



Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu

le 18 juin 2020

par

Léa LAURENT

Née le 11 décembre 1992

**La réalisation de l'échographie pré-IVG dans
la prise en charge de l'IVG médicamenteuse
et instrumentale**

DIRECTRICE DU MÉMOIRE :

Madame Emmanuelle LHOMME

Médecin généraliste, Praticien Hospitalier, Centre
d'orthogénie et de planification familiale, maternité de
Port Royal, Paris

JURY :

Madame Sylvie DUQUENOIS

Madame Marine PROMONET

Madame Marina SALOMÉ

Sage-femme enseignante, école Baudelocque, Paris

Sage-femme libérale, Paris

Sage-femme libérale, orthogéniste, Paris

Mémoire N° 2020PA05MA19

Remerciements

En premier lieu, je tiens vivement à remercier ma directrice de mémoire, Madame Emmanuelle LHOMME, pour ses conseils, son investissement et sa disponibilité dans ce travail.

Je remercie également toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire : sans leur collaboration, je ne serais parvenue à finaliser ce projet.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer mon travail ainsi que de l'intérêt que vous lui portez.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Baudelocque.

Je profite de ce travail pour remercier toutes les femmes et les couples auprès desquels j'ai pu découvrir et apprendre le métier de sage-femme. Merci pour la confiance que vous m'avez donnée et d'avoir partagé vos histoires de vie.

Je remercie également les sages-femmes rencontrées tout au long de ces années, qui n'ont cessé de m'encourager, partager leurs connaissances et leur savoir-faire.

Je souhaiterais aussi remercier l'ensemble de la promotion 2016-2020, avec qui j'ai partagé ces quatre années. Certaines sont devenues de fidèles amies, Eugénie, Joséphine, Laurine, Lucie et Ozanne. Merci pour vos éclats de rire, pour votre indéfectible soutien. Je n'oublierai pas ces heures passées dans ce petit bar de la place S^{te} Opportune, tous ces karaokés aux Grands Voisins où nous avons tant chanté, dansé, décompressé, aimé être toute ensemble.

Je remercie mes amies, Lauriane, Lucie, Léna, Lise et Marion qui depuis de nombreuses années m'ont toujours soutenue dans mon irréductible envie de devenir sage-femme.

Je remercie plus personnellement,

Julien, toi qui n'as eu de cesse de faire chavirer mon cœur tout au long de mes années universitaires, je n'oublierai jamais.

Mes deux grands-frères, Jérôme et Maxime, merci d'avoir supporté mes états d'âmes depuis toutes ces années, mes caprices, mes amours.

Mes grands-parents, pour leur inconditionnel soutien et tendresse tout au long de mes études.

Mes derniers remerciements iront à mes parents. Papa, Maman, merci pour votre amour et soutien infaillibles tout au long de ma vie. Sans vous, je n'y serais jamais arrivée. Je vous aime incroyablement fort.

Résumé

De nos jours, l'échographie apparaît simple et sans conséquence mais son utilisation peut poser question. C'est pourquoi, elle se retrouve au cœur de réflexions éthiques et psychosociales. En orthogénie, peu d'études ont été publiées sur son utilisation, mais elle est régulièrement utilisée lors des consultations, notamment avant de procéder à une IVG. C'est pourquoi, nous nous sommes interrogées sur la place qu'elle occupait et de quelle manière elle était réalisée par les professionnels de santé.

L'objectif de l'étude était d'analyser l'utilisation et la pratique de l'échographie de datation en vue d'une IVG par les médecins et sages-femmes, effectuant ou non des IVG.

Pour cela, nous avons mené une étude quantitative prospective multicentrique sur la réalisation de l'échographie pré-IVG en diffusant un questionnaire à tous les professionnels susceptibles de la réaliser, du 1^{er} novembre 2019 au 1^{er} mars 2020.

Nous avons obtenu 228 réponses. Notre étude a mis en évidence qu'environ 90% des praticiens estimaient nécessaire de faire une échographie de datation avant une IVG. De plus, des différences de pratique de la réalisation de l'échographie, notamment sur le choix de la sonde utilisée, mais aussi sur la possibilité du visionnage de l'écran de retransmission de l'échographe ou encore sur le type de mesures réalisées au cours de l'examen variaient entre professionnels. Néanmoins, des similitudes de pratiques ont été observées, quels que soient la profession et le lieu d'exercice.

De manière générale, les praticiens semblaient être conscients de la difficulté pour les femmes que peut-être une demande d'IVG et mettaient en place des moyens afin de rendre cet examen moins difficile et contraignant pour les femmes. Toutefois, la codification et la tarification de l'échographie de datation dans le cadre d'une demande d'IVG n'étaient pas encore appliquées par l'ensemble des praticiens la réalisant.

L'utilisation prépondérante de l'échographie avant une IVG, les différences de pratique relevées par notre enquête et la comparaison de ces pratiques avec le vécu des femmes à travers la littérature scientifique, incitent à proposer une harmonisation de la pratique afin de rendre la prise en charge des femmes la meilleure possible. Des chartes et protocoles existent actuellement mais sont encore trop peu connus et trop peu nombreux pour que la qualité de la prise en charge de toutes les femmes soit la même.

Mots clés : avortement, interruption volontaire de grossesse (IVG), échographie de datation, pratiques professionnelles, orthogénie, droit des femmes

Abstract

Nowadays, ultrasound appears to us simple and without consequence, but its use can raise questions. This is why it is at the heart of ethical and psychosocial reflections. In gynecology, we know little about its use, but it is regularly used during consultations, especially before performing an abortion. This is why we investigated the place it occupies and the way it is carried out by health professionals.

The aim of the study was to analyze the use and practice of dating ultrasound for abortion by doctors and midwives, whether or not they perform abortions.

To do this, we conducted a quantitative prospective multicentric study on the performance of pre-abortion ultrasound by circulating a questionnaire to all professionals likely to perform it, from November 1st, 2019 to March 1st, 2020.

We obtained 228 answers. Our study revealed that about 90% of practitioners felt it was necessary to perform a dating ultrasound before an abortion. In addition, differences in the practice of performing the ultrasound, particularly on the choice of the probe used, but also on the possibility of viewing the ultrasound retransmission screen or different types of measures during the examination varied between professionals. However, according to our results, similarities in practice were observed regardless of profession and location. In general, practitioners seem to be aware of the difficulty for women of requesting an abortion and are putting in place means to make this examination less difficult and restrictive for women. Nonetheless, the codification and pricing of dating ultrasound in the context of abortion requests is not yet applied by all practitioners performing abortion.

The preponderant use of ultrasound for abortion, the differences in practice noted by our survey and the comparison of these practices with women's experiences through the scientific literature, lead to a desire to harmonize the practice in order to provide the best possible care for women. Charters and protocols currently exist but are still too little known and too numerous for women to be equal in the management of their requests.

Keywords : *abortion, induced abortion, dating ultrasound, professional practices, women's rights*

Table des matières

Remerciements	3
Résumé.....	4
Abstract	5
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures	9
Liste des annexes	10
Liste des abréviations	11
Introduction à l'étude.....	13
1. Histoire et avortement	13
2. Epidémiologie de l'IVG	14
3. La pratique de l'IVG.....	14
4. La place de l'échographie dans la prise en charge de l'IVG	15
4.1. Histoire de l'échographie fœtale.....	15
4.2. Pourquoi utiliser l'échographie avant une IVG ?	15
4.3. Les recommandations mondiales et en France	16
5. Le débat autour de l'échographie préalable à une IVG	17
5.1. Le contexte social de l'IVG	17
5.2. Aspects psychologiques de l'IVG	18
5.3. L'échographie : pas si anodine ?.....	19
5.4. Les problématiques liées à l'échographie pré-IVG.....	19
Partie I : Matériels et méthodes	21
1. Problématique	21
2. Objectifs	21
3. Hypothèses	21
4. Type d'étude	21
5. Population d'étude.....	21
6. Méthodologie.....	22
6.1. Outil de l'étude	22
6.2. Pré-enquête	22
6.3. Enquête.....	22
6.4. Durée de l'enquête.....	23
6.5. Récupération des données.....	23
7. Stratégie d'analyse	23
8. Considérations éthiques et réglementaires.....	24
Partie II : Résultats et analyses.....	25

1.	Description générale de la population d'étude	25
2.	Résultats descriptifs	25
2.1.	<i>Caractéristiques de la population d'étude</i>	25
2.2.	<i>La place de l'échographie de datation préalable à une IVG</i>	27
2.3.	<i>La réalisation de l'échographie</i>	28
2.4.	<i>La codification et la tarification de l'échographie de datation</i>	31
2.5.	<i>Connaissance de la charte « pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG » par REVHO</i>	32
2.6.	<i>L'accueil des femmes en demande d'IVG</i>	32
3.	Résultats des analyses statistiques selon les professions	33
3.1.	<i>La population d'étude</i>	33
3.2.	<i>La place de l'échographie de datation préalable à une IVG</i>	33
3.3.	<i>La réalisation de l'échographie</i>	33
3.4.	<i>La codification et tarification de l'échographie de datation</i>	34
3.5.	<i>Connaissance de la charte « pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG » par REVHO</i>	35
4.	Résultats des analyses statistiques selon les lieux d'exercices	36
	Partie III : Discussion	38
1.	Résultats principaux	38
2.	Forces et limites de l'étude	38
3.	Discussion	39
3.1.	<i>La population d'étude</i>	39
3.2.	<i>La réalisation de l'échographie</i>	41
3.3.	<i>La codification et tarification de l'échographie de datation</i>	44
3.4.	<i>Connaissance de la charte « pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG » par REVHO</i>	45
3.5.	<i>L'accueil des femmes en demande d'IVG</i>	45
4.	Perspectives	46
	Conclusion	47
	Références bibliographiques	48
	ANNEXES	51

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et radiologues.....	26
Tableau 2. Pratique et lieux d'exercice de l'IVG en fonction des différentes professions (hors médecin radiologue).....	27
Tableau 3. Représentation des différentes variables de la réalisation de l'échographie de datation préalable à une IVG en fonction des différentes professions.....	30
Tableau 4. Facturation de l'échographie de datation dans le cadre d'une demande d'IVG en fonction des différentes professions.....	32
Tableau 5. Représentation des différentes variables de la réalisation de l'échographie de datation préalable à une IVG et de sa facturation en fonction du secteur hospitalier et du secteur de ville.....	36

Liste des figures

- Figure 1.** Graphique représentant en pourcentage le nombre de sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et médecins radiologues en fonction du nombre d'années d'expérience.....**26**
- Figure 2.** Graphique représentant les termes employés pour définir la grossesse visualisée à l'échographie de datation en fonction des différentes professions.....**31**

Liste des annexes

Annexe 1 : Charte pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG – Source REVHO.....	52
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude.....	53
Annexe 3 : Fiche de conformité MR004.....	57
Annexe 4 : Avis favorable du comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG).....	59
Annexe 5 : Note d'information aux participant.e.s de l'enquête.....	60

Liste des abréviations

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

CCF : Conseill.er.ère conjugal.e familial.e

CEROG : Comité d'Ethique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

GEU : Grossesse extra-utérine

GLI : Grossesse de localisation indéterminée

HAS : Haute Autorité de Santé

hCG : human chorionic gonadotropin (Gonadotrophine chorionique humaine)

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LCC : Longueur cranio-caudale

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

REVHO : Réseau entre ville et l'hôpital pour l'orthogénie

SA : Semaine d'aménorrhée

La première fois que je suis tombée enceinte j'avais 19 ans, j'étais vraiment très amoureuse, j'avais oublié ma pilule un soir. Je n'ai pas eu mes règles pendant quelques temps et j'étais très loin de l'idée de tomber enceinte, ça ne pouvait pas m'arriver. Cependant, je suis quand même allée voir une gynécologue à un moment donné parce que je commençais à m'inquiéter. Elle fait une échographie, je n'avais jamais eu d'échographie de ma vie, je ne savais pas bien ce que c'était. Elle tourne l'écran vers moi et elle me dit « regardez » et avec le doigt sur l'écran elle décrit une petite forme. J'avoue que je ne distinguais rien de précis. Mais malgré tout, il y avait quand même une sorte de tache et je crois que mon premier sentiment c'est d'avoir eu honte, d'avoir fait une énorme bêtise, d'avoir fait la bêtise que les filles ne doivent pas faire, tomber enceinte.

Extrait d'un témoignage recueilli par Sonia KRONLUND, « *Entrave à l'IVG* », Les pieds sur terre, 2018 – France Culture

Introduction à l'étude

La loi française autorise toutes les femmes, mineures ou majeures, à demander à une sage-femme ou à un médecin d'interrompre une grossesse avant la fin de la douzième semaine de grossesse. Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes possibles et de choisir librement (1). Il s'agit d'un droit fondamental de la femme.

1. Histoire et avortement

De nombreuses recherches ont pu décrire que dans toutes les sociétés et à toutes les époques, il semble avoir toujours existé un désir du contrôle de sa fertilité (2). L'avortement est un acte qui indéniablement fait partie de la pratique de la régulation des naissances, mais sa tolérance et son égard n'ont cessé de changer au fil des époques et des populations dans lequel il s'intègre. L'avortement a longtemps été condamné et puni. C'est au cours de la seconde guerre mondiale que le régime de Vichy prône des valeurs encore plus conservatrices et considère l'avortement comme un « *attentat à la sûreté intérieure et extérieure de l'État* » (3) (4). Le paroxysme de la répression est atteint avec l'application de la peine de mort pour Marie-Louise Giraud dite « la faiseuse d'anges » et l'avorteur Désiré Pioge, pour avoir aidé des femmes à recourir à l'avortement.

A partir des années 1950, de plus en plus de femmes se mobilisent pour obtenir la légalisation de l'avortement. Des mouvements féministes émergent et en 1956 se crée à Paris le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui aujourd'hui « *milite pour le droit à l'éducation à la sexualité, à la contraception, à l'avortement, à l'égalité femmes-hommes et combat toutes formes de violences et de discriminations* ».

En France, à la fin de l'année 1974, un compromis politique entre les mouvements féministes, le gouvernement et le corps médical aboutit à la loi Veil qui autorise le recours à l'avortement sous certaines conditions. Cette loi sera promulguée en 1975. Cependant, la législation se montre très prudente car la loi est votée pour une durée initiale de cinq ans. Finalement, cinq ans plus tard, cette loi sera maintenue mais toujours dans le code pénal et ce n'est qu'en 2001 que la loi Veil sera inscrite au code de santé publique permettant ainsi de « *transformer la tolérance en droit* » (5). Par la suite, de nombreuses évolutions du cadre législatif de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) auront lieu, notamment sur le délai légal passant de 10 à 12 semaines de grossesse, la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures, son remboursement par l'Assurance Maladie et en 2016 le droit pour les sages-femmes de réaliser l'IVG médicamenteuse (6). Toutes ces modifications législatives, plus ou moins récentes, démontrent à quel point l'avortement nourrit encore et toujours les débats éthiques et sociaux.

2. Epidémiologie de l'IVG

En 2018, 224 300 IVG ont été réalisées en France. Depuis une vingtaine d'années, ce chiffre varie entre 215 000 et 230 000. Le nombre d'IVG est en légère hausse, de 3% comparé à celui de 2017, amenant l'indice conjoncturel d'avortement à 0,56 IVG par femme et le taux de recours à l'IVG à 15,4 IVG pour 1 000 femmes. Le recours à l'IVG est plus important chez les femmes âgées entre 20 et 24 ans (27,3 femmes sur 1 000 en France). En revanche, il est en baisse chez les plus jeunes, âgées de 15 à 19 ans, et en hausse chez les plus âgées (7).

