

L'IVG ailleurs

Mémoire du Diplôme Interuniversitaire

« Gynécologie-Obstétrique pour le
Médecin Généraliste »

CHU d'Angers

Année 2011-2013

Docteur Céline Plard-Dugas

Centre de Planification-Orthogénie

Centre Hospitalier du Mans

Remerciements

Aux patientes, pour ce que nous nous apprenons mutuellement.

A mes collègues et anciennes collègues de travail du Centre de Planification-Orthogénie du Centre Hospitalier du Mans, sans qui l'activité là-bas perdrait parfois de son sens. Notre complémentarité est une grande richesse.

A Marc Zaffran, pour son partage d'expérience très précieux.

A Philippe Pillot, sur qui je compte pour le maintien de l'accès à l'IVG des femmes au Mans.

A l'équipe de la Beahuis & Bloemenhovekliniek, pour leur chaleureux accueil et leur disponibilité.

Aux tulipes, qui ont rendu cette expérience de l'IVG en Hollande plus colorée !

A David, pour avoir su trouver sa place dans ce projet, comme dans les autres, et m'avoir encouragée..

Préambule

Exerçant depuis maintenant plus de 5 ans dans un Centre de Planification et d'Interruption Volontaire de Grossesse, il me semblait important, pour ma pratique et ma réflexion professionnelles, de pouvoir un jour prendre le temps d'étudier ce qui se réalise dans les autres pays du Monde (et notamment chez nos voisins européens), en matière d'IVG.

C'est donc dans le cadre de ce mémoire de DIU de Gynécologie-Obstétrique, que je prends ce temps.

En effet, il s'opère chaque année des mouvements de la France vers d'autres pays européens, pour les femmes que nous ne pouvons pas prendre en charge dans leur demande d'IVG du fait du dépassement de terme, et qui pour certaines, font le choix de se rendre à l'étranger pour réaliser cet avortement.

J'ai donc voulu à la fois faire un tour d'horizon des législations en matière d'avortement, ainsi qu'évaluer les techniques utilisées pour les IVG au-delà du 1^{er} trimestre de la grossesse.

Je me suis très souvent interrogée sur les modalités de prise en charge de ces femmes, que nous revoyons très rarement (pour ne pas dire jamais) en post-IVG.

J'ai donc décidé d'aller passer deux jours de stage à la Clinique Beahuis & Bloemenhove en Hollande, le 15 et 16 Mai 2012.

J'y ai été accueillie par Thea Schipper, la Directrice de la Clinique, infirmière de formation, et présente depuis l'ouverture du Centre. J'ai pu avoir avec elle des échanges sur l'historique, le fonctionnement et l'activité de la Clinique. J'ai eu la possibilité de suivre l'activité de consultation, d'hospitalisation et de bloc opératoire lors de ces deux jours de présence.

J'illustrerai donc mon propos avec cette expérience professionnelle riche.

L'IVG ailleurs

Dr Céline Plard-Dugas

Centre de Planification-Orthogénie, Centre Hospitalier du Mans (72)

Résumé

La question des grossesses non désirées constitue un réel problème de santé publique. La position législative sur ce sujet est très hétéroclite selon les pays du Monde. Elle varie également beaucoup au sein de pays géographiquement proches, comme en Europe. La disparité des lois relatives à l'IVG, et surtout au terme maximal auquel elle peut être pratiquée, est à l'origine de déplacements de femmes d'un pays à l'autre, comme c'est le cas entre la France et la Hollande. Il paraît sans doute utopique d'imaginer une uniformisation des lois sur l'IVG en Europe. Pour la France, l'allongement du délai légal de l'IVG au-delà de 14 SA ne semble pas obligatoirement être la meilleure solution à proposer aux femmes. En effet, même dans les pays où l'IVG est autorisée jusqu'à deuxième trimestre, il y a encore des grossesses non désirées et des demandes d'IVG au-delà du terme légal. La France peut par contre s'inspirer des politiques d'éducation à la vie affective et sexuelle, des fonctionnements de services de contraception performants de pays comme la Hollande, où le taux d'IVG est une des plus faibles du Monde. Cependant, gardons aussi à l'esprit que l'avortement demeurera un aspect indispensable de la régulation de la fécondité, et que son accès doit donc être défendu, afin d'en limiter la morbidité et la mortalité.

Mots-clés : avortement, IVG, législation, contraception

Introduction

Selon l'OMS, environ 25% de toutes les grossesses qui débutent dans le Monde sont interrompues volontairement¹.

La qualité de prise en charge de ces avortements varie de manière importante entre les différents pays du Monde.

En effet, pour bon nombre de ces pays, l'avortement n'est pas dépénalisé, et donc non médicalisé puisque clandestin.

Ainsi, la mortalité pour 100 000 avortements non médicalisés, peut aller de 0,2 à plus de 600 (en Afrique par exemple).

