

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire 2008/2009 :

**Régulation des naissances : socio-épidémiologie, contraception, IVG,
prévention des risques liés à la sexualité**

Université René Descartes, Paris V

Sous la direction des **Drs S. Gaudu et M. Teboul,**

Hôpital St-Vincent de Paul, Paris XIV

**PRISE EN CHARGE DES INTERVENTIONS
VOLONTAIRES DE GROSSESSE DE 12 A 14
SEMAINES D'AMÉNORRHÉE
EN 2009**

Raymonde JEGOUDEZ MOULLIER

Médecin orthogéniste

CIVG Clotilde Vautier Nantes (44300)

CIVG Simone Veil Nantes (44000)

CIVG CH Cholet (49300)

REMERCIEMENTS

A ma **mère**,

A mes enfants **Carole, Wilfried, Line, Budoc**

A **Philippe David**, gynécologue-obstétricien et chef de service du CIVG Clotilde Vautier pour son professionnalisme et ses qualités humaines

A l'équipe du CIVG (secrétaire, aide-soignantes, sages-femmes) pour leur travail remarquable et leur patience à mon égard

A Céline et Françoise pour leurs corrections

SOMMAIRE

Introduction.....	4
I - <u>La Loi du 04 juillet 2001</u>	5
II – <u>L’enquête téléphonique en Ile-de-France</u>	6
2.1 La méthode.....	6
2.2 Les résultats	8
A – Les structures qui répondent à ma demande	8
1- Privé/Public	8
2 – La méthode utilisée : l’anesthésie générale.....	9
B – Les structures qui refusent d’accéder à ma demande	10
1- Pas de rendez-vous possible avant 3 semaines, voire un mois- La procédure d’urgence n’existe pas	11
2 – Les médecins ne pratiquent pas l’IVG 12/14 SA.....	11
3 – La sectorisation.....	13
4 – La clause de conscience.....	14
III – <u>L’expérience d’un CIVG-CPEF (44)</u>	17
3 - 1 Du projet à la réalisation	17
3 - 2 La future équipe	18
3 – 3 Le symbole Clotilde VAUTIER	18
3 – 4 Le service – l’activité	19
3 – 5 Les projets en cours au CIVG Clotilde VAUTIER	22
IV – <u>Les suggestions</u>	22
4 -1 Au niveau local.....	22
4 -2 Au niveau national.....	23
Conclusion.....	24
Annexe	26
Bibliographie.....	28

Introduction

Lors du 5^{ème} congrès de la FIAPAC ((Fédération Internationale des Associés Professionnels de l' Avortement et de la Contraception) qui s' est tenu à Amsterdam (Pays-Bas) en mai 2002, la réflexion de Maria Francès, co-fondatrice de l' Association et infirmière à la Bloemenhove Klinik à Heemstede « Vous les Français, vous devriez balayer devant votre porte ! » sont restés gravés dans ma mémoire.

En 2004, lors du 6^{ème} congrès de la FIAPAC, son intervention sur « Les femmes forcées à voyager après le premier trimestre ; le tourisme abortif continue en Europe ». déplorait que **sur les 3300 femmes ayant avorté dans la clinique, 60% venaient de l' étranger.**

En février 2009, les statistiques concernant les Françaises ayant avorté dans cette clinique (voir tableaux en annexe) sont parlantes. **En 1999, 1285 Françaises (tous termes confondus) ont avorté dans cette clinique, et après une chute du nombre en 2002 et une stabilisation jusqu'en 2007, 1238 Françaises y ont avorté en 2008 avec une augmentation des termes de 15, 16 et 17 SA.**

En prenant ces propos comme prétexte, et aussi en prenant appui sur ma propre expérience d'orthogéniste à temps plein (par choix) mais dans plusieurs structures (par obligation), j'ai voulu, par ce travail, montrer que 8 années après le vote de la Loi allongeant le délai légal de recours à l' IVG de 12 à 14 SA (semaines d' aménorrhée), la prise en charge de ces IVG est loin d' être effective et qu'une demande d' IVG à ces termes transforme trop souvent le parcours d' une femme en celui d' un combattant ou plutôt d' une victime.

Afin d'étayer ce que j'avance, j'ai mené une enquête en Ile-de-France en me mettant dans la peau d'une femme en demande à 12SA..

Ce sera le premier volet de ce mémoire.

Dans le deuxième volet, je reprendrai mon étiquette d'orthogéniste et ferai part de l'expérience du CIVG (Centre d' Intervention Volontaire de Grossesse) Clotilde Vautier (où j'exerce) et de ce qui a été mis en place pour la prise en charge des 12/14 SA.

En partant de la Loi, au regard des résultats de l'enquête et en se basant sur l' expérience de ce CIVG, nous soumettrons quelques idées simples pouvant être mises en place au niveau local et au niveau national afin d'améliorer cette prise en charge.

I- La Loi du 04 juillet 2001 et ses enjeux

La LOI du 04/07/2001 (1) vise à faciliter l'accès à l'IVG en actualisant la Loi du 17/01/1975 dite « Loi Veil » relative à l' IVG. Elle allonge de 12 à 14 SA le délai légal de recours à l' IVG, ce qui doit réduire de 80% le nombre de femmes contraintes de partir à l' étranger pour interrompre leur grossesse parce qu' elles sont hors délai en France. En d' autres termes, 4000 IVG supplémentaires (sur 5000 environ) seront prises en charge par les établissements de santé français. La nouvelle disposition aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens.

De plus, l'article 6 de la Loi stipule que le délai de réflexion de 7 jours peut être réduit à 2 jours si le terme de 14 SA risque d' être dépassé. C'est une procédure d'urgence.

La circulaire DGS/DHOS n°2001/467 du 28 octobre 2001(2) confirme la mise en œuvre sans délai des dispositions de cette Loi en s' appuyant sur le référentiel de bonnes pratiques élaboré par l' ANAES (Agence Nationale d' Accréditation et d' Evaluation en Santé) en mars 2001(4).

Cette circulaire précise : « en établissement public de santé, tout chef de service ou de département ou tout praticien exerçant au sein dudit service ou département, peut opposer la clause de conscience s'il ne veut pas pratiquer personnellement les IVG. Toutefois, la pratique des IVG étant une mission de service public, tout chef de service est tenu d'en assurer l'organisation, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement lui en a confié la mission ». En clair, les hôpitaux sont tenus de pratiquer les IVG (**décret du 3 mai 2002**) (3) mais un bémol est apporté par l'article 8 de la Loi qui dit : « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l' intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom des praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités de l' article L. 2212-2 ». On peut trouver ce qui est dit dans la Loi dans le code de Déontologie Médicale (articles 12 et 47)(5).

On voit à quel point la facette règlementaire des textes est étroitement intriquée aux facettes éthique et personnelle des acteurs en présence, sans parler de la facette technique. Cette intrication n'est pas sans rapport avec les difficultés d'application et plus spécifiquement avec les dysfonctionnements de prise en charge des 12/14 SA.

En tant qu'orthogéniste, je peux témoigner que ce volet de la Loi de 2001 a du mal à être appliqué dans la Région Pays de Loire où j'exerce mon activité. D'ailleurs, à propos de ces difficultés de prise en charge des 12/14 SA, dans le cadre d'un atelier sur le sujet au congrès de l'ANCIC(6) (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception) à Cannes en 2007, j' avais fait une enquête téléphonique auprès de structures de la Région Pays de Loire en me présentant en tant qu' orthogéniste.