Des disparités territoriales ont pu être révélées au cours de ces dernières années. En effet, l'offre de soin varie grandement, tous les départements n'offrent pas la possibilité d'avoir recours à une IVG en cabinet libéral dû au manque de médecins et sages-femmes conventionnés (7).

En moyenne, les grossesses sont interrompues avant la 7^{ème} semaine de grossesse. La technique médicamenteuse s'est largement répandue en France, notamment avec la loi de 2009 où les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et les centres de santé obtiennent le droit de pratiquer l'IVG médicamenteuse ce qui a entraîné des IVG réalisées plus précocement comparativement au début des années 2000 (8). Aujourd'hui, la technique médicamenteuse représente 69% de la totalité des IVG. L'hétérogénéité de l'offre de soin, la diversification des lieux et praticiens autorisés à pratiquer l'IVG influent directement sur le parcours des femmes en demande d'IVG, toute méthode confondue.

3. La pratique de l'IVG

En France, l'IVG est autorisée jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (SA). Pour procéder à une IVG, la loi impose deux consultations médicales la précédant (9). La première consultation permet à la patiente de formuler sa demande d'avortement, la sage-femme ou le médecin fournit ainsi toutes les informations nécessaires et un entretien psychosocial est systématiquement proposé, obligatoire pour les femmes mineures. Au cours de ce premier rendez-vous, le praticien doit déterminer l'âge gestationnel de la grossesse en réalisant une anamnèse rigoureuse, un examen clinique et peut réaliser ou faire la demande d'un examen paraclinique comme un examen sanguin ou une échographie. Lors de la seconde consultation, la patiente confirme par écrit sa demande d'avortement auprès du médecin ou de la sage-femme et cette consultation permet d'organiser l'IVG selon la méthode choisie. Actuellement, deux méthodes sont possibles : médicamenteuse ou instrumentale sous anesthésie locale ou générale.

Depuis le 1^{er} avril 2016, l'ensemble des examens associé à une IVG, comprenant analyses biologiques, contrôle échographie pré et/ou post IVG, est intégralement remboursé par l'Assurance Maladie. Ces examens peuvent être réalisés en ville même si l'IVG sera faite à l'hôpital et font l'objet

d'une prescription médicale. Pour l'échographie préalable à une IVG, il faut associer le code IPE afin que la femme soit prise en charge à 100%. Les laboratoires de biologie médicale et d'imagerie ne sont pas autorisés à pratiquer de dépassement tarifaire sur ce type d'acte. Pour les femmes mineures non émancipées sans consentement parental, l'IVG est prise en charge à 100% avec une dispense d'avance de frais. Cette prise en charge concerne également les femmes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C) et les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) (9).

4. La place de l'échographie dans la prise en charge de l'IVG

4.1. Histoire de l'échographie fœtale

L'échographie suscite une véritable révolution dans la pratique obstétricale et est actuellement un outil de diagnostic courant en France. Les premières images échographiques d'un fœtus en 2D datent des années 50 et depuis, la médecine fœtale s'est largement développée grâce à l'échographie et est devenue un domaine à part entière (10). De nos jours, l'échographie est utilisée pour tout suivi de grossesse physiologique ou pathologique.

Or, son utilisation dans le domaine de l'orthogénie est assez méconnue. En effet, nous savons qu'elle est utile lors de complication *post-abortionum* mais depuis la possibilité de choix dans la méthode de l'IVG et les délais que ces méthodes imposent, l'échographie a trouvé sa place avant de réaliser l'IVG. Une revue de la Cochrane Database sur l'utilisation de l'échographie en début de grossesse a conclu que l'échographie améliore la précision de la datation de l'âge gestationnel (11).

4.2. Pourquoi utiliser l'échographie avant une IVG ?

L'échographie est une technique d'imagerie médicale en temps réel utilisée dans la pratique courante afin de confirmer la localisation, l'âge gestationnel et l'évolutivité de la grossesse. L'âge gestationnel peut être calculé de différentes manières : par la mesure de l'embryon en lui-même mais aussi par la mesure du sac gestationnel.

En l'absence d'embryon visible, la datation de la grossesse repose uniquement sur la mesure du sac gestationnel et le terme est toujours inférieur à 7 SA. De plus, la visualisation de la vésicule vitelline signe le caractère intra-utérin de la grossesse. Après l'apparition échographique de l'embryon, l'estimation de la datation de la grossesse repose sur la mesure de la longueur crano-caudale (LCC) définie par Robinson ou sur la mesure du diamètre bipariétal à partir de 11 SA. Cette mesure étant fiable à plus ou moins 5 jours, cela permet une estimation correcte de l'âge gestationnel (12).

L'échographie réalisée lors d'une demande d'IVG permettra d'identifier des anomalies gynécologiques. D'après le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists la majorité de ces anomalies sont découvertes fortuitement et ne changent pas la prise en charge de la femme.

Cependant, l'échographie ne permet pas toujours de définir le caractère intra ou extra-utérin de la grossesse, ce sont les grossesses dites de localisation indéterminée (GLI). Les GLI représentent souvent des cas où la grossesse étant très précoce donc invisible à l'échographie, ou à des grossesses arrêtées ou à des grossesses extra-utérines (GEU). Cette problématique est rencontrée chez les femmes qui demandent des IVG très précocement suite à un test de grossesse positif, en moyenne à un taux de β -hCG inférieur à 1500 mUI/ml. En l'absence de facteurs de risques et de symptômes, une GLI ne contre-indique pas la prise de médicaments pour l'IVG, en revanche il faut en avertir les femmes du risque de non-diagnostic des GEU et des signes qui doivent interpeler (13).

De plus, la découverte à l'échographie d'un utérus augmenté de taille par rapport à l'âge gestationnel et d'un endomètre hétérogène qualifié en « tempête de neige » doit conduire à la réalisation d'une échographie-Doppler et d'un dosage sanguin de β -hCG au préalable de l'IVG pouvant évoquer le diagnostic d'une maladie trophoblastique gestationnelle (12).

4.3. Les recommandations mondiales et en France

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'échographie systématique n'est pas nécessaire avant une demande d'IVG. L'examen pelvien bimanuel, l'examen abdominal et la reconnaissance des signes sympathiques de la grossesse sont dans la majorité des cas suffisants. Si la nécessité de réaliser une échographie s'impose, celle-ci doit être réalisée dans un service distinct du service où sont réalisés les soins prénatals (14). De nombreux pays suivent la recommandation de l'OMS en n'imposant pas l'échographie dans le parcours de soin des femmes demandeuses d'une IVG car cette obligation pourrait engendrer un allongement du délai de la démarche et une augmentation du coût. Cependant, dans certains états comme le Texas aux Etats-Unis, le praticien doit réaliser au moins 24 heures avant l'avortement une échographie (15). Or, dans un état comme celui-ci où il n'existe pas de système de santé universel cela peut être considéré comme une entrave à l'IVG et les lobbies anti-IVG n'hésitent pas à utiliser cette échographie pour dissuader les femmes de recourir à l'IVG (16) (17).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ont établi des recommandations. La HAS indique que l'âge gestationnel est précisé par un interrogatoire et un examen clinique. A l'hôpital, une échographie doit être possible sur place lors de la consultation et en cabinet libéral, le recours à une échographie doit être possible dans un délai rapide chez un échographiste correspondant habituel du médecin

ou de la sage-femme ou directement sur place (18). En revanche, il n'est pas expliqué la procédure de la réalisation de cette échographie.

Le CNGOF a édité en septembre 2016 des recommandations pour la pratique clinique indiquant que « *l'échographie avant une IVG doit être encouragée mais n'est pas indispensable pour réaliser une IVG (accord professionnel)* ». Si l'utilisation de l'échographie s'avère nécessaire alors, il est écrit que l'échographie abdominale est sensible afin de diagnostiquer la présence ou non d'un sac gestationnel mais l'est moins pour évaluer la présence d'un embryon et d'une activité cardiaque que l'échographie endovaginale (13).

L'échographie doit donc être « *encouragée* ». Dans le cas où les femmes sont certaines de la date de leurs dernières règles ou connaissent la date précise du rapport sexuel potentiellement fécond, et pour lesquelles un examen clinique est possible, l'absence d'accès à l'échographie ne doit pas être une entrave à la programmation de l'avortement. L'échographie est un moyen fiable pour déterminer l'âge gestationnel à ± 5 jours, en revanche le taux de β -hCG sérique est un moyen peu fiable pour dater une grossesse en vue d'une IVG.

5. Le débat autour de l'échographie préalable à une IVG

5.1. Le contexte social de l'IVG

Malgré la dépénalisation de l'avortement en France, le combat pour garantir le droit d'accès à l'IVG est toujours d'actualité. L'avortement reste tabou et divise encore une grande partie des Français. En effet, selon un sondage IFOP de 2016, 52% des français interrogés trouvent « *la situation préoccupante [220 000 IVG/an en moyenne] car avorter reste un acte que l'on préférerait éviter* » (19). Le droit à l'avortement est régulièrement remis en question en France et dans le monde. De puissants lobbys français et internationaux désinforment sur internet, manifestent et entretiennent ainsi des discours culpabilisants et moralisateurs au sujet de l'IVG.

De par ces discours, les femmes elles-mêmes en demande d'IVG, bien que dans leur droit, portent sur elles « *un regard réprobateur sur leur choix* ». S. Divay, sociologue évoque les difficultés rencontrées par ces femmes qui se sentent systématiquement obligées de trouver des justifications, des stratégies de défense pour se protéger des jugements, ce qui les poussent à se retrouver seules pour recourir à l'IVG. La décision d'interrompre la grossesse peut alors être considérée comme une « *déviance morale* » (20).

Mais l'avortement doit aussi faire face à une stigmatisation par le corps médical. La demande d'IVG a une place tout à fait particulière car il ne s'agit pas d'une pathologie mais bien d'une demande directe de la femme. Pratiquer l'IVG ne serait pas prodiguer un soin mais répondre à une demande, comme rendre un service où le soignant exécute et la patiente prescrit ce qui transforme la relation classique patient-soignant. De plus, le récent débat sur la double clause de conscience

des professionnels de santé pesant sur l'IVG démontre à quel point l'avortement reste encore un acte médical controversé et divisant de nombreux soignants. En effet, l'IVG est concernée par une clause de conscience spécifique, différente de la clause de conscience générale pour tout acte médical (article R4127-47 Code de la Santé Publique). Cette clause spécifique est introduite en 1975 mais est maintenant considérée comme « *obsolète* » et « *inutile* » d'après les défenseurs du droit à l'avortement, qui ne ferait que stigmatiser cet acte et en fait un droit à part.

5.2. Aspects psychologiques de l'IVG

Une femme sur trois sera confrontée à l'IVG au cours de sa vie gynécologique et celle-ci s'ancre profondément dans le parcours de vie d'une femme. Le contexte social dans lequel s'inscrit l'IVG lui confère une place à part pouvant exposer au jugement ou à la culpabilisation (5). L'aspect psychologique de l'IVG est indéniablement à prendre en considération. La loi impose aux professionnels de santé de proposer à toute femme majeure la possibilité de s'entretenir avec un.e psychologue ou un.e conseiller.ère conjugal.e familial.e (CCF). Concernant les jeunes femmes mineures, cet entretien psychosocial est obligatoire. Pour de nombreuses femmes, le recours à l'IVG serait dû à des erreurs de contraception mais aussi à des grossesses désirées mais où les circonstances amènent à changer d'avis. Cependant, au cours des entretiens, il est possible que les femmes évoquent une autre raison qu'un échec de contraception, « *un évènement qui serait l'expression de l'inconscient, donc non maîtrisable* ». Finalement, la demande d'interrompre cette grossesse est souvent différente de la première raison évoquée consciemment. Une IVG serait l'arrêt d'une grossesse non voulue mais peut-être inconsciemment désirée, il existe un véritable clivage entre le « *désirer* » et le « *vouloir* ».

La demande d'interruption de grossesse demande une forte mobilisation psychique et le moment de cette décision entraîne les femmes dans une grande vulnérabilité. Les femmes tentent de donner un sens à cet évènement, de l'intégrer dans leur histoire. Cette demande peut être assimilée à un « *véritable travail de deuil* » (4). Nous pouvons parler d'une rupture psychique entre le corps et l'esprit de la femme désireuse d'une IVG. Une fois la décision prise, elle aura besoin de rompre avec cette grossesse et les signes de la grossesse peuvent alors devenir intolérables, formant un constat permanent que cette grossesse est présente. Il est important de rappeler qu'une IVG peut engendrer une souffrance psychologique et que cet événement peut surgir de nouveau lors d'une fausse couche ou d'un accouchement difficile (21). Cependant, le risque de complications psychologiques majeures de l'IVG reste rare, l'étude de Gilchrist et al. conclut que les femmes ayant eu recours à une IVG ont moins de troubles psychiatriques que les femmes ayant accouché d'une grossesse non planifiée. Il est indispensable de recevoir les femmes dans des structures spécifiques pour l'accueil et l'accompagnement de celles-ci en demande d'IVG. Tous ces éléments rappellent l'importance de prendre en considération la santé psychique et physique de ces femmes.

5.3. L'échographie : pas si anodine ?

L'échographie est un examen simple, indolore, ne nécessitant aucune anesthésie ou injection et le résultat est immédiat. Cet examen est devenu courant et nous pourrions croire qu'il « *n'a plus d'être pensé* ». De nombreux travaux ont analysé le vécu des femmes et les conséquences de l'échographie obstétricale de dépistage prénatal (22).

Avant d'avoir recours à l'échographie, la femme se crée une construction fantasmatique de la grossesse, une « *rêverie* » ce qui peut rendre l'échographie comme une « *interruption volontaire de fantasme* ». Ici, l'échographie propose une image ce qui risque de rompre avec l'imaginaire de la femme. L'image échographique donne des éléments de manière soudaine ce qui peut rendre cet évènement particulièrement traumatique. De plus, elle apporte une quantité importante d'informations entraînant possiblement une désorganisation ce qui accentue le traumatisme. L'image apparaît brutalement et le psychisme n'a pas le temps de se préparer à recevoir ces informations, il y a la perte de ce temps d'appropriation de l'information (22). L'échographie peut apparaître comme une violence, parfois assimilée à une effraction : ce qui n'était pas visible l'est devenu. Elle permet de révéler le résultat d'une sexualité, d'un homme, d'un couple. C'est aussi montrer l'existence de cette grossesse, de son évolutivité et donc de sa fertilité. C'est un regard sur l'intimité qui est très souvent une intimité couverte par le secret.

De plus, lors de la révélation de ces images, une seule personne est apte à les décrypter : l'échographiste. Ses regards, ses mimiques et ses paroles prennent une place capitale dans l'examen (9). L'échographiste doit respecter une certaine neutralité et l'échographie doit être un examen « post-choix » ne devant pas interférer dans le choix de la patiente.

L'échographie fait partie des examens paracliniques à laquelle la majorité des professionnels de santé ont recours avant de procéder à une IVG. Dans ce contexte, nous ne pouvons ignorer l'impact de l'image échographique sur le retentissement psychique des femmes souhaitant une IVG.

