergiques au moment de l'injection.

Le risque infectieux fait l'objet d'une attention toute particulière.

Il n'y a pas eu de maladies infectieuses, rapportées à ce jour, transmises par les immunoglobulines préparées selon les modalités actuelles.

**L'équipe du Centre de Planification de CALAIS
est à votre disposition
pour répondre à toutes vos demandes
d'explications supplémentaires.
03.21.21.62.33**

Annexe 9 :

Interruption Volontaire de Grossesse

Informations sur le déroulement de PIVG médicamenteuse (A remettre à la patiente)

Madame, si vous maintenez votre décision d'interrompre votre grossesse, il peut vous être proposé par l'équipe du Centre de Planification, la méthode médicamenteuse jusqu'au 49^e jour d'absence de règles (ou aménorrhée¹) soit 7 semaines d'aménorrhée, date confirmée par échographie.

I – Comment se déroule une I.V.G. par méthode médicamenteuse ?

Cette méthode se déroule en trois temps :

- **Prise de Mifégyne** (anti- progestérone) qui va arrêter la grossesse.
La prise d'un comprimé de MIFEGYNE® se fait au Centre de Planification, en présence d'un membre de l'équipe soignante (médecin, sage-femme). Vous pourrez poser toutes les questions que vous voudrez.

Il existe une possibilité (moins de 3%) de saignement dans les 2 jours qui suivent la prise de la MIFEGYNE®. Son abondance est variable. Il ne faut pas hésiter à nous contacter si vous êtes inquiète.
- **Prise de Prostaglandine (MISOONE)**, médicament qui provoque l'expulsion de la grossesse.
24h à 72 heures après la prise de MIFEGYNE®, vous prendrez des comprimés (MISOONE° chez vous à mettre sous la langue. Cette prise sera renouvelée deux à trois heures plus tard si l'expulsion de l'œuf n'a pas été constatée.
Les comprimés pris ce jour provoquent inévitablement des saignements, des contractions utérines plus ou moins douloureuses. Différents types de médicaments vous seront proposés pour calmer ces douleurs si nécessaires.

Un moyen de contraception, pilule le plus souvent, prescrit auparavant sera à démarrer le soir ou le lendemain.
- **Visite de contrôle** environ 15 jours plus tard.
Celle-ci est indispensable et doit être pratiquée dans le service.
Une échographie et/ou une prise de sang, associée-s à un examen gynécologique (si besoin) permettra de nous assurer du bon résultat de la méthode d'interruption de la grossesse et de l'absence d'infection.

En cas d'absence injustifiée à cette consultation, un courrier de rappel vous sera envoyé.

¹ L'aménorrhée signifie l'absence de règles depuis le 1^{er} jour des dernières règles.
(Exemple : 7 semaines d'aménorrhée = 5 semaines de grossesse)

Annexe 10 :

II - Quelles complications peuvent survenir pendant l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse et dans les semaines suivantes ?

Tout acte médical même conduit dans des conditions de compétence et de sécurité conformes aux données actuelles de la science et de la réglementation en vigueur présente un risque de complication.

L'efficacité de la méthode est définie comme une expulsion complète de la grossesse sans avoir à recourir à la chirurgie. Les résultats de cette méthode sont de plus de 97 % de réussite.

En ce qui concerne les complications éventuelles :

- 1) Les médicaments pris provoquent des saignements habituellement égaux ou un peu supérieurs aux règles habituelles.
Des pertes largement supérieures à celles-ci doivent faire demander un avis médical, surtout si elles sont associées à des douleurs et de la fièvre. Une consultation peut alors être nécessaire pour évaluer l'importance des saignements et y remédier (éventuellement par un curetage).
Cette situation hémorragique est très rare (0,3% environ).
- 2) Le risque infectieux est minime, puisque aucun geste chirurgical n'est pratiqué mais il est nécessaire de respecter quelques précautions dans les jours qui suivent la prise des médicaments.
Un document d'informations spécifiques à ce sujet vous sera remis lors de vos passages dans le service.
(Document : « Conseils pratiques pour l'IVG »)

Quant aux complications beaucoup plus tardives, il n'existe actuellement aucune étude scientifique prouvant que l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse non compliquée ait des conséquences sur la fécondité ultérieure.

Pour les grossesses à venir, les médicaments pris lors de cette IVG seront sans conséquence. Il n'y aura pas d'augmentation de risque d'accouchement prématuré, de fausse-couche ou de retard de croissance intra-utérin.

Un sentiment de culpabilité, une période dépressive peuvent survenir par la suite.

Nous vous invitons à vous confier au moins à une personne de votre entourage ou à une conseillère du centre avant et/ou après l'interruption de la grossesse.

L'équipe du Centre de Planification de CALAIS

est à votre disposition

pour répondre à toutes vos demandes

d'explications supplémentaires.

03.21.21.62.33

Annexe 11 :

Interruption Volontaire de Grossesse

Formulaire de confirmation de PIVG (A insérer dans le dossier)

Je soussignée, Mme _____, reconnais avoir sollicité une interruption volontaire de grossesse conformément aux textes de loi relatifs à l'interruption volontaire de grossesse du Code de la santé publique, auprès du Centre de Planification de CALAIS.

J'ai, à ce titre, été convoquée à diverses consultations où j'ai été informée des démarches à suivre et où plusieurs documents d'informations m'ont été remis et expliqués.

Je confirme mon souhait d'interrompre volontairement ma grossesse.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature :

Représentant légal

Madame _____ Monsieur _____

Parents Représentant légal de Mlle _____

Par la présente et conformément aux textes de loi relatifs à l'interruption volontaire de grossesse du Code de la santé publique, je donne mon consentement à Mlle _____ pour réaliser une interruption volontaire de grossesse.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations énoncées ci-dessus

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature(s) :

Interruption Volontaire de Grossesse

Conduite à tenir pour les patientes
(A remettre à la patiente)

Vous avez choisi une IVG par méthode médicamenteuse.

ETAPE 1 – Au Centre de Planification

VOUS ALLEZ RECEVOIR 1 COMPRIME DE MYFEGYNE® LE : ___ / ___ / ___ à h

- ✓ Si vous vomissez dans la demi-heure qui suit sa prise, vous devez reprendre 1 comprimé au centre où vous l'avez reçu.
- ✓ Il existe une possibilité (moins de 3%) de saignements dans les 2 jours qui suivent la prise de la Mifégyne®. Son abondance est variable. Il ne faut pas hésiter à nous contacter si vous êtes inquiète.
- ✓ Le médecin ou la sage-femme vous remettra des comprimés de MISOPROSTOL à prendre 24 à 72 heures plus tard, chez vous.

