

IVG **(item 27)**

Objectifs :

Préciser les modalités réglementaires.

Argumenter les principes des techniques proposées.

Préciser les complications et les répercussions de l'IVG.

Introduction

L'interruption volontaire de grossesse, légale en France depuis 1975, reste toujours un problème de santé publique, compte tenu du nombre de femmes concernées chaque année. Reflet de l'évolution des mentalités et des pratiques, la nouvelle loi du 4 juillet 2001 sur la contraception et l'IVG a été élaborée dans le souci de faciliter l'accès à l'IVG ainsi qu'à la prescription et la délivrance de contraceptifs.

Cet acte médical n'est jamais anodin pour la femme, tant d'un point de vue médico-chirurgical que psychologique, d'où l'attention qui doit être portée au choix de la technique d'avortement, mais aussi à l'accueil et à l'écoute de la patiente.

L'IVG (interruption volontaire de grossesse) ne peut être pratiquée qu'à l'issue d'une procédure qui vise d'une part la prescription de la méthode la plus adaptée et d'autre part à s'assurer que l'intéressée désire effectivement cette intervention.

Cette procédure a été récemment mise à jour par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Une nouvelle loi s'imposait car celles de 1967 et 1974 sur la contraception et celles de 1975 et 1979 sur l'IVG n'étaient plus totalement adaptées, selon le gouvernement, à la réalité sociale et à la réalité médicale. Partant de ce constat, le gouvernement avait demandé en 1998 des enquêtes plus approfondies dans ces 2 domaines.

Quelques chiffres ressortaient de ces travaux : 220 000 IVG pour 730 000 naissances, en 1998 ; la proportion de ces interventions par rapport aux accouchements varie largement d'une région à l'autre (20 en Alsace, 45 en Corse, 70 en Guadeloupe). En 1990, 22 des IVG concernaient des femmes en ayant déjà subi au moins une ; 10 000 mineures par an étaient confrontées à une grossesse non désirée et 7000 d'entre elles avaient eu recours à une IVG ; 5 000 femmes par an, avec une grossesse non désirée qui dépassait 12 semaines d'aménorrhée (SA), étaient obligées de l'interrompre dans un pays européen proche. Le gouvernement a donc présenté un projet de loi en juillet 2000, afin de faciliter l'accès à la contraception et à l'IVG qui allait aboutir à la nouvelle loi publiée au Journal officiel le 7 juillet 2001. 88

Législations européennes en matière de délai d'IVG

14 SA	18 SA	22 SA	24 SA
Autriche Belgique France Danemark Grèce Luxembourg	Suède	Espagne	Grande-Bretagne Pays-Bas

Cadre légal

• Consultation initiale

Tout médecin peut être amené à pratiquer une IVG. Le médecin sollicité est en droit de refuser la demande (clause de conscience), mais il doit en informer l'intéressée sans délai, et lui communiquer immédiatement le nom des praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ou un établissement pratiquant les IVG.

Le médecin qui fait la consultation initiale doit faire le diagnostic de la grossesse et préciser l'âge gestationnel.

L'IVG ne peut être réalisée qu'avant la fin de la 12^e semaine de grossesse (14 SA).

Un examen clinique complet doit être réalisé.

Les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux sont détaillés.

L'examen au spéculum vérifie la normalité du vagin, la position et l'aspect du col.

Le toucher vaginal apprécie la souplesse de culs-de-sac vaginaux, la position et le volume utérin qui est comparé à l'aménorrhée annoncée.

Le diagnostic différentiel se fait avec une grossesse multiple, une grossesse extra-utérine, une grossesse molaire, une grossesse arrêtée, un utérus fibromateux.

Le médecin doit donner à la patiente une information claire et adaptée sur les méthodes d'IVG et d'anesthésie, sans occulter les risques potentiels.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et prescrit éventuellement dès la visite pré-IVG.

A l'occasion de la consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit être envisagé.

Le médecin remet à l'intéressée un dossier-guide sur la procédure légale de l'IVG, qui contient aussi les informations relatives aux différentes techniques d'intervention.

La loi n'impose aucun examen complémentaire particulier.

En vertu de l'obligation de moyens, le médecin doit cependant s'aider d'éventuels examens.

La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), et des frottis cervico-vaginaux de dépistage.

Tout écoulement vaginal suspect fait l'objet d'un prélèvement bactériologique (en cas de suspicion d'infection locale, un traitement préopératoire est prescrit).