5.4. Les problématiques liées à l'échographie pré-IVG

De nombreuses publications scientifiques concernant les indications et les limites de l'utilisation de l'échographie dans la prise en charge d'une IVG existent, mais encore peu d'études s'intéressent à l'évaluation du ressenti des femmes.

D'après une étude française, F. Vendittelli et al., incluant une cohorte de 502 femmes demandeuses d'une IVG, 84,5% d'entre elles n'ont « *rien voulu voir ni garder* » des images de l'échographie au cours d'une consultation pré-IVG. Cette étude conclut que les conditions dans lesquelles sont réalisées l'échographie et le comportement de l'échographiste influent sur le vécu de la femme (23). Cependant une étude canadienne regroupant 350 femmes, rapporte que 72,6% d'entre elles ont choisi de voir les images échographiques et qu'elles en avaient eu une expérience

positive. De plus, il est montré que le fait de voir ou non l'image échographique ; cela n'influe pas leur choix dans la décision d'interrompre ou non leur grossesse. Les femmes évoquent qu'elles veulent avoir le choix et ce qui leur semble important est la communication avec l'opérateur au moment de la réalisation de l'échographie (24).

Néanmoins, une étude montre que le choix de voir les images échographiques dépend du niveau de certitude des femmes sur leur décision d'interrompre la grossesse. Des femmes moins certaines de leur décision, expliquent qu'elles ne souhaitent pas voir l'échographie de peur que les images leur fassent garder la grossesse. Celles en accord avec leur décision évoquent différentes raisons sur le fait de voir les images de l'échographie. La visualisation des images permet ainsi de « *confirmer leur fertilité* », en avoir « *la preuve physique* », mais aussi de « *satisfaire leur curiosité vis-à-vis d'images échographiques d'une grossesse* » (25). La visualisation des images entraîne des répercussions sur le psychisme des femmes différentes pour chacune. Cela fait de l'échographie pré-IVG « *un outil psychologiquement puissant et potentiellement dangereux pour certaines femmes fragiles* ».

Ces études nous démontrent que les attitudes sont variables. La variabilité des comportements face au choix de voir ou non les images de l'échographie préalable à une IVG s'inscrit dans une société, une culture et une politique autour de l'avortement.

La littérature scientifique nous pousse à réfléchir sur l'échographie pré-IVG en la considérant comme un moment particulier du parcours d'IVG. Bien que son utilisation soit courante, peu de recommandations, de protocoles ont été élaborés au sein des structures prenant en charge les demandes d'IVG. Le réseau REVHO a cependant établi une charte pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG (Annexe 1). Celle-ci a pour objectif de « *définir un ensemble de bonnes pratiques pour la réalisation des échographies avant une interruption volontaire de grossesse* ». Néanmoins, ce type de charte reste rare à l'échelle nationale.

C'est pourquoi au vu de l'impact psychologique que pouvait avoir l'échographie pré-IVG sur les femmes et le peu de recommandations existantes pour les professionnels de santé réalisant l'échographie de datation, nous avons choisi de nous intéresser à la manière dont les professionnels de santé réalisaient cette échographie et comment il serait possible d'améliorer la prise en charge de ces femmes.

Partie I : Matériels et méthodes

1. Problématique

L'enquête menée visait à répondre à la question suivante : comment les professionnels de santé réalisent-ils l'échographie pré-IVG dans le cadre d'une demande d'IVG médicamenteuse ou instrumentale ?

2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'analyser la pratique et la prescription de l'échographie pré-IVG pour les femmes en demande d'IVG.

Les objectifs secondaires de cette enquête étaient d'une part, de proposer *in-fine* des pistes pour encadrer la pratique de l'échographie pré-IVG. D'autre part, elle avait pour but d'améliorer la prise en charge des femmes qui ont recours à l'IVG.

3. Hypothèses

Dans le but de répondre à notre problématique nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- La profession et le lieu d'exercice du professionnel de santé réalisant l'échographie influencent la pratique de l'échographie.
- Les professionnels de santé sont conscients que les conditions de la réalisation de l'échographie peuvent être psychologiquement difficiles dans le parcours d'IVG.
- Les professionnels connaissent la réglementation de la prescription et de la tarification des échographies de datation pré-IVG dans le cadre du forfait IVG.

4. Type d'étude

Pour nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons décidé de réaliser une étude quantitative prospective multicentrique.

5. Population d'étude

Notre enquête s'adressait aux médecins et sages-femmes sans distinction du lieu d'exercice et du genre, réalisant ou non des IVG et pratiquant des échographies de datation dans le cadre d'une demande d'IVG.

6. Méthodologie

6.1. Outil de l'étude

Afin de répondre à nos hypothèses, nous avons créé un questionnaire informatisé en ligne via la plateforme Google Forms®. Nous l'avons reproduit à l'identique en version papier (Annexe 2).

Le questionnaire comportait tout d'abord une note d'information de l'étude permettant de comprendre les objectifs. Il était divisé en trois parties : une première partie où nous nous sommes intéressées aux caractéristiques de notre population (profession, sexe, le nombre d'années d'exercice, la pratique de l'IVG et dans quel type de structure), ainsi qu'à la place de l'échographie dans la prise en charge de l'IVG. Une seconde partie était consacrée à la réalisation de l'échographie en s'intéressant à l'indication de l'échographie demandée, la ou les sonde.s utilisée.s, l'accès à l'écran avant l'échographie, les explications données au cours de l'examen, les termes employés pour définir la grossesse, les mesures réalisées, l'objectivisation de l'activité cardiaque fœtale et pour finir l'utilisation des clichés après l'échographie. Une troisième partie concernait la tarification de l'échographie préalable à une IVG ainsi que sa codification. Pour cela nous avons recensé les différents codes sur le site internet <https://www.aideaucodage.fr/ccam> nous permettant de trouver différents codes de codification d'échographie possible. Pour finir, une dernière partie permettait d'ajouter des particularités concernant l'accueil des femmes en demande d'IVG par les professionnels de santé et une question sur la connaissance de la charte pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG, établit par le Réseau entre Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO).

Au total, le questionnaire était composé de 19 questions dont 15 questions à choix uniques ou multiples et de 4 questions ouvertes. Certaines questions suggéraient la mention « Autre » ce qui permettait au répondant de suggérer une idée non proposée ou de compléter sa réponse initiale.

6.2. Pré-enquête

A la suite de l'élaboration de notre questionnaire, nous l'avons testé auprès de plusieurs médecins habilités à la recherche ainsi qu'à deux sages-femmes échographistes. Des modifications telles que des ajouts d'items, des reformulations d'énoncé ont été apportées afin d'avoir une meilleure compréhension du questionnaire et d'éviter les faux-sens. De plus, le test nous avait permis de définir le temps de réponse nécessaire.

6.3. Enquête

A partir du 1^{er} novembre 2019 nous avons commencé la diffusion du questionnaire par le biais d'internet mais aussi de manière directe en version papier. Pour partager le questionnaire par

internet, un courrier électronique contenant une note d'information de l'étude, ses objectifs ainsi que le lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne était envoyé.

Pour cela, nous avons tout d'abord commencé à recueillir les adresses électroniques des différents plannings familiaux d'Ile-de-France en consultant les fiches de stage élaborées par l'école de sages-femmes de Baudelocque. Le Réseau de Santé Périnatal Parisien a été sollicité afin de récupérer des contacts de professionnels pratiquant l'échographie.

Le questionnaire en version papier était également précédé d'une note d'information et des objectifs de l'étude. Il a été distribué en main propre au cours de différentes rencontres, notamment auprès de sages-femmes et médecins lors de stages hospitaliers mais aussi aux 23^{èmes} journées de l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC) en novembre 2019 à Troyes. Ce congrès nous a permis de rencontrer des professionnels adhérant à l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) et de nombreux médecins généralistes, gynécologues et médecins gynécologues-obstétriciens.

Par ailleurs, afin d'aller à la rencontre d'échographistes, nous nous sommes directement rendues au sein de cabinets d'échographie de ville en Ile-de-France pour obtenir l'adresse e-mail des médecins radiologues et nous avons sollicité par courrier électronique le Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF).

6.4. Durée de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée entre le mois de novembre 2019 jusqu'au mois de février 2020 inclus, soit une durée totale de 4 mois.

6.5. Récupération des données

Une fois le questionnaire en ligne complété, les participant.e.s cliquaient sur le bouton « Envoyer » et les réponses étaient automatiquement enregistrées en ligne dans l'application Google Sheets® de manière anonyme. Pour faciliter leur analyse, elles étaient par la suite transférées dans un tableur sur le logiciel Microsoft Excel®.

Pour le questionnaire en version papier, afin de respecter l'anonymat, nous laissions une boîte de dépôt des questionnaires dans les lieux de distribution afin de les récupérer à la fin de la rencontre. Les réponses étaient ensuite informatisées dans le même tableur Microsoft Excel® que pour les questionnaires en ligne.

7. Stratégie d'analyse

La stratégie d'analyse a été réalisée en deux parties : une partie descriptive et une partie analytique.

Concernant la partie descriptive, les variables étaient présentées sous forme d'effectif (n) et de pourcentage (%).

L'analyse comparative des données a été effectuée par le logiciel en ligne BiostaTGV (<http://biostatgv.sentiweb.fr/>). Les tests statistiques utilisés pour réaliser les analyses comparatives étaient le test de Chi 2 pour les variables catégorielles et lorsque les conditions d'applications du test étaient réunies. Dans le cas échéant, nous avons utilisé le test de Fisher Exact pour les échantillons dont le produit des effectifs attendus étaient inférieurs à 3. Le test était considéré comme significatif lorsque la *p value* était inférieure ou égale à 0,05, correspondant à un risque d'erreur de première espèce à 5%.

Pour interpréter les résultats aux questions ouvertes, nous avons créé des catégories regroupant les réponses selon le champ lexical.

8. Considérations éthiques et réglementaires

Dans le cadre de la recherche et de la protection des données, notre étude a fait l'objet d'un diagnostic de conformité et de sécurité de type MR004 (Annexe 3) sous la direction de Mr. P.TOURENNE, référent de la protection des données des hôpitaux de Necker, Cochin, Hôtel-Dieu et Broca. De plus, nous avons soumis notre projet d'étude au comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie du CNGOF. Un avis favorable nous a été rendu (Annexe 4).

Les questionnaires diffusés par internet et en version papier étaient anonymes, les données recueillies ne permettaient pas l'identification des répondant.e.s. Une note d'information était associée au questionnaire (Annexe 5).

Partie II : Résultats et analyses

1. Description générale de la population d'étude

A la suite de notre enquête, nous avons obtenu un nombre total de 228 réponses au questionnaire provenant de professionnels de santé réalisant l'échographie de datation préalable à une IVG, sans distinction de genre.

Parmi les répondants, nous avons eu 149 sages-femmes (soit 65,4%), 21 gynécologues-obstétriciens (9,2%), 45 médecins généralistes (19,7%) et 13 médecins radiologues (5,7%). Ces résultats sont présentés dans le *Tableau 1*.

2. Résultats descriptifs

2.1. Caractéristiques de la population d'étude

Le *Tableau 1* décrit également les caractéristiques de notre population d'étude, selon la profession des répondants : les sages-femmes, les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes et les médecins radiologues.

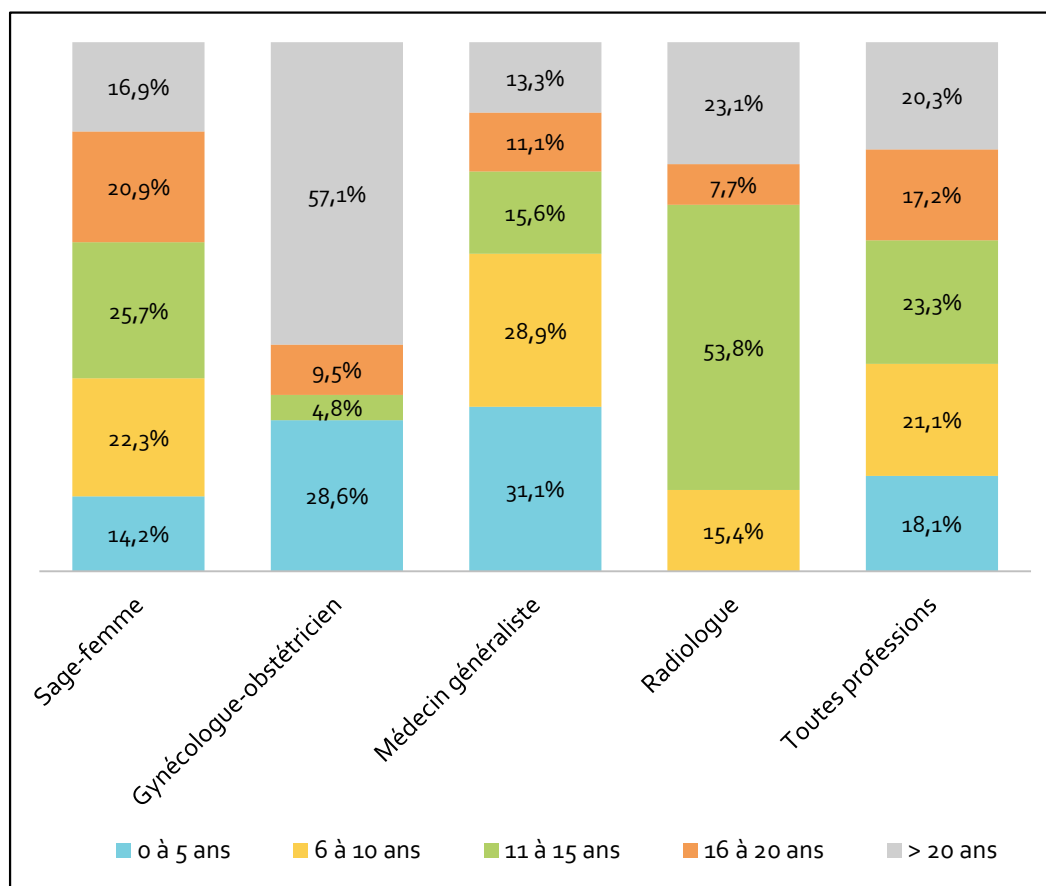
Notre population générale était principalement composée de femmes (82,9%). Elles étaient majoritairement représentées parmi les sages-femmes (87,5% vs. 12,8%), les gynécologues-obstétriciens (81,0% vs. 19,0%) et les médecins généralistes (82,2% vs. 17,8%). En revanche, parmi la population des médecins radiologues, nous avons compté 8 hommes pour 5 femmes (respectivement 61,5% vs. 38,5%) (*Tableau 1*).