ETAPE 2 – A votre domicile

IL EST IMPORTANT QU'UNE PERSONNE ADULTE RESTE A VOS CÔTES

Le ___ / ___ / ___ à ___ h ___

Vous allez prendre 1 comprimé de VOGALENE® si nausées ou vomissements

Une demi-heure plus tard, soit à ___ h ___ :

Vous prendrez :

- 400µg de MISOPROSTOL, en les laissant fondre sous la langue (éviter de les avaler entier).
- 1 comprimé d'IBUPROFENE 400mg
- 1 comprimé de PARACETAMOL 1G

Si à ___ h ___ (soit 2 heures plus tard), vous ne constatez aucun saignement, reprenez :

- 400µg de MISOPROSTOL, en les laissant fondre sous la langue

Si apparition de douleurs, il est possible de reprendre à partir de ___ h ___ :

- 1 comprimé d'IBUPROFENE 400mg
- 1 comprimé de PARACETAMOL 1G

ETAPE 3 – VISITE de CONTRÔLE

La méthode médicamenteuse n'est pas efficace à 100% et vous ne pouvez pas, vous-même, juger de son efficacité.

Les saignements qui se produiront ne sont pas une preuve de réussite.

La visite de contrôle est donc indispensable afin de vérifier que votre grossesse a bien été interrompue et expulsée.

Vous avez rendez-vous le ___ / ___ / ___ à ___ h ___

Annexe 13 :



Centre de Planification ou d'Education Familiale

N° FINES : 620029470

Antennes des CPEF :

N° téléphone unique :

03.21.21.62.33

Le / /

ARRAS

53, rue de Douai
62000 ARRAS

NOM :

Prénom :

BERCK

16, rue de l'Artois
62600 BERCK

Poids :

BETHUNE

8, rue Ludovic Boutroux
62400 BETHUNE

IBUPROFENE 400mg – Une boîte

1 à 3 par jour

(6 heures d'intervalle entre les prises)

BOULOGNE

1, Place Navarin
62200 BOULOGNE-
SUR-MER

PARACETAMOL cp -1g – Une boîte

1 à 4 par jour

(6 heures d'intervalle entre les prises)

CALAIS

5 rue Berthois
62100 CALAIS

CARVIN

64, rue Jean Moulin
62220 CARVIN

IZALGI – Une boîte

1 gélule, 1 à 3 fois par jour si fortes douleurs
(ne plus prendre de paracétamol)

ETAPLES

Résidence Yvelines
Entrée 31 – rue de la
Pierre Trouée
62630 ETAPLES

VOGALENE 7.5 ~~lyoc~~ – Une boîte

1 à 3 par jour, sous la langue

30 minutes avant la prise d'autres médicaments

LIEVIN

57, rue Antoine Dilly
62800 LIEVIN

ST-POL

31 rue des Procureurs
62165 ST-POL

ST OMER

22 rue St Bertin
62500 SAINT OMER

Signature :

Annexe 14 :

CONSEILS EN CAS DE PROBLEMES

DOULEURS

- ✓ Si vous souffrez, n'attendez pas pour prendre les antalgiques qui vous ont été prescrits :
 - **IBUPROFENE 400 mg - 1 à 3 par jour** (6 heures d'intervalle entre les prises), seul ou en alternance avec le **PARACETAMOL 1g - 1 à 4 par jour** (6 heures d'intervalle entre les prises)
- ✓ Si les douleurs sont insuffisamment calmées :
 - Vous pouvez prendre **LAMALINE® 1 à 2 gélules, 1 à 3 fois par jour**
 - **Si vous prenez de la LAMALINE®, ne plus prendre de PARACETAMOL**
 - Vous pouvez utiliser une **bouillote chaude à mettre sur le ventre**
- ✓ **Ne pas prendre d'aspirine**
- ✓ La consommation de tabac est susceptible d'accentuer les douleurs
- ✓ N'hésitez pas à nous recontacter (**03.21.21.62.33**) aux heures d'ouverture ou les urgences gynécologiques du centre hospitalier de Calais (**03/21/46/49/06**)

SAIGNEMENTS

- ✓ Le volume et la durée des saignements sont variables, parfois dans les heures ou les jours qui suivent la prise de médicaments. Les saignements peuvent être importants
- ✓ Si dans les 2 h qui suivent la prise de MISOPROSTOL vous utilisez l'équivalent de 8 protections nuits, alors prenez contact avec le centre ou dirigez-vous vers les urgences avec votre fiche de liaison
- ✓ En cas d'absence de saignements dans les 24h qui suivent la prise du MISOPROSTOL, contacter le centre

NAUSEES / VOMISSEMENTS

- ✓ En cas de nausées ou vomissements, ne pas hésiter à prendre du VOGALENE®, une demi-heure avant la prise des autres médicaments
- ✓ En cas de vomissement dans La demi-heure suivant la prise de la MIFEGYNE®, vous devez reprendre 1 comprimé au centre où vous l'avez reçu

DIARRHEE

- ✓ Des diarrhées peuvent survenir après la prise du MISOPROSTOL : **NE RIEN FAIRE**

CONTRACEPTION

- ✓ Une contraception vous a été prescrite (sauf exception)
- ✓ Vous devez la débiter le soir ou le lendemain de la prise du MISOPROSTOL

**L'équipe du Centre de Planification de CALAIS
est à votre disposition
pour répondre à toutes vos demandes
d'explications supplémentaires.**

03.21.21.62.33

Interruption Volontaire de Grossesse

Conseils pratiques sur l'IVG médicamenteuse (A remettre à la patiente)

CONSEILS PRATIQUES

Ayez toujours avec vous

- Votre carte d'assurance-maladie
- Des serviettes hygiéniques non parfumées

Attention

- Consommatrice de cocaïne : en raison du risque d'hémorragie augmenté, ne pas consommer 48 heures avant l'IVG
- Dans les jours suivants l'avortement, évitez tant qu'il existe des saignements importants :
 - o Les relations sexuelles avec pénétration vaginale
 - o Les bains (douche possible)
 - o La piscine
 - o Les tampons

CONSEILS APRES L'IVG

Reprise des activités

- Vous pouvez boire et manger ce que vous désirez
- Pour les activités sportives telles que la course ou l'équitation, il est préférable d'attendre que les saignements soient presque terminés
- Il est conseillé de prévoir des moments de repos dans les jours qui suivent l'intervention

Pertes sanguines

Les saignements sont variables après une IVG. Ils peuvent durer entre quelques jours et 3 semaines. Il peut y avoir de petits caillots ou des pertes brunâtres. Certaines femmes n'ont pas ou peu de saignement.

Si les pertes deviennent plus abondantes et que vous changez de serviette hygiénique toutes les demi-heures pendant deux heures consécutives (4 changements de serviettes), vous devez consulter le service des urgences le plus proche de chez vous.

Douleurs abdominales

Il est normal d'avoir des crampes après une IVG. Pour soulager ces douleurs, vous pouvez utiliser les traitements prescrits. La chaleur (bouillotte) et une légère activité physique (marche) sont aussi indiquées.