Ainsi, la mortalité globale liée aux avortements représente 13% de la mortalité maternelle dans le monde².

La réduction des risques liés à l'avortement passe en effet par sa légalisation.

Quels sont donc les grands traits de la législation en matière d'IVG au travers le Monde ?

Les disparités de législation entre les pays (notamment entre les pays européens) occasionnent parfois des recours à l'avortement par les femmes en dehors de leurs frontières.

C'est par exemple le cas des femmes françaises, qui ont parfois recours à des IVG dans d'autres pays européens où l'IVG est autorisée après 14 SA. L'évaluation du nombre de femmes françaises ayant recours à une IVG à l'étranger, du fait d'un terme supérieur à 14 SA est très difficile à évaluer, mais il serait de l'ordre de 5000 par an³.

Pour quelles raisons et selon quelles modalités certains pays autorisent les IVG du 2ème trimestre ?

Quel est alors le parcours des femmes pour avoir accès à cette IVG en dehors de leurs frontières ?

Le présent travail se propose de répondre à ces questions par une revue de documents publiés, ainsi que par le récit d'une expérience personnelle de stage à la Clinique de Beahuis &

Bloemenhove, en Hollande, considérée comme une référence européenne en matière de prise en charge de l'IVG du 2^{ème} trimestre.

L'IVG dans les différents pays du Monde

La législation encadrant l'IVG est très variable au travers le Monde⁴.

Elle peut aller d'un accès sur simple demande de la part de la femme, à l'interdiction totale.

En France, en Belgique, comme au Canada, en Chine, en Grèce, en Allemagne, en Italie, en Hollande, au Portugal, en Russie, en Roumanie, en Suisse, en Suède, en Norvège et aux USA, l'IVG est accessible sur simple demande de la femme.

Elle est par contre interdite et non dépenalisée au Chili, Congo, Egypte, Gabon, Haïti, Irak, ou Madagascar.

Elle est uniquement acceptée dans le cas de la mise en jeu du pronostic vital immédiat de la femme en Afghanistan, Brésil, Irlande, Mexique, Mali, Venezuela, ou Emirats Arabes.

Entre ces deux extrêmes, il y a ensuite beaucoup de pays dans lesquels l'IVG est autorisée selon des restrictions qui peuvent être : la mise en danger de la santé physique ou psychique de la femme ; ou bien encore des raisons socioéconomiques.

Voyons désormais avec plus de précisions les lois relatives à l'IVG de nos voisins européens directs⁵ :

En Belgique : l'IVG est autorisée comme en France jusqu'à 14 SA, dans les cas où la femme considère que cette grossesse génère chez elle une situation de détresse. Un temps de réflexion de 6 jours est exigé et un entretien social est obligatoire. Il n'y a pas d'autorisation parentale nécessaire pour les mineures. L'IVG est pris en charge par le régime d'assurance maladie.

En Allemagne : l'IVG est possible jusqu'à 14 SA selon les mêmes conditions. L'entretien social est obligatoire. Une période de réflexion obligatoire de 3 jours est requise. La prise en charge est partielle pour les IVG ; complète en

cas de viol ou d'agression sexuelle ayant occasionné la grossesse.

En Irlande : l'IVG est non dépenalisée et donc interdite. Seuls les cas de réel risque pour la vie de la femme en cas de poursuite de la grossesse, peuvent être pris en compte dans le cadre d'une IMG (le risque de suicide est inclus dans ces risques jugés acceptables). En pratique, les femmes font le voyage vers l'Angleterre ou la Hollande pour avoir recours à une IVG. Les autorités estiment à 6000 le nombre d'Irlandaises qui se rendent chaque année à l'étranger pour pouvoir réaliser une IVG.

Au Portugal : l'IVG est possible jusqu'à 14 SA sur demande de la patiente. Et jusqu'à 16 SA en cas de viol ou d'agression sexuelle à l'origine de cette grossesse. Il n'y a pas de prise en charge financière par l'Etat (le coût va de 250 à 1000 euros). Une période de réflexion de 3 jours est obligatoire. Il est nécessaire d'avoir une autorisation parentale ou celle d'un référent majeur pour les femmes de moins de 16 ans.

En Espagne : l'IVG est autorisée jusqu'à 14 SA normalement. Mais l'interprétation de la loi sur l'IMG est « large », et ceci fait que la plupart des IVG réalisées le sont sans limite de terme (souvent jusqu'à 22/24 SA), puisque les médecins les réalisent en les considérant comme des IMG. Il faut dans ce cas deux certificats médicaux attestant que la grossesse risque d'altérer la santé physique et/ou mentale de la patiente. La plupart des IVG sont réalisées par des structures privées dans ce pays et sans remboursement.

En Angleterre : l'IVG est réalisable jusqu'à 24 SA si la poursuite de la grossesse fait prendre un risque mental et/ou psychique à la femme (en pratique, sur demande de la femme). Deux certificats médicaux attestant ce risque encouru sont requis. La prise en charge financière par le régime d'assurance maladie est possible dans les structures publiques uniquement.