Nous nous sommes également intéressées au nombre d'années d'expériences. Les résultats sont présentés dans le *Tableau 1*. Parmi les sages-femmes et les médecins généralistes, toutes les classes du nombre d'années d'expérience étaient représentées. Chez les sages-femmes, la classe majoritaire était entre 11 à 15 ans d'expérience avec un pourcentage de 25,7%. Pour les médecins généralistes, il s'agissait d'un groupe de plus jeunes médecins avec une part plus importante pour la classe de 0 à 5 ans d'années d'expérience, soit 31,1%. Concernant les gynécologues-obstétriciens et les médecins radiologues, il s'agissait de deux sous-groupes où des classes étaient nettement plus marquées : les radiologues avaient pour plus de la moitié au moins 11 ans d'expérience, soit 84,6% d'entre eux. De plus, 57,1% des gynécologues-obstétriciens avaient plus de 20 ans d'expérience. Pour faciliter la lecture des résultats et mieux comprendre la répartition, nous avons décrit ces résultats sous forme d'un graphique (*Figure 1*). La dernière colonne du graphique (*Figure 1*. « Toutes professions ») rassemble toutes les professions confondues et nous observons une répartition relativement homogène de nos différentes classes.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et radiologues

	Sage-femme	Gynécologue-obstétricien	Médecin généraliste	Radiologue	p value
	Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Chi2 (\$) ou Fisher (£)
Profession	149 (65,4)	21 (9,2)	45 (19,7)	13 (5,7)	<0,001 ^s
Sexe					
Féminin	130 (87,2)	17 (81,0)	37 (82,2)	5 (38,5)	<0,001 [£]
Masculin	19 (12,8)	4 (19,0)	8 (17,8)	8 (61,5)	
Nombre d'années d'exercice					
0 à 5 ans	21 (14,2)	6 (28,6)	14 (31,1)	0 (0,0)	
6 à 10 ans	33 (22,3)	0 (0,0)	13 (28,9)	2 (15,4)	
11 à 15 ans	38 (26,7)	1 (4,8)	7 (15,6)	7 (53,8)	
16 à 20 ans	31 (20,9)	2 (9,5)	5 (11,1)	1 (7,7)	
> 20 ans	25 (16,9)	12 (57,1)	6 (13,3)	3 (23,1)	

Figure 1. Graphique représentant en pourcentage le nombre de sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et radiologues en fonction du nombre d'années d'expérience



Au sein de la population d'étude, tous les médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens ayant répondu au questionnaire pratiquaient l'IVG (*Tableau 2*). Cependant, au sein du groupe des sages-femmes, uniquement 54,4% pratiquaient l'IVG.

Pour les professionnels pratiquant l'IVG, celle-ci était majoritairement réalisée dans des établissements de santé (*Tableau 2*). En effet, 49,5% des sages-femmes, 53,3% des gynécologues-obstétriciens et 41,1% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire réalisaient les IVG au sein d'établissement de santé et représentaient les plus forts pourcentages au sein des sous-groupes. Les centres de santé représentaient une plus faible part du lieu de réalisation des IVG parmi tous les sous-groupes de notre population. Les cabinets de ville représentaient également une part non négligeable de l'activité en orthogénie, une moyenne de 20% sur l'ensemble des réponses obtenues.

Tableau 2. Pratique et lieux d'exercice de l'IVG en fonction des différentes professions (hors médecin radiologue)

		Sage-femme	Gynécologue-obstétricien	Médecin généraliste	<i>p value</i>
		Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Chi2 (\$) ou Fisher (£)
Pratique de l'IVG					
Oui		81 (54,4)	21 (100,0)	45 (100,0)	
Non		68 (45,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Lieux d'exercice					
Secteur de ville →	Etablissements de santé	48 (49,5)	16 (53,3)	30 (41,1)	0,418\$
	CPEF	14 (14,4)	9 (30,0)	23 (31,5)	
	Centre de santé	9 (9,3)	0 (0,0)	7 (9,6)	
	Cabinet de ville	26 (26,8)	5 (16,7)	13 (17,8)	
Nécessité d'une échographie préalable à l'IVG					
Oui, systématiquement		104 (92,0)	18 (85,7)	38 (86,4)	0,343£
Oui, mais pas systématiquement		9 (8,0)	3 (14,3)	5 (11,4)	
Non		0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	

2.2. La place de l'échographie de datation préalable à une IVG

Parmi les professionnels réalisant l'IVG, toutes professions confondues, la très grande majorité demandait une échographie avant de réaliser l'IVG. Dans le sous-groupe des sages-femmes 92,0% pensaient qu'une échographie de datation était nécessaire avant de procéder à l'avortement. 85,7% des gynécologues-obstétriciens et 86,4% des médecins généralistes pensaient également avoir la nécessité d'une échographie au préalable. (*Tableau 2*). Ceux pour qui, il n'était pas systématiquement nécessaire d'utiliser l'échographie avant l'initiation d'une IVG, avançaient comme principal argument que si un résultat de bilan sanguin de β -hCG revenait < 1500 mUI/ml et que la patiente ne présentait pas de facteur de risque de GEU, alors il était possible de réaliser une IVG précoce sans échographie si la femme était en demande. D'autres praticiens n'utilisaient pas

l'échographie de datation avant l'IVG lorsqu'ils s'entretenaient avec une femme certaine de la date de ses dernières règles et pour laquelle il était possible de réaliser un examen clinique.

2.3. La réalisation de l'échographie

Les résultats présentés dans le *Tableau 3*, reprennent les différentes variables concernant la réalisation de l'échographie de datation préalable à une IVG. La première variable recherchait si le professionnel de santé qui recevait la femme demandeuse d'une IVG avec une ordonnance d'échographie de datation, demandait avant de faire l'examen, l'indication de ce dernier. L'analyse descriptive de ce résultat montre que la plupart des professionnels concernés, interrogeaient la femme sur l'indication de cette échographie de datation si la mention est manquante. En effet, 63,7% des sages-femmes, 42,1% des gynécologues-obstétriciens, 39,5% des médecins généraliste et 38,5% des radiologues demandaient au préalable et ces pourcentages étaient les plus importants au sein des sous-groupes. Le groupe « non concerné » représentait les professionnels qui recevaient les femmes pour la demande d'IVG, disposant d'un échographe et sachant réaliser l'échographie de datation. Ainsi, aucune ordonnance était nécessaire dans ce contexte.

D'après le *Tableau 3*, au sein des professionnels de santé réalisant l'échographie de datation préalable à une IVG, les résultats montrent que 83,3% des sages-femmes, 76,2% des gynécologues-obstétriciens et 88,6% des médecins généralistes utilisaient la sonde abdominale puis la sonde endovaginale si nécessaire. Concernant les médecins radiologues interrogés, 7 médecins sur 13 soit 53,8% réalisaient l'échographie de manière similaire. Le reste des médecins radiologues la réalisait avec une sonde endovaginale exclusivement. L'utilisation de la sonde endovaginale exclusivement était moindre dans les autres professions : seulement 9,3% des sages-femmes, 11,4% des médecins généralistes et 23,8% des gynécologues-obstétriciens l'utilisaient.

Les résultats du *Tableau 3* montrent qu'avant d'initier l'échographie les sages-femmes étaient majoritaires sur l'ensemble des professions à demander si les femmes souhaitent voir l'écran. En effet, les sages-femmes étaient 56,8%, contre 23,8%, 25% et 0% chez les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes et les médecins radiologues respectivement. Les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens attendaient généralement une demande verbale et/ou un signe physique pour mettre l'écran à disposition des femmes. Une faible part des professionnels de santé n'avait pas pensé à se poser la question au sujet de l'écran de retransmission de l'échographe : seulement 1,4% des sages-femmes, 4,8% des gynécologues-obstétriciens, aucun médecin généraliste. Quatre médecins radiologues sur les 13 répondants ne s'étaient pas posé la question sur l'accessibilité de l'écran de retransmission de l'échographe.

Au cours de l'échographie, tous médecins confondus, la majorité ne donnait pas d'explication au cours de l'examen. Cependant, les sages-femmes, pour 55,8% donnaient des explications au cours de l'examen.

Dans le questionnaire, nous avons suggéré différentes propositions pour les termes employés au cours de l'échographie de datation pour définir la grossesse qui peut être vouée à une interruption. D'après les résultats exposés dans le *Tableau 3*, les mots tels que « grossesse », « sac » et « embryon » étaient principalement utilisés. Le terme « fœtus » était employé par quelques gynécologues-obstétriciens et sages-femmes mais en très faible pourcentage (3,8% et 0,7% respectivement). En revanche, aucun des professionnels ayant répondu au questionnaire employait le terme « bébé » pour définir la grossesse.

Au cours de l'échographie, la mesure de l'embryon par l'opérateur s'impose afin de déterminer l'âge gestationnel de la grossesse. Nous nous sommes intéressées si au cours de cet examen, la mesure d'autres paramètres et/ou d'autres explorations étaient réalisés en ce même temps. D'après les résultats du *Tableau 3*, 51,0% des sages-femmes, 38,1% des gynécologues-obstétriciens, 31,8% des médecins généralistes et 100% des radiologues réalisaient d'autres mesures au cours de l'échographie de datation. La plupart évoquaient comme mesure celle des annexes (ovaires majoritairement, quelques fois des trompes), de l'utérus, du col, mais aussi utilisaient cette échographie pour rechercher d'éventuelles anomalies, comme la présence de kystes ovariens, la visualisation de fibrome, l'absence d'épanchement ou de malformation. Nos résultats nous ont aussi apporté comme détail que chez les sages-femmes uniquement, plusieurs d'entre eux réalisaient la mesure de la clarté nucale si l'échographie avait lieu à un terme entre 11 et 13 SA + 6 jours, afin de ne pas perdre les chances de dépistage de la trisomie 21, au cas où la femme déciderait finalement de continuer cette grossesse.

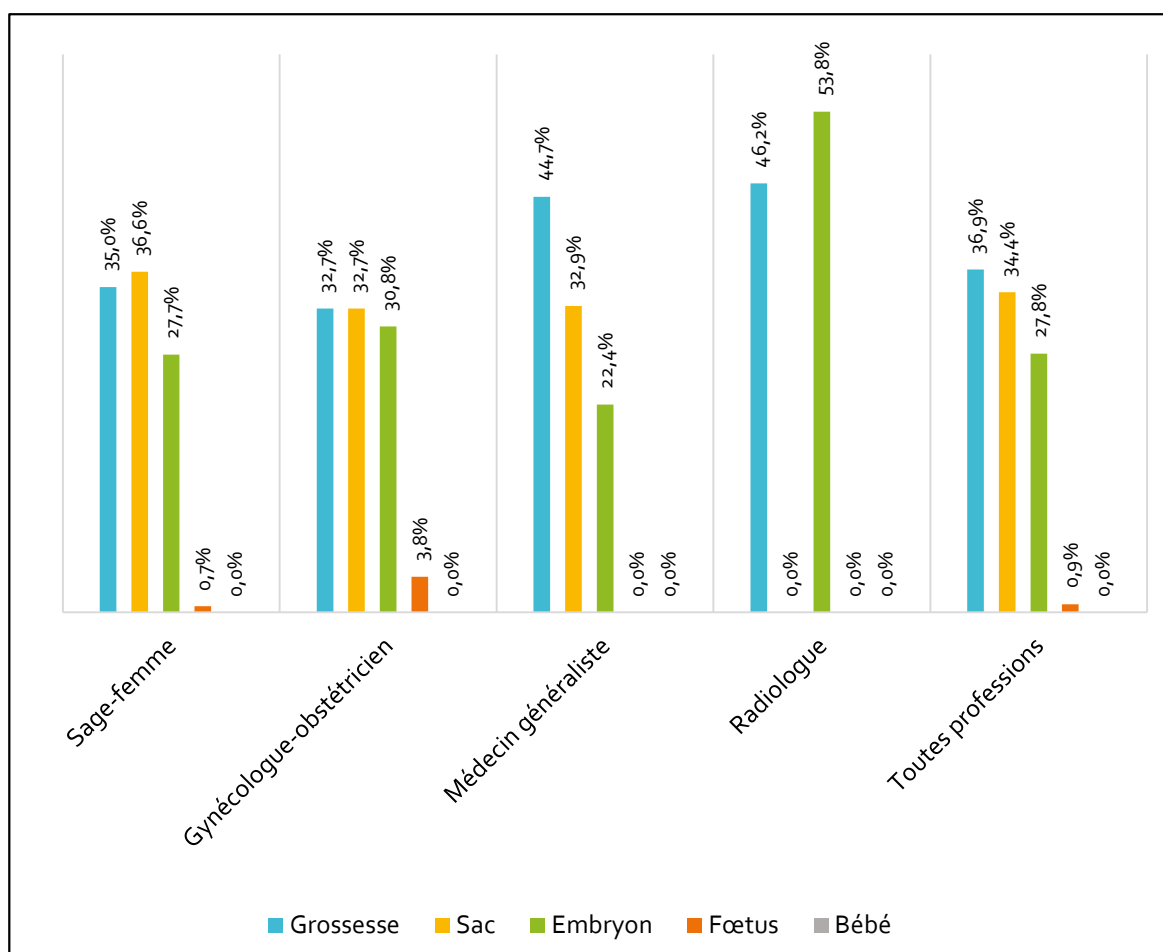
L'objectivisation de l'activité cardiaque (*Tableau 3*) était quant à elle visualisée à l'écran principalement. L'utilisation du son restait des cas sporadiques. Seulement 7,1% des sages-femmes et 2 médecins radiologues sur les 13 répondants évoquaient l'utilisation du doppler pour son objectivisation.

A la fin de l'échographie, dans de nombreux cas, voire systématiquement, des clichés sont imprimés pour compléter un dossier médical, un compte rendu. Ces clichés permettent de transmettre les informations à un autre professionnel de santé, notamment par les professionnels qui ne réalisent pas les IVG mais uniquement l'échographie. Cependant, ces images ne sont pas systématiquement montrées par les médecins ou sages-femmes. En effet, seulement 4,1% des sages-femmes et 4,5% des gynécologues-obstétriciens montraient systématiquement les clichés aux femmes. Dans la majeure partie des cas, soit 100% des médecins radiologues, 95,5% des médecins généralistes, 86,4% des gynécologues-obstétriciens et 80,1% des sages-femmes, les clichés n'étaient pas montrés à la femme, sauf dans le cas où celle-ci en faisait la demande.