Sur 14 structures ayant répondu (14/17), 6/14 ne pratiquaient pas les IVG 12/14 SA et dans les centres les réalisant, tous les médecins n'intervenaient pas jusqu'au terme de 14 SA. Rajoutons que tous ne sont pas d' accord quant au BIP (diamètre bipariétal) correspondant à ce terme. Les statistiques attestent que la région Pays de Loire est privilégiée jusqu'à présent dans la mesure où le taux d'IVG y est encore le plus faible des régions françaises même s'il

progresses régulièrement depuis 10 ans et plus vite que dans l'ensemble de la France (sources : Drees ; Insee ELP)(7).

Les cours du DIU de « Régulation des Naissances » se déroulant à Paris, il m'a semblé intéressant, huit ans après la promulgation de la Loi du 04/07/2001 sur l'IVG et la Contraception, de savoir où en était son application en Ile-de-France, spécifiquement sur le volet 12/14 SA. L'Ile de France est la région de métropole (avec la région PACA, la Corse et le Languedoc-Roussillon) où les IVG sont les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 18 IVG pour 1000 femmes en 2006, contre une moyenne de 12,2 pour l'ensemble des autres régions. Les sources de la Drees (direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) ne font pas état du taux d'IVG pratiquées entre 12 et 14 SA. En toute logique, si le taux d'IVG est plus important, le taux d'IVG à 12/14 SA l'est aussi.

Les interruptions de grossesse dans deux régions de Métropole en 2006

Régions	Total d'IVG	IVG pour 1000 femmes
Pays de Loire	8617	11,0
Ile-de-France	57109	19,2

Sources INSEE, SAE et PMSI – DREES

II . L'enquête téléphonique en Ile-de-France

2.1 La méthode

Mes appels se sont échelonnés entre janvier et juin 2009.

Contrairement à l'enquête téléphonique précédente, je ne me suis pas présentée à mes correspondants comme orthogéniste mais j'ai joué le rôle d'une femme enceinte de 12SA en demande d'IVG et ayant déjà fait une échographie de datation confirmant ce terme.

J'ai utilisé un « *Guide des lieux d'information sur la contraception et des sites pratiquant les IVG* » édité en 2002 par l'ORS (Observatoire Régional de Santé)(7) d' Ile-de-France. Même si certaines structures n'existent plus, ont déménagé ou ne font plus d'IVG, si des numéros de téléphone ont changé, ce guide a été un outil précieux pour l'enquête. Je suis allée voir sur le site de l'ORS si une édition plus récente existe. Il n'en existe pas et celle de 2002 est épuisée.

J'ai appelé 66 structures répertoriées dans le fascicule comme pratiquant les avortements.

Sur 66 appels, j'ai eu 56 réponses , 8 appels sont restés sans réponse :

- le poste était occupé
- le numéro n'était plus attribué
- la sonnerie se faisait dans le vide.

Sur les 56 structures qui ont répondu, 13 sont des établissements privés (cliniques ou hôpitaux privés). Ceci confirme que dans la région parisienne, même si la part du secteur public continue de croître, la part du privé est encore importante, contrairement à ce qui se passe en région Pays de Loire.

Répartition des IVG entre public et privé dans les deux régions en 2006

Régions	IVG	% d'IVG dans le secteur public
Ile-de-France	57109	55,3
Pays de Loire	8617	87,4

Cette remarque est importante dans la mesure où la tarification est différente selon le secteur. L'IVG est soumise au forfait dans le secteur public et non pas à la T2A (tarification à l'activité). Il n'en est rien dans la plupart des établissements privés,.

2.2 Les résultats

Sur 56 structures pratiquant les IVG, 16 m'ont donné un rendez-vous afin que l'IVG soit réalisée avant la date butoir de 14SA.

A : les structures qui répondent à ma demande :

9 établissements publics et 7 établissements privés.

1 : PRIVE/PUBLIC

Parmi ces 7 cliniques, une seule facture l'IVG selon le forfait établi sur la base du remboursement Sécurité Sociale (qui vient d'ailleurs d'être réévalué)(8), 2 prennent en charge les femmes affiliées à la CMU, les 5 autres pratiquent des dépassements d'honoraires soit clairement énoncés, soit très flous.

Tarifs pratiqués	Forfait IVG	CMU	Dépassements
7 cliniques	1	2	5

Evidemment, il est facile de les critiquer, on peut regretter les dépassements d'honoraires, mais ces 7 établissements privés m'ont tous donné un rendez-vous soit le jour-même, soit au plus tard dans les 72 heures. Et puis, le secteur privé ne fait que suppléer aux carences du secteur public.

Alors, est-il préférable de tenter un rendez-vous dans un hôpital public au risque de ne pas en obtenir, d'être dans ce cas hors délai et de devoir aller en Hollande pour une intervention dont le coût se situera entre 430 et 3000 euros hors frais de transport et d'hébergement ? (*MFPF Pays de Loire Rapport d'activité 2007*)(10)).

2 : La méthode utilisée : l'anesthésie générale

Les établissements où j'ai obtenu un rendez-vous ne m'ont pas donné le choix quant à la méthode d'intervention.

Tous sauf un (qui utilise la méthode médicamenteuse ---La secrétaire a affirmé que l'aspiration n'est plus possible à ce terme-là---), pratiquent l'interruption chirurgicale mais uniquement sous AG (anesthésie générale).

Aucune proposition d'AL (anesthésie locale) ne m'a été faite.

Pourtant, l'IVG sous AL est un acte facile à organiser en ambulatoire, simple, rapide, sans risque quand il est réalisé par un opérateur entraîné.

Nous savons que les complications de l'IVG sont liées à la méthode d'anesthésie :

La mortalité est essentiellement liée à l'AG)(11, 12)

- sous AG : 0,58/100000 IVG

- sous AL : 0,15/100000 IVG

La morbidité augmente sous AG

- hémorragie utérine

- perforation utérine

- blessure cervicale

Les complications sont moindres sous AL puisque la femme perçoit des sensations et peut les exprimer puisqu'elle est consciente.

Ceci oblige l'opérateur et l'assistant(e) à beaucoup de douceur, ce qui peut paraître moins important sous AG.

Les recommandations de l'ANAES de mars 2001(4), reprises par la Loi du 04/07/2001, stipulent : « *L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et d'évacuation* ».

Pour ma part, je pense qu'il n'y a pas de différence, à partir du moment où la préparation cervicale est bien faite et la technique acquise. Le temps que met un médecin expérimenté pour réaliser l'interruption chirurgicale doit être sensiblement le même, quel que soit le mode d'anesthésie(13).

Ailleurs, aux Pays-Bas, en Belgique et aux Etats-Unis, l'AL est majoritaire. Dans les deux premiers pays, les structures sont extra-hospitalières mais en convention avec un hôpital disposant d'un plateau technique. Aux USA, l'AL est utilisée entre autres pour des motifs de coût d'intervention et d'hospitalisation.

En France 67% des IVG chirurgicales sont pratiquées sous AG en 2006 contre 63,5% en 2002.

Malgré la lourdeur de l'organisation d'une IVG sous AG (consultation d'anesthésie, hospitalisation, obligation d'être accompagnée à sa sortie, arrêt de travail éventuel, coût financier supplémentaire), l'IVG sous AG est toujours prioritaire en Ile-de-France.

Le Pr I. Nisand, dans un rapport remis à Martine Aubry, alors Ministre de la Santé dit que « les médecins sont hostiles à l'AL et préfèrent l'intervention chirurgicale sous AG parce qu'ils jugent la méthode plus confortable pour eux-mêmes et pour leur patiente »(14).

J'irai plus loin en disant que dans les 12/14 SA, les médecins usent de l'AG en premier lieu pour leur propre confort sans laisser le choix à la femme.