Syndrome du 3^{ème} jour

Il peut arriver entre le 3^{ème} jour et 5^{ème} jour après l'IVG une reprise des douleurs abdominales accompagnées de saignement et de la perte de caillots.

Il ne faut pas s'inquiéter car ce phénomène ne dure que quelques heures.

Vous pouvez utiliser les mêmes méthodes que celle citées dans « Douleurs abdominales ».

En cas de persistance, il ne faut pas hésiter à contacter le centre de planification ou les urgences du centre hospitalier le plus proche.

Annexe 16 :

Menstruations

Le retour des menstruations survient habituellement 4 à 6 semaines après l'intervention, sauf si vous avez débuté une contraception hormonale. Dans ce cas, vous serez réglées dans la semaine prévue à cet effet.

Fertilité

Vous redevenez fertile rapidement après l'IVG.

Vous pouvez donc redevenir enceinte si vous n'utilisez aucune contraception et ce dès les jours suivants l'avortement.

Symptômes de grossesse

Les nausées disparaîtront dans les premiers jours suivant l'IVG. En cas de persistance, il faudra reprendre contact avec le centre de planification.

La sensibilité de la poitrine devrait disparaître progressivement sur une semaine.

Il peut arriver après une IVG qu'il y ait un gonflement des seins ou même une légère lactation. Ces symptômes sont sans gravité et disparaîtront spontanément.

Un test de grossesse peut rester positif jusqu'à 3 à 4 semaines après l'IVG. C'est le temps nécessaire pour que votre organisme élimine les hormones de grossesse.

Vos émotions

Beaucoup de femmes se sentent soulagées après l'IVG. Par contre, il est normal de ressentir de la tristesse, de la déception, de la culpabilité et de se sentir seule.

Plusieurs femmes et couples vivront une période d'adaptation et de deuil.

La tristesse est une émotion saine qui doit être vécue. Elle s'apaisera avec le temps. Cette expérience est l'occasion pour bien des femmes de faire un bilan de leur vie, d'apprendre à mieux se connaître, de s'affirmer, de devenir responsable et d'être fière d'avoir pris une décision importante.

Il serait souhaitable, dans le processus que vous vivez, d'avoir quelqu'un à qui vous pouvez exprimer vos sentiments et vos émotions. Si vous en êtes incapable, le personnel du centre de planification demeure disponible pour vous revoir, tant que vous en ressentirez le besoin.

Votre santé émotionnelle est aussi importante que votre santé physique.

Votre sexualité

Il est possible qu'après un arrêt de grossesse vous observiez des changements par rapport à votre activité sexuelle et que, par exemple, votre désir soit moins présent.

Il faut alors prendre le temps d'en parler et d'attendre que celui-ci revienne.

S'il y a des aspects de votre vie sexuelle qui ne vous satisfont pas, discutez-en pour trouver une solution. Les professionnels du centre de planification peuvent vous outiller et vous guider dans cette démarche. Même si vous n'avez pas de partenaire stable, il serait bon de choisir une méthode contraceptive adaptée à vos besoins et à votre réalité. Lorsque la préoccupation de devenir enceinte disparaît avec l'emploi d'une méthode contraceptive efficace, votre vie sexuelle peut être davantage satisfaisante.

**L'équipe du Centre de Planification de CALAIS
est à votre disposition
pour répondre à toutes vos demandes
d'explications supplémentaires.**

03.21.21.62.33

Annexe 18 :



FICHE DE LIAISON CENTRE HOSPITALIER – CPEF (A remettre à la patiente – A renseigner à chaque consultation)



Cachet médecin / sage-femme : Tel :	Centre Hospitalier de CALAIS 1601 Bd Justes 62 107 CALAIS CEDEX Urgences gynécologiques : 03/21/46/49/06		
NOM : _____	Date de naissance : ___/___/___ CP de naissance ___		
Prénom _____	Téléphone : ___/___/___/___ Code Postal : _____		
Date de la demande d'IVG : ___/___/___ Dernières règles : ___/___/___	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">βhcg le : ___/___/___ Résultats :</td> <td style="width: 50%;">Échographie-le : ___/___/___ Résultats :</td> </tr> </table>	βhcg le : ___/___/___ Résultats :	Échographie-le : ___/___/___ Résultats :
βhcg le : ___/___/___ Résultats :	Échographie-le : ___/___/___ Résultats :		
ATCD GYNECO-OBSTETRIQUE : Nombre d'accouchement : _____ Nombre de césarienne : _____ Nombre de FCS : _____ Nombre d'IVG chirurgicale : _____ Nombre d'IVG médicamenteuse : _____	ATCD MEDICO-CHIRURGICAUX : <u>Trouble de la coagulation</u> : OUI NON <u>Autres</u> : _____ Groupe Rh : <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	Traitements : <u>Allergies médicamenteuses :</u>	
ANOMALIES A L'EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE :			
Traitement : _____			
PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :			
Prise de la Mifépristone le : ___/___/___ Posologie : _____ mg Au terme de (en SA) : <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>	Prise du MISOONE le : ___/___/___ Posologie : _____ µg Gammaglobulines anti-D <input type="checkbox"/>		
FIN DE PROCEDURE			
Visite de contrôle prévue le : ___/___/___ Venue : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Relance : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Visite effectuée le : ___/___/___ Contrôle de l'efficacité par : - βhcg le : ___/___/___ Résultats : _____ - Échographie : _____ Complications : <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/> Grossesse évolutive	Traitement complémentaire nécessaire : <input type="checkbox"/> Reprise du Misoprostol <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Antibiotiques Synthèse Nombre d'appels au médecin traitant : _____ Nombre de visite en urgence (Cabinet) : _____ Nombre de visite en urgence (Hôpital) : _____ Contraception : Entretien avec une conseillère réalisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Interruption Volontaire de Grossesse

Formulaire de consentement
à la prise de Mifégyne
(À insérer dans le dossier)

Par la présente, je soussignée _____ **confirme** que j'ai décidé d'interrompre ma grossesse ainsi que la loi m'y autorise.

J'ai pris connaissance des différentes méthodes d'IVG (médicamenteuse et chirurgicale) et choisi la méthode médicamenteuse à domicile.

J'accepte que vous m'administriez MIFEGYNE® (Mifépristone), 200mg comprimé.

Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information qui m'a été remis.

J'atteste que les contre-indications de cette méthode m'ont été expliquées.

Les coordonnées – adresse précise et numéro de téléphone du service concerné de l'établissement de santé signataire de la convention – m'ont bien été indiquées par écrit.

J'ai compris :

- Que la prise de 1 comprimé de MIFEGYNE®, au centre de planification, en présence du médecin ou de la sage-femme, doit être obligatoirement suivie 24 à 72 heures plus tard, de l'administration d'une prostaglandine, le MISOONE,
- Que la prise des comprimés de MISOONE se fera à mon domicile, en présence d'un accompagnant adulte,
- Que la visite de contrôle, au centre de planification, 14 jours au minimum à 21 jours au maximum, après la prise de MIFEGYNE®, est indispensable et obligatoire.