Tableau 3. Représentation des différentes variables de la réalisation de l'échographie de datation préalable à une IVG en fonction des différentes professions

	Sage- femme	Gynéco- obstétricien	Médecin généraliste	Radiologue	<i>p value</i>
	Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Chi2 (\$) ou Fisher (£)
Demande de l'indication de l'échographie si absence de mention					
Je ne suis pas concerné(e)	9 (6,2)	4 (21,1)	16 (37,2)	0 (0,0)	0,103 [£]
Oui, systématiquement	93 (63,7)	8 (42,1)	17 (39,5)	5 (38,5)	
Oui, mais pas systématiquement	21 (14,4)	4 (21,1)	2 (4,7)	5 (38,5)	
Non	23 (15,8)	3 (15,8)	8 (18,6)	3 (23,1)	
Sonde utilisée					
Abdominale exclusivement	10 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,013 [£]
Endovaginale exclusivement	14 (9,3)	5 (23,8)	5 (11,4)	6 (46,2)	
Abdominale puis endovaginale	125 (83,3)	16 (76,2)	39 (88,6)	7 (53,8)	
Les deux systématiquement	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Possibilité de voir l'écran					
Oui, systématiquement	84 (56,8)	5 (23,8)	11 (25,0)	0 (0,0)	<0,001 [£]
Non, j'attends la demande	41 (27,7)	12 (57,1)	18 (40,9)	5 (38,4)	
Non, je ne montre jamais	21 (14,2)	3 (14,3)	15 (34,1)	4 (30,8)	
Je n'y ai jamais pensé	2 (1,4)	1 (4,8)	0 (0,0)	4 (30,8)	
Explications données					
Oui	65 (44,2)	7 (30,4)	15 (34,1)	6 (46,2)	0,439 [£]
Non	82 (55,8)	16 (69,6)	29 (65,9)	7 (53,8)	
Termes employés					
Grossesse	106 (35,0)	17(32,7)	38 (44,7)	6 (46,2)	0,099 [£]
Sac	111 (36,6)	17 (32,7)	28 (32,9)	0 (0,0)	
Embryon	84 (27,7)	16 (30,8)	19 (22,4)	7 (53,8)	
Fœtus	8 (0,7)	2 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Mesures/observations supplémentaires					
Oui	75 (51,0)	8 (38,1)	14 (31,8)	13 (100,0)	<0,001 [£]
Non	72 (49,0)	13 (61,9)	30 (68,2)	0 (0,0)	
Objectivisation de l'activité cardiaque					
Visualisation sur l'écran	144 (92,9)	21 (100,0)	41 (93,2)	11 (84,6)	0,076 [£]
Doppler	11 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (15,4)	
Pas d'objectivisation	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (6,8)	0 (0,0)	
Clichés imprimés montrés					
Oui, systématiquement	6 (4,1)	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,564 [£]
Oui, je propose	14 (9,6)	1 (4,5)	1 (2,3)	0 (0,0)	
Non, sauf si demande	117 (80,1)	19 (86,4)	42 (95,5)	13 (100,0)	
Non, jamais	9 (6,2)	1 (4,5)	1 (2,3)	0 (0,0)	

Figure 2. Graphique représentant les termes employés pour définir la grossesse visualisée à l'échographie de datation en fonction des différentes professions



2.4. La codification et la tarification de l'échographie de datation

Durant notre enquête, nous avons aussi interrogé les professionnels réalisant ce type d'échographie dans le cadre d'une demande d'IVG au sujet de la tarification et de la codification. D'après les résultats présentés dans le *Tableau 4*, 63,3% des sages-femmes, 76,2% des gynécologues-obstétriciens et 81,1% des médecins généralistes facturaient l'échographie en l'incluant dans le forfait IVG. En revanche, plus de la moitié des radiologues interrogés, soit 53,8% d'entre eux ne facturaient pas cette échographie dans le forfait IVG.

Concernant la codification de l'échographie de datation, toutes professions confondues, 37,3% codaient l'échographie en utilisant le code suivant JNQM001 « échographie non morphologique de la grossesse avant 11 SA » ; 58,2% codaient l'échographie avec le code IPE. Quelques sages-femmes (2,6%) et un médecin généraliste codaient à l'aide du code JQQM010 « échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uni embryonnaire au 1^{er} trimestre » et un très faible pourcentage, soit 1,8% des répondants, toutes professions confondues codait avec

ZCQJ003 « échographie du petit bassin féminin, par voie vaginale ». De plus, 22,4% des participant.e.s ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas le codage utilisé. Les autres items proposés dans le questionnaire pour la question du codage n'ont pas été choisis.

Tableau 4. Facturation de l'échographie de datation dans le cadre d'une demande d'IVG en fonction des différentes professions

	Sage-femme	Gynéco-obstétricien	Médecin généraliste	Radiologue	<i>p value</i>
	Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Total n (%)	Chi2 (\$) ou Fisher (£)
Facturation					
CPAM	54 (36,7)	5 (23,8)	8 (18,2)	7 (53,8)	0,032^E
Forfait IVG	93 (63,3)	16 (76,2)	36 (81,1)	6 (46,2)	

2.5. Connaissance de la charte « pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG » par REVHO

La dernière question du questionnaire nous permettait de savoir si le répondant connaissait la charte de REVHO sur la pratique de l'échographie de datation pré-IVG. Les résultats sont les suivants : 60% des gynécologues-obstétriciens, 58,1% des médecins généralistes et 36,5% des sages-femmes interrogés avaient connaissance de cette charte. En revanche, aucun des radiologues interrogés n'avait eu connaissance de l'existence de cette charte.

2.6. L'accueil des femmes en demande d'IVG

Nous avons choisi de proposer une question ouverte quant à l'accueil des femmes en demande d'IVG dans le cas où le/la répondant.e souhaitait ajouter des commentaires. Le résultat est le suivant : 85 sages-femmes avaient répondu à la question en appuyant sur l'importance de la bienveillance, de l'empathie, du non-jugement et de la tolérance au cours de ces consultations pré-IVG. Pour l'échographie, quelques sages-femmes parlaient d'une « *posture différente* » avec une explication donnée rigoureusement en amont sur l'utilité de cette échographie de datation et évoquaient une « *asepsie verbale* ». Au cours de cet accueil, les sages-femmes se disaient particulièrement vigilants aux informations que les femmes avaient pu recevoir sur l'IVG et s'assuraient de la bonne prise en charge.

Une dizaine de gynécologues-obstétriciens interrogés évoquaient surtout la possibilité de prendre des rendez-vous « *en urgence* » pour les femmes en demande d'IVG afin de ne pas freiner leur démarche. Ils parlaient également d'une attitude empathique et de prise en considération du vécu des femmes.

Les médecins généralistes ayant répondu à cette question évoquaient eux aussi la possibilité de prendre des rendez-vous « en urgence » dans leur cabinet, les entretiens possibles pour certains d'entre eux avec des CCF et l'explication rigoureuse de l'utilité de l'échographie préalable à leur demande d'IVG.

Deux radiologues sur les 13 interrogés ont évoqué qu'ils s'assuraient avant d'initier l'échographie du contexte de cette grossesse.

3. Résultats des analyses statistiques selon les professions

3.1. La population d'étude

D'après l'analyse comparative de nos données (*Tableau 1*), notre population d'étude était significativement plus composée de sages-femmes que de médecins ($p < 0,001^{\$}$). Conjointement, les médecins radiologues étaient significativement moins nombreux face aux autres professionnels interrogés ($p < 0,001^{\$}$). De plus, il y avait significativement plus de femmes dans les groupes « sage-femme », « gynécologue-obstétricien » et « médecin généraliste » avec un $p < 0,001$.

3.2. La place de l'échographie de datation préalable à une IVG

D'après les résultats du *Tableau 2*, tous les médecins, sages-femmes pratiquant l'IVG pensaient qu'une échographie est nécessaire avant d'initier une IVG. Aucune différence significative entre les professions n'est révélée par ces résultats ($p = 0,343$).

3.3. La réalisation de l'échographie

Les résultats du *Tableau 3*, permettent de comprendre comment est réalisée l'échographie de datation selon les différentes professions.

Parmi les professionnels recevant une femme avec une ordonnance pour réaliser une échographie de datation, aucune différence significative de pratique n'a été mise en évidence entre les différents groupes.

Concernant le choix de la sonde et la manière de procéder à l'examen, nous avons noté une différence significative entre professionnels de santé ($p = 0,013$). Nous avons pu voir que les radiologues utilisaient significativement plus la voie endovaginale exclusivement et que les sages-femmes utilisaient significativement plus comparativement aux autres professions la voie abdominale exclusive. Nous avons également comparé le choix des sondes des sages-femmes à celles des médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens et nous avons pu conclure qu'ils pratiquaient cet examen de manière similaire vis-à-vis du choix des sondes utilisées ($p = 0,193$).

Sur la possibilité de voir l'écran au cours de l'échographie (*Tableau 3*), nos résultats démontrent qu'il y a une différence entre praticiens ($p<0,001$). En effet, les sages-femmes demandaient significativement plus d'emblée si la femme souhaitait voir l'écran avant de débiter l'examen comparé aux autres professionnels. Les médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens avaient la même approche quant à la possibilité de voir l'écran, ils attendaient une demande de la part des femmes pour montrer l'écran. Les radiologues étaient significativement plus nombreux à ne pas avoir pensé à poser la question avant l'échographie. Ainsi, l'écran restait accessible à la femme.

Toutes professions confondues, la majorité réalisant l'échographie ne donnait pas spontanément d'explication quant à ce qu'ils voyaient sur l'écran en cours d'examen ($p=0,439$).

Les résultats concernant les termes employés pour définir la grossesse sont similaires au sein des professionnels de santé réalisant l'échographie ($p=0,099$). Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Une fois la grossesse localisée et la mesure permettant de déterminer l'âge gestationnel de la grossesse, nous avons pu voir que les radiologues étaient les professionnels réalisant le plus de mesures ou observations supplémentaires ($p<0,001$) (*Tableau 3*). Les médecins généralistes étaient ceux réalisant le moins de mesures ou observations supplémentaires ($p<0,001$). Nous avons comparé la pratique des sages-femmes avec celle des médecins généralistes et gynécologues-obstétriciens, il n'y a pas de différence notable entre eux ($p=0,061$).

L'objectivisation de l'activité cardiaque permet de s'assurer de l'évolutivité de la grossesse. Parmi nos différents groupes, il n'existe pas de différence entre professionnels ($p=0,076$) quant à l'objectivisation de l'activité cardiaque : ils la visualisaient majoritairement tous à l'écran, sans utilisation du son.

Il en est de même pour les résultats concernant la démonstration des clichés imprimés : les professionnels agissaient globalement de la même manière ($p=0,564$) en attendant une demande de la femme pour montrer les clichés.

3.4. La codification et tarification de l'échographie de datation

La tarification de l'échographie (*Tableau 4*) variait selon la profession : les radiologues codaient significativement moins l'échographie de datation précédant une IVG en l'incluant dans le forfait IVG ($p=0,032$). Les médecins généralistes en revanche étaient ceux qui facturaient significativement plus cette échographie dans le forfait IVG.

3.5. Connaissance de la charte « pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG » par REVHO

Le résultat sur la connaissance de la charte REVHO (*Tableau 4*) nous montre une différence significative de la connaissance de celle-ci entre les professionnels de santé interrogés ($p < 0,001$). Les sages-femmes semblaient significativement moins connaître la charte comparativement aux médecins généralistes et aux gynécologues-obstétriciens. Tous les radiologues interrogés n'avaient pas connaissance de cette charte.

4. Résultats des analyses statistiques selon les lieux d'exercices

Au sujet des lieux d'exercice (*Tableau 2*), nous avons réalisé une analyse statistique en distinguant les établissements de santé, donc le secteur hospitalier et le secteur de ville regroupant ainsi les centres de santé, les CPEF et les cabinets de ville. Entre ces deux secteurs, au sein de notre population il n'y avait pas de surreprésentation d'un secteur par rapport à l'autre ($p=0,418$).

Dans cette dernière partie, nous avons voulu savoir s'il y avait des différences de pratiques en fonction du lieu d'exercice du soignant réalisant des IVG. Pour cela nous avons considéré les établissements de santé comme le « secteur hospitalier » et nous avons regroupé les centres de santé, les CPEF et les cabinets de ville en un secteur commun : le « secteur ville » (Cf. *Tableau 2*). Les résultats sont présentés dans le *Tableau 5*.

Pour toutes les variables analysées, nous n'avons observé aucune différence entre les deux groupes. La réalisation de l'échographie de datation pré-IVG ne semblait pas être dépendante du lieu de sa réalisation.

Tableau 5. Représentation des différentes variables de la réalisation de l'échographie de datation préalable à une IVG et de sa facturation en fonction du secteur hospitalier et du secteur de ville

Secteur hospitalier			Secteur ville		<i>p value</i>
	Total n	(%)	Total n	(%)	Chi2 (\$) ou Fisher (£)
Demande de l'indication de l'échographie si absence de mention					
Je ne suis pas concerné(e)	20	(22,5%)	18	(21,7%)	0,779 [£]
Oui, systématiquement	45	(50,6%)	47	(56,6%)	
Oui, mais pas systématiquement	6	(6,7%)	3	(3,6%)	
Non	18	(20,2%)	15	(18,1%)	
Sonde utilisée					
Abdominale exclusivement	1	(1,1%)	5	(5,7%)	0,265 [£]
Endovaginale exclusivement	14	(15,4%)	12	(13,6%)	
Abdominale puis endovaginale	75	(82,4%)	71	(80,7%)	
Les deux systématiquement	1	(1,1%)	0	(0,0%)	
Possibilité de voir l'écran					
Oui, systématiquement	27	(28,4%)	33	(37,9%)	0,169 [£]
Non, j'attends la demande	39	(41,1%)	39	(44,8%)	
Non, je ne montre jamais	25	(26,3%)	14	(16,1%)	
Je n'y ai jamais pensé	4	(4,2%)	1	(1,1%)	
Explications données					
Oui	36	(39,1%)	31	(36,9%)	0,761 ^{\$}
Non	56	(60,9%)	53	(63,1%)	
Mesures/observations supplémentaires					
Oui	34	(37,4%)	42	(51,2%)	0,067 ^{\$}
Non	57	(62,6%)	40	(48,8%)	
Objectivisation de l'activité cardiaque					
Visualisation sur l'écran	86	(98,9%)	80	(96,4%)	0,238 [£]
Doppler	1	(1,1%)	3	(3,6%)	
Pas d'objectivisation	0	(0,0%)	1	(1,2%)	

Clichés imprimés montrés					
Oui, systématiquement	1	(1,1%)	3	(3,6%)	0,244 ^E
Oui, je propose	6	(6,4%)	1	(1,2%)	
Non, sauf si demande	84	(89,4%)	76	(91,6%)	
Non, jamais	3	(3,2%)	3	(3,6%)	
Facturation					
CPAM	18	(19,1%)	22	(26,5%)	0,243 ^S
Forfait IVG	76	(80,9%)	61	(73,5%)	

Partie III : Discussion

1. Résultats principaux

A la suite de notre enquête, nous avons pu observer que dans la réalisation de l'échographie de datation pré-IVG, il existe des différences de pratiques selon la profession ou la spécialité de chacun. En revanche, le lieu d'exercice ne semble pas influencer la pratique de l'échographie. Notre première hypothèse est partiellement confirmée.

Nous avons pu également constater que de nombreux professionnels réalisant cette échographie prennent des dispositions particulières quant à l'accueil des femmes et établissent des mesures permettant de rendre l'examen moins compliqué psychologiquement aux femmes en demande d'IVG. Par conséquent, les professionnels semblent conscients que l'échographie en vue d'une IVG peut être psychologiquement difficile. Ainsi, nous pouvons dire que notre seconde hypothèse est validée.

Pour finir, la dernière partie de nos résultats porte sur la tarification et la prescription de l'échographie de datation pré-IVG. D'après les résultats de l'enquête, la réglementation ne semble pas suffisamment connue par les professionnels de santé. La troisième hypothèse est infirmée.

2. Forces et limites de l'étude

Notre étude présente des points forts. Premièrement, il s'agit d'une enquête qui traite une question originale. A notre connaissance, il existe peu voire pas d'étude sur la réalisation de l'échographie de datation en vue d'une IVG. En effet, de nombreuses études s'interrogent sur la question de l'échographie de datation pré-IVG mais celles-ci s'intéressent essentiellement au vécu et ressenti des femmes ayant eu cette échographie. Le point de vue des professionnels la réalisant n'avait pas été étudié.

Ensuite, nous sommes parvenues à obtenir un nombre de réponses satisfaisant ce qui démontre que les professionnels réalisant cette échographie s'interrogent sur leur pratique et sont prêts à la remettre en question. Également, les résultats obtenus nous permettent de comparer la manière de réaliser l'échographie au ressenti et vécu des femmes en utilisant la littérature scientifique.