En Suède : l'IVG est possible jusqu'à 18 SA sur demande de la patiente. Et jusqu'à 22 SA « pour de bonnes raisons » (la loi n'explique pas quelles peuvent être ces raisons...). Une prise en charge financière est prévue par l'Etat.

En Italie : l'IVG est autorisée jusqu'à 13 SA sur demande de la femme, après entretien

social obligatoire, et période de réflexion de 7 jours. L'autorisation parentale est obligatoire pour les mineures.

L'IVG en Hollande

L'IVG en Hollande a été légalisée en 1983.

Aux Pays-Bas, l'IVG est légale jusqu'à 24 SA, mais en pratique, l'ensemble des centres réalisant les IVG ont décidé de s'arrêter à 22 SA, afin de se laisser une marge d'erreur échographique, ainsi que pour des raisons techniques et éthiques.

Ce seuil de 24 SA a été retenu, car il correspond au seuil de viabilité fœtale communément admis. Les médecins de la clinique ont ainsi pu m'expliquer que, pour eux, sur le plan éthique, l'IVG doit pouvoir être réalisée tant que le fœtus n'a pas d'autonomie propre, soit jusqu'à 22 à 24 SA, mais pas après. Les Pays-Bas comptent 91 hôpitaux et 15 centres extra-hospitaliers autorisés à pratiquer des IVG. Les Centres Hospitaliers assurent les IVG du 1^{er} trimestre essentiellement ; et certaines IVG du 2^{ème} trimestre, motivées par des raisons « sociales ».

Ce sont principalement 3 centres extra-hospitaliers qui assurent les IVG du 2^{ème} trimestre.

La Beahuis & Bloemenhovekliniek assure à elle seule 41% des IVG du 2^{ème} trimestre de l'ensemble de la Hollande, et 10% des IVG réalisées au niveau national.

Présentation de la Clinique

La Beahuis & Bloemenhovekliniek est située à Heemstede (Pays-Bas), petite ville de la banlieue bourgeoise de Haarlem, entre Amsterdam (30 kms) et La Haye (50 kms).

Fondée en 1971, la Beahuis & Bloemenhovekliniek, est l'un des centres d'IVG les plus anciens et les plus importants en terme de nombre de patientes accueillies.

C'est aussi un centre de formation de référence pour les médecins souhaitant se spécialiser dans l'IVG du 2^{ème} trimestre.

Elle est également cofondatrice de la FIAPAC (Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la

Contraception), avec l'ANCIC en France (Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception).

Elle comporte 20 lits d'hospitalisation.

Environ 32 000 IVG ont été pratiquées en Hollande en 2011, et la Beahuis & Bloemenhovekliniek en a assuré 3125.

64% des IVG réalisées à la Clinique sont des IVG du 2^{ème} trimestre.

55% des femmes venant réaliser une IVG à la Clinique sont des femmes étrangères (ne vivant pas sur le sol hollandais).

Pour les IVG du 1^{er} trimestre, les hollandaises sont majoritaires (80%).

Par contre, concernant les IVG du 2^{ème} trimestre, ce sont les étrangères qui sont majoritaires (14% viennent de Hollande, 18% d'Allemagne, 8% de Belgique, et 60% d'autres nationalités). En sachant que dans ces 60%, il s'agit essentiellement de femmes françaises.

La tranche d'âge la plus représentée chez les femmes venant de l'étranger est la tranche 20-24 ans, alors que pour les femmes néerlandaises, la répartition d'âge est plus homogène, située entre 15 et 39 ans.

59% des femmes ayant consulté étaient nullipares.

32 % avait déjà réalisé une IVG auparavant.

Le trajet

Les femmes françaises ont plusieurs possibilités pour s'y rendre :

-*la voiture* : il faut compter environ 6h de route

-*le bus* : moyen le plus économique pour les femmes. La compagnie Eurolines propose plusieurs voyages par jour entre Paris (Porte de Bagnolet) et Amsterdam ou La Haye. Il faut compter environ 7 à 8h de transport, pour un coût de 80 euros environ (Aller/Retour). Souvent les femmes optent pour le bus de nuit qui part vers 23h de Paris, et elles arrivent vers 6h30 à Amsterdam, ce qui leur évite d'avoir à payer une nuit d'hôtel sur place. Elles repartent le soir même, ou bien le lendemain matin (s'il s'agit d'une IVG tardive nécessitant une hospitalisation la nuit).

-le train, plus rapide mais plus cher. Le Thalys relie Paris Gare du Nord à la Gare Centrale d'Amsterdam en à peine 3h30.

Les locaux

La clinique est installée dans une belle maison bourgeoise, qui extérieurement et intérieurement, ne ressemble pas vraiment à un Centre de Santé.