Je sais que cette méthode n'est pas efficace à 100%, de sorte que, en cas d'échec, l'interruption volontaire de grossesse ne pourra être obtenue que par des moyens chirurgicaux à l'établissement de santé dont les coordonnées m'ont été données.

Je suis avertie que je ne dois pas prendre ce traitement si je ne suis pas sûre de vouloir interrompre ma grossesse.

J'ai compris que si je décidais, en cas d'échec, de mener ma grossesse à terme, je dois en parler à mon médecin afin de bénéficier d'une surveillance prénatale avec échographies répétées, car aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de risque pour l'enfant à naître.

A _____ le ____ / ____ / _____

Signature (*précédée de la mention « lu et approuvé »*):

CADRE RESERVE AU PROFESSIONNEL DU CPEF :

Je soussigné-e _____ **confirme** que l'intéressée a pris 1 comprimé à 200mg de

MIFEGYNE® en ma présence, le ____ / ____ / _____ au CPEF de _____.

Cachet et signature :

Annexe 20 :

CONSULTATION MEDICALE POST-IVG

Nom :

Date :

Prénom

Prescripteur :

Date de la prise de la Mifégyne :

Terme (SA) :

Date de la prise de Misoprostol :

Examen clinique

BHCG

Date :

Résultats :

Echographie

CONCLUSION

Réussite de la méthode

Rétention

Grossesse évolutive

Orientation

Raisons :

Urgences

Service de gynécologie

Autres

Traitement médical complémentaire

Contraception

Annexe 21 :

Prise dans les 12 heures, je suis sûr d'être protégé?

Hélas non.

Le taux d'efficacité dans les 12 heures est de 98 %.
Ce n'est pas un moyen de contraception.

Des effets secondaires sont-ils possibles ?

Si des vomissements surviennent dans les 3 heures qui suivent sa prise, il faut en reprendre une autre.
Il est possible que les cycles à venir soient désorganisés.

Comment puis-je l'obtenir ?

En pharmacie: sans ordonnance (gratuite pour les mineurs, environ 7 euros pour les majeurs) ou remboursée avec une ordonnance.
À l'infirmière scolaire.
Au centre de planification.

Puis-je demander à mon médecin ou ma sage-femme de m'en prescrire une en avance ?

Excellente idée!

Avoir une pilule d'urgence chez soi, permet d'agir rapidement si vous rencontrez un problème avec votre contraception habituelle et d'avoir une forte probabilité d'éviter une grossesse non désirée.

Centre de Planification
ou
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais

03.21.21.62.33

0321 21 21 62 33 - le service de planification



La contraception d'urgence

La contraception d'urgence correspond à des méthodes à utiliser le plus rapidement possible après un rapport sans protection, un problème avec les préservatifs, un oubli de pilule, un vomissement après la prise de pilule, un décollement ou un oubli de patch, un problème avec l'anneau... pour prévenir une grossesse non désirée.

Centre de Planification ou d'Éducation
familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33



Quelles sont les différentes méthodes ?

Il existe deux méthodes:

- la pose d'un stérilet au cuivre également appelé: Dispositif intra-utérin (DIU)
- la prise de la pilule d'urgence.

Quel est le délai pour utiliser ces méthodes d'urgence ?

Le plus rapidement possible, au maximum 5 jours!

IMPORTANT : ne pas hésiter à faire un test de grossesse 3 semaines plus tard, surtout s'il y a un retard de règles.

La contraception d'urgence peut-elle remplacer la contraception habituelle (pilule, Patch, Préservatif...)?

Non! Il ne s'agit pas d'une contraception régulière.

La contraception d'urgence est à prendre en cas... d'urgence!

Si j'utilise souvent la pilule d'urgence, est-ce grave ?

Non, mais comme elle n'est pas efficace à 100% vous prenez un risque à chaque rapport d'être enceinte. Vous êtes invitées à aller consulter auprès d'un médecin, une sage-femme ou dans un centre de planification pour vous renseigner sur une contraception régulière.

Si je suis déjà enceinte, la contraception d'urgence peut-elle encore fonctionner ?

Non. La contraception d'urgence n'est pas une méthode d'interruption volontaire de grossesse.

Un dépistage des infections sexuellement transmissibles est-il utile ?

Un rapport non ou mal protégé vient d'avoir lieu. Un dépistage doit être envisagé.

Le Dispositif intra-utérin (stérilet au cuivre)

Comment fonctionne le DIU ?

Il empêche la fécondation :

- en neutralisant les spermatozoïdes
- en rendant la muqueuse utérine impropre à la nidation (fixation de l'œuf sur la paroi utérine).

Quel est le délai pour poser un DIU ?

La pose du DIU doit avoir lieu au maximum 5 jours après le rapport non ou mal protégé.

Quelle est l'efficacité de la pose du DIU en urgence ?

Presque 100 %, si le DIU est posé dans le délai de 5 jours.

Peut-on poser le DIU à toutes les femmes ?

On entend souvent qu'une femme qui n'a jamais accouché ne peut pas avoir de stérilet.

C'est faux! Les stérilets peuvent être posés à toutes les femmes, qu'elles aient déjà ou non accouché.

La seule contre-indication est la malformation de l'utérus.

Puis-je garder le stérilet après sa pose en urgence ?

Si la femme n'avait pas de moyen de contraception, le stérilet peut tout à fait être conservé pendant plusieurs années.

Comment puis-je l'obtenir ?

Il vous faut une ordonnance (remboursement par la sécurité sociale et la mutuelle).

La pilule d'urgence

Est-ce la même que la pilule du « lendemain » ?

C'est exactement la même.

Mais le terme « lendemain » donnait la fausse impression que l'on avait le temps.

Pilule « d'urgence » indique plus précisément qu'il faut la prendre le plus vite possible.

Comment fonctionne-t-elle ?

Elle permet de bloquer l'ovulation.

Quel est le délai pour la prendre ?

Elle sera d'autant plus efficace qu'elle sera prise le plus rapidement possible.

Si possible dans les 12 heures qui suivent le rapport non ou mal protégé !
Au maximum, 5 jours.

Son efficacité est-elle la même dans le délai de 5 jours ?

Pas du tout!

Plus on attend et moins elle est efficace!

**Centre de Planification
OU
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais**

03.21.21.62.33



La pilule progestative

Cette pilule ne contient qu'une seule hormone (progestérone). Elle est très efficace si prise correctement.

Elle se présente sous forme de plaquette de 28 comprimés (1 comprimé à prendre tous les jours).

Il n'y a pas d'interruption entre deux plaquettes, même si la femme a ses règles.

La prescription de cette pilule est faite par une sage-femme, un(e) médecin généraliste ou un(e) gynécologue.

L'examen gynécologique n'est pas obligatoire lorsque l'on demande une pilule.