Pour finir, nous avons évalué la pratique de tous les professionnels réalisant l'échographie de datation et non pas uniquement des professionnels intervenant dans la vie gynécologique des femmes.

Néanmoins, notre étude présente certains biais et limites.

Les méthodes de diffusion du questionnaire utilisées ont probablement entraîné un biais de sélection. En effet, les réponses ont été recueillies sur la base du volontariat et le thème étant expliqué dans le titre et la description du questionnaire, les répondants étaient probablement intéressés par le sujet et donc plus sensibles à la question abordée. Cependant, il nous paraît difficile de solliciter des professionnels sans au préalable citer le thème du questionnaire. De plus, nous avons distribué notre questionnaire lors du congrès de l'ANCIC, donc à des professionnels investis dans l'orthogénie, ainsi à des médecins et sages-femmes connaissant en partie les difficultés liées à la demande de l'IVG.

Il est également dommage de ne pas être parvenu à interroger plus massivement les radiologues. Malgré la diffusion par courrier électronique du questionnaire à différents cabinets d'échographie d'Ile-de-France, nous avons obtenu que peu de réponses. Ainsi, leur part est très minoritaire et nous ne pouvons pas généraliser les résultats à cette population.

Un biais de compréhension a été relevé à la suite de la lecture de nos résultats concernant la codification et la tarification de l'échographie de datation pré-IVG. Nous pensons que la question a été mal formulée car selon le mode d'exercice et la profession, réalisant ou non des IVG, la réponse est différente et nous avons peut-être trop restreint la possibilité de réponse à cette question.

Notre positionnement sur l'IVG a également pu induire un biais. Nous avons choisi cette problématique car nous avons eu connaissance de mauvaises expériences de femmes ayant eu une échographie de datation en vue d'une IVG et par la connaissance de débats qui remettent en cause la place de l'échographie de datation préalable à l'IVG. Ainsi, nous abordons le sujet avec un point de vue critique et cette posture a pu être ressentie dans le questionnaire et induire des biais dans les résultats de notre enquête.

3. Discussion

3.1. La population d'étude

Dans un premier temps, nous avons constaté que notre population était majoritairement féminine. En effet, la part des femmes est supérieure à celle des hommes sauf au sein du groupe des radiologues. Ce résultat n'est pas surprenant chez les sages-femmes, car d'après un rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2020 les hommes représentent seulement 2,7% des sages-femmes sur l'ensemble des modes d'exercice (26). Il en est de même pour les gynécologues-obstétriciens où les femmes sont plus nombreuses (59,2% de femmes vs. 40,8% d'hommes). En revanche, le résultat obtenu pour les médecins généralistes n'est pas le reflet de la profession : la profession compte environ 46% de femmes, or plus de femmes ont répondu à notre enquête dans cette profession. Pour les radiologues interrogés,

la profession est plus masculine (65% d'hommes environ) et nous avons obtenu un plus grand nombre de réponses de la part d'hommes radiologues (27).

Cette majorité de réponse par les femmes est le reflet d'une féminisation des professions médicales. Selon un rapport de janvier 2019 de la Fédération de l'Hospitalisation Privée de médecine, chirurgie, obstétrique (FHP-MCO), 63% des spécialités médicales se sont féminisées, pareillement dans les spécialités chirurgicales (28). Le grand nombre de réponses provenant des sages-femmes peut être lié à la diminution drastique du nombre de médecins gynécologues en France entraînant ainsi une place plus importante du rôle des sages-femmes et des médecins généralistes dans la vie gynécologique des femmes (29). De plus, dans la note d'information du questionnaire, il était notifié qu'il s'agissait d'une enquête dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme ce qui peut inciter les sages-femmes à y répondre plus majoritairement. Également, nous avons distribué notre questionnaire au congrès de l'ANCIC de novembre 2019. Nous avons eu accès au nombre de participants selon leur profession et il s'est avéré que les deux populations majoritairement représentées étaient les médecins généralistes et les sages-femmes. Aussi, la population à ce congrès y était à 93% féminine.

Le faible nombre de réponses provenant des radiologues peut s'expliquer par le fait que cette population se sent moins concernée par la prise en charge de ces femmes. En effet, ces médecins ne sont pas habilités à réaliser l'IVG, or toutes les autres spécialités interrogées le sont, entraînant ainsi un investissement de temps, une envie pour répondre à ce questionnaire moins important.

Nos résultats ont montré au sein des différents groupes de professionnels réalisant l'IVG, qu'une majorité d'entre eux exerçaient à l'hôpital. C'est le reflet actuel de la situation des IVG en France. En effet, selon le rapport de la DREES de septembre 2019, 75% des IVG sont réalisées dans une structure hospitalière (7).

Concernant le résultat sur le besoin de réaliser une échographie de datation au préalable d'une IVG, nous avons pu constater qu'en moyenne, 90% des professionnels réalisant l'IVG utilisaient l'échographie. Ce chiffre important peut s'expliquer de plusieurs manières. Une première raison serait la facilité d'accès à un échographe. Les IVG ayant lieu dans des établissements de santé pour la majorité, le service dispose nécessairement d'un échographe car il peut s'avérer utile dans d'autres circonstances comme lorsqu'une femme présente des complications *post-abortionum* ou après une pose de dispositif intra-utérin difficile par exemple (30) (31). Par conséquent, avant de procéder à une IVG dans ce type d'établissement, il est facile pour le médecin ou la sage-femme de contrôler la présence de la grossesse par l'échographie. Il en est de même en exercice libéral où la pratique de la gynécologie de nos jours se dissocie difficilement de ce type d'appareil. Ainsi, certains cabinets libéraux sont équipés d'un échographe entraînant de nombreuses échographies pré-IVG. Une seconde raison peut expliquer l'utilisation quasiment systématique de l'échographie : son innocuité et la confiance grandissante envers les examens d'imagerie médicale. L'échographie

permet d'apporter un diagnostic de certitude sur la localisation et le terme de la grossesse. Ainsi, de plus en plus de spécialités médicales et notamment la gynécologie ont recours à l'imagerie pour la confirmation de diagnostic et ceci a inexorablement amélioré la prise en charge de certaines pathologies (32). Par conséquent, l'échographie a une valeur diagnostique très importante et les praticiens ont recours facilement à l'échographie, parfois même au risque d'en oublier la clinique.

3.2. La réalisation de l'échographie

L'utilisation de la sonde endovaginale exclusive est majoritaire chez les radiologues et la sonde endovaginale est régulièrement utilisée suite à une échographie abdominale non concluante par les autres professionnels. Pour les femmes, l'utilisation de la sonde endovaginale est plus intrusive l'obligeant à se déshabiller. Ce déshabillage peut être ressenti comme une perte de contrôle de la situation entraînant ainsi une sensation plus forte de vulnérabilité, elles perdent « *leur habit social protecteur* » face au soignant qui va réaliser l'examen. De plus, lorsqu'il s'agit de dévoiler les parties intimes, la pudeur se fait ressentir, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un médecin ou sage-femme du sexe opposé (33). Ceci nous rappelle l'importance d'expliquer la raison pour laquelle ce déshabillage est demandé, et donc les raisons de l'utilisation de la sonde endovaginale, car une fois les explications données, les femmes auront le sentiment d'avoir en face d'elles un.e praticien.ne bienveillant.e et professionnel.le. Il ne faut pas oublier que cette échographie s'inscrit dans le parcours d'une demande d'IVG avec une dominante psychologique importante. Par conséquent, nous pensons que la sonde endovaginale doit être utilisée avec parcimonie, uniquement dans le cas où celle-ci s'avère indispensable au diagnostic et à la localisation de la grossesse.

L'utilisation prédominante de la sonde endovaginale par les médecins radiologues peut être due au fait qu'ils ne sont pas formés à la demande d'IVG et à sa prise en charge globale. Ainsi, cette absence de formation dans le domaine de l'orthogénie entraîne une réalisation de l'échographie dans de moins bonnes conditions pour les femmes. Les autres spécialités médicales prenant en charge les demandes d'IVG débutent par l'échographie abdominale puis endovaginale ce qui semble plus admis pour les femmes.

Les résultats sur la possibilité de voir l'écran dépendent de la spécialité médicale. En effet, les sages-femmes demandent d'emblée si les femmes souhaitent voir l'écran alors que les autres spécialités médicales, attendent des gestes ou une demande verbale. Cette différence peut s'expliquer par deux conceptions distinctes de la grossesse. Les sages-femmes ont une vision de la grossesse comme un évènement physiologique et sont vigilantes « *aux aspects psychologiques sociaux et subjectifs du vécu des femmes enceintes* » (34). En revanche, par leur formation les gynécologues-obstétriciens, voire aussi les médecins généralistes, ont une approche de la grossesse plus médicale voire pathologique et voient cet évènement comme potentiellement plus à risque de complication. Par cette différence de vision s'expliquerait des relations plus personnalisées entre sages-femmes et patientes, prenant plus en considération l'aspect psychologique de la

grossesse en prenant le temps de disposer d'informations sur leur profil psychosocial. Le fait que les sages-femmes demandent d'emblée aux femmes peut nous faire penser à un désir que la femme soit actrice de sa prise en charge et que les sages-femmes dédient un espace de parole en interrogeant les femmes sur leur souhait.

Cependant, un biais d'interprétation s'est posé au cours de cette analyse et nous pouvons interpréter d'une autre manière l'attitude des sages-femmes. En effet, ici nous avons considéré que l'écran n'est pas tourné vers la patiente au début de l'examen, or nous n'en avons pas l'information car ce n'était pas précisé dans le questionnaire. De plus, la différence de pratique entre les professions peut être dû au fait que les sages-femmes ayant répondu et qui à 45,6% ne réalisent pas l'IVG, pensent qu'il est important de voir les images alors que les médecins interrogés et qui tous ici pratiquent l'IVG, ne souhaitent pas que la femme voit l'écran.

Certains praticiens ne demandent pas si la femme souhaite ou non voir l'écran et ne le montre jamais. Cette attitude rappelle un modèle de médecine traditionnelle dit le « *modèle paternaliste* » (35). Ce modèle peut être critiqué, en effet nous ne savons pas si cela convient ou non à la femme et il peut s'agir d'une appropriation par le soignant des convictions du patient. Cependant, peu de médecins ou sages-femmes n'ont pas pensé à l'impact de l'écran de retransmission au cours de l'échographie de datation préalable à une IVG et tous semblent vouloir adopter, même de façon différente, des attitudes visant à protéger la patiente. Une partie des radiologues quant à eux, ne s'étaient pas posé la question de la retransmission de l'écran.

Quant aux explications données au cours de l'échographie, la majorité n'explique pas ce qu'ils voient à l'écran. Ce résultat peut être associé au résultat suivant au sujet de la dénomination de la grossesse. Il semble qu'une aseptie verbale soit de mise pour une majorité des professionnels réalisant l'échographie de datation en vue d'une IVG. Le concept de « *l'asepsie verbale* » est né au cours des années 1950 par le Dr LAMAZE, neurologue et obstétricien, pionnier des travaux sur la méthode d'accouchement sans douleur. Ce concept appartient à un thème dénommé la psychoprophylaxie obstétricale et consiste « *à prendre conscience et de veiller à supprimer tout ce que le langage et l'attitude du corps médical risquent d'induire de négatif* » (36). Ce concept semble être en parfaite adéquation avec la prise en charge de l'IVG. Nous pouvons également suggérer que les radiologues donnent peu d'informations sur l'échographie du fait qu'ils réalisent uniquement l'examen et n'interviennent nullement dans la réalisation de l'IVG. Il n'y a pas de consultation dédiée en plus de cette échographie. Le radiologue réalise l'examen à la demande d'un confrère ou d'une consœur, leur rôle s'arrêterait ici pour la prise en charge des femmes en demande d'un avortement. Le peu d'explications au cours de l'échographie semble entrer dans une démarche de bienveillance, visant à protéger la femme de toute parole qui pourrait être inappropriée et à ne pas influencer sa décision. En revanche, la question sur les explications données était associée à l'écran, en cours d'examen et non aux clichés imprimés ensuite. Ainsi, cela n'a peut-être pas permis de se rendre

précisément compte de la différence de pratiques sur les informations données aux femmes sur l'échographie pré-IVG.

Durant cette échographie, nous nous sommes intéressées aux mesures et aux descriptions qui parfois étaient réalisées en plus de la localisation et de la détermination du terme de la grossesse. Les résultats nous montrent que la totalité des radiologues interrogés et de nombreux médecins et sages-femmes effectuaient d'autres mesures et/ou observations. Cela peut provoquer deux effets contradictoires : un rôle de dépistage et de prévention, mais aussi le dépistage de pathologies asymptomatiques, à tort pour la femme. L'imagerie médicale fait partie intégrante de la médecine actuelle mais son utilisation excessive peut entraîner un surdiagnostic. Le surdiagnostic est défini par le fait de poser un diagnostic d'un problème qui, s'il n'avait pas été trouvé, n'aurait provoqué aucun symptôme ou décès. Ainsi, il peut engendrer des préjudices psychologiques et/ou comportementaux des patients qui se disent « *aller mal* » car la technologie a découvert un risque pour leur santé (37). Néanmoins, l'échographie peut être bénéfique dans la prise en charge des femmes en dépistant certaines pathologies avec et c'est parfois au cours de cette consultation que s'instaure la mise en place d'un suivi gynécologique pour celles qui n'étaient pas suivies auparavant. En effet, en France, encore trop peu de femmes ont un suivi gynécologique régulier, bien qu'indispensable à leur bonne santé. D'après le Baromètre Santé INPES « *Les comportements de santé des jeunes* » de 2010, les 15-24 ans ne seraient que 69% à être suivies régulièrement, population où la carence de suivi est majoritaire et où les IVG sont les plus fréquentes (38). Cela s'explique par différentes raisons : en moyenne, d'après le rapport de la DREES de 2018, il faut 44 jours pour obtenir un rendez-vous avec un gynécologue ce qui entraîne souvent à un renoncement de la prise de rendez-vous (39). De plus, au sein de la spécialité gynécologie médicale de nombreux dépassements d'honoraires existent rendant la consultation difficile d'accès voire impossible et une méconnaissance concernant la possibilité de voir un.e sage-femme ou un.e médecin généraliste pour réaliser son suivi gynécologique.

D'après nos résultats, plusieurs sages-femmes ont évoqué la mesure de la clarté nucale au cours de l'échographie de datation lorsque celle-ci était réalisée entre 11 et 13 SA + 6 jours. Cette démarche est tout à fait discutable. En effet, elle peut s'avérer utile car nous savons que les femmes en demande d'une IVG peuvent à tout moment de leur parcours changer d'avis (21). Si cette grossesse est vouée à être poursuivie alors il n'y aurait pas de perte de chance dans le dépistage de la trisomie 21 ce qui est bénéfique pour la femme. Cependant, cette démarche peut s'avérer inutile dans ce cadre précis. Elle peut conduire à un mauvais vécu de l'IVG par la femme en personnifiant le fœtus et en interrogeant sur la décision d'interrompre ou de garder cette grossesse.

Les résultats nous informent que la très grande majorité des professionnels se contentait d'objectiver l'activité cardiaque en la visualisant sur l'écran. Les cas d'utilisation du doppler où le son des battements de cœur est émis n'étaient que des cas sporadiques. La bienveillance semble encore de mise dans ce type d'échographie de la part des soignants.