B. Les structures qui refusent d'accéder à ma demande :

QUELLES SONT LES RAISONS INVOQUÉES PAR LES
40 STRUCTURES TOUTES PUBLIQUES QUI ONT
REFUSÉ DE PRENDRE EN COMPTE MA DEMANDE ?

- 22 Pas de rendez-vous avant 3 semaines voire un mois**
- 4 La procédure d'urgence n'existe pas**
- 17 Les médecins ne pratiquent pas les IVG 12/14 SA**
- 1 Les médecins ne veulent pas risquer leur carrière en faisant des IVG hors délai**
- 4 La Loi n'oblige pas les médecins à faire les IVG de 12 à 14 SA à l'hôpital**
- 5 Les médecins pratiquent jusqu'à 10 ou 11 SA**
- 11 Vous n'êtes pas du secteur**
 - 1 Pas de matériel adéquat pour intervention jusqu'à ces termes**
 - 11 La clause de conscience**

Je rajouterai que :

à 11 reprises, on m'a dit de m'adresser directement à St-Vincent de Paul et même de m'y présenter à jeun.

à 7 reprises, il m'a été demandé d'expliquer pourquoi je téléphonais si tardivement.

Le sentiment de culpabilité est déjà suffisamment lourd chez la femme en demande d'IVG. Cette attitude, qui dénote un mépris certain de la part de professionnels des CIVG, renforce ce dernier jusqu'à ce que j'appelle de la maltraitance qui peut entraîner une blessure psychologique certaine à un moment où la femme est fragilisée parce qu'elle vit une période difficile.

1. PAS DE RENDEZ-VOUS POSSIBLE AVANT 3 SEMAINES, VOIRE UN MOIS. LA PROCEDURE D'URGENCE N'EXISTE PAS.

22 structures sur 40 n'avaient pas de rendez-vous possible avant 3 semaines voire un mois.

Le délai recommandé par l'ANAES est bien loin (« *Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous dans les 5 jours...L'accès à L'IVG doit être simple et rapide* »).

Les arguments : manque de médecins, manque de personnel, manque de plages horaires au bloc, sont une réalité de plus en plus criante mais cette réalité est la même pour les unités qui prennent en charge (avec bienveillance en plus) les femmes à 12 SA et plus.. .

Je sais, en tant qu'orthogéniste travaillant dans 3 structures différentes, que nous sommes de moins en moins nombreux dans des centres de moins en moins équipés.

La loi prévoit une procédure d'urgence réduisant le délai de réflexion entre la 1^{ère} consultation et la réalisation de l' IVG de 7 jours à 48 heures et ceci pour les termes qui risquent d' amener la femme à être hors délai.

Pourquoi cette procédure d'urgence n'est-elle pas appliquée dans toutes les structures où les IVG sont pratiquées ?

Pourquoi, certains sont-ils capables de l'activer et pas les autres ?

4 disent ne pas connaître la procédure d'urgence. Elle est pourtant clairement stipulée dans le texte de loi. Les centres qui la mettent en pratique n'ont pas de moyens supplémentaires (horaires, personnel etc...). Cependant, des plages horaires sont déjà réservées pour les 12/14SA parce que les IVG entre 12 et 14 SA sont réalisées dans ces services au même titre que les IVG à des termes moins avancés.

Et si c'était aussi une question de volonté du (des) responsable(s) de service et donc des équipes et aussi des administrations hospitalières ?

2. LES MEDECINS NE PRATIQUENT PAS LES IVG 12/14SA.

Sur 40 structures n' ayant pas accédé à ma demande d'IVG à 12SA, 17 se contentent de dire que les IVG 12/14SA ne sont pas réalisées en leur sein.

A ma question de l' application de la Loi jusqu' à ce terme, j' ai entendu :

« c'est comme ça ! » ou

« les médecins ne sont pas obligés » et dans 4 cas,

« les médecins ne sont pas obligés de pratiquer les IVG 12/14SA à l'hôpital », ou encore

« Le seul médecin qui va jusqu'à 13SA est en vacances ».

En clair, je n'ai pas eu de réponse argumentée à ces refus. Et de toutes les façons, le résultat est le même : je dois continuer mon marathon téléphonique.

Quid de l'application de la Loi qui plus est dans un service hospitalier ?

Quid de l'application du Code de déontologie ?

La Loi, a priori, a été votée pour être appliquée sans délai (selon la circulaire d'octobre 2001).

L'article 12 du code de déontologie rappelle aussi que : « *Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé* ». Autrement dit, comme le rappelle le Dr Elisabeth Aubény dans un article paru en 2001 dans la revue *Ethique, Religion, Droit et Reproduction*(15) « le code de déontologie fait un devoir au médecin à la fois d'être au service de l'individu et de participer à l'application des lois votées démocratiquement, surtout s'il travaille dans le secteur public ».

A noter aussi que dans 5 structures, les médecins ne pratiquent les IVG que jusqu'à 10 ou 11 SA, ce qui est le comble, ce n'est plus la Loi de 2001 qui n'est pas appliquée mais la Loi « Simone Veil » qui date de 1975(16).

la Loi est applicable dans son entier, y compris jusqu'à 14SA. La sélection par le terme est insupportable pour les femmes rejetées alors qu'elles sont dans le cadre de la Loi.

Cette dérive oblige certains hôpitaux à gérer les urgences, autrement dit à sélectionner beaucoup plus d'IVG entre 12 et 14SA qu'ils ne devraient en laissant sans doute de côté les femmes à des termes moins avancés. Ce n'est pas un hasard si **à St Vincent de Paul en 2008, 27% des IVG sont des 12/14SA** et si celles-ci représentent **43% des IVG chirurgicales pratiquées !**

En 2007, ont été déclarées en Ile-de-France (SAE) 2461 IVG 12/14SA, donc 5,25% du total des IVG pratiquées. Pour la France entière, ont été déclarées 9790 IVG entre 12 et 14SA, soit 4,8% du total déclaré. Insistons sur le fait que ces chiffres ne sont que déclaratifs, donc à prendre avec réserves. Ils permettent cependant d'avoir une idée de la répartition.

Au CIVG Clotilde Vautier où j'exerce, le pourcentage des IVG 12/14SA est stable entre 7 et 9%.

Lieu	Année 2007	Total IVG	12/14SA	% 12/14SA
Ile-de-France	2007	46807	2461	5,25
St-Vincent	2008	910	247	27
Clotilde Vautier	2007	641	57	8,90
France entière	2007	203889	9790	4,8

Sources SAE 2007 et bilan activité 2007 CIVG Clotilde Vautier et 2008 St-Vincent-de-Paul

Pourquoi cette frilosité à aller jusqu' à 14SA ?

L'argument de la difficulté technique a fait couler beaucoup d'encre et provoqué des débats houleux.

Au congrès de l'ANCIC (Association des Centres d' IVG et de Contraception), en novembre 2001(18), le docteur Marie-Laure Brival avait présenté un film sur la technique chirurgicale utilisée lors de deux IVG entre 13 et 14 SA, l'une sous AL et l'autre sous AG, montrant, comme l'ANAES le stipulait, que : « Il n'y a pas d'obstacle, ni en termes médicaux ni en terme de sécurité sanitaire à ce que le délai d' accès à l'IVG puisse être porté à 12 semaines à l'instar de ce qui se fait chez la plupart de nos voisins européens ».