Centre de Planification ou d'Éducation familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33



Pas-de-Calais
Le Département

Quelle différence avec les pilules œstroprogestatives ?
Les pilules œstroprogestatives contiennent deux hormones. Toutes les pilules contraceptives sont intéressantes et efficaces si prises régulièrement.
C'est au cours d'une consultation médicale que le prescripteur proposera une contraception adaptée à chaque femme en fonction de ses antécédents médicaux, ses allergies, sa tolérance, ses souhaits...

Comment bien prendre ma pilule ?
Il est très important de prendre sa pilule à la même heure chaque jour. Je dois choisir l'heure la plus favorable pour ne pas l'oublier (En prenant mon petit-déjeuner, en me levant les dents, en me couchant...).
Le portable peut aider à ne pas oublier ma pilule en faisant sonner tous les jours à la même heure.

Que faire lorsque ma plaquette de 28 comprimés est terminée ?
Je ne fais pas d'interruption entre deux plaquettes.
Le lendemain du dernier comprimé, je commence une nouvelle plaquette sans tenir compte de mes règles.
Le 1^{er} jour de la plaquette doit être toujours le même.

Puis-je m'autoriser un décalage horaire dans la prise de la pilule ?
Le mieux est de prendre sa pilule tous les jours à la même heure. Cependant vous pouvez vous autoriser un décalage de maximum 12 heures (sauf si vous utilisez une pilule nommée Microvat® ou le décalage autorisé est de maximum 3 heures).

Que faire en cas d'oubli de moins de 12 heures (ou moins de 3 heures avec Microvat®) ?
Vous prenez votre comprimé oublié.
Les autres comprimés seront pris les jours suivants à l'heure habituelle.

Que faire en cas d'oubli de plus de 12 heures (ou plus de 3 heures avec Microvat®) ?
- Je prends le comprimé oublié dès que possible.
- Je continue le reste de ma plaquette normalement.
- Je prends la pilule d'urgence en plus s'il y a eu des rapports sexuels non ou mal protégés dans les 5 jours précédents l'oubli. Je réalise dans ce cas un test de grossesse 15 jours plus tard.
- J'utilise une contraception supplémentaire (préservatifs) pendant les 7 jours suivants l'oubli.
- J'enchaîne mes plaquettes comme d'habitude.

Que faire en cas de vomissements ?
S'il se produit des vomissements dans les 4 heures qui suivent la prise de la pilule, dès que je vais mieux :
- Je prends le comprimé prévu pour le lendemain.
- Je continue le reste de ma plaquette normalement.
- J'enchaîne mes plaquettes sans faire d'interruption.
- Le 1^{er} comprimé des plaquettes suivantes sera donc décalé d'un jour.

Que faire en cas de fortes diarrhées ?
Utilisez des préservatifs pendant toute la durée de l'épisode de troubles digestifs ainsi que pendant les 7 jours suivants.

Les règles avec les pilules progestatives
Les femmes qui utilisent la pilule progestative peuvent avoir des règles tous les mois mais aussi tous les 2 mois, tous les 3 mois...
Il est possible que les femmes n'aient plus de règles (aménorrhée). Cela n'est pas grave du tout et n'a aucune incidence sur la fertilité utérine. Pour une minorité de femmes, les saignements sont fréquents (une semaine tous les 15 jours, tous les jours...). Cela peut arriver chez une femme sur 5 lors des 2 à 3 premières plaquettes. Si cela persiste, il faut consulter votre prescripteur pour refaire le point.

Idées fausses sur la pilule
« Ça fait grossir »
Attention, il est plus facile « d'accuser » la pilule plutôt qu'une alimentation déséquilibrée trop riche. Si vous mangez équilibré et pratiquez une activité sportive, pas de soucis.
Rarement, une prise de poids est possible liée à la pilule. Dans ce cas, il faut consulter votre prescripteur.

« Ça donne le cancer »
Non, il n'y a rien qui le prouve alors que des millions de femmes prennent la pilule.

Pilule et tabac
Lorsque l'on fume, aucune pilule n'est bonne.

Le prix
La pilule progestative est remboursée.
Il existe quelques pilules progestatives non remboursées. Ces pilules sont identiques aux pilules remboursées. Demandez bien à votre prescripteur une pilule remboursée.

Annexe 24 :

Les préservatifs féminin et masculin

- Ce sont les seuls moyens pour se protéger des Infections Sexuellement Transmissibles (I.S.T.).
- Avant toute utilisation, vérifier que :
 - L'emballage n'est pas abîmé.
 - Il s'agit d'une Norme Française (N.F.) ou Communauté Européenne (C.E.).
 - La date de péremption n'est pas dépassée.

Centre de Planification ou d'Éducation familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33

➕ Avantages

- Il peut être placé longtemps avant le rapport sexuel.
- Confort lié à la lubrification au silicone.
- Résistance accrue (2 fois plus que le latex).
- Possibilité de recourir à n'importe quel lubrifiant.
- Pas d'allergie car n'est pas en latex.

➖ Inconvénients

- Le coût: 1,50 euro pièce.
- Quelques rares distributeurs.
- Eventuels bruits de papier froissé lors des rapports sexuels.

LE PRÉSERVATIF MASCULIN

- Outil à usage unique.
- Prescription possible par un médecin ou une sage-femme.

Pose

- Déchirez l'emballage sur le côté et retirez délicatement le préservatif (attention aux ongles, aux dents... qui peuvent l'endommager).
- Pincez le bout du préservatif (réservoir) entre le pouce et l'index afin de chasser l'air (risque de rupture) et placez-le sur le pénis en érection.
- Assurez-vous que la partie à dérouler est à l'extérieur. Dans le cas contraire, s'il y a eu contact avec le pénis, prendre un nouveau préservatif pour éviter tout risque d'IST ou de grossesse.
- Déroulez-vous même ou avec l'aide de votre partenaire le préservatif jusqu'à la base du pénis.
- Après l'éjaculation, se retirer du vagin de la partenaire en tenant bien la base du préservatif pour éviter qu'il ne glisse dans le vagin (risque d'écoulement du sperme).
- Retirez le préservatif du pénis, faites un nœud et jeter le dans une poubelle.

Attention

- Ne superposez jamais 2 préservatifs, car le risque de rupture est plus important.
- Si vous avez besoin d'un lubrifiant, utilisez seulement les gels à base d'eau (pharmacies, grandes surfaces...). Les lubrifiants gras comme la vaseline... sont à proscrire car ils augmentent les risques de rupture.

Il existe des préservatifs masculins en polyuréthane :

- Utiles pour les personnes allergiques au latex
- Lubrification meilleure
- Résistance accrue
- Coût: 1,50 euro pièce

LES GOÛTS ET LES COULEURS

Pour varier les plaisirs, et répondre à toutes les pratiques et toutes les envies, il existe toute une gamme de préservatifs adaptés à tous les budgets :

- Les classiques, souvent les plus économiques
- Les ultras fins qui se font oublier
- Les masculins et les féminins
- Les sans latex destinés aux personnes allergiques
- À effet retard sur l'éjaculation
- Les parfumés à la fraise, menthe, vanille...
- Différentes tailles
- Les fantaisistes dont il faut toujours vérifier la norme Communauté Européenne (C.E.) ou Norme Française (N.F.).

