

Réponse à la saisine au CCNE dans le cadre du projet de loi sur l'allongement des délais pour réaliser une IVG

Dr Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, co-présidente de l'ANCIC

Médecin référent du Centre d'Orthogénie du CHU de Tours,
Membre de la commission orthogénie et santé sexuelle du CNGOF,
Présidente de la commission santé sexuelle et orthogénie du réseau de périnatalité Centre Val de Loire,
Co- responsable du DIU de régulation des naissances et du DIU de perfectionnement en orthogénie.



Qui sommes-nous?

- L'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) a été fondée en 1979 à l'occasion du vote définitif de la loi sur l'avortement en France.
- Elle rassemble des professionnels travaillant dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les Centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) et les Etablissements d'information de conseil conjugal et familial (EICCF) : médecins, conseillères conjugales et familiales, infirmières, sages-femmes, psychologues et toute personne participant à la défense des droits des femmes, à la réflexion et aux recherches théoriques et pratiques concernant la sexualité, la maîtrise de la procréation et l'éducation sexuelle.
- 23 Journées nationales d'études sur l'IVG et la contraception (Troyes en 2019, Grenoble à venir en 2021)

Pourquoi une telle saisine?

- Proposition de Loi pour le renforcement du droit à l'IVG adoptée en 1^{ère} lecture à l'Assemblée Nationale le 8 octobre 2020.
- Saisine de Monsieur Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé au CCNE pour avis au regard des éléments suivants:
 - « *Cet allongement proposé dans le cadre de la proposition de loi a conduit de très nombreux professionnels de santé, parmi les plus engagés dans l'accès à l'IVG, à en souligner le caractère délicat, en mettant en avant la protection de la santé de la femme ainsi que la complexité du geste technique à accomplir.* »
- S'agit-il des plus engagés des professionnels de l'IVG? Sur quels éléments tangibles se basent-ils?

Quelles sont les femmes qui demandent une IVG entre 14 et 16 SA?

- Celles qui n'ont pas eu accès aux soins avant 14 SA
 - Précarité économique, sociale, géographique: les mêmes qui consulteront tardivement pour tous les soins médicaux (prévention, dépistage, cancer, maladies métaboliques...)
 - Difficultés d'accès spécifique à l'IVG: une réalité sur notre territoire, de grandes disparités géographiques: doivent être prises en compte, mais ne représentent qu'une partie du problème
- Celles qui n'ont pas découvert leur grossesse avant 14 SA
 - Iatrogénie médicale: errance diagnostique, retard aux examens, erreurs d'interprétations biologiques, erreurs de terme
 - Aménorrhée sous pilule avec retard du diagnostic
 - Sidération à la découverte de la grossesse et impossibilité d'en parler (violences, adolescence, interdit religieux ou culturel...)

Quelles réponses avons-nous aujourd'hui pour ces femmes?

- Aller avorter à l'étranger: celles qui en ont les moyens y vont et nous les y encourageons car nous savons que nos confrères hollandais, espagnols et britanniques en ont l'expérience et la compétence
 - Principe de justice?
- Mener la grossesse à terme et accueillir l'enfant ou consentir à l'adoption : non recevable pour beaucoup d'entre elles (rester encore enceinte 24 semaines + cicatrice indélébile de l'abandon d'un enfant)
 - Principe d'autonomie? De non malfeasance?
- Formuler une demande d'IMG pour motif maternel, psycho social:
 - Certaines en relèvent, mais pas toutes: retard diagnostic, adolescence, fracture culturelle ou religieuse...
 - Cette prise en charge ne fait que retarder le terme de l'interruption de grossesse : constitution de l'équipe pluridisciplinaire, différentes consultations: augmente la précarité pour celles qui viennent de loin, doivent se cacher, n'ont pas les moyens des multiples allers/retours, perte de chance professionnelle.
 - Si ont des moyens, n'y sont pas toujours éligibles et grande inéquité sur le territoire.