Il en est de même avec les clichés. Quelle que soit la spécialité, les professionnels montraient les clichés uniquement sur demande. D'après l'étude française de F. Vendittelli et al. précédemment citée, plus de 80% des femmes ne souhaitent pas garder d'image de l'échographie de datation. Nous pouvons préciser aussi que nombreux sont ceux qui montrent les clichés après l'échographie mais ne montrent pas l'écran lors de la réalisation de l'échographie. Cette attitude du soignant semble donc être en corrélation avec l'attente de nombreuses femmes et cela leur permet de prendre leur propre décision et de ne pas systématiser leur prise en charge. En effet, nous pensons qu'il est moins difficile émotionnellement de voir des images figées de la grossesse contrairement à des images en mouvement, ce qui pourrait alors influencer la perception de cette grossesse. Néanmoins, les praticiens qui ne réalisent pas l'IVG, comme certain.e.s sages-femmes et les radiologues de l'étude, confient les clichés aux femmes, et la taille et la multiplicité des images peuvent représenter une information lourde de sens pour celles consultant le compte rendu.

3.3. La codification et tarification de l'échographie de datation

D'après nos résultats, un nombre important de professionnels réalisant l'échographie de datation pré-IVG l'inclut dans le forfait IVG. Ceci permet aux femmes d'obtenir le remboursement de cette échographie ou de ne pas avancer de frais et donc de bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Cependant, un nombre non négligeable de répondant ne semble pas connaître correctement la réglementation de la tarification et la codification de l'échographie afférent à l'IVG. Ainsi, cette méconnaissance peut avoir des impacts directement sur les femmes car la mauvaise tarification de l'échographie peut entraîner un coût financier supplémentaire. Or, les femmes en demande d'IVG peuvent être dans des situations de précarité financière, d'isolement ou d'anonymat ne leur permettant pas de déboursier une avance de frais ou de tout simplement payer l'échographie.

Néanmoins, notre question a porté à confusion : en effet, les radiologues ne peuvent pas coter leur échographie dans le forfait IVG puisqu'ils ne réalisent pas d'IVG. Ils doivent donc la coter comme un acte afférent à l'IVG en utilisant le code IPE afin que les femmes aient une prise en charge par l'Assurance Maladie à 100%. Or, dans notre questionnaire, la question III.1 ne proposait que les mentions suivantes « *Directement à la CPAM* » ou « *Compris dans le forfait IVG* ». Cette réponse ne nous permet donc pas de savoir comment l'acte est coté lorsque le praticien cote directement l'échographie à la CPAM. Les radiologues ayant répondu qu'ils cotaient l'échographie dans le forfait IVG doivent très certainement utiliser le code IPE, ce qui semble être en adéquation avec le résultat de la question suivante.

3.4. Connaissance de la charte « pour les échographistes pratiquant des échographies de datation pouvant précéder une IVG » par REVHO

Les résultats de l'enquête ont montré que plusieurs sages-femmes et la totalité des radiologues interrogés ne connaissaient pas la charte REVHO. Ce résultat peut s'expliquer de différentes façons. Tout d'abord, comme expliqué précédemment, le questionnaire a été diffusé au congrès de l'ANCIC et la charte REVHO appartient à un réseau de santé régional, de l'Ile-de-France. Or, au congrès de l'ANCIC, seulement 32% des personnes présentes venaient de la région Ile-de-France. Ainsi, de nombreux répondants ne pouvaient pas connaître cette charte. Cependant, certains ont précisé ne pas connaître la charte élaborée par REVHO mais en connaissaient une autre, soit de leur propre établissement, soit d'un autre réseau tel que REIVOC (Réseau régional pour favoriser la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse et la contraception en région Occitanie), cité à plusieurs reprises dans les réponses du questionnaire.

Néanmoins, parmi les répondants, certains ignoraient complètement l'existence de charte de bonne pratique de l'échographie de datation pré-IVG. Ce résultat peut donc expliquer qu'il n'existe pas de charte à ce sujet dans toutes les régions françaises. Concernant la réponse des radiologues, ceux ayant répondu au questionnaire, sont pour la majorité d'entre eux des professionnels exerçant en Ile-de-France et ils ne connaissent pas cette charte. Ce résultat s'explique par le fait qu'ils n'appartiennent pas à un réseau de santé concernant l'orthogénie, puisqu'ils ne réalisent pas d'IVG mais qu'il serait intéressant de la diffuser car finalement, ils interviennent dans le parcours de l'IVG de certaines femmes.

3.5. L'accueil des femmes en demande d'IVG

Une question ouverte quant à l'accueil des femmes était proposée à la fin de notre questionnaire. Elle a apporté des informations supplémentaires sur la prise en charge psychosociale des femmes. En effet, les résultats nous montrent que les professionnels ont des attitudes empathiques et bienveillantes. De nombreuses femmes en demande d'IVG « *se sentent souvent obligées de se justifier* » et selon une étude nord-américaine incluant plus de 350 femmes, la stigmatisation de l'IVG par le corps médical et par la société peut entraîner une majoration des troubles anxieux et le stress avant une IVG (21). Ce type d'attitude est donc indispensable à la bonne prise en charge des femmes.

De plus, de nombreux médecins font en sorte de faciliter l'accès à l'IVG. Comme rappelé précédemment, les délais pour obtenir un rendez-vous chez un médecin gynécologue en ville peuvent être très longs (37). De nombreux médecins affirment trouver des arrangements en faveur des femmes afin de ne pas retarder la prise en charge ce qui pourraient les conduire à se retrouver hors des délais légaux pour recourir à l'avortement.

4. Perspectives

Cette première approche nous pousse à proposer ainsi des pistes concrètes pour harmoniser la pratique de l'échographie de datation dans le cadre d'une IVG. Tout d'abord, il nous semble indispensable de prendre en considération les représentations sociales qui pèsent sur l'IVG ainsi que sur le caractère particulier de l'échographie souvent associé à la maternité. Nous devons impérativement continuer de promouvoir que le droit à l'avortement appartient au droit fondamental de la femme et qu'entraver l'IVG est puni par la loi. Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur ce sujet en interrogeant un plus grand nombre de professionnels, notamment les radiologues que nous n'avons que peu touché ici et auprès des praticiens réalisant des échographies de datation mais sans pratiquer l'IVG afin de comparer la pratique avec ceux qui réalisent l'échographie et l'IVG.

Ainsi, en sollicitant les différents réseaux de santé en lien avec l'orthogénie et les réseaux de santé en périnatalité, il serait pertinent de faire un état des lieux des protocoles, chartes existants et mis en place pour la réalisation de l'échographie préalable à une IVG au sein de tout établissement, cabinet où ce type d'échographie peut être réalisé. A la suite de cet état des lieux, il serait nécessaire d'harmoniser les différents protocoles en considérant le vécu des femmes et la pratique des professionnels afin d'obtenir un protocole national pour que toutes les femmes soient égales dans leur prise en charge face à l'avortement.

De plus, les protocoles et chartes devraient être diffusés à tous les professionnels pouvant réaliser les échographies de datation préalable à l'IVG et non pas uniquement aux professionnels de l'orthogénie ou participants à la vie gynécologique des femmes. Il est indispensable de rappeler et diffuser les tarifications applicables aux actes afférents à l'IVG à tous les professionnels concernés et à l'interdiction de réaliser des dépassements d'honoraires dans cette indication précise.

Conclusion

L'objectif de notre étude était d'analyser l'utilisation et la pratique de l'échographie de datation en vue d'une IVG par les professionnels de santé, réalisant ou non des IVG.

Notre enquête a mis en évidence que la grande majorité des professionnels de l'orthogénie estime nécessaire de réaliser une échographie de datation avant de procéder à une IVG. Des différences de pratiques de la réalisation de l'échographie ont pu être mises en évidence selon la profession du praticien et si celui-ci participe ou non à la vie gynécologique des femmes. Le choix de la sonde utilisée, la possibilité de voir ou non l'écran de retransmission ou encore la réalisation de mesures supplémentaires sont des variables pour lesquelles nous avons relevé des différences notables. Mais, des similitudes entre professionnels ont également été mises en évidence dans la façon de réaliser l'échographie comme l'objectivisation de l'activité cardiaque à l'écran, les explications données au cours de l'examen, la dénomination de la grossesse.

D'après ces résultats, les moyens mis en place par les praticiens semblent aller dans un même et unique sens : rendre cet examen plus acceptable et moins éprouvant pour les femmes.

Cependant, la tarification et la codification de cet acte afférent à l'IVG tel que le prévoit la loi ne semblent pas appliquées par tous les professionnels le réalisant entraînant des disparités dans la prise en charge des femmes.

Au vu des divergences de pratiques et des similitudes observées dans la réalisation de cette échographie et en les confrontant à la littérature, nous pensons qu'il serait intéressant de poursuivre cette enquête en affinant et précisant certains items et en incluant un plus grand nombre de participants en particulier les radiologues, peu nombreux à avoir répondu à notre questionnaire. Par la suite, l'harmonisation de la réalisation de cette échographie de datation pré-IVG par la diffusion plus large de protocoles et chartes permettrait d'optimiser la prise en charge des femmes en demande d'IVG.

Références bibliographiques

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Code de la santé publique - Article L2212-1. Code de la santé publique janv 26, 2016.
2. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker A-L. Historique et législation de l'interruption volontaire de grossesse. Que sais-je ? 2012. 128 p. (Presses Universitaires de France; vol. 3948).
3. C. Bard, et al. Femmes et justice pénale XIXe- XXe siècles [Internet]. Presses universitaires de Rennes. 2002. 382 p. (Histoire). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/16148>
4. Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC - Gynécologie. janv 2009;4(1):1-13.
5. Bajos N, Ferrand M. De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;(1):42-60.
6. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1577-95.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Annick Vilain (DREES), « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 », Études et Résultats, n°1125 [Internet]. 2019 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018#>
8. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population & Sociétés. 2015;N° 518(1):1.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. ivg.gouv.fr - Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/>
10. Journées Francophones de Radiologie | Diagnostique & Interventionnelle [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: <https://jfr.radiologie.fr/>
11. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 14 avr 2010 [cité 19 mai 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000182.pub2>
12. Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1477-89.
13. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1596-603.
14. Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2013. 135 p. Disponible sur: www.who.int/reproductivehealth
15. Direction de l'initiative parlementaire et des délégations, Sénat. Etude de législation comparée n°280 - L'interruption volontaire de grossesse. mai 2017;76.

16. Kimport K, Upadhyay UD, Foster DG, Gatter M, Weitz TA. Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion. *Contraception*. nov 2013;88(5):666-70.
17. Boucher J. Ultrasound: A Window to the Womb?: Obstetric Ultrasound and the Abortion Rights Debate. *Journal of Medical Humanities*. 2004;25(1):7-19.
18. Recommandation de bonne pratique : Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse
19. Les Français et l'IVG [Internet]. IFOP. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-livg/>
20. Sophie Divay. L'avortement : une déviance légale. *Déviance et Société*. 2004;28(2):195-209.
21. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1552-67.
22. M. Soulé, L.Gouraud, S. Missonnier, M.J.Soubieux. L'échographie de la grossesse ; Promesses et vertiges. Erès. 2011. 373 p.
23. Vendittelli F, Lachcar P. Femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse et image échographique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. nov 2004;32(11):965-8.
24. Wiebe ER, Adams L. Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. avr 2009;14(2):97-102.
25. Cappiello J, Merrell J, Rentschler D. A Qualitative Study of Women's Decision to View or Not View an Ultrasound Image Before Early Medication Abortion. *Women's Health Issues*. juill 2014;24(4):413-8.
26. DREES. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. 2020. [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3751>
27. DREES. Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge. 2020. [Internet]. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>
28. Ségolène Benhamou FHP-MCO. La féminisation de la médecine en chiffres. *Dialogue Santé*. janv 2019;(30):4.
29. Marie Foult. Face à la pénurie de gynécologues médicaux, généralistes et sages-femmes soulignent leur propre rôle central [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. 2018. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/face-la-penurie-de-gynecologues-medicaux-generalistes-et-sages-femmes-soulignent-leur-propre-role>
30. Chassang M, Baudin G, Delotte J, Trastour C, Bongain A, Chevallier P. Rôle de l'imagerie en cas de métrorragies après fausse couche spontanée ou interruption volontaire de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 mai 2015;44(5):398-402.
31. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014;34(5):513.

32. Rikley DE, Boillat-Blanco N, Meuwly PJ-Y, Breuss DÉ. Echographie : un outil utile pour la démarche diagnostique en médecine de famille. *Revue Médicale Suisse*. 2017;4.
33. El Hafdi Sophie. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
34. Cavalli S, Gouilhers-Hertig S. Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? *Accompagner la naissance*. BSN Press; 2014.
35. Pr. Angélique Bonnaud-Antignac. *Psychologie médicale*. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2009;
36. Caron-Leulliez M, George J. *L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée*. Editions de l'Atelier; 2004. 260 p.
37. James A. Dickinson, Harminder Singh, Guylène Thériault. Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. *Canadian Family Physician*. sept 2018;64:373-9.
38. Beck F, Richard J-B, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Analyses du Baromètre santé 2010 - Les comportements de santé des jeunes*. 2010;
39. Ministère des Solidarités et de la Santé. DREES « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste » *Études et Résultats*, n°1085 [Internet]. 2018 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887>

ANNEXES

Annexe 1.



CHARTRE POUR LES ECHOGRAPHISTES PRATIQUANT DES ECHOGRAPHIES DE DATATION POUVANT PRECEDER UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

La présente charte a pour objet de définir un ensemble de bonnes pratiques pour la réalisation des échographies avant une interruption volontaire de grossesse

1. Former les personnes assurant l'accueil physique et téléphonique dans le cabinet :
 - à accueillir les demandes d'échographie de datation en vue d'une IVG
 - à la nouvelle prise en charge à 100% des actes afférents à l'IVG depuis le 1er avril 2016 avec possibilité de dispense d'avance des frais en télétransmission et d'anonymat pour les mineures
2. S'organiser autant que faire se peut pour gérer les demandes de rdv d'échographie de datation comme des urgences, en donnant un rendez-vous sous 48h
3. En l'absence de précision sur la prescription d'échographie avant 14 sa, s'enquérir avant le début de l'examen du motif de réalisation de l'échographie et de l'intention de poursuivre ou non la grossesse
4. S'assurer qu'aucun personnel rencontré par les patientes dans le centre d'échographie n'émette de jugement moral sur le choix de la patiente et/ou sur l'IVG en général et être attentif à la cohérence du discours et de la communication non verbale
5. Conditions de réalisation :
 - a. Commencer systématiquement par une échographie par voie sus-pubienne.
 - b. Réserver l'échographie endovaginale aux situations où l'échographie sus pubienne n'est pas contributive ou aux situations nécessitant une imagerie complémentaire (GEU, MLU ...).
 - c. Eteindre l'écran de retour vidéo et s'adapter pour que l'écran de l'échographe ne soit pas visible. Ne pas montrer les images sauf à la demande de la patiente.
 - d. Ne pas faire écouter les bruits du cœur de l'embryon et ne pas décrire l'embryon.
 - e. Limiter l'examen au strict nécessaire pour juger de la localisation, de l'âge et de l'évolutivité de la grossesse.
6. Exprimer le début de grossesse et précisant la fourchette d'imprécision : « Grossesse de XX sa +/- 5 jours ou DG fixé au XX/XX/XX +/- 5 jours »
7. Rédiger un CR qui précise localisation, datation, éventuellement l'évolutivité de la grossesse sans élément de description morphologique. Eviter d'utiliser le terme « activité cardiaque ». Limiter la production d'images aux clichés avec les mesures.
8. Codifier l'acte IPE

V2_mars 2017

Réseau REVHO - Hôpital Tarnier - 89 rue d'Assas - 75006 Paris - Tel : 01 58 41 34 93 / Fax : 01 58 41 34 94
Sites internet : www.revho.fr – www.ivglesadresses.org

Annexe 2. Questionnaire de l'étude

Questionnaire à destination des professionnels de santé réalisant des échographies de datation pré-IVG

Mesdames, Messieurs,

Je suis Léa LAURENT actuellement étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Baudelocque à Paris. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'interroge sur la pratique de la réalisation des échographies pré-IVG (interruption volontaire de grossesse) en France. Pour cela, j'ai établi un questionnaire destiné aux professionnels de santé réalisant des échographies de datation en vue d'une IVG. Je vous serais vivement reconnaissante si vous pouviez répondre à mon questionnaire, cela vous prendra approximativement entre 5 et 10 minutes.