LE PRÉSERVATIF FÉMININ

- À usage unique, de taille unique.
- Il s'agit d'un petit sac, présentant un anneau fixe à son orifice externe qui s'ouvre en corolle, avec un petit anneau, souple, amovible dans le fond.

Pose

- Avant de le mettre, vous devez choisir une position confortable (debout avec une jambe sur une chaise, assise ou couchée).
- Après avoir déchiré l'emballage à la main et extrait le préservatif (attention aux bagues et aux ongles qui peuvent l'endommager), vous devez presser l'anneau interne du préservatif en « B ».
- Introduisez alors soigneusement l'anneau interne dans le vagin en veillant bien à ce que le préservatif ne soit par tordu.
- Afin de pousser l'anneau interne aussi loin que possible, mettez votre index à l'intérieur du préservatif.
- L'anneau externe doit rester en dehors du vagin et bien recouvrir la région des lèvres.
- Au moment du rapport sexuel, vous devez bien guider avec votre main le pénis de votre partenaire à l'intérieur du préservatif.
- Pour retirer le préservatif, tordez l'anneau externe et tirez-le doucement de façon à fermer complètement l'ouverture du préservatif et empêcher le sperme de s'écouler et jetez le tout dans une poubelle.
- Vous ne devez pas utiliser de préservatifs masculin et féminin ensemble (risque de rupture).

Centre de Planification
ou
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33

CPEF / Prévention de grossesse - 2020 - Ne pas se fier au contenu imprimé

161

Annexe 25 :



Le Dispositif Intra Utérin (DIU) encore appelé Stérilet

Petit dispositif très léger en matière plastique, en forme de T, que la sage-femme ou le médecin place dans la cavité de l'utérus.

Des fils de nylon permettent de vérifier qu'il est en place et de le retirer.

C'est le moyen de contraception le plus utilisé au monde.

Centre de Planification ou d'Éducation familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33



> **Le DIU à la progestérone**: le cuivre est remplacé par un réservoir contenant de la progestérone libérée très progressivement pendant 5 ans.

Les règles peuvent être plus faibles, non douloureuses et peuvent parfois s'arrêter sans signifier un dérèglement hormonal.

La diminution ou l'arrêt des règles permet d'éviter l'anémie et la fatigue.

Comment surveille-t-on un DIU ?

Quelques mois après la pose, puis une fois par an lors d'un examen gynécologique qui permet de mesurer les fils et de proposer le frottis de dépistage et autres examens nécessaires à votre situation.

Le DIU est-il bien remboursé ?

Oui, intégralement, avec une part sécurité sociale et une part mutuelle complémentaire.

Le DIU peut-il être posé à des jeunes filles et à des femmes n'ayant pas d'enfant ?

Le médecin/sage-femme choisit dans ce cas un stérilet adapté à la taille de votre utérus.

Y a-t-il des médicaments qui diminuent l'efficacité du DIU ?

On l'a dit autrefois des anti-inflammatoires mais cela n'a jamais été prouvé.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Le DIU au cuivre est une excellente contraception d'urgence lorsqu'il est posé jusqu'à 5 jours après un rapport à risque.

Comment agit-il ?

Le stérilet a 2 actions :

- > Il évite la fécondation dans de très nombreux cas,
- > Il a une action mécanique qui empêche l'ovule de s'implanter au fond de l'utérus.

Est-il efficace ?

Il est encore plus efficace que certaines contraceptions (pas d'oubli de comprimé).

Y a-t-il des examens à faire avant la pose d'un DIU ?

Un examen gynécologique est indispensable, associé parfois à une recherche d'infection.

Quand se pose-t-il ?

Pendant les règles ou juste après car le col de l'utérus est ouvert et la pose est plus facile.

Comment se pose-t-il ? La pose est-elle douloureuse ?

La pose ne demande que quelques secondes, elle est très peu ou pas douloureuse.

Des comprimés pris à l'avance peuvent faciliter le geste. Dès les jours suivants, vous ne devez sentir absolument aucune douleur, et le stérilet se fera oublier.

Comment le retire-t-on ?

C'est le médecin ou la sage-femme qui le retire très facilement au cours d'un examen gynécologique, en tirant délicatement sur les fils de nylon.

Existe-t-il des contre-indications à la pose d'un DIU ?

Le DIU est un médicament. Il peut donc exister des contre-indications qui seront discutées avec la sage-femme ou le médecin.

Existe-t-il différents DIU ?

Il existe 2 sortes de stérilet :

- > **Le DIU au cuivre** (sans hormone) est efficace 5 à 10 ans. Avec ce type de DIU, les règles sont quelques fois plus longues et plus abondantes surtout au cours des 6 premiers mois. Si cela persiste, il existe des traitements pour y remédier.

Centre de Planification
OU
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais

03.21.21.62.33



Implant Contraceptif sous cutané Nexplanon

- Bâtonnet souple, grand comme une allumette, posé (très superficiellement) au niveau du bras.
- Le bâtonnet contient de la progestérone qui diffuse dans le corps et va bloquer l'ovulation pour 3 ans maximum, 2 ans chez les femmes obèses*.

* suivant critères médicaux Indice Masse Corporelle (taille/poids*) supérieur à 30.

Centre de Planification ou d'Éducation
familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33



Et si je souhaite une grossesse ?

Il suffit de le faire retirer et vous pourrez être enceinte très rapidement en fonction de votre fertilité et de celle de votre partenaire.

On m'a dit que l'implant peut faire grossir, donner des boutons ? Cela peut arriver mais reste très rare. Dans ce cas, si c'est votre choix, l'implant peut être retiré n'importe quand.

J'ai entendu parler de femmes qui saignent beaucoup avec l'implant ? Cela peut arriver mais très rarement. Dans ce cas, il faut en parler au médecin/sage-femme qui peut proposer des médicaments et si cela ne marche pas, peut le retirer.

Quelle est la surveillance conseillée avec l'implant ?

Une consultation médicale quelques mois après la pose pour faire le point, puis une fois par an environ.

Est-ce que l'implant contraceptif est bien remboursé ?

Oui, intégralement avec une partie sécurité sociale et une partie mutuelle complémentaire.



Est-ce que la pose est douloureuse ?

Non, grâce à la réalisation d'une anesthésie locale par piqûre et à l'application d'une crème anesthésique avant si besoin.

Et pour le retirer ?

Sous anesthésie locale: ce geste est indolore.

Est-ce que c'est efficace comme contraception ?

Oui, c'est même le meilleur moyen de contraception existant actuellement, efficace immédiatement s'il est posé au bon moment par rapport aux règles.