Le dosage de p-HCG peut être utile, mais le dosage unique n'apporte aucun renseignement sur l'évolution et la localisation de la grossesse.

Un contrôle échographique est justifié en cas de doute sur l'âge réel de la grossesse, son évolution ou sa localisation.

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières.

• Entretien d'information, de soutien et d'écoute (entretien social)

Jusqu'à présent, l'entretien social était obligatoire. Suite à la loi du 4 juillet 2001, cette consultation est systématiquement proposée à la femme majeure, avant et après l'IVG.

Il est obligatoire pour la mineure. Lors de cet entretien avec une personne qualifiée, une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

Pour garantir le plus large accès à ce temps de dialogue, les consultations peuvent aussi se dérouler dans les établissements privés pratiquant les IVG, ce qui était impossible avant juillet 2001. 89

• Cas de la mineure non émancipée

Le droit civil prévoit qu'un mineur ne peut exercer lui-même les droits qu'il (elle) a sur son corps en raison

de son incapacité juridique (Code civil, art. 371-2).

La mineure non émancipée présente au médecin la confirmation écrite de demande d'IVG, en dehors de la présence de toute personne.

Elle doit joindre l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou de son représentant légal pour la pratique de cet acte.

Si elle désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que l'un ou l'autre soit consulté, ou il doit vérifier que cette démarche a été faite lors de la consultation sociale.

Si elle ne veut pas effectuer cette démarche, l'IVG peut être pratiquée à sa seule demande ; elle se fait alors accompagner par une personne majeure de son choix. La mineure doit être conseillée sur le choix de cette personne.

L'adulte choisi par la mineure n'engage pas sa responsabilité civile ou pénale. Il a juste une mission d'accompagnement et de soutien psychologique et ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale.

• Délai de réflexion

L'IVG peut être pratiquée une fois que l'intéressée renouvelle sa demande par écrit. Le médecin ne peut accepter cette confirmation et donc effectuer l'IVG qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine après la première consultation médicale.

Ce délai de réflexion peut être raccourci à 2 jours si l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

• Structures de prise en charge

L'IVG peut avoir lieu dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés désignés par arrêté préfectoral.

Ces structures doivent être en nombre suffisant pour prendre en charge les demandes dans chaque département.

Un praticien d'exercice libéral pourra prendre en charge des IVG par méthode médicamenteuse à son cabinet.

Afin d'en garantir la sécurité sanitaire, une convention sera établie entre le praticien et un établissement qui pratique des IVG, dans des conditions qui vont être fixées par décret en Conseil d'État.

La mise en oeuvre de cette nouvelle possibilité nécessite l'intervention de dispositions réglementaires en cours de préparation, d'après la circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001.

Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, les structures qui pratiquent l'IVG sont soit intégrées soit en convention avec des établissements disposant d'un plateau technique permettant la gestion de l'ensemble des complications de cette intervention.

Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée, les IVG doivent être réalisées dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical.

Ces structures doivent être connues de tous les centres du département. Les établissements de santé privés ne sont plus tenus à effectuer un nombre d'IVG inférieur au quart du total de leurs actes chirurgicaux et obstétricaux.

Dans les territoires d'outre-mer, qui étaient sous l'incidence de la loi de 1920, des structures pour la prise en charge de l'IVG peuvent être organisées conformément à la loi du 4 juillet 2001.

• Couverture des frais

La loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 régleme la prise en charge de l'IVG par la Sécurité sociale.

La nouvelle loi sur l'IVG et la contraception permet à une mineure de demander l'IVG sans consentement parental. Dans ce cas, les frais afférents sont intégralement pris en charge par l'État.

Les modalités de cette prise en charge, qui garantit l'anonymat de la mineure, sont fixées par décret.

• **Réglementation pour les étrangères**

L'article L 162-11 du Code de la santé publique (CSP) mentionnait qu'une femme devait pouvoir attester d'une résidence régulière en France depuis au moins 3 mois pour avoir accès à l'IVG. Depuis juin 2000, cette disposition est supprimée.

La réalisation d'une IVG concernant une femme étrangère n'est soumise actuellement à aucune condition de durée et de régularité de séjour en France.

• **Pratique illégale**

L'IVG a été «dépénalisée». Les sanctions du code pénal relatives à la pratique illégale de l'IVG et à l'incitation à l'auto-avortement sont transférées vers le Code de la santé 90 publique, sans modification de fond. En outre, les peines encourues pour la propagande et la publicité pour l'IVG sont supprimées.