L'ambiance y est très chaleureuse et familiale, et les locaux très accueillants.

La Clinique ressemble davantage à une grande maison particulière.

Elle est ouverte du Lundi au Vendredi, avec une ouverture la nuit le Mardi et le Jeudi, jours où sont accueillies les patientes en terme avancé.

Au rez-de-chaussée de la clinique se trouve l'accueil ainsi que les salles de consultations.

Au 1^{er} étage, se situent le secteur hospitalisation et le bloc.

Les chambres d'hospitalisation sont des chambres communes, où chaque patiente est séparée des autres femmes par un rideau. Les chambres sont organisées par nationalité. Il y a ainsi 5 grandes chambres communes.

La Clinique programme chaque jour environ 26 patientes, pour 20 lits car le taux d'annulation, ou de non venue sans annulation, est élevé (environ 20%).

Rattachée au bloc opératoire, on trouve aussi la salle de stérilisation (2 techniciennes se relaient pour une présence chaque jour).

Au même étage, il y a une salle de repas commune pour les patientes en libre accès (les repas ou collations ne sont pas servis dans les chambres) ; ainsi qu'une pièce pour le repas pour l'ensemble de l'équipe.

Au 2^{ème} étage, on trouve la chambre de garde du médecin, et celle de l'infirmière.

Le personnel

La Clinique emploie environ 40 personnes (toutes à temps partiel comme très souvent en Hollande).

Le personnel compte quasi-exclusivement des femmes, sauf un homme qui est médecin.

Six médecins à temps partiel y travaillent. Ce sont tous des médecins généralistes avec une solide formation en technique d'IVG du 2^{ème} trimestre.

Deux médecins par jour sont présents, ainsi que 4 infirmières et 2 secrétaires.

L'ensemble du personnel (secrétaires, infirmières, médecins) est quadrilingue et parle donc le néerlandais, le français, l'allemand et l'anglais.

Un accès très rapide et très simple est mis en place pour les femmes parlant une autre langue grâce à des interprètes téléphoniques si besoin.

Chaque membre du personnel travaille ici par choix profond, et il règne donc un grand respect dans l'accompagnement des femmes. On ne ressent aucun jugement de la part des soignants.

Parcours d'une patiente

La prise de rendez-vous se fait en amont, soit par téléphone, soit par mail.

Les Pays-Bas exigent un délai de réflexion de 5 jours.

La patiente en est informée par téléphone.

Elle devra donc arriver avec un courrier médical faisant la preuve de ce délai le jour de sa venue à la Clinique.

Elle peut donc se présenter pour son IVG à la Clinique le 6^{ème} jour suivant ce premier contact médical à propos de l'IVG.

Ce délai peut dans de très rares cas être réduit en cas de terme limite. Dans ce cas-là, la patiente signe une décharge.

Il lui est conseillé de venir accompagnée mais ce n'est pas obligatoire, à partir du moment où elle ne conduit pas pour sa sortie de la Clinique.

Les mineures de plus de 16 ans peuvent venir seule à la clinique, sans parent ou responsable majeur.

Par contre, la clinique n'acceptera pas de réaliser une IVG chez une mineure de moins de 16 ans sans autorisation parentale (le référent majeur autre que le parent de la jeune patiente n'existe pas en Hollande). Ceci est valable surtout pour les étrangères pour lesquelles ce critère est strict et incontournable. Concernant les mineures de moins de 16 ans néerlandaises, si aucun accord parental ne peut être obtenu par la patiente, un courrier de son médecin traitant expliquant les raisons de cette impossibilité sera éventuellement accepté, après discussion d'équipe.

Au rez-de-chaussée, l'accueil des femmes est d'abord réalisé par une secrétaire.

Aura lieu ensuite un entretien avec le médecin puis l'infirmière à ce même étage.

Elle est donc d'abord reçue par la secrétaire, qui lui demande une carte d'identité, une carte de sécurité sociale (pour les femmes hollandaises), sa carte de groupe sanguin si elle en a une, et la carte du planning familial pour les françaises (ouvrant droit à une réduction de 10% sur le forfait d'IVG...).

Elle doit ensuite remplir un questionnaire de santé dans la salle d'attente.

L'entretien avec le médecin

La femme voit ensuite le médecin. L'entretien est assez court, et questionne les antécédents de la patiente selon ce qu'elle a indiqué sur son questionnaire de santé, les raisons motivant sa demande d'IVG, la date depuis laquelle elle se sait enceinte, ainsi que la contraception utilisée au moment de la survenue de cette grossesse.

Le médecin effectue ensuite une prise de constantes (TA, Pouls).

Puis, il réalise une échographie de datation, avec 4 mesures : BIP, longueur du fémur, diamètre cérébral et taille du crâne.

La limite des 22 SA est définie par un BIP \leq à 56 mm, et un fémur \leq à 38 mm.

La méthode qui sera utilisée est alors expliquée à la patiente.