Est-ce qu'il y a des contre-indications ?

Elles sont exceptionnelles car le bâtonnet ne contient pas d'œstrogène comme la plupart des pilules.

Quels sont les effets sur l'utérus ?

La progestérone diminue ou arrête le développement de la muqueuse utérine si bien que les règles ne sont pas forcément régulières ni d'allure tout à fait habituelle. Elles peuvent parfois s'arrêter sans que cela traduise un dérèglement quelconque.

Mais si je n'ai pas de règles, je vais avoir peur d'être enceinte ?

L'absence de règles témoigne seulement du fait que la muqueuse utérine est toute fine. La diminution ou l'arrêt des règles peut permettre d'éviter la fatigue, l'anémie et des douleurs parfois fort désagréables.

Dès le retrait de l'implant, vous retrouverez rapidement vos cycles habituels.

Si vous êtes vraiment angoissée, vous pouvez faire un test de grossesse urinaire.

Centre de Planification
ou
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais

03.21.21.62.33

Annexe 27 :

Le patch contraceptif EVRA

- Actions équivalentes à **UNE MICRO PILULE** oestroprogestative.
Seul le mode d'administration change : les hormones pénètrent dans le sang à travers la peau.
- 1 patch par semaine, 3 semaines consécutives
1 semaine d'arrêt : survenue des règles et ainsi de suite...

Centre de Planification ou d'Éducation familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33

Que faire si j'ai gardé le patch plus de 7 jours ?
Protège encore pendant 48 heures.
Si l'oubli dépasse 2 jours :
- recommencez à zéro un nouveau cycle de 3 patchs,
- utilisez **impérativement** les préservatifs la 1^{re} semaine,
- prenez la pilule d'urgence s'il y a eu des rapports sexuels non protégés dans les 5 jours précédents. Faites un test de grossesse 15 jours plus tard.

» Attention, le jour de pose sera ensuite modifié.

Et s'il se décolle ?
Les décollements sont rares.
Certains peaux semblent réfractaires aux patchs.
Si le décollement est de moins de 24 h : remettre un nouveau patch
Si le décollement est de plus de 24 h :
- recommencez un nouveau cycle de 3 patchs
- prenez la pilule d'urgence s'il y a eu des rapports sexuels non protégés dans les 5 jours précédents. Faites un test de grossesse 15 jours plus tard.
- utilisez des préservatifs dans les 7 jours suivant le décollement.

» Attention, le jour de pose sera ensuite modifié.

Y a-t-il des précautions particulières ?
Oui, il est conseillé de remettre le patch usagé dans son sachet et de le rapporter à la pharmacie (raisons écologiques).

Y a-t-il des réactions au site d'application ?
Oui, dans environ 17 % des cas il y a des réactions plus ou moins importantes (rougeurs, démangeaisons) entraînant un abandon de la méthode dans 2 % des cas uniquement.

Y a-t-il des effets indésirables ?
Les tensions des seins sont assez fréquentes et parfois les règles sont un peu plus longues qu'avec la pilule.

Comment se présente-t-il ?
C'est un patch de 20 cm² (4,5 x 4,5 cm), de couleur beige, vendu par boîte de 3.

Que contient-il ?
Des oestrogènes et de la progestérone à dose équivalente à celle d'une micro pilule.

Comment agit-il ?
Exactement comme la pilule en bloquant notamment l'ovulation.

Est-il aussi fiable que la pilule ?
Oui, s'il est utilisé correctement.

Comment l'utiliser ?
Patch à coller soi-même une fois par semaine et à renouveler chaque semaine pendant 3 semaines.
La 4^e semaine, ne pas appliquer de patch. Cet arrêt provoque l'apparition des règles.

➕ Avantages : moins de risque d'oubli que la pilule.

➖ Inconvénients : non remboursé, environ 25 euros pour 3 mois.

Où le poser ?
Sur l'épaule, le bas du ventre, le haut des fesses. Jamais sur les seins.

Sur peau sèche, sans poils ni crème.

Appuyer fermement quelques secondes pour qu'il adhère bien.

Ne pas repositionner 2 fois de suite au même endroit.

Centre de Planification
ou
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33

CC-BY / Imprimé en France / 2020 - 18 ans plus de vie et de santé.



L'anneau contraceptif vaginal

- Actions équivalentes à UNE MICRO PILULE oestroprogestative, seul le mode d'administration change.
- 1 anneau dans le vagin pendant 3 semaines
1 semaine sans anneau ==> survenue des règles

Centre de Planification
familiale du Pas-de-Calais
03.21.21.62.33



Que faire si je n'ai pas eu d'anneau pendant plus de 3 heures ?

- La remettre de suite
- Prendre une pilule d'urgence si j'ai eu des rapports sexuels non protégés dans les 5 jours précédents
- Faire un test de grossesse 15 jours plus tard
- Utiliser des préservatifs dans les 7 jours suivants
- Après la 3^e semaine d'utilisation prévue de l'anneau, l'enlever et remettre un nouvel anneau de suite sans faire les 7 jours d'interruption habituels.

Que faire si l'intervalle entre 2 anneaux est supérieur à 7 jours ?

- Mettre un nouvel anneau pour 3 semaines
- Prendre la pilule d'urgence si des rapports sexuels non protégés ont eu lieu dans les 5 jours précédents
- Réaliser un test de grossesse 15 jours plus tard
- Utiliser les préservatifs pendant les 7 jours suivants

Peut-on le perdre ?

Exceptionnellement. Il suffit de le passer sous l'eau et de le remettre. Rester maximum 3 heures sans anneau.

Peut-on utiliser un préservatif ?

Oui, masculin ou féminin car l'anneau ne protège pas des IST.

Y a-t-il des contre-indications ?

- Oui :> Les mêmes que pour la pilule oestroprogestative.
> Et le risque de relâchement des muscles qui entourent le vagin.

Y a-t-il des effets indésirables ?

- Oui :> Les mêmes que pour la pilule oestroprogestative
> Parfois augmentation des sécrétions vaginales.



Ses avantages : - facile à placer et à retirer
- moins de risque d'oubli

Son inconvénient : le prix d'environ 15 euros/mois (non remboursé)

Comment se présente-t-il ?

C'est un anneau souple et transparent de 54 mm de diamètre, vendu à l'unité ou par trois.

Comment agit-il ?

Exactement comme une pilule oestroprogestative en bloquant l'ovulation.

Est-il aussi efficace que la pilule ?

Oui, la muqueuse vaginale est une excellente voie d'administration des médicaments, même si elle est peu utilisée.

Est-il facile à placer ?

Oui, l'anneau est à placer soi-même comme un tampon sans applicateur. Il suffit de pincer l'anneau en « B » pour l'introduire dans le vagin.

Est-il ressenti par la femme, une fois en place ?

Non, car le « fond » du vagin est très peu sensible.