I. Quelles sont les techniques de l'IVG ?

Les femmes peuvent choisir la technique médicale ou chirurgicale ainsi que le mode d'anesthésie après avoir reçu des explications éclairées de la part du médecin prescripteur.

A ce jour l'IVG chirurgicale avec une anesthésie générale est largement prédominante : 81% d'IVG chirurgicales dont 75% avec une anesthésie générale.

De fortes disparités existent : l'IVG médicamenteuse varie d'un centre à l'autre de 0% à 60% et le taux d'anesthésie générale de 5% à 100%.

La méthode médicamenteuse

C'est l'alternative médicale à l'aspiration utérine pour l'IVG, réalisable au plus tard au 49-ème jour d'aménorrhée révolu (7 SA).

Cette méthode repose sur l'association d'un antiprogestérone et d'une prostaglandine et se propose d'obtenir une hémorragie avec expulsion complète, sans révision utérine.

a) Antiprogestérone (mifépristone Mifégyne, ex RU486 - comprimés de 200 mg)

b) Prostaglandines

1. Déroulement de la méthode

- **J1** : Une première visite pour la prise de mifépristone : 200 mg selon les recommandations ANAES ou 600 mg, conformément à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du produit, en prise unique. L'administration de la mifépristone sera effectuée par le médecin ou par le personnel infirmier sous délégation médicale. Avant la prise de la mifépristone, l'intéressée doit avoir signé un formulaire de consentement qui attestera qu'elle a été totalement informée de la méthode et des ses risques.

- **J3** : 36 à 48 heures après la prise de mifépristone, a lieu la prise de misoprostol, 400 mg en prise unique, par voie orale ou intravaginale. L'hémorragie, témoin de l'effet du traitement médical, survient dans les 3 à 4 heures suivant la prise du misoprostol, mais elle n'est nullement une preuve d'expulsion complète.

Si l'administration du misoprostol se fait dans le centre prescripteur la patiente peut rester sous surveillance médicale sans qu'elle soit forcément alitée, ni perfusée.

On surveille les saignements et on constate éventuellement l'expulsion.

Un traitement antalgique est administré, si besoin.

La patiente reçoit une injection de gammaglobulines anti-D si elle est Rhésus négatif.

Au bout de 3 heures elle peut partir avec une ordonnance de contraceptif et un rendez-vous pour la consultation de contrôle.

L'efficacité de la méthode médicamenteuse peut être améliorée sans augmenter les effets secondaires et avec la même acceptabilité si une deuxième dose de misoprostol (400 µg) est administrée aux patientes

qui n'ont pas expulsé dans les 3 heures après la première prise.

Le taux de succès passe alors à 98,5%, au lieu de 95% avec une seule dose de 400 mg de misoprostol.

La prise de misoprostol peut se faire à domicile, si la patiente le désire, après avoir pris un certain nombre de précautions (voire annexe n°1). Dans ce cas, le jour de l'administration de la mifépristone, les comprimés de misoprostol sont confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard, par voie orale.

- **J10 - 14** : Une consultation de contrôle doit avoir lieu impérativement dans un délai de 10 à 14 jours après la prise de mifépristone pour vérifier, par un examen clinique et éventuellement échographique, que l'expulsion a été complète.

Même si l'AMM de la mifépristone limite son utilisation à 7 SA, l'ANAES préconise également son emploi entre 7 et 9 SA et, dans des conditions particulières, entre 12 et 14 SA.

Entre 7 et 9 SA la technique médicamenteuse doit être utilisée exclusivement en milieu hospitalier. Le protocole recommandé est : mifépristone 200 mg per os suivie 36 à 48 heures plus tard d'une prise de misoprostol 400 µg, par voie orale ou vaginale. Si l'expulsion ne s'est pas produite 3 heures après la première administration de misoprostol, une deuxième dose de 400 mg peut être administrée par la même voie. L'efficacité de ce protocole entre 7 et 9 SA est de 90,5%.

Entre 12 et 14 SA le protocole repose sur la prise de mifépristone 200 mg per os suivi de misoprostol 800 mg par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard. Il faut prévoir une hospitalisation et une analgésie péridurale doit être disponible car la méthode est très douloureuse. Une révision utérine est envisagée soit systématiquement, soit en fonction du contrôle échographique. Une étude multicentrique nationale sur la validation de ce protocole d'IVG est en cours.

2. Contre-indications et précautions d'emplois de la méthode médicamenteuse avant 7 SA :

La mifépristone ne doit jamais être prise si :

insuffisance surrénale,

allergie connue à la mifépristone ou à l'un des constituants du comprimé,

asthme sévère non équilibré par traitement,

grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie, suspicion de grossesse extra-utérine.