La contraception future est rapidement abordée. Il s'agit le plus souvent d'une pilule, dont la clinique fournit une plaquette à la femme à sa sortie. Il s'agit souvent de « STEDIRIL® », qui est en fait l'équivalent non pas notre « STEDIRIL® » française, mais de « MINIDRIL® ». En effet c'est une pilule contenant 30 μ g d'éthinylestradiol, avec du lévonorgestrel dosé à 150 μ g.

L'entretien avec l'infirmière

L'infirmière prend connaissance des notes du médecin, et explique la méthode qui va être utilisée.

Elle réinterroge les raisons de l'IVG (ceci semble très important en Hollande, et sera inscrit à plusieurs endroits dans le dossier).

L'infirmière m'explique qu'il est très important pour eux à la Clinique, d'être sûr que la

décision émane bien de la femme elle-même. Et ceci sera également interrogé à plusieurs reprises, par le médecin et l'infirmière.

Ensuite, l'infirmière demande à la femme sa carte de groupe sanguin. Si elle n'en a pas, un typage du groupe sanguin sera effectué par l'infirmière, par prélèvement d'une goutte de sang au bout du doigt (identique à un dextro). La bandelette est ensuite insérée dans un appareil appelé « DIAMED MICROTYPING SYSTEM », qui est en fait une machine effectuant un typage du groupe sanguin par centrifugation. Le résultat est obtenu en 10 minutes environ.

Si la femme n'a pas de carte de groupe sanguin, mais qu'elle est absolument sûre de son groupe sanguin, celui-ci ne sera pas refait... et sera simplement noté dans le dossier...

Un HEMOCUE sera réalisé pour les termes au-delà de 18 SA (pas de geste en dessous de 9g/dL d'hémoglobine : les patientes sont alors envoyées au Centre Hospitalier de Haarlem pour bénéficier d'une transfusion au préalable).

Un TP/INR sera également réalisé en cas d'antécédent de troubles de la coagulation.

Un ECG est réalisé si la femme est âgée de plus de 35 ans.

L'infirmière accompagne ensuite la patiente vers le secrétariat pour le paiement, avant d'aller l'installer en hospitalisation à l'étage.

Il n'y a pas de conseillère conjugale ou de psychologue sur place. Et cette opportunité n'est pas proposée explicitement aux patientes (en tout cas, pas lors des entretiens auxquels j'ai assisté).

Le coût d'une IVG en Hollande à la Beahuis & Bloemenhovekliniek

Les femmes hollandaises n'ont rien à régler, puisque l'IVG est entièrement pris en charge à partir du moment où la femme est assurée sociale.

Pour les femmes étrangères, les prix sont les suivants :

Terme et type de prise en charge	Prix en euros	Prix en euros si présentation de la carte du Planning Familial
<12 SA sous AL	360	360
<12 SA narcose	445	445
13-17 SA sous AL	540	490
13-17 SA narcose	630	490
18-22 SA narcose	920	780

Ce sont des prix forfaitaires qui comprennent l'ensemble des prestations réalisées lors de l'hospitalisation... mais qui ne comprennent évidemment pas le transport ni la ou les nuits d'hôtel si besoin sur place.

Le bloc opératoire

Le bloc est une petite salle, qui ne ressemble en rien aux blocs opératoires comme on peut les connaître chez nous.

On y trouve une table gynécologique standard, un scope, un chariot d'urgence avec les drogues habituelles, et un défibrillateur semi-automatique. Il n'y a pas de respirateur.

Les patientes entrent dans le bloc, debout, et s'arrêtent dans un petit sas, situé à l'entrée. Là, elles quittent leur peignoir, chemise de nuit et culotte.

Aucune douche préopératoire n'est réalisée.

La patiente s'installe seule sur la table gynécologique du bloc.

Elle est alors techniquée par le médecin et l'infirmière.

Un détersement vulvaire à la BETADINE est alors réalisé. Un champ plein est installé en sus-pubien, et un champ fenêtré en regard de la vulve.

Il n'y a pas de lavage chirurgical des mains avant le bloc, ni entre les patientes.

Le médecin est habillé en tenue de bloc, mais ne revêt pas systématiquement de surblouse à usage unique ni même de masque chirurgical.

Des gants stériles sont utilisés.

L'infirmière de salle sert le médecin, gère la surveillance du monitoring, et assure la partie « anesthésie » en adaptant les posologies de Propofol au cours du geste, et en injectant les médicaments nécessaires (antalgiques, METHERGIN®, Anti-D, etc.).

La stérilisation, avec une technicienne dédiée à cette activité, se situe dans la pièce juxtaposée (communication entre les 2 salles par une porte).

Le ménage entre les patientes est réalisé par l'IDE de salle, pendant que le médecin va chercher la patiente suivante.

2 infirmières du service viennent chercher la patiente dès que le bloc est fini, l'installent dans son lit-brancard, et la raccompagne dans sa chambre.