Le 03/04//2002, le journal « *Le Monde* » publie un article intitulé : « La loi autorisant les avortements tardifs n'est que partiellement appliquée. Huit mois après son adoption par le Parlement,... Dans leur grande majorité, les hôpitaux publics s'efforcent de répondre aux demandes... Cependant, des femmes doivent encore se rendre à l'étranger. Certains médecins refusent de pratiquer ces avortements tardifs, invoquant à la fois des problèmes techniques et éthiques.... ».

J'ai moi-même voulu être formée à la technique d'aspiration utilisée pour les 12/14 SA par des collègues médecins plus expérimentés que moi dans la pratique des IVG (médecins du CIVG de l'hôpital St-Jacques à Nantes où j'exerçais) et je peux témoigner que cette formation est rapide pour les professionnels entraînés aux avortements plus précoces et qu'il n' y a pas de difficultés particulières à ces termes si on dispose du matériel adéquat. Je peux dire, cependant, que sur 22 médecins pratiquant les IVG dans ce centre, nous avons été très peu à nous former et pourtant, nous étions dans un CIVG pratiquant 2000 IVG par an. Aujourd'hui encore, les médecins qui réalisent les IVG 12/14SA dans ce centre se comptent sur une seule main...

La difficulté technique est un argument qui ne tient pas(13.)

Et pour clore le sujet du matériel, quant à l'argument avancé **« On n'a pas le matériel adéquat »**, je me suis demandé jusqu' où pouvait être poussée la mauvaise foi...

Les canules de Karman sont commercialisées en France par différents distributeurs et au moins jusqu'au calibre 12. Dans d'autres pays, sont commercialisées des canules de 13 jusqu' à 16 au moins. Ne suffit-il pas de remplir le bon de commande adéquat pour avoir le matériel ad hoc (idem pour les tuyaux d'aspiration) ?

3. LA SECTORISATION

11 structures ont refusé de me prendre en charge en me faisant savoir que je ne faisais pas partie de leur secteur.

J'ai été surprise de l'utilisation de cet argument « pas de notre secteur ». Je ne savais pas que la sectorisation existait pour l'IVG comme pour la psychiatrie... Ceci m'a obligé par la suite

à me munir d'un plan de Paris et sa banlieue afin de donner des adresses compatibles avec la localisation des hôpitaux que j'appelais, mais cela n'a pas suffi à éviter la récurrence.

A noter que cet argument n'a jamais été utilisé par les structures privées. La ségrégation géographique entraîne une discrimination supplémentaire, illégale par ailleurs, qui ne fait que pénaliser un peu plus les femmes habitant dans un département où elles ne trouvent pas de réponse à leur demande.

Et je ne parle pas de la période des vacances ...

Comment appeler cela sinon une « entrave à l'avortement volontaire »

4. LA CLAUSE DE CONSCIENCE :

Cet argument m'a été donné à 11 reprises au téléphone pour justifier le fait que les IVG 12/14SA ne soient pas effectuées par des médecins travaillant dans **des services hospitaliers publics** où les IVG moins avancées sont prises en charge.

Voici la définition qu'en donne le Dictionnaire permanent de bioéthique et de biotechnologies : la clause de conscience « *concerne tous les actes médicaux non thérapeutiques, lorsqu'ils portent en germe un risque d'atteinte à l'intégrité ou la dignité de l'individu ou de la « réification » de la personne humaine. Seuls de tels actes sont en effet susceptibles de heurter la conscience du médecin et les valeurs en jeu rendent légitime ce refus* ».

La clause de conscience des personnels.

Elle a été introduite en médecine en 1975 par la loi sur l'IVG (*Loi Simone Veil*) (art. L.2212-8 et L. 2213-2 du code de la santé publique). En vertu de cet article, un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption de grossesse de même que les sages-femmes, les infirmiers ou autres auxiliaires médicaux peuvent refuser d'y apporter leur concours, sous réserve d'en informer la femme et de lui communiquer immédiatement la liste des praticiens réalisant l'acte.

Les termes de la loi de juillet 2001 n'excluent pas que « la clause de conscience soit invoquée, non pas d'une manière générale mais pour une intervention déterminée ou pour un type d'intervention, par exemple une intervention motivée par une anomalie fœtale ou pratiquée entre 12 et 14SA, certains praticiens s'étant déclarés hostiles à l'allongement du délai. **La clause de conscience, exercice d'une liberté personnelle fondamentale, est exclusive de poursuites pénales.** (F. Dreifuss-Netter, *Interruption volontaire de grossesse Editions du Juris-classeur 2004-Droit médical et hospitalier*)

La clause de conscience et les établissements publics.

Les établissements publics sont tenus de disposer de moyens permettant la pratique des IVG. L'IVG est une mission de service public, la Loi doit être appliquée.

Ce refus des 12/14SA avec invocation de la clause de conscience dans des hôpitaux publics me heurte profondément en tant qu'orthogéniste et en tant que femme ou vice-versa. Est-ce le

flou du contenu et l'absence de sanctions qui entourent cette clause de conscience dans Loi de 2001 qui entraînent cette dérive de plus en plus visible ?

Dans un article paru dans *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* en 2001(19), F. Pierre et B. Carbone tentent de répondre à la question suivante :

« un médecin réalisant des IVG, pourrait-il au terme de la 1^{ère} consultation, accepter ou refuser de réaliser une IVG selon que la grossesse soit inférieure à 12 SA ou entre 12 et 14 SA ? »

A mon avis, les auteurs sont optimistes (il est vrai que c'était en 2001 !) car, si elle parvient à passer le cap de la première consultation cette femme a de la chance. Les 11 refus que j'ai essayés au téléphone étaient des fins de non-recevoir. L'accès à l'avortement est fonction de la volonté, bonne ou mauvaise, du premier interlocuteur que la femme rencontre.

Voilà encore une autre entrave à l'application de la loi.

Quand la Loi de 2001 a été mise en place, chaque médecin qui pratiquait des IVG pouvait (je dirai plutôt avait le devoir de) se former à la technique des 12/14SA.

Tout personnel doit d'abord savoir, donc se former et ensuite a le droit et le devoir de pouvoir dire : « je ne peux pas ».

Certains se sont formés et appliquent la loi de 2001 jusqu'à 14 SA. Certains se sont formés et ont eu le courage de partir parce qu'ils ne se sentaient pas capables de réaliser ces interventions. Je trouve cette attitude honnête.

Il ya aussi ceux qui ne se sont pas formés, donc ne savent pas où sont leurs limites, et d'autres qui ont essayé mais ne se sentent pas capables de faire des IVG jusqu'à 14SA et qui, au lieu de s'en aller, ont continué et continuent encore mais en mettant en avant leur clause de conscience ou en n' invoquant rien du tout mais en laissant sur le carreau des femmes qui sont dans les clous.

Cette « clause de conscience à la carte » est un **abus de pouvoir**. C'est l'intérêt personnel contre l'intérêt commun. Autant dire, dans le domaine de l'IVG, un combat inégal.

Michèle Ferrand-Picard, dans une revue de sociologie(20), dit : « cette clause de conscience a dès le départ fait l'unanimité...Mais, lors des auditions, la possibilité de l'utilisation déloyale de cette clause fut évoquée. L'étude de l'application de la loi confirme ces craintes lorsqu'elle montre le **détournement de cette clause strictement individuelle dans le principe en clause collective à l'échelle du service, voire de l'établissement**. Tout se passe comme si, grâce au recours de cette clause, les médecins tentaient de retrouver les prérogatives qu'ils avaient perdues par le vote de la loi. **La réticence des médecins tient notamment au fait que la décision de l'interruption appartient à la femme**, ce qui modifie la forme traditionnelle de la relation malade-médecin. Or, par le biais d'une utilisation « modulée » de la clause de conscience, les médecins peuvent refuser les demandes d'IVG dont les motivations leur paraissent irrecevables.