La mifépristone est généralement déconseillée si insuffisance rénale, insuffisance hépatique, malnutrition. Bien qu'aucun accident cardio-vasculaire n'ait été rapporté avec le misoprostol, il est demandé au médecin, pour les fumeuses de plus de 10 cigarettes par jour et âgées de plus de 35 ans, d'évaluer le rapport bénéfique/risque par rapport à la méthode chirurgicale.

3. Risques et complications liés à la méthode

Selon les essais, le taux d'échec varie de 1,3 à 7,5%.

L'échec se définit par :

- grossesse évolutive (0 à 1,5%),
- grossesse arrêtée, mais incomplètement expulsée (1,3 à 4,6%)
- ou geste endo-utérin à visée hémostatique (0 à 1,4%).

Les métrorragies parfois abondantes peuvent être prolongées (jusqu'à 12 jours) après la prise de mifépristone. On recommandera à la patiente de ne pas s'éloigner du centre prescripteur et de le contacter en cas de métrorragies très importantes. En raison du risque hémorragique parfois grave (0 à 1,4% des cas) les patientes atteintes d'anémie ou de troubles de la coagulation à type d'hypocoagulabilité doivent être particulièrement surveillées.

	Méthode médicamenteuse ou Régulation menstruelle		Méthode chirurgicale ou Méthode médicamenteuse		Méthode chirurgicale		Méthode chirurgicale ou Méthode médicamenteuse	
4		7		9		12		14 SA

La technique chirurgicale

La technique chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie.

L'évacuation de l'utérus par la seule aspiration est souvent incomplète entre 12 et 14 SA.

Elle doit être complétée par une extraction des débris foetaux avec une pince. L'aspiration a largement supplanté le curetage.

Elle présente l'avantage d'une évacuation rapide avec un traumatisme utérin minimum.

1. Aspiration endo-utérine avant 7 SA Elle correspond à ce qui est décrit sous le terme de régulation menstruelle.

2. Aspiration endo-utérine entre 7 et 14 SA

- La dilatation cervicale (essentiellement médicamenteuse)
- L'aspiration (avec contrôle échographique)

Mesures complémentaires

1. Prise en charge de la douleur Les facteurs de risques de survenue d'une douleur intense lors d'une IVG sont connus : le jeune âge, la peur de l'acte, un utérus rétro-versé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et le plus avancées, l'hypoplasie cervicale, les antécédents de conisation. L'indication d'une anesthésie générale ou locale doit tenir compte de ces facteurs et du choix de la patiente.

2. Une fiche d'information sur les suites normales de l'IVG sera remise à la patiente ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

3. Prévention de l'incompatibilité Rhésus. Quel que soit le type de l'IVG, la prévention Rhésus doit être systématique chez toutes les patientes Rhésus négatif, dans les heures qui suivent l'IVG (une injection intraveineuse stricte d'une dose standard de 100 mg de immunoglobulines anti-D). Lors d'une IVG médicamenteuse avec prise du misoprostol à domicile, l'injection de gammaglobulines se fait le jour de la prise de mifépristone.

4. Prévention des complications infectieuses. L'antibioprophylaxie systématique n'est pas justifiée à la suite d'IVG. Une antibiothérapie est prescrite en cas d'antécédents connus d'infection génitale haute ou de cardiopathie valvulaire. Face à un risque de MST on doit proposer un prélèvement vaginal et/ou la recherche de Chlamydiae trachomatis par PCR dans les urines suivi d'un traitement de la patiente et du(des) partenaire(s) en cas de positivité.

5. Contraception. L'utilisation d'un moyen de contraception est fortement recommandée dans le cadre de l'IVG. La contraception oestroprogestative peut être débutée le jour même de l'IVG ou le lendemain. La pose d'un dispositif intra-utérin est possible en fin d'aspiration. La pose d'un dispositif sous-cutané (Implanon) peut se faire le jour même de l'IVG.

6. La visite de contrôle est prévue entre le 14e et le 21e jour post IVG. Il faut vérifier la vacuité utérine par un examen clinique et si besoin par une échographie. Il faut également insister sur le problème de la contraception et s'assurer de sa bonne utilisation. La visite de contrôle permet de s'assurer que l'IVG n'est pas suivie de 93

complications. C'est aussi le moment d'évaluer le retentissement psychologique de l'IVG sur la patiente et lui proposer, si besoin, un accompagnement spécifique.