La durée du bloc est d'environ 10 minutes, quel que soit le terme.

Les blocs s'enchaînent très vite. Chaque membre du personnel sait précisément ce qu'il a à faire et à quel moment. L'activité est ainsi extrêmement codifiée, pour rentabiliser le temps au maximum. C'est ainsi qu'une vingtaine de gestes par jour sont réalisés.

La « narcose »

Il ne s'agit pas vraiment d'une anesthésie générale à proprement parlé.

Il n'y a pas d'intubation, les patientes restent en ventilation spontanée.

Il s'agit davantage d'une sédation profonde, suffisante pour engendrer une amnésie de l'acte, sans occasionner de désaturation, et donc de nécessité d'intubation.

Les posologies du Propofol sont adaptées aux réactions cliniques de la patientes.

En moyenne, 300 mg sont utilisés par acte.

En France, ce type d'anesthésie peut parfois être utilisé pour des gestes comme des coloscopies.

Les protocoles d'IVG

-Protocole « Poli »

Il est utilisé jusqu'à 15 SA pour les multipares et jusqu'à 14 SA pour les nullipares

Aucune préparation médicamenteuse du col n'est effectuée préalablement au geste.

La patiente est à jeun depuis le matin 7h.

Son arrivée à la Clinique se fait entre 8h30 et 14h.

Le choix lui est laissé entre une anesthésie locale (AL) ou la « narcose » (en pratique cela a quasiment toujours lieu sous narcose, l'AL étant très peu proposée et très peu choisie).

La patiente entre au bloc opératoire après être arrivée dans le service d'hospitalisation.

La perfusion est posée par le médecin dès son entrée dans le bloc

L'infirmière met en place un monitoring scope, saturation, TA, pouls.

Dans le cas d'une narcose, un pousse-seringue de Propofol à un débit de 60 ml/heure est installé, avec bolus de 60 mg régulièrement réalisés selon l'état de sédation de la patiente.

Une canule de Guedel est mise en place en cas de désaturation en dessous de 90 à 95%.

Et éventuellement un masque est installé, relié au VISIONAIR® (appareil servant à administrer de l'oxygène à partir de l'air de la salle, recyclé), en cas de désaturation persistante.

On y ajoute de l'oxygène si la désaturation est plus importante (en dessous de 80 à 85% de saturation à priori).

Après désinfection chirurgicale de la vulve à la BETADINE®, mise en place d'un spéculum de Collin par le médecin.

Nettoyage vaginal à la BETADINE® et mise en place d'une pince de Pozi atraumatique.

Anesthésie du col à la xylocaïne adrénalinée, 20 cc en quatre points (grâce à l'usage de la xylocaïne adrénalinée, la dose de Propofol semblerait moindre ainsi que l'atonie utérine)

Dilatation aux bougies « Hawkins-Ambler » (bougies légèrement différentes de nos bougies de Hégar). Le col est dilaté avec des bougies jusqu'au n°12 environ à ce terme.

Une injection de RAPIFEN®, 5 mg IVD en début de geste est réalisée, puis 5 mg en IM en fin de geste.

Le geste en lui-même consiste essentiellement en une extraction de l'embryon à la pince (type pince à faux germes). L'aspiration a plutôt lieu en fin de geste, une fois l'embryon extrait, afin de retirer le placenta.

Un contrôle échographique de fin de geste est systématiquement réalisé, par voie sus-pubienne, avec contrôle visuel du produit d'aspiration en fin de geste, pour les termes peu avancés et selon les médecins.

L'infirmière assure ensuite le retrait de la perfusion. Un KTO laissé en place.

La patiente est raccompagnée en brancard-lit dans sa chambre, en PLS, avec surveillance

grâce à un saturomètre de pouls uniquement le temps qu'elle reprenne conscience (quelques minutes).

Le KTO sera retiré dans la chambre dès que la patiente a uriné et que les douleurs et les saignements sont contrôlés.

Les boissons sont autorisées 30 minutes après le geste ; ainsi qu'un repas léger 1h après le geste.

La patiente quitte la clinique 4h après le geste dans ce protocole.

Une antibioprophylaxie est systématique par ZITHROMAX® et FLAGYL® unidoses orales.

-Protocole « Semi-kliniek » entre 14 et 18 SA

Une préparation du col est systématiquement prescrite par CYTOTEC® (2 cp oraux 1 à 2 heures avant le geste).

La prise en charge de la patiente est identique à celle dans le cadre du protocole « Poli ».

Par contre, un spéculum à boule est utilisé, et non un Collin, afin de mieux exposer le col pendant le geste.

La dilatation du col se fait de la même manière à l'aide de bougies (jusqu'au n° 15 environ).

L'extraction du fœtus se fait à la pince et l'aspiration en fin de geste également.

Le contrôle visuel ne se fait pas en fin de geste mais au fur et à mesure de l'extraction, par le médecin.