La clause de conscience a donc eu comme fonction la mise en œuvre de la médicalisation...La médicalisation prévue par la loi va offrir au médecin,..., la possibilité d'exercer une « **mission moralisatrice** » à l' occasion de la procréation ».

Les médecins ont une lourde part de responsabilité dans la situation critique où nous sommes concernant la Loi sur l'IVG qui est bafouée tous les jours, mais les administratifs aussi qui laissent faire et également le pouvoir politique. Notre pays ne parvient pas à mettre en place un véritable service public de l'interruption volontaire de grossesse parce qu'il y a une **contradiction** entre le service public qui doit être assuré et en continu et la résistance des praticiens du service public qui invoquent la clause de conscience...

Cela me fait penser que cet argument n'a été évoqué par aucune clinique privée.

Est-ce à dire que si l'IVG 12/14 SA était rémunérée à l'acte, au tarif de la fausse couche par exemple, « la clause de conscience » s'effacerait comme par enchantement ?

F. Pierre et B. Carbone concluent(19) :

« Seul un débat de fond sur le contenu de la clause de conscience pourrait permettre de traiter de la possibilité de fractionner les termes auxquels on veut bien faire ou ne pas faire une IVG mais vous conviendrez qu'il paraît difficile en toute honnêteté d'accepter de les faire jusqu'à 12 SA, et de les refuser en toute tranquillité pour une patiente au terme de 12 SA et 2 jours, la différence entre ces deux termes étant bien aléatoire si l'on tient compte des imprécisions de datation. »

En pratique, ... il est clair que le risque est que des patientes soient rejetées, circulant d'un établissement à un autre jusqu'à trouver un établissement acceptant de les recevoir ».

Philippe David, gynécologue-obstétricien, que je citerai à propos de l'expérience d'un CIVG/CPEF, résume la situation en disant :

« ON S'OCCUPE DES FEMMES, PAS DE L'IVG ».

Je me permets de faire mienne cette réflexion .

III. L'expérience d'un CIVG-CPEF (44).

3.1. Du projet à la réalisation

Après le vote de la Loi Veil de 1975, la mise en place effective de l'IVG a été laborieuse à Nantes. Des médecins militants créent un CIVG « autonome » à l'Hôpital St-Jacques puisque les gynécologues obstétriciens du CHU de Nantes sont hostiles à l'IVG. Les interventions se font sous AL.

Les complications sont prises en charge, non pas par les gynécologues du CHU de Nantes, évidemment, mais par la clinique mutualiste « La Maison de la Naissance » à St-Sébastien/Loire (44), plus proche géographiquement car située au sud de Nantes, et où, depuis la création de la Maternité, les gynécologues font des IVG sous AG (environ 100 IVG/an) pour les femmes désirant être endormies.

Existe donc déjà au sein de la Clinique, une attitude bienveillante des médecins gynécologues obstétriciens et des anesthésistes à l'égard des femmes hospitalisées pour une IVG.

Ceci se passe au moment des débats précédant la révision de la Loi Veil et de la création d'un Réseau Régional regroupant des CIVG (dont celui de St-Jacques qui réalise 2000 IVG/an), des CPEF, le MFPF.

Après 2001, les IVG réalisées à la Clinique Mutualiste sont plus nombreuses (environ 250), faites sous AG ou **médicamenteuses pour les grossesses** inférieures à 7 SA et les grossesses **entre 12 et 14 SA**. Les gynécologues n'ont pas l'habitude de l'aspiration à ces termes-là. Malgré le protocole d'analgésie (morphine) mis en place, l'équipe (sages-femmes, aides-soignantes) se sent frustrée et insatisfaite de la qualité de leur prise en charge. Un groupe de réflexion se met en place afin de proposer un parcours différent.

Le futur déménagement de la clinique et son regroupement avec un autre maternité fournit au Dr Philippe David, gynécologue obstétricien, l'opportunité d'inscrire dans le projet médical d'établissement la création d'un CIVG/CPEF et d'une unité d'AMP. Ce projet, porté par une équipe (secrétaire, aides-soignantes, sages-femmes, gynécologues) découle de sa vision globale du soin autour de la sexualité, la contraception, la féminité, le couple, la parentalité. Le but n'est pas d'augmenter le nombre des IVG mais la qualité de leur prise en charge.

Le projet AMP est mis entre parenthèses pour des problèmes d'agrément, et celui du CIVG / CPEF, grâce à la synergie du contexte politique de l'époque, de la création du Réseau, de la neutralité de l'ARH, et malgré les réticences de certains personnels de la Maternité est présenté par le Dr Philippe David alors président de CME et adopté à l'unanimité par le CA de la future clinique. Les médecins (dont les anesthésistes), les Mutuelles, l'administration, les associations d'usagers adhèrent, et ceci d'autant plus aisément que la Maison de la Naissance est une réussite (passage de 100 à 3000 accouchements) mais surtout une maternité particulière bénéficiant d'une aura certaine.

3-2. La future équipe.

Deux sages-femmes de la maternité (l'une d'elles se forme au conseil conjugal), une aide-soignante, une secrétaire constitueront le noyau dur de l'équipe permanente, relayées ponctuellement par d'autres sages-femmes et aides-soignantes travaillant par ailleurs à la maternité. Ceci permettra, détail important, de garder et renforcer le lien avec la maternité.

Trois gynécologues participeront à l'activité IVG et des médecins généralistes (dont je fais partie), habitués aux aspirations sous AL (puisqu'exerçant au CIVG de l'Hôpital St-Jacques) ou AG, y compris à des termes avancés (12/14 SA) rejoindront l'équipe, ce qui enrichira l'éventail des méthodes possibles pour les femmes en demande d'IVG et mettra les techniques utilisées en accord avec les recommandations de l'ANAES (mars 2001).

La clinique ouvre en juin 2004 mais pas le CIVG/CPEF ; le directeur de la nouvelle clinique s'y oppose pour des raisons financières alors que tout est prêt pour l'ouverture du service.

Début septembre, « le putsch » : Philippe David décide l'ouverture contre l'avis du directeur. Ce dernier est mis devant le fait accompli quelques jours plus tard alors que l'activité IVG est déjà commencée. Je peux dire que l'activité des premières semaines a été très intense.

Après une étape de mise en route, le centre a rapidement atteint « un rythme de fonctionnement fluide et cohérent grâce à un système de régulation interne satisfaisant pour tous ».

2003 : 249 IVG
2004 : 376, 179 avant ouverture du CIVG,
197 après ouverture (57 AL)

3-3 Le symbole Clotilde VAUTIER.

A l'initiative de l'équipe du CIVG, Le Service est nommé CIVG/CPEF Clotilde Vautier.

Celle-ci, peintre de grand talent, et une des figures de la vie culturelle rennaise des années 1960, est morte en 1968 à la suite d'un **avortement clandestin**. La véritable raison de sa mort est restée un secret de famille jusqu'au film d'une de ses filles, Mariana Otero, « *Histoire d'un secret* » sorti en octobre 2003.

L'inauguration du Centre Clotilde Vautier, le 08/03/2005, fut un événement politico-culturel émouvant, en présence d'Antonio, Mariana Otero, et avec la projection du film « *Histoire d'un secret* ».

Rappelons aussi que le CIVG Clotilde Vautier est un **centre autonome sur le plan médical et un service à part entière avec un budget propre**. Après le service d'Orthogénie de l'Hôpital de Roubaix piloté par le Dr Philippe Lefevbre, le CIVG Clotilde Vautier est sans doute la seule création de service d'IVG depuis 2001.