Analyse de ces réponses

- Les femmes qui veulent avorter avorteront, parfois au péril de leur vie:
 - Avec 1 à 2 semaines de plus si elles partent à l'étranger + injustice sociale
 - Clandestinement pour les plus précaires
- N'est ce pas une atteinte à la santé de la femme plutôt qu'une protection?
 - Les militants pro life ne cessent de brandir l'argument de la dangerosité de l'avortement
 - Les études montrent le contraire: Surgical or medical abortion of pregnancies between 13+0 and 23+6 weeks' gestation? A systematic review and new NICE national guidelines Schmidt-Hansen M, et al. BMJ Sex Reprod Health 2020;0:1–9. doi:10.1136/bmjsex-2019-200460
- Les femmes qui ne pourront avorter et mèneront leur grossesse à terme :
 - Augmentation du risque de maltraitance des enfants à naître (rapport OMS sur la maltraitance des enfants, juin 2020)
 - Augmentation du risque médical: la poursuite de la grossesse est statistiquement plus dangereuse que l'IVG (mortalité maternelle en France 2010-2012: 256 décès, 6 en lien avec 1IVG dont 1 IVG clandestine. Pas de décès de femme ayant avorté à l'étranger (avortement médicalisé): Epopé INSERM 2017, 5^{ème} rapport sur la mortalité maternelle en France

Combien de femmes sont concernées?

Données DREES:

- 1 IVG sur 20 est réalisée entre 12 et 14 SA (10,5 % d'IVG tardives chez les mineures, 8,5 % chez les 18-19 ans, 6,6 % chez les 20-24 ans et 4,9 % chez les femmes plus âgées).
- La moitié des IVG réalisées en établissement hospitalier en 2019 concerne des grossesses < 8 SA (< 7 SA pour les IVG médicamenteuses et < 10 SA pour les IVG instrumentales).

A partir de 10 SA, plus le terme avance moins il y aura d'IVG: des errances dans le parcours existent mais les diagnostics tardifs sont rares.

- Rapport préliminaire à la proposition de Loi: environ 2000 femmes partent chaque année avorter à l'étranger.

Etude européenne IVG/ S De Zordo

Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study S De Zordo, And all Department of Anthropology, University of Barcelona, Barcelona, Spain Correspondence: S De Zordo, Department of Anthropology, University of Barcelona, c. Montalegre 6, B

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.16534>

- La moitié des femmes françaises interrogées sur les raisons de leur IVG en dehors de France avaient découvert leur grossesse au-delà de 14 SA, l'autre moitié avait souhaité l'interrompre après 14 SA pour des événements postérieurs à la découverte de grossesse
- **Data intermédiaires: Pays Bas: 967 en 2017 (en baisse), Angleterre: 31 en 2018, Espagne: 179 en 2019**

Qui prendra en charge les IVG entre 14 et 16 SA?

- Il n'est pas nécessaire que tous les médecins prennent en charge les IVG: tous les GO ne font pas de la reconstruction mammaire, du robot, de la PMA....
- Il suffit d'un nombre restreint de professionnel.le.s formé.e.s et bienveillant.e.s pour répondre aux demandes de ces femmes, avec une répartition géographique homogène préférentiellement
 - 1000 à 1500 demandes par an (sûrement moins < 16 SA): moins d'une demande par mois et par département!
- C'est à ceux qui font des IVG qu'il faut demander et pas à ceux qui n'en font déjà pas jusqu'à 14 SA: **manifeste des médecins et sages-femmes pratiquant des IVG en faveur de l'allongement du délai à 14 semaines**
 - 478 réponses (entre le 28/10 et le 21/11) sur tout le territoire dont 221 médecins et 185 SF