Un contrôle échographique a lieu de la même manière.

La patiente reprendra l'alimentation et sortira dans les mêmes temps que pour le protocole « Poli ».

-Protocole « Kliniek » entre 18 et 20 SA

C'est la narcose qui sera obligatoirement utilisée. L'anesthésie locale n'est pas possible à ce terme de grossesse.

La préparation du col se fait au CYTOTEC® : 2 comprimés per os, 4 comprimés en intravaginal, puis 2 comprimés toutes les 2 heures per os ; avec une dose maximale de 2000 µg (pour les patientes aux antécédents de césarienne, les comprimés intravaginaux ne sont pas administrés, soit une dose totale de 1200 µg).

Un laxatif local type MICROLAX® est systématiquement administré avant le geste, à partir de 18 SA pour vidanger l'ampoule rectale, associé à de l'IMODIUM® pour éviter les diarrhées du fait des doses élevées de CYTOTEC®.

Le geste en lui-même se réalise de la même manière que les protocoles décrit précédemment.

La patiente passera la nuit à la clinique pour la surveillance post-opératoire, et sortira vers 7 heures le lendemain matin.

-Protocole « Prosta » après 20 SA

Ce protocole débute à 18 SA pour les nullipares, et à 20 SA pour les multipares.

La préparation du col se fait par CYTOTEC® comme dans le protocole « Kliniek ».

Un premier passage au bloc, sous narcose obligatoirement, se fait en fin de matinée ou tout début d'après-midi.

Une anesthésie du col est réalisée comme indiqué précédemment.

La poche des eaux est percée en dilatant le col aux bougies jusqu'au n°15 environ.

Le médecin cherche alors à la pince le cordon ombilical, qu'il va sectionner (ce geste ne se fait pas sous contrôle échographique mais sous contrôle de la vue).

La patiente quitte alors le bloc pour rejoindre sa chambre.

Elle boit et mange léger après cette première phase.

Un KTO laissé en place.

Et une perfusion de SYNTOCINON® (5 UI en IVL) est mise en place dans la chambre.

La 2^{ème} phase a lieu environ 6 h minimum après la première phase.

Cette 2^{ème} phase débute donc vers 17h30 en général (les blocs ont lieu jusqu'à 22h environ).

Lors de cette 2^{ème} phase, la patiente est prise en charge au bloc de la même manière que le matin, avec une dilatation réalisée à l'identique. L'extraction a lieu à la pince et l'aspiration réalisée en fin de geste pour le placenta.

Du METHERGIN® en IVD et IM est administré si le geste est long et/ou que les saignements ont été importants.

En moyenne, les saignements sont minimes, de l'ordre de moins de 400 cc à ce terme.

La patiente passera la nuit en surveillance à la clinique.

Protocole antalgique et anxiolytique

Il n'y a pas d'antalgique préopératoire systématique dans les différents protocoles utilisés à la Clinique, en dehors du RAPIFEN® réalisé au décours du geste.

Ils sont plutôt administrés en post-opératoire si besoin (Paracétamol, AINS per os ou suppositoire)

L'anxiolytique Lorazepam 1 mg est systématiquement administré pour toutes les femmes.

Le Pethidine (DOLOSAL®), associé à l'HALDOL®, est beaucoup utilisé lors des protocoles en deux temps pour limiter les douleurs liées au SYNTOCINON®, ainsi qu'en prévention des nausées.

Complications

A la Clinique, on note environ 15 complications sur le 3100 IVG réalisées en 2011.

Sont à noter :

-4 hémorragies (pertes supérieures à 500 cc, dont 2 patientes adressées à l'hôpital)

-7 rétentions post-IVG

-2 perforations utérines

Il n'y a pas eu de complications anesthésiques.

Lorsqu'une complication survient, les patientes sont transférées au CH de Haarlem, hôpital général le plus proche de la clinique. Un partenariat est signé entre les 2 structures.

Un formulaire de satisfaction est systématiquement donné aux patientes lors de leur sortie et le ressenti global est très positif quant à la qualité de leur prise en charge.

Un courrier est envoyé au médecin ayant adressé la patiente à la Clinique, avec un formulaire d'évènements post-IVG destiné à recueillir les complications tardives éventuelles, afin que la Clinique en soit informée.

Discussion

Cette synthèse concernant la pratique des IVG dans le Monde nous permet d'en mesurer la grande diversité, sans doute en lien avec le caractère très spécial de cet acte, qui interroge les valeurs morales, religieuses, politiques, philosophiques, ou médicales, de chaque société.

Pourquoi avoir choisi la Hollande pour illustrer ce propos?

Surtout et avant tout puisque les Pays-Bas ont cette caractéristique bien particulière d'être à la fois le pays qui autorise depuis bien longtemps un accès large à l'IVG jusqu'à un terme très avancé, et dans le même temps d'être le pays dans lequel le taux d'IVG le plus faible des pays occidentaux (6 pour 1000, contre 14 en France ou bien 26 aux USA)⁶.