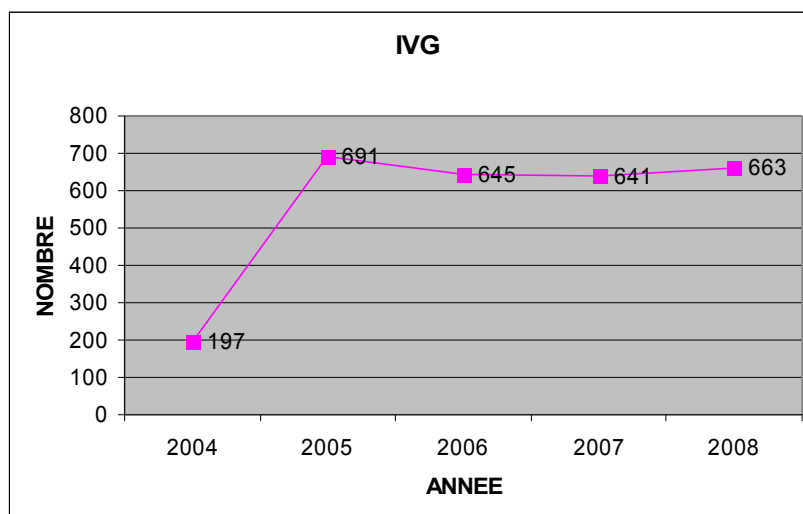
3-4. Le service l'activité.

Les locaux du 1^{er} centre sont situés au 1^{er} étage de la Clinique Jules Verne et en contiguïté, d'un côté du bloc opératoire et de l'autre du secteur ambulatoire, ce qui est confortable pour les femmes et pour le personnel du centre.

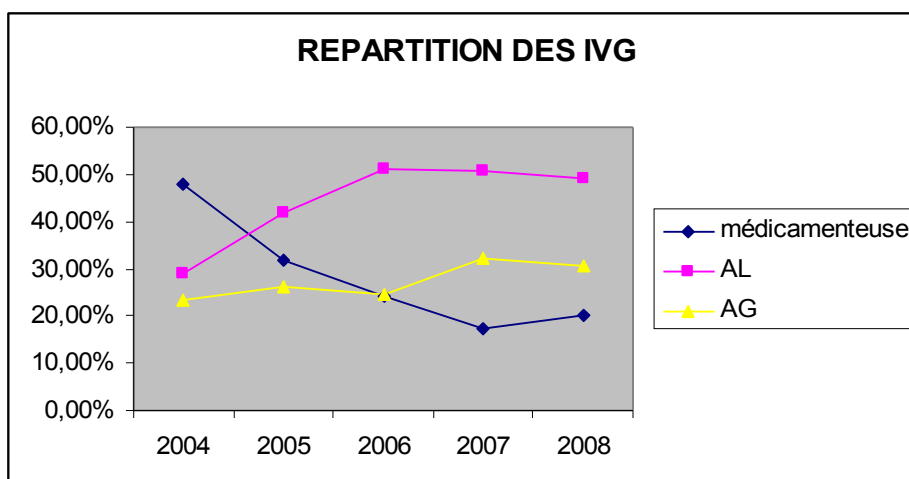
Mais, en septembre 2007, suivant la volonté de la majorité, le service change de localisation, quittant le bâtiment de la Clinique pour la maison de la Mutualité, sise à l'endroit du Pôle Hospitalier Nantais de Mutuelle Atlantique, permettant d'augmenter la superficie selon les souhaits émis en 2005 et 2006, s'éloignant de ce fait des blocs opératoires et de la Maternité. Les rares complications hémorragiques sont prises en charge avec transfert vers le plateau technique (bloc, maternité) de la clinique Jules Verne.

Ce déménagement du service dans un bâtiment séparé du pôle gynéco-obstétrique et des blocs chirurgicaux est tout à fait en contradiction avec le rapatriement des structures d'IVG dans les hôpitaux.

Entre 2004 et 2008, le nombre d'IVG réalisées est resté stable aux alentours de 650. Ce nombre correspond à la capacité actuelle d'accueil des IVG en accord avec les moyens en personnel paramédical (SF, AS, CC, S).



source bilan d'activité 2008



l'IVG sous AL représente plus de la moitié des IVG réalisées grâce à la pratique expérimentée des médecins en poste.

Les IVG 12/14 SA représentent 8,90 % du total des IVG réalisées en 2007 (7,24% en 2008), chiffre relativement élevé comparé à celui observé en France et en Ile-de-France en 2007, respectivement 4,8% et 5,25%. Ceci peut s'expliquer sans doute par les appels téléphoniques du MFPPF, de femmes et même directement de structures de la Région Pays de Loire ou même de plus loin, très frileuses quant à leur pratique des 12/14 SA (considérant par exemple qu'un BIP à 27 correspond à 15 SA ; selon les tables que nous utilisons, un BIP à 14SA se situe entre 28 et 32 mm) et surtout pensant naïvement que nous réalisons les IVG bien au delà de ce que permet la Loi. Au CIVG, nous appliquons seulement la Loi.

La confusion vient du fait que, depuis de nombreuses années, certains gynécologues de la Clinique pratiquent des IMG pour raisons maternelles et IMG dites « psycho-sociales » inscrites dans la loi (1), IMG que trop de services de gynécologie-obstétrique du secteur public refusent de prendre en compte même si la loi les inclut. Ces IMG sont réalisées jusqu'à 22SA (ce délai a été décidé en accord avec l'équipe des sages-femmes et aides-soignantes qui s'occupent de ces femmes) dans le service de gynéco-obstétrique après décision d'une commission pluridisciplinaire (comme la Loi le stipule).

. En effet, il y a environ deux ans, une femme ayant eu une IMG à 22 SA a été découverte morte dans son lit. L'autopsie a révélé une pathologie cardiaque non diagnostiquée du vivant de la femme.

Une enquête a été ouverte et le motif écrit sur le procès-verbal est : « IVG illégale ».

Aujourd'hui, deux gynécologues, un anesthésiste, une sage-femme sont accusés d'IVG illégale et régulièrement et longuement interrogés par la police. Le dossier est toujours sur le bureau du procureur avec cette qualification. Depuis deux mois, par respect pour les personnes inculpées, la pratique des IMG pour raisons maternelles et psycho-sociales a été suspendue tant que cette qualification d'IVG illégale sera maintenue.

Depuis, dans notre région, plusieurs femmes qui auraient pu entrer dans ce cadre d'IMG psycho-sociales sont allées en Hollande se faire avorter.

L'équipe s'appuie sur l'histoire de la Maison de la Naissance et son identité culturelle : **l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des femmes, des couples mais aussi le compagnonnage respectueux des différents acteurs du service.**

En résumé, depuis la création du CIVG Clotilde Vautier, Service d'Orthogénie à part entière, au sein de la Clinique Mutualiste Jules Verne, l'évolution s'est faite en faveur des femmes et des couples,

- par l'application, sans restrictions, de la Loi et du forfait en vigueur dans le public ou le privé participant au service public,
- par l'apport de l'IVG instrumentale sous AL (cette technique représente en 2008 plus de 50% des IVG),
- par la prise en charge des 12/14SA et la mise en place de la procédure d'urgence,
- par l'éloignement géographique du CIVG à l'heure où les structures autonomes rejoignent le giron de l'hôpital,
- par la volonté de garder des liens privilégiés avec la Maternité et son personnel (sages-femmes et aides-soignantes venant au CIVG ponctuellement ou régulièrement), avec les anesthésistes et le bloc opératoire.