Expérience/formation/motivation

- Certains professionnel.le.s en ont l'expérience, d'autre l'acquerront : quand une nouvelle technique médicale arrive, on ne la connaît pas et on l'apprend: pourquoi pas celle-ci?
- Si l'IMG est recevable et techniquement sûre entre 14 et 16 SA, pourquoi l'IVG ne le serait pas?
- Schmidt-Hansen et al dans leur revue de la littérature ont conclu que l'avortement au 2^{ème} trimestre peut être effectué en toute sécurité et qu'il est possible d'utiliser efficacement la dilatation chirurgicale et l'évacuation ou l'utilisation médicale mifépristone /misoprostol permettant de laisser le choix de la méthode aux femmes.
- Formation: DIU de perfectionnement à l'orthogénie

D'un point de vue éthique

- Si une Loi répond à un problème sociétal, est ce au médecin de s'y opposer?
- Si l'IMG est sécuritaire pourquoi l'IVG ne le serait pas? La seule différence réside dans l'autonomie de choix de la femme
- S'il est autorisé d'adresser des femmes hors de nos frontières pour y réaliser ce que notre loi actuelle interdit, est-ce légitime de s'opposer à sa légalisation?
- Si le risque médical pour la femme augmente tout au long de la grossesse, pourquoi penser que de laisser poursuivre la grossesse est moins dangereux que de l'interrompre, contre le choix de la femme?

Annexes

- Cas cliniques
- Manifeste de l'ANCIC
- Réponse de la commission orthogénie et santé sexuelle du CNGOF à Israël Nisand
- 2 derniers articles sur les IVG > 13 SA
- Proposition de loi votée en 1^{ère} lecture à l'Assemblée Nationale

Cas clinique Tours

Vendredi 30/10, 17H15, appel au CO de Tours qui ferme à 17H30: JF 23 ans, en aménorrhée sous Desogestrel 75 orientée par un CH de la région Centre Val de Loire, à 1H45 de Tours, pour terme dépassé à 15 SA, à adresser en Hollande.

- Cs MT le 26/10 pour douleurs pelviennes attribuées à un embarras digestif depuis quelques jours sans amélioration.
- MT évoque un syndrome appendiculaire et prescrit bio + écho
- Echo le 28/10 : découverte fortuite d'une grossesse, arrêt de l'écho sans datation
- RV pris à 16H le 30 pour écho de datation et cs pré IVG:
 - BIP =29,92 mm LCC=85 mm clichés médiocres
 - Refus d'IVG, motif : terme dépassé à 15 SA

Proposition RV lundi 2/11 à Tours pour contrôle écho

- BIP=29 mm
- Confirme son choix d'IVG, réalisée le jour même + pose de DIU

Éléments confusants: aménorrhée

Retard diagnostic et écho sans datation le 26/10

Echo ne respectant pas les critères de qualité le 30/10

Non application des reco du CNGOF



Cas clinique Paris

Léa (prénom changé), 16 ans

- RS consentis avec un copain de son âge
- 3ème d'une fratrie de 4, parents séparés, père très peu vu, mère travaille +++ pour élever les 4
- Se découvre enceinte en septembre mais tarde à en parler à sa mère de peur de se faire gronder
- HCG le 7/10 = 76200, au labo lors du rendu de résultats quelqu'un lui dit qu'elle a le temps de réfléchir vu le taux modéré
- Rdv médecin traitant le 14/10 prévu avant la découverte de la G pour un autre pb, y va avec la maman, le médecin tient le même discours : taux modéré pas d'urgence mais compte tenu demande d'IVG celle-ci prioritaire et à régler avant autre pb qui est mineur (discours bienveillant mais deuxième fois l'erreur sur le lien taux/datation)
- Appel au CIVG pour rdv le 26/10 ; mineure = urgence → rdv donné pour le 27
- Echo de datation : 15 + 3 SA (bip =35)

A l'instar des 331 médecins qui en 1973, ont revendiqué avoir pratiqué des avortements, malgré l'interdiction de la Loi française, mais en faveur de la liberté d'avorter pour les femmes, nous souhaitons en 2020 exprimer que :