Gêne-t-il le partenaire lors du rapport sexuel ?

Non la plupart du temps.

Dans le cas contraire, on peut le retirer mais le remettre IMPÉRATIVEMENT dans les 3 heures maximum après le rapport en l'ayant passé sous l'eau froide.

Comment programme-t-on la pose et le retrait ?

La 1^{re} fois, l'anneau est mis au début des règles, le 1^{er} jour de préférence pour 3 semaines.

La 4^e semaine, l'anneau est retiré. Cet arrêt provoque l'apparition des règles.

À la fin de la 4^e semaine, il faut remettre un nouvel anneau que les règles soient finies ou non (même jour, même heure que la pose de l'anneau précédent).

Centre de Planification
ou
d'Éducation familiale
du Pas-de-Calais

03.21.21.62.33




**Centre de Planification
ou
d'Éducation Familiale
du Pas-de-Calais**

03.21.21.62.33

La stérilisation à visée contraceptive

La stérilisation à visée contraceptive peut être proposée aux femmes et aux hommes.

Il existe actuellement deux méthodes :

- la ligature des trompes chez les femmes
- la vasectomie chez les hommes.

Centre de Planification ou d'Éducation
familiale du Pas-de-Calais

03.21.21.62.33



DDEJ - Reproduction d'informations - 2008 - Ne pas utiliser sans autorisation

À partir de quel âge, je peux demander une stérilisation ?
La stérilisation peut être demandée par toute personne majeure (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 du code de la santé publique).

Y a-t-il des conditions particulières pour faire cette demande ?
À part le fait de devoir être adulte, il n'existe aucune condition comme le nombre d'enfants ou le statut marital.
Dans un couple, il n'y a pas besoin d'avoir la permission du partenaire.
Le praticien doit :

- s'assurer que la volonté de la personne est « libre, motivée et délibérée »
- informer sur les méthodes contraceptives alternatives
- proposer au besoin un accompagnement pour aider la personne à prendre sa décision (conseillère conjugale et familiale, psychologue, psychiatre).

Est-ce réversible ?
Non, il s'agit de méthodes définitives.

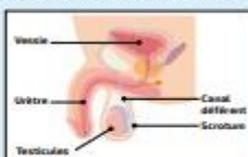
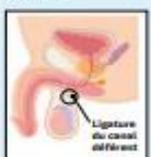
Existe-t-il un délai de réflexion ?
Un délai de réflexion de 4 mois est prévu par la loi entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation. Un consentement écrit est demandé.

LA VASECTOMIE
Cette intervention consiste à couper ou obturer les canaux déférents, conduit qui permet aux spermatozoïdes d'aller du testicule jusqu'à la prostate.
Elle est réalisée sous anesthésie locale, en pratiquant une petite incision de la peau des bourses.

Existe-t-il des risques ?
Ils sont extrêmement rares (douleurs des bourses, hématomes, infection).

Y a-t-il des conséquences sur la vie sexuelle ?
Non. L'excitation sexuelle, l'érection, l'éjaculation et le plaisir sexuel ne sont pas modifiés.
Le sperme ne contient plus de spermatozoïdes (azoospermie).

La vasectomie protège-t-elle des infections sexuellement transmissibles (IST) ?
La vasectomie rend stérile mais ne protège pas du tout des IST. Les préservatifs restent l'unique moyen de protection.

LA LIGATURE DES TROMPES
Cette intervention consiste à provoquer une fermeture des trompes par ligature, pincement (pose d'un clip) ou par électrocoagulation.
Elle est réalisée sous anesthésie générale par laparoscopie ou par voie vaginale. L'hospitalisation est de 1 à 3 jours.

Existe-t-il des risques ?
Ils sont rares (douleurs abdominales, saignements).

Cela change-t-il mon cycle ?
Non, il n'y a aucun impact sur les cycles menstruels, les règles.
Cette intervention n'agit pas non plus sur la ménopause.

Y a-t-il un impact sur la vie sexuelle ?
Aucun impact.

La ligature des trompes protège-t-elle des infections sexuellement transmissibles (IST) ?
La ligature des trompes rend stérile mais ne protège pas du tout des IST. Les préservatifs restent l'unique moyen de protection.



AUTEUR : Nom : RENAUX

Prénom : Marie

Date de soutenance : le 21 octobre 2021

Titre de la thèse : IVG médicamenteuse en Centre de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) : Mise en place et étude épidémiologique des patientes, exemple du département du Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : IVG médicamenteuse, Centre de Planification ou d'Éducation Familiale, Pas-de-Calais, épidémiologie

Résumé : Contexte : L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse est autorisée depuis 2007 en CPEF (Centre de Planification ou d'Education Familiale). Depuis sa mise en place en 2018 au sein du CPEF départemental du Pas-de-Calais, elle est en augmentation constante.

L'objectif de cette étude est de montrer la facilité avec laquelle il est possible de mettre en place l'IVG médicamenteuse en CPEF et de dresser un profil des patientes sur des critères socio-démographiques et gynécologiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, rétrospective, multicentrique réalisée dans les 11 centres de planification ou d'éducation familiale du Pas-de-Calais réalisant les IVG médicamenteuses entre le 1^{er} mars 2018 et le 31 décembre 2020.

Résultats : 1905 patientes se sont présentées pour une demande d'IVG au CPEF du Pas-de-Calais durant ces 3 années, 1737 ont finalement réalisé l'IVG dont 1301 au CPEF. L'âge moyen des patientes est de 27.2 ans. Selon les années, entre un tiers et la moitié des patientes ont plus de 30 ans. 4% des patientes viennent de départements voisins. La répartition des statuts socio-professionnels dépend des territoires. 42% à 45 % des patientes n'utilisent aucune méthode contraceptive ou une méthode dite « naturelle ». Près de 3% ont eu recours à la pilule d'urgence. Selon les années, 74% à 83% des femmes réalisent une IVG pour la 1^{ère} fois. 1/5^{ème} des patientes ayant déjà réalisé une IVG y ont eu recours dans l'année précédente. Une majorité des femmes/couples se présentent en entretien psycho-social pré-IVG. On observe une augmentation de leur présence en entretien post-IVG de 3% à 20%. 80% des femmes se présentent en visite de contrôle. On enregistre 2% de complications soit 98% d'efficacité de la méthode. Près de 50% des femmes choisissent la pilule comme contraception post-IVG.

Conclusion : Cette étude confirme l'efficacité de la pratique de l'IVG médicamenteuse au CPEF du Pas-de-Calais. La mise en place de ce projet a nécessité des moyens simples et abordables, facilement reproductibles. Cette organisation pourrait être partagée aux autres départements et étendue à tous les CPEF de France, ce qui permettrait de développer un maillage national. L'ARS trouverait tout son rôle de cohérence par le recueil de données locales et nationales afin de mettre en place des projets adaptés en prévention primaire à des populations cibles comme en milieu scolaire notamment.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Léonard FOU GAS