3-5. Les projets en cours au CIVG Clotilde VAUTIER

Réalisation au CIVG des méthodes de contraception définitive masculine (vasectomies déjà pratiquées) et féminine (Méthode Essure^o) en accord avec les missions de CPEF et l'accès à tous les moyens de contraception selon la Loi du 04/07/2001, afin d'alléger la procédure.

Mise en place de séances de régulation pour les personnels (groupe Ballint)

Le parcours est assez remarquable même si certaines améliorations peuvent toujours être apportées.

Cependant, il faut noter que 12% des rdv de demande d'IVG ne sont pas honorés, et dans les $\frac{3}{4}$ des cas, sans que le centre soit prévenu (bilan d'activité 2008). Certaines femmes prennent des rendez-vous dans deux structures CIVG Simone Veil et CIVG Clotilde Vautier), honorant l'un au détriment de l'autre, pénalisant du coup les structures et les autres femmes. Est-ce parce que les délais que nous proposons sont trop longs, en contradiction avec les recommandations Anaes ?

Qui est responsable ? L'organisation du système ? Le manque de moyens alloués à l'IVG (4) ?

IV. Les suggestions

4-1. Au niveau local

Afin de pérenniser le service et son activité,

1. se battre pour maintenir les moyens humains et les renforcer (la secrétaire est un pilier indispensable)
2. se battre pour garder les moyens financiers et matériels alloués
3. faire en sorte que l'accueil et l'accompagnement des femmes au moment de leur passage soit toujours de très grande qualité
4. continuer la formation du personnel à l'écoute (secrétaire, AS) et DIU régulation Naissances (SF) avec prise en charge financière
5. Augmenter le temps de présence médical (continuité du service)
6. Rendre le stage obligatoire aux internes de spécialité et pas seulement aux IMG
7. Régulariser le statut des médecins vacataires du service et le pérenniser
8. Sensibiliser les femmes sur l'importance d'honorer leur RDV ou de prévenir si désistement
9. Augmenter l'activité ? Oui si ce n'est pas au détriment des femmes, donc avec moyens supplémentaires financiers, techniques, en personnel.

4-2. Au niveau national

- ◆ Appliquer la Loi jusqu'à 14SA dans les CIVG
- ◆ Obligation de se former aux techniques jusqu'à 14SA pour les médecins exerçant dans les unités d'orthogénie publiques
- ◆ Prévoir des sas horaires pour les procédures d'urgence prévues par la Loi (termes limites 12/14 SA)
- ◆ Se recentrer sur les IVG chirurgicales (IVG médicamenteuses en dehors des structures libérant des places)
- ◆ Développer les AL (moins lourdes à organiser pour l'équipe et pour les femmes)
- ◆ Stages obligatoires pour les internes de spécialité et de MG dans les CIVG et formation aux techniques jusqu'à 14 SA
- ◆ Débat de fond parmi les équipes sur la clause de conscience
- ◆ Donner aux étudiants (médecins, sages-femmes, infirmières etc.) un enseignement digne de ce nom sur La Santé Sexuelle et Reproductive en abordant le sujet de la contraception et l'IVG (priorité de Santé Publique), à l'instar du DIU de l'Université René Descartes et de l'Hôpital St-Vincent de Paul « Régulation des Naissances » du côté des « Sciences Humaines »
- ◆ et consacrer la première année à cet enseignement et à l'étude de textes littéraires afin d'essayer de déconstruire des préjugés, d'entraîner une réflexion et une ouverture d'esprit sans lesquelles rien n'est possible. En bref, donner à la Sexualité la place qu'elle devrait avoir puisqu'elle concerne chaque individu.
- ◆ S'attaquer au flou juridique des statuts et revoir les salaires dissuasifs des médecins vacataires. Cette question pourrait être résolue par la :
- ◆ Création d'une profession particulière pour les avortements afin de concilier le choix des femmes et celui des médecins d'agir en conscience (proposition de Joël Moret-Bailly, maître de conférences en droit à l'Université de St-Etienne et spécialiste des professions de santé (22).
- ◆ Interpeller les femmes sur ce droit à l'avortement qui est de plus en plus bafoué par manque de volonté médicale, administrative, politique au risque de voir réapparaître des avortements clandestins.
- ◆ Rouvrir le débat sur l'avortement (y compris sur la tarification au forfait)
- ◆ Interpeller les pouvoirs publics sur l'application de la Loi. A quoi ont servi les récentes enquêtes des DRASS, DDASS et de l'IGAS ?
- ◆ Qu'attendre de la Loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire)?

- ◆ S'inspirer du Rapport de la Commission sur l'Egalité des Chances pour les Femmes et les Hommes présenté à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe concernant « l'accès à un avortement sans risque et légal en Europe » en « garantissant l'exercice effectif du droit des femmes à l'avortement et lever les restrictions qui entravent, en fait ou en droit, l'accès à un avortement sans risque ». (*Conseil de l'Europe*)(21)

CONCLUSION

La législation sur l'IVG est, selon certains juristes, tout au plus une « tolérance » et non un « droit » (23).

Fin 2004 dans la Revue Population et Sociétés, N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon et M. Ferrand résument très clairement la situation de l'IVG en France.

« Pour le corps médical, l'IVG est un acte peu gratifiant sur le plan professionnel. Quelle que soit la technique utilisée (chirurgicale et encore plus médicamenteuse), l'acte lui-même est considéré comme sans enjeu scientifique ou technique particulier, et il est confié le plus souvent à des médecins ayant un statut professionnel précaire.

Mais au total, c'est moins une remise en cause du droit à l'IVG que l'on peut craindre qu'une dégradation progressive de sa prise en charge ».

Ces réflexions très justes me permettent de dire que :

J'ai choisi de pratiquer des avortements tous les jours et pour pouvoir exercer mon activité à temps plein, j'ai dû prendre des vacances dans plusieurs centres dans différents départements parce que mes collègues médecins du CIVG où j'ai commencé m'ont clairement fait comprendre que l'on ne peut pas vivre de l'IVG (sous-entendu gagner sa vie en pratiquant des IVG). J'ai même été surnommée « la stakhanoviste de l'IVG », terme on ne peut plus méprisant .

Je n'ai pas choisi d'être mal payée

Acte sans enjeu scientifique, ni technique peut-être mais j'y porte un réel intérêt.

Bien-sûr, on manque de médecins pour pratiquer les IVG mais on manque surtout de médecins convaincus de l'importance d'écouter et de répondre à la demande des femmes et donc d'appliquer la loi qui a le mérite d'exister et qui devrait protéger celles qui demande un avortement.

Aujourd'hui, avec l'expérience que j' ai acquise en tant qu' orthogéniste (dans les différentes structures où j' ai travaillé et celles où j' exerce encore), à travers les congrès régionaux (Réseaux), nationaux (ANCIC) et internationaux (FIAPAC) ou les organismes gouvernementaux (DDRASS, HAS), grâce aussi aux liens privilégiés tissés avec des personnes exerçant dans des structures où les IVG sont pratiquées (sages-femmes, infirmières, secrétaires, aides-soignantes, conseillères conjugales ou médecins), grâce aux femmes et couples rencontrés à travers mon métier d' orthogéniste, aujourd'hui, je sais que la remarque de Maria Francès était justifiée et est encore d'une criante actualité, car, malgré la loi, l' IVG est tout juste une « tolérance » et l' IVG entre 12 et 14 SA un « luxe » que toutes les femmes ne peuvent se permettre.