Nous, professionnel.le.s impliqué.e.s dans la prise en charge des femmes en demande d'Interruption Volontaire de Grossesse recevons chaque année des femmes souhaitant avoir accès à une IVG au-delà de 12 semaines de grossesse. Elles sont environ 2000 à traverser nos frontières chaque année, pour aller avorter là où les lois le permettent. Seules celles qui en ont les moyens y arrivent, alors que ces demandes concernent des femmes de toutes conditions sociales, qui avorteront quelles que soient les solutions qu'elles pourront trouver, y compris parfois au péril de leur vie.

L'allongement du délai pour réaliser une IVG répond à un besoin de santé publique. Notre rôle de professionnel.le.s de santé est de nous donner les moyens d'y répondre et nous serons au rendez-vous quand la loi votée par les député.e.s sera définitivement adoptée.

Nous savons que l'ensemble de la profession médicale et certains de ses représentants n'y sont pas favorables, le Conseil de l'Ordre des médecins était déjà opposé à la Loi Veil de 1975 et le Collège de gynécologie ne soutenait pas explicitement l'allongement des délais de l'IVG en 2001. Mais il faut cesser de faire croire que la question ne repose que sur l'acceptation du monde médical. La réalité est que la médecine saura répondre et le sait déjà. La question appartient à la société.

La littérature scientifique est abondante et rassurante : les méthodes instrumentales et médicales modernes pour les avortements jusqu'à 14 semaines de grossesse, terme limite que le projet de Loi propose, sont toutes deux sûres et efficaces, lorsqu'elles sont pratiquées par des soignants formés, expérimentés et empathiques.

Les médecins hollandais, espagnols et britanniques ont acquis la pratique des IVG à des termes supérieurs à 12 semaines de grossesse. Nous saurons faire comme eux.

L'interruption de grossesse existe déjà en France au-delà de 12 semaines, dans le cadre des fausses couches tardives, des morts fœtales in utero et des Interruptions Médicales de Grossesse, dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Nous nous formerons à réaliser des IVG jusqu'à 14 semaines de grossesse.

Les sages-femmes prennent quotidiennement en charge les interruptions de grossesse pour raison médicale sans limite de terme. Elles ont l'expérience et la compétence, tant dans l'accompagnement que dans la réalisation. Elles sont aguerries aux gestes endo-utérins. Elles sauront se former aux IVG instrumentales, comme les médecins généralistes qui en réalisent quotidiennement dans nos hôpitaux, bien que cette technique ne leur ait pas été enseignée au cours de leur formation initiale.

Nous mettrons nos compétences au service de nos concitoyennes et serons en nombre suffisant pour répondre aux demandes des femmes à disposer librement de leur corps.

Pour signer en ligne le manifeste

https://www.petitions.fr/manifeste_des_medecins_et_sages_femmes_pratiquant_des_ivg_en_faveur_de_lallongement_du_delai_a_14_semaines

Premières signatures:

Dr Nathalie Trignol-Viguié, PH référente du Centre d'Orthogénie du CHU Bretonneau, coprésidente de l'ANCIC, Tours

Dr Emmanuelle Lhomme, Hôpital Cochin Port-Royal, responsable médicale du Centre d'IVG, membre du CA et ancienne coprésidente de l'ANCIC, Paris

Pr Hervé Fernandez, chef de service Gynécologie-Obstétrique, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Mme Chantal Birman sage-Femme, membre du bureau de l'ANCIC et coprésidente de l'ANSFO, Bagnolet

Dr Sophie Gaudu, responsable du centre d'Orthogénie de l'hôpital Bicêtre et responsable du DIU d'Orthogénie, le Kremlin-Bicêtre et Paris