Je vous remercie.

Ce questionnaire est anonyme.

I. Place de l'échographie dans la prise en charge de l'IVG :

1. Quelle est votre profession ?
 - ☐ Sage-femme
 - ☐ Médecin gynécologue/obstétricien
 - ☐ Médecin généraliste
 - ☐ Médecin radiologue
2. Vous êtes :
 - ☐ Femme
 - ☐ Homme
3. Depuis combien d'années exercez-vous ?
.....

Si vous êtes médecin radiologue, veuillez répondre directement à partir de la question II.1

4. Pratiquez-vous des IVG ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
5. Si oui, dans quel(s) lieu(x) d'exercice ?
 - ☐ Etablissement de santé
 - ☐ Centre de planification et d'éducation familiale
 - ☐ Centre de santé
 - ☐ Cabinet de ville
6. Avez-vous besoin d'une échographie de datation au préalable de l'IVG ?
 - ☐ Oui, systématiquement
 - ☐ Oui, mais pas systématiquement
 - ☐ Non
7. Dans quel cas n'utilisez-vous pas l'échographie de datation avant la réalisation de l'IVG ?
.....
.....
.....
.....
.....

II. Réalisation de l'échographie dans le cadre d'une demande d'IVG :

1. Si la mention « IVG » ne figure pas sur la prescription, demandez-vous l'indication de votre échographie de datation ?
 - ☐ Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas besoin d'ordonnance pour réaliser l'échographie
 - ☐ Oui, systématiquement
 - ☐ Oui, mais pas systématiquement
 - ☐ Non
2. Avec quelle sonde réalisez-vous l'échographie de datation pré- IVG ?
 - ☐ Abdominale exclusivement
 - ☐ Endovaginale exclusivement
 - ☐ Abdominale puis endovaginale si besoin
 - ☐ Les deux systématiquement
3. Avant de débiter l'échographie, demandez-vous à la femme si elle souhaite voir l'écran au cours de l'échographie ?
 - ☐ Oui, systématiquement
 - ☐ Non, j'attends que la femme le demande verbalement ou montre des signes d'intérêt
 - ☐ Non, je ne montre jamais l'écran
 - ☐ A vrai dire, je ne me suis jamais posé la question
4. Expliquez-vous à la femme ce que vous voyez sur l'écran au cours de l'échographie ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
5. Quel(s) est/sont le(s) mot(s) que vous employez généralement pour définir la grossesse ?

☐ Grossesse	☐ Fœtus
☐ Sac	☐ Bébé
☐ Embryon	☐ Autre :
6. Une fois la grossesse localisée, autre que la/les mesure(s) vous permettant de déterminer le terme de la grossesse (mesure du sac, LCC, BIP et/ou fémur), réalisez-vous d'autre(s) observation(s) et/ou mesure(s) ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Non

Si oui, citez la/les observation(s)/mesure(s) que vous réalisez ?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Au cours de l'échographie, comment objectiviez-vous l'activité cardiaque de l'embryon ?
 - ☐ Je visualise les battements cardiaques sur l'écran
 - ☐ J'utilise le doppler de l'échographe

8. A la fin de l'échographie, montrez-vous les clichés imprimés ?

- ☐ Oui, systématiquement
- ☐ Oui, je lui propose
- ☐ Non, sauf si la femme en fait la demande
- ☐ Non, jamais

III. Codification de l'échographie pré-IVG :

1. Comment l'échographie pré IVG est-elle facturée dans votre structure ?
 - ☐ Directement à la CPAM
 - ☐ Compris dans le forfait IVG
2. Comment codifiez-vous la tarification de cette échographie de datation pré-IVG ?
 - ☐ JNQM001 Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée
 - ☐ JQQM010 Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uni embryonnaire au 1^{er} trimestre
 - ☐ ZCQM003 Échographie transcutanée du petit bassin féminin
 - ☐ ZCQM005 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin
 - ☐ ZCQM008 Échographie transcutanée de l'abdomen
 - ☐ ZCQJ001 Echographie-doppler transcutanée et échographie-doppler, par voie vaginale du petit bassin féminin
 - ☐ ZCQJ002 Echographie-doppler du petit bassin féminin, par voie vaginale
 - ☐ ZCQJ003 Echographie du petit bassin féminin, par voie vaginale
 - ☐ Codage IPE (Forfait IVG)
 - ☐ Autre :

Questions ouvertes :

1. Avez-vous une démarche spécifique pour l'accueil des femmes qui viennent pour une échographie de datation pré-IVG ?
2. Connaissez-vous la charte de bonnes pratiques de l'échographie de REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) ?

Annexe 3. Fiche de conformité MR004

 BUREAU DE LA PROTECTION DES DONNÉES	Registre général des traitements de l'AP-HP
---	--

Entité déclarante

12 - HUPEC

CCH-2019-221 MASTER LAURENT

Traitement n°

20190725223555

Finalités

Description succincte des finalités principales et secondaires

Finalité principale : Enseignement master de sage-femme Finalité secondaire : La réalisation de l'échographie pré-IVG dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse et/ou chirurgicale Evaluation sur questionnaire et audit clinique multicentrique

Catégorie du traitement

Recherche

Licéité du traitement:

Le traitement est nécessaire pour l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relève de l'exercice de l'autorité publique du responsable du traitement

Formalité applicable

Engagement de conformité (MR, ARJ)

Sites/PIC concernés par le traitement

☒ 12 - HUPEC

Responsables de traitement**Personne morale responsable du traitement**

AP-HP

Coordonnées

HUPEC 27 rue du Faubourg St Jacques 75014 Paris

Responsable des opérations de traitement au sein de l'AP-HP

LHOMME Emmanuelle

Direction ou service de rattachement

Ecole de sages-femmes Baudelocque

Collaboration avec des sous-traitants ou des fournisseurs ?

Oui

Nature de la prestation

Contributeurs Cabinets libéraux d'échographies

Coordonnées**Présence d'une clause contractuelle "Protection des données et Sécurité"**

Non

Traitement mis en oeuvre**Date de première mise en oeuvre du traitement**

01/09/2019

Modification substantielle**Date de dernière modification substantielle****Durée de conservation**

2 ans après soutenance du mémoire

Catégories & destinataires de données

Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Patients pris en charge à l'AP-HP		
Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Patients non pris en charge à l'AP-HP	☒ Données d'identification (civilité, nom, prénom, date de naissance, n° CNI etc.) ☒ N° Identifiant du Patient (NIP/IPP/INS/Code alphanumérique) ☒ Coordonnées (adresse, courriel, n° de téléphone) ☒ Données de santé relatives à la prise en charge médico-administrative (Ex : structure d'accueil, dates de séjour, rdv de consultation...) ☒ Données de santé relatives aux soins (Ex : observations médicales, comptes rendus d'hospitalisation, courriers, résultats d'examen...) ☒ Habitudes de vie (mode de vie et comportement) ☒ Autres (préciser)	☒ Services médicaux/sociaux internes AP-HP participant à la prise en charge du patient (préciser) ☒ Partenaires / prestataires (préciser) ☒ Autres (préciser)
	Ressenti et opinions	Elève Léa LAURENT Directeur de mémoire Emmanuelle LHOMME Université Paris Descartes mémoire avec données anonymisées Personnels prenant en charge la patiente
Personnes concernées par le traitement	Types de données	Destinataires de données
Professionnels hors AP-HP	☒ Données d'identification (civilité, nom, prénom, date de naissance, n° CNI etc.) ☒ Coordonnées (adresse, courriel, n° de téléphone) ☒ Vie professionnelle (n° RPPS, établissement, grade, fonction etc.)	☒ Utilisateurs de l'application (préciser) ☒ Encadrement (préciser)
		Elève Léa LAURENT Directeur de mémoire Emmanuelle LHOMME Université Paris Descartes mémoire avec données anonymisées

Diagnostic conformité & sécurité des données

Diagnostic sécurité complété

Non

PIA renseigné

Non

Transfert de données hors UE envisagé

Non

Information et consentement des personnes

Type d'information

Individuelle

Recueil du consentement

Non

Autres précisions

MR 004

Pièces jointes

(ex : PIA, notice d'information, diagnostic conformité et sécurité, pièces du marché, annexes fonctionnelles et techniques, etc...)

**Annexe 4. Avis favorable du comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie
(CEROG)**

CEROG

Comité d'Ethique de la
Recherche
en Obstétrique et
Gynécologie



2019

Institutional review board approval

Submission number
CEROG 2019-OBST-1203

Président :
Bernard JACQUETIN

Président sortant, qualifié
dans le domaine éthique
Gérard LEVY

Secrétaire OBST-DAN :
Florent FUCHS
f-fuchs@chu-montpellier.fr

Secrétaire GYN-AMP :
Thibault THUBERT
thibault.thubert@chu-nantes.fr

**SECTION GYNECOLOGIE -
ASSISTANCE MEDICALE A LA
PROCREATION :**

Jean Philippe AYEL
Sofiane BENDIFALLAH
Georges Fabrice BLUM
Perrine CAPMAS
Yohan DABI
Emile DARAI
Xavier DEFFIEUX
Hervé FERNANDEZ
Guillaume LEGENDRE
Florence LEPELIER
Vincent LETOUZEY
Paul MARZOUK
Anne Cécile PIZZOFRATO
Caroline TRICHOT
Vincent VILLEFRANQUE

**SECTION OBSTETRIQUE ET
MEDECINE FŒTALE :**

Tiphaine BARJAT
Alexandra BENACHI
Guillaume BENOIST
Paul BERVEILLER
Léon BOUBLI
Pierre François CECCALDI
Pierre DELORME
Guillaume DUCARME
Charles GARABEDIAN
Camille LE RAY
Charline BERTHOLDT
Nicolas MOTTET
Olivier PARANT
Alexandre VIVANTI
Norbert WINER

The Ethical Review Committee « *Comité d'éthique de la recherche en Obstétrique et Gynécologie** » has examined the research entitled:

« La réalisation de l'échographie pré-IVG dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse et/ou instrumentale ».

This research was found to conform to generally accepted scientific principles and medical research ethical standards.

This research was found to be in conformity with the laws and regulations of the country in which the research experiment was performed.

Bernard JACQUETIN
President

Florent FUCHS
Secretary

* Deffieux X, Vayssiere C, Azria E, Porcher R, Parant O, Clavier J, Guibert J, Benachi A, Houfflin-Debarge V, Jouannic JM, Rosenberg P, Andre G, Ansquer Y, Rouzier R, Benbassa A, Collinet P, Ayel JP, Jacquelin B, Morice P, Boubli L, Senat MV, Brunet L, Levy G. Institutional review board of the French college of obstetricians and gynecologists (CEROG). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 ; 39(5):401-8.

Annexe 5. Note d'information aux participant.e.s de l'enquête



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sciences maïeutiques, je vous propose de participer à un projet de recherche intitulé « La réalisation de l'échographie de datation pré-IVG dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse et/ou instrumentale » coordonné par moi-même, Léa LAURENT étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de sages-femmes Baudelocque à Paris et par le Dr Emmanuelle LHOMME, praticien hospitalier, responsable médical du centre d'orthogénie et de planification familiale de Port-Royal.

Quel est l'objectif de la recherche ?

L'objectif de la recherche est de comprendre comment les échographies de datation pré-IVG (interruption volontaire de grossesse) sont réalisées par les médecins et sages-femmes dans divers lieux d'exercice.

Objectif principal : observer comment les professionnels de santé réalisent-ils l'échographie de datation dans la prise en charge de l'IVG.

Objectifs secondaires :

- Proposer des pistes pour encadrer l'échographie de datation pré-IVG (bonnes pratiques)
- L'attitude du professionnel ne devrait pas orienter le choix de la patiente
- S'affranchir de l'échographie de datation pré-IVG pour certaines femmes demandeuses d'IVG

Quelle est la méthodologie ?

Pour participer à l'étude, il faut que vous soyez médecin ou sage-femme et que vous réalisiez des échographies de datation pré-IVG. Vous pourrez alors remplir ce questionnaire anonyme.

Quels sont vos droits dans le cadre de cette recherche ?

Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence.

De plus, votre participation à cette recherche est volontaire et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans justification. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données vous qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Déroulement et calendrier de la recherche :

La distribution et diffusion sur internet (Via GoogleForm®) du questionnaire anonyme aux professionnels de santé (médecins et sages-femmes) réalisant des échographies de datation pré-IVG exerçant dans des établissements de santé, des centres de santé, des centres de planification et d'éducation familiale et cabinets libéraux en France débutent le 01/11/19 au 01/02/2020.

Quels sont les bénéfices attendus ?

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche, si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques.

Néanmoins, votre participation permettra d'améliorer la prise en charge des femmes demandeuses d'une IVG médicamenteuse ou instrumentale.

Aspects réglementaires et législatifs :

Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG) CCH-2019-221.

Cette étude est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-003 relative aux traitements de données à caractères personnels mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé.

Recueil des données, confidentialité et Loi informatique et Libertés :

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche, les données anonymes seront recueillies et stockées sous ma responsabilité, Léa LAURENT étudiante sage-femme.

Seuls les responsables du projet de recherche auront accès à vos données qui seront conservées pendant 2 ans après la date de la soutenance et détruites à la fin de ce délai.

Le recueil se fera par un professionnel de santé tenu au secret professionnel et sous la responsabilité du Dr LHOMME, directrice de l'étude. Dans le cadre de cette recherche, un traitement automatisé et anonyme des données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présentée. Vos données seront identifiées par un numéro. Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant.

Si vous le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge de votre suivi.

Aucune donnée ne permettra votre identification dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Pour tout renseignement concernant cette recherche ou pour exprimer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition, vous pouvez contacter :

Léa LAURENT

lea.laurent1112@gmail.com

Ecole de sages-femmes Baudelocque

75006 Paris

Dr Emmanuelle LHOMME, PH responsable médical du centre d'orthogénie et de planification familiale de Port-Royal

emmanuelle.lhomme@aphp.fr

Maternité de Port Royal

75014 Paris

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiant.e.s de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'État. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.