Il semble donc intéressant de pouvoir essayer de comprendre cet apparent paradoxe.

Ce qui permet de l'expliquer, c'est sans doute l'efficacité des politiques d'éducation des jeunes, à la vie affective et sexuelle, qui semble intégrées de manière toute naturelle à l'éducation scolaire, et ce, à un âge très jeune. D'autre part, cette éducation est abordée de manière souvent plus concrète, plus rationnelle, et avec moins de tabous.

Ce constat permet aussi de rassurer les éventuelles réticences dans certains pays : un accès facilité et médicalisé à l'IVG ne conduit donc pas obligatoirement à une augmentation du nombre d'IVG.

Il apparaît donc nécessaire que dans les sociétés comme la France, dans lesquelles l'IVG est autorisée, il soit donné les réels moyens d'appliquer cette loi, sans crainte d'éventuelles dérives. Il faut que les patientes continuent à être prises en charge dans un système de qualité, tant sur le plan technique qu'humain.

Par ailleurs, faut-il, en France, s'interroger sur la nécessité d'un allongement du délai de prise en charge des femmes en demande d'IVG ? En effet, on a pu constater que la très grande majorité des femmes demandant une IVG du 2^{ème} trimestre en Hollande était essentiellement

des Françaises... La connaissance de cet élément nous pousse à nous questionner. Cet élargissement pourrait être une éventuelle réponse au problème, mais sans doute pas une réponse parfaite, ni même très réaliste. En effet, en France, le nombre de médecins participant à l'activité d'IVG ne va pas croissant. Il semble déjà nécessaire de sensibiliser les médecins au caractère indispensable du maintien de cette aptitude. Il paraît donc utopique de pouvoir en plus envisager une formation à la technique de dilatation-extraction, nécessaire pour la prise en charge des IVG du 2^{ème} trimestre. Peut-être est-il déjà nécessaire que les femmes françaises puissent être accueillies dans tous les centres d'IVG jusqu'au terme prévu par la loi. En effet, bon nombre de femmes rencontrent des réelles difficultés à être prises en charge lorsque leur demande d'IVG se fait entre 12 et 14 SA.

En parallèle, il pourrait être opportun également de s'interroger sur les politiques de prévention des grossesses non désirées, mises en place en France. En effet, 70% des femmes ayant réalisé une IVG utilisaient une contraception au moment de la survenue de la grossesse non souhaitée⁷. L'IVG n'est donc pas utilisée par les femmes comme un moyen de contraception, comme on peut parfois l'entendre. Ces femmes utilisaient pour la plupart une contraception. C'est donc qu'elles ont eu un accès suffisant à l'information afin d'obtenir une prescription. Nous avons donc sans doute à nous interroger sur le contenu de l'information délivrée, mais aussi à réorienter notre prévention davantage vers un autre axe que celui du biomédical exclusif délivrant une information rationnelle sur la contraception. Il s'agit peut-être de travailler vers une meilleure acceptation psychique par la femme de la contraception qu'on lui propose, d'en comprendre l'éventuel intérêt pour elle, afin qu'elle l'intègre comme un outil lui permettant de gérer sa fécondité, et non pas comme une contrainte. La plupart des femmes ont recours à la contraception, et à l'avortement si nécessaire, parce qu'elles veulent être de bonnes mères pour les enfants qu'elles ont déjà. Certaines ne sont tout simplement pas prêtes ou pas capables d'avoir des enfants à un instant

donné; d'autres encore, ne souhaitent pas avoir d'enfants⁸.

Il semble donc urgent de mettre à disposition des femmes des temps d'écoute afin de les aider à mieux comprendre leur propre histoire de vie, qui peut influencer dans leur choix, ou non choix de grossesse ; la mise en mot évitant souvent la mise en acte parfois douloureuse.

8. Petchesky RP, Judd K. Negotiating reproductive rights: women's perspectives across counties and culture, 1998

Liste des abréviations utilisées

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : semaine d'aménorrhée

AL : anesthésie locale

IDE : infirmière diplômée d'état

IVL : intraveineuse lente

IM : intramusculaire

Références bibliographiques

1. Berer M. Eliminer les risques liés à l'avortement : le devoir d'une bonne politique de santé publique, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Recueil d'Article n°3, 2000 : 117-128
2. Organisation Mondiale de la Santé. Unsafe Abortion : global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion, 1998
3. www.ancic.fr
4. Rowlands S. Abortion Laws of Jurisdictions around the world, 2011, www.fiapac.org
5. IPPF (International Planned Parenthood Federation). Abortion Legislation in Europe, 2007
6. David H., Rademakers J., Lessons from the Dutch abortion experience. Studies in Family Planning, 1996
7. Bajos N. Enquête COCON, 2003