Dr Philippe Faucher, responsable du centre d'IVG de l'hôpital Trousseau, Paris

Dr Danielle Hassoun, gynécologue obstétricienne, Paris

Dr Ghada Hatem, médecin cheffe de la Maison des Femmes, Saint Denis

Dr Laurence Wittke, coordinatrice médicale Planning Familial du Loiret, membre du Bureau de l'ANCIC, Orléans

Dr Laura Marin Marin, responsable médicale des centres d'Orthogénie de l'hôpital Européen Georges Pompidou et de Corentin Celton, membre du bureau de l'ANCIC, Issy-les-Moulineaux et Paris

Mme Delphine Giraud, sage-femme, coprésidente de l'ANSFO, Paris

Mme Claire Wolker-Jarfaut sage-femme hôpital Simone Veil de Troyes, coprésidente de l'ANSFO

Dr Marie Sicot, PH responsable du centre d'Orthogénie du CHU Grenoble Alpes, membre du CA de l'ANCIC

Dr Sylvie Epelbouin, gynécologue-obstétricienne, responsable de l'unité d'AMP, hôpital Bichat, Paris

Dr Solène Vigoureux, gynécologue-obstétricienne, CHU Maternité Bicêtre, le Kremlin Bicêtre

Dr Sylvie Denoël, PH, CPEF CIVG Vannes-Auray, membre du CA de l'ANCIC

Dr Mélanie Horoks, responsable du centre d'IVG de la Maison des Femmes de St Denis,

Dr Teddy Linet, chef de service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Saint-Nazaire.

Dr Emmanuelle Piet, présidente du collectif féministe contre le viol (CFCV)

Dr Maud Gelly, médecin du centre d'IVG de l'hôpital Avicenne, Bobigny

Dr Laura Berlingo, gynécologue-obstétricienne, hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris

Réponse à Israël Nisand, président du CNGOF

AGOSTINI Aubert [Aubert.AGOSTINI@ap-hm.fr]

À : Israël Nisand [inisand@me.com]

Cc : Danielle HASSOUN [d.hassoun@orange.fr]; FOURNET Patrick [patrick.fournet@ch-belvedere.fr];
Rousseau [rousseau.marion.14@gmail.com]; ANNELAURE.ROLLAND@CHRU-LILLE.FR;
Alexandra OHANNESSIAN [anouche.ohannessian@hotmail.fr]; Jean Paul BENEZECH [benezech.jp@wanadoo.fr];

jeudi 8 octobre 2020 13:36

Cher Israël,

Suite au communiqué de presse du CNGOF de la semaine dernière, les membres de la commission se sont réunis le 6/10 afin d'échanger leur point de vue. Voici les conclusions qui ont retenues l'unanimité des membres de la commission.

-Il est dommage que les procédures de communication du CNGOF ne prennent pas en compte dans un premier temps l'avis de la commission intéressée par le sujet, en l'occurrence la commission Orthogénie, Contraception et Santé Sexuelle. Même s'il existe un besoin de réponse urgente, celle-ci peut être temporaire en attendant d'avoir une réflexion de la commission.

-La commission n'approuve pas le communiqué du CNGOF car il n'existe pas une unanimité de la commission autour de celui-ci. Voici les points unanimes autour desquels les membres se sont mis d'accord.

-Le délai légal de l'IVG est un débat sociétal et non un débat médical. Les sociétés savantes comme le CNGOF peuvent et doivent s'exprimer sur les aspects organisationnel ou techniques que l'allongement du délai entraîne mais ce ne sont pas ces éléments qui doivent statuer sur ce délai qui est un choix sociétal.

-La commission, comme elle a déjà exprimé plusieurs fois n'est pas opposée à ce que les sages-femmes pratiquent les IVG chirurgicales à partir du moment qu'il existe une formation et un encadrement à définir.

-La commission est favorable à ce que le texte concernant la clause de conscience spécifique de l'IVG soit reformulé afin qu'il n'existe plus de confusion autour de cette double clause de conscience.

Aubert Agostini pour la Commission Orthogénie, Contraception et Santé Sexuelle du CNGOF.