Jusqu'à quand allons-nous accepter que des femmes partent à l'étranger se faire avorter parce qu'elles n'ont pas trouvé de réponse en France ?

Attendons-nous que les femmes recommencent à avorter de façon clandestine pour agir ?

Où sont la volonté politique, la volonté des pouvoirs publics et la volonté médicale qui sortiraient enfin l'IVG du « ghetto » dans lequel on se complait à la maintenir ?

Et si le seul espoir venait de l'Europe ?

Etre orthogéniste (j' y inclus les secrétaires, sages-femmes, aides-soignantes, infirmières et conseillères conjugales, assistantes sociales et j' en oublie peut-être) ne se résume pas à un acte technique. C'est un métier de relations avec des femmes, avec des couples, un métier d'une richesse incroyable sur le plan humain et sur le plan personnel.

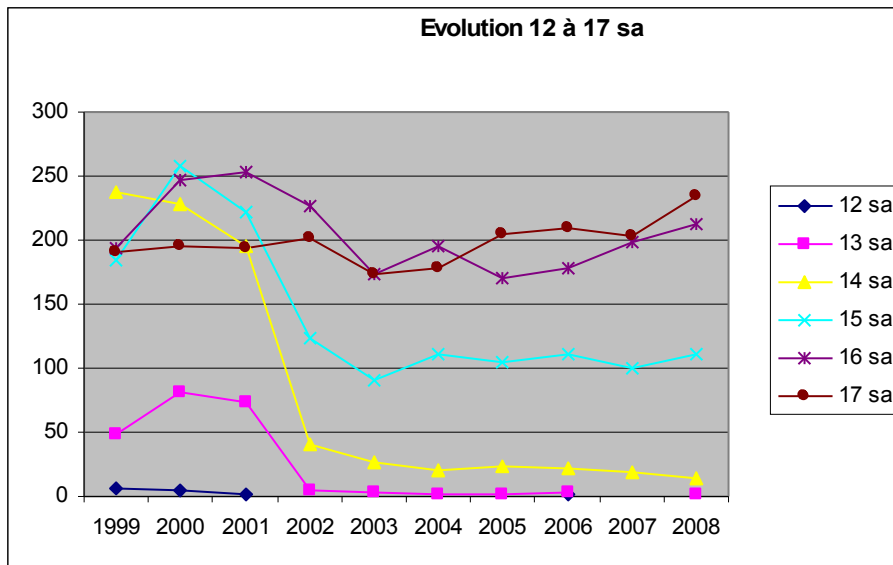
Une femme peut avoir au cours de sa vie une fausse couche spontanée, une ou plusieurs FIV, un accouchement, une IMG, une IVG, peu importe les épisodes mais une chose est certaine, quel que soit le moment de sa vie reproductive où on l' accompagne, quel que soit le soin que nous devons lui apporter, l' écoute doit être la même, y compris lors de l' IVG qui est un soin comme un autre.

ANNEXE

Femmes de la France à la Clinique Beahuis & Bloemenhove 1999 - 2008

SA	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999
6				1					1	1
7		1	1		1					4
8								1	1	1
9							1	1		2
10	1						1			1
11		2		1		1	1	1	1	
12			1					2	4	7
13	1		3	2	1	3	4	73	82	48
14	14	18	22	23	21	27	41	195	228	238
15	111	100	111	104	111	91	123	222	258	185
16	212	199	178	170	195	173	227	253	247	193
17	234	203	210	205	178	173	202	193	195	190
18	128	103	108	117	107	115	122	113	101	107
19	145	131	138	127	153	146	150	159	133	98
20	141	132	155	126	111	146	148	141	132	100
21	161	138	127	136	136	124	123	97	86	82
22	90	78	72	87	59	15	20	29	31	28
	1238	1105	1126	1099	1073	1014	1163	1480	1500	1285

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
6	1	1					1			
7	4					1		1	1	
8	1	1	1							
9	2		1	1						
10	1			1						1
11		1	1	1	1		1		2	
12	7	4	2					1		
13	48	82	73	4	3	1	2	3		1
14	238	228	195	41	27	21	23	22	18	14
15	185	258	222	123	91	111	104	111	100	111
16	193	247	253	227	173	195	170	178	199	212
17	190	195	193	202	173	178	205	210	203	234
18	107	101	113	122	115	107	117	108	103	128
19	98	133	159	150	146	153	127	138	131	145
20	100	132	141	148	146	111	126	155	132	141
21	82	86	97	123	124	136	136	127	138	161
22	28	31	29	20	15	59	87	72	78	90
	1285	1500	1480	1163	1014	1073	1099	1126	1105	1238



BIBLIOGRAPHIE

- 1- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal Officiel du 7 juillet 2001, 10823-46
- 2 - Circulaire DGS/DHOS n°2001/467 du 28 octobre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la Loi du 4 juillet 2001
- 3 -Décret n°2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé
- 4 -Rapport des recommandations ANAES. Prise en charge de l'intervention volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines : <http://www.has-sante.fr>
- 5 - Ordre National des Médecins. Code de Déontologie, Article 47 et commentaires.
- 6 - ANCIC : Association Nationale des Centres d'interruption de grossesse et de contraception : <http://www.avortementancic.org>
- 7 -DREES « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 » Etudes et résultats , N°659, septembre 2008 : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat>
- 8-ORS (Observatoire Régional de Santé) d'Ile-de-France, 21 rue Miollis, 75015 Paris. Tél : 01 44 42 64 70
- 9- - Arrêté du 04/08/09 relatif à la revalorisation du forfait IVG(
- 10-- MFPPF (Mouvement Français pour le Planning Familial) Rapport d' activité 2007 du MFPPF des Pays de Loire
- 11 - Lawson et al. Abortion mortality, United States, 1972through 1987. Am J Obst 1994;171:1365-72
- 12 - Hatchuel M. L'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale. La lettre du gynécologue – n° 301 – avril 2005
- 13 - Koskas M. et al : operative termination of pregnancy between 12 and 14 weeks of amenorrhea : influence of the operator's experience. J Gynecol Obstet Biol reprod. 2005 jun ;34(4) :334-8
- 14 - Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes Février 1999. Rapport au ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- 15 - Aubeny E.. La relation patient/médecin à l'épreuve de la loi : aide ou contrainte ? Ethique, Religion, Droit et Reproduction Paris, 2001
- 16 - Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite « loi Veil »
- 17 - SAE (Statistiques Annuelles des Etablissements de santé) 2007
- 18 - IVG 12/14SA. Table ronde : aspects techniques 14èmes journées d'études sur l'avortement et la contraception. ANCIC. 17 et 18 novembre 2001 Tours
- 19 - F. Pierre, B. Carbone Quelques éclaircissements pratiques dans le cadre de l'application de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. Tirés à part (a revoir)
- 20 - Ferrand-Picard M. Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux. Revue française de sociologie. XXIII, 1982. 382-396
- 21 - Conseil de l'Europe. Rapport de la Commission sur l'Egalité des Chances pour les Femmes et les Hommes sur « l'accès à un avortement sans risque et légal en Europe (doc. 11537 rev. 8 avril 2008 Conseil de l' Europe)
- 22 - Du grain à moudre France Culture : « IVG : la clause de conscience contre le droit des femmes ? » mardi 5 février 2008

- 23 - Winckler M. « Que vaut l'IVG ? » article du 8 février 2008 sur son site <http://www.martinwinckler.com>
- 24 - Bajos N. et al. « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » Populations et Sociétés. N° 407, décembre 2004
- 25 - FIAPAC : Fédération Internationale des Professionnels de l'Avortement et de la Contraception <http://www.fiapac.org>