Aubert AGOSTINI
PU-PH

Surgical or medical abortion of pregnancies between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation? A systematic review and new NICE national guidelines

Mia Schmidt-Hansen ¹, Patricia A Lohr ², Sharon Cameron,³ Elise Hasler¹

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjsh-2019-200460>).

¹National Guideline Alliance, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, UK

²British Pregnancy Advisory Service (BPAS), Stratford upon Avon, UK

³Sexual and Reproductive Health Services, NHS Lothian, Edinburgh, UK

Correspondence to

Dr Mia Schmidt-Hansen, National Guideline Alliance, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 10-18 Union Street, London SE1 1SZ, UK; MSchmidt-Hansen@rcog.org.uk

Received 3 September 2019
Revised 6 January 2020
Accepted 18 January 2020



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite: Schmidt-Hansen M, Lohr PA, Cameron S, et al. *BMJ Sex Reprod Health* Published Online First: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/bmjsh-2019-200460

ABSTRACT

Background Abortion in the second trimester may be performed surgically or medically.

The objective of this systematic review was to examine the effectiveness, safety and acceptability/satisfaction of surgical compared with medical abortion of pregnancy between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation for a new national guideline.

Methods We searched Embase, Medline and the Cochrane Library on 4 March 2019. We included randomised controlled trials (RCTs; any size) and non-randomised comparative studies with $n \geq 100$ in each arm, published in English from 1985. Risk-of-bias was assessed using the Cochrane Collaboration checklist for RCTs. Meta-analysis of risk ratios (RRs)

used the Mantel-Haenszel method. The quality of the evidence was assessed using GRADE.

Results Two RCTs ($n=140$) were included. 'Incomplete abortion requiring surgical intervention' was clinically significantly higher with medical than surgical methods (RR=4.58, 95% CI 1.07 to 19.64). 'Abortion completed by the intended method' was statistically, but not clinically, significantly lower after medical than surgical methods, but was marked by high between-study heterogeneity (RR=0.88, 95% CI 0.79 to 0.98). To the extent that 'haemorrhage requiring transfusion ≥ 500 mL blood loss', 'uterine injury', 'cervical injury requiring repair' and 'infection reported within 1 month of abortion' were reported, they did not differ significantly between methods. Depending on measurement method, 'patient satisfaction/acceptability' was either clinically significantly higher or comparable after surgical than medical methods. The quality of this evidence was limited by low event rates and attrition bias.

Key messages

- Abortion in the second trimester may be performed safely and effectively surgically using dilatation and evacuation or medically using mifepristone and misoprostol.
- This systematic review examined the safety and effectiveness of surgical and medical abortion of pregnancy between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation.
- Based on this evidence and consensus, women should be offered the choice of medical or surgical methods of abortion between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation.

Conclusion Based on this evidence and consensus, women should be offered the choice of medical or surgical methods of abortion between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation, unless not clinically appropriate.

INTRODUCTION

In the second trimester abortion may be performed surgically or by the administration of medications. Some women prefer surgical abortion because it is predictable and quick, and can be performed with a general anaesthetic or sedation. Others prefer medical abortion because it does not involve surgical instrumentation or anaesthesia.¹⁻³

The recommended medical regimen in the second trimester is mifepristone followed 36-48 hours later by admission and repeated doses of the prostaglandin-analogue misoprostol.⁴⁻⁵ The median



Contents lists available at ScienceDirect

Contraception

journal homepage: www.elsevier.com/locate/con

Complication rates of dilation and evacuation and labor induction in second-trimester abortion for fetal indications: A retrospective cohort study ☆,☆☆



Laura Jacques^{a,*}, Megan Heinlein^a, Jessika Ralph^a, Amy Pan^b, Melodee Nugent^b, Kristina Kaljo^a, Rahmouna Farez^a

^a Department of Obstetrics and Gynecology, Medical College of Wisconsin, 8701 Watertown Plank Road, Milwaukee, WI 53226, USA

^b Section of Quantitative Health Sciences, Department of Pediatrics, Medical College of Wisconsin, 8701 Watertown Plank Road, Milwaukee, WI 53226, USA

ARTICLE INFO

Article history:

Received 7 October 2019

Received in revised form 22 April 2020

Accepted 22 April 2020

Keywords:

Abortion

Complication

Dilation and evacuation

Induction termination

Mifepristone

ABSTRACT

Objective: To compare complication rates of dilation and evacuation (D&E) to mifepristone and misoprostol labor induction for second trimester abortion for fetal indications.

Study design: We performed a retrospective cohort study comparing complication rates with D&E and labor induction abortion for fetal indications at 14 weeks 0 days through 23 weeks and 6 days gestation between January 1, 2009, and August 31, 2017. We extracted demographic, procedural, and outcome data, focusing specifically on complications of maternal hemorrhage, infection, emergency department visit, hospital readmission, retained tissue requiring dilation and curettage (D&C), manual placental removal, or thromboembolism. We compared complication rates between the D&E and induction groups using univariate and multivariate analyses.

Results: We included outcomes from 75 (48%) D&E and 81 (52%) labor induction abortions. We identified any complication in 1 (1%) and 7 (7%) of patients, respectively ($p = 0.12$). The only complication in the D&E group was hemorrhage with an estimated blood loss of 1000 mL not requiring transfusion. Labor induction complications included retained tissue requiring manual removal ($n = 2$) or D&C ($n = 1$) and hemorrhage ($n = 2$).

Conclusion: There was no difference in complication rates between the D&E group and the labor induction group.

Implications: This study compared outcomes between D&E and labor induction using mifepristone and misoprostol for second trimester abortion. Our complication rate for labor induction using mifepristone and misoprostol, and particularly our rate of retained placenta requiring D&C, was lower than what has been previously reported for second trimester labor induction termination using other methods. This study suggests there is a benefit for the routine use of mifepristone with misoprostol for second trimester labor induction. Additionally, the low rate of major complications in this study for both D&E and labor induction further validates the safety of both procedures for second trimester abortion.



N° 3383

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 septembre 2020.

TEXTE DE LA COMMISSION

DES AFFAIRES SOCIALES

ANNEXE AU RAPPORT

PROPOSITION DE LOI

visant à renforcer le droit à l'avortement.

(Première lecture)

Voir le numéro : 3292.

Article 1^{er}

À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 2212-1 du code de la santé publique, le mot : « douzième » est remplacé par le mot : « quatorzième ».

Article 1^{er} bis (nouveau)

Après le mot : « ou », la fin du premier alinéa de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « par une sage-femme. Lorsqu'une sage-femme la réalise par voie chirurgicale, cette interruption ne peut intervenir qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse. »

Article 1^{er} ter (nouveau)

La seconde phrase de l'article L. 2212-5 du code de la santé publique est supprimée.

Article 2

- ① L'article L. 2212-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
- ③ « Un médecin ou une sage-femme qui refuse de pratiquer une interruption volontaire de grossesse doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.
- ④ « Les agences régionales de santé publient un répertoire recensant, sous réserve de leur accord, les professionnels de santé ainsi que l'ensemble des structures pratiquant l'interruption volontaire de grossesse mentionnées à l'article L. 2212-2. » ;
- ⑤ 2° (*Supprimé*)

Article 2 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, un rapport sur l'application de la législation relative au délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse identifiant, le cas échéant, des pistes d'amélioration du dispositif.

Article 3

La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Les sénateurs ont retiré l'article du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) qui prévoyait d'autoriser à titre expérimental la réalisation par les sages-femmes d'interruptions volontaires de grossesse instrumentales. Mais ils ont approuvé le tiers payant obligatoire en cas d'IVG, pour des raisons de confidentialité.

14/11/2020



Merci de votre attention