7. La déclaration obligatoire de l'IVG à la DRASS se fait à l'aide d'un bulletin statistique anonyme, signé par le médecin qui a pratiqué l'IVG.

II. Complications

Les avortements clandestins d'autrefois ont fait place à des gestes codifiés, précis, dans des structures adéquates. Cela a entraîné la diminution du nombre et de la gravité des complications liées à l'interruption de grossesse.

La mortalité La mortalité imputée aux IVG clandestines commence à être répertoriée à partir des années 50 mais il n'y a pas d'estimations exactes pour la période précédant la législation sur l'IVG. Dix morts ont été déclarées en France par avortement légal pour la période 1975-1985. L'OMS retient les valeurs de 0,6 à 1,2 décès pour 100 000 avortements légaux avant 13 SA. Le risque léthal est principalement en rapport avec le terme de la grossesse et avec l'expérience de l'opérateur. Le risque est double pour les médecins réalisant moins de 50 avortements annuels par comparaison avec ceux qui ont une pratique de 100 à 150 par an.

Complications immédiates

1. Au cours d'une anesthésie générale le taux de mortalité est de 0,6 pour 100 000 avortements soit 4 fois plus que sous anesthésie locale. La prévention de ce risque se fait en éliminant les pratiques précaires et en mettant en place de liens entre les départements d'anesthésie et les structures de prise en charge de l'IVG.

2. Hémorragies. Elles surviennent pendant et dans l'heure qui suit l'intervention. Leur fréquence est plus importante si anesthésie générale et augmente avec l'âge gestationnel. Les hémorragies dans les suites immédiates de l'IVG, outre la plaie du col, sont dues soit à une atonie utérine, soit à une rétention ovulaire. L'atonie répond parfaitement à une injection d'utérotonique.

3. Lésions cervicales. Elles sont habituellement bénignes, saignant peu et laissant une cicatrice sans conséquences. Pour un petit nombre, une suture hémostatique est nécessaire. Pour l'IVG du premier trimestre, l'OMS donne un taux de lésions cervicales entre 0,10 et 1,18%. Elles sont plus fréquentes en cas d'anesthésie générale.

4. Perforations utérines.

5. La fausse route correspond à l'effraction du col et de l'isthme lors de la dilatation. Celle-ci nécessite la réalisation de l'IVG sous contrôle échographique, afin de retrouver le trajet cervical normal.

6. Le malaise vaginal est en relation le plus souvent avec la dilatation. Une information précise, un bon accompagnement de la patiente, une prémédication anxiolytique, une préparation cervicale médicamenteuse et l'anesthésie locale diminuent facilement le risque.

7. L'embolie gazeuse est extrêmement rare lors d'une IVG. Elle est possible s'il y a une erreur dans l'utilisation de la source de vide. La production du vide doit être obtenue par un matériel à dépression réglable. 94

Complications tardives

1. Les infections post IVG ont une expression clinique similaire à l'ensemble des infections génitales. Elles peuvent aller d'une simple réaction fébrile à des tableaux plus sévères comme l'endométrite. La précocité du traitement réduit le plus souvent les séquelles

2. La rétention placentaire complique 0,75% des IVG. Elle se manifeste par des métrorragies, des pelvialgies et une absence d'involution de l'utérus et s'accompagne d'une élévation du risque infectieux. Une révision utérine sous échographie est proposée.

- 3. L'iso-immunisation Rhésus** en l'absence de séroprévention serait d'environ 7%.
- 4. Retentissement sur la fertilité** . La stérilité post avortement est difficile à apprécier.
- 5. La méconnaissance d'une grossesse ectopique et molaire.** Même si cette éventualité est extrêmement rare, elle est toujours à redouter. La généralisation de l'échographie et le recours éventuel à l'examen anatomo-pathologique du produit d'aspiration ont considérablement réduit ce risque.
- 6. Séquelles psychoaffectives.** Le traumatisme psychique subi par la patiente est très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle mais aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG. De nombreuses femmes éprouvent un sentiment de culpabilité. Il est communément admis que pour les femmes en bonne santé physique et mentale l'IVG n'a que très peu de conséquences psychologiques, mais il n'en va pas de même pour les patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique, notamment du registre psychotique. Dans ce cas, une prise en charge psychiatrique préventive est souhaitable.

Points essentiels

La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander l'interruption de sa grossesse avant la fin de la 12ème semaine de grossesse (14 SA).

L'IVG ne peut être pratiquée que par un médecin.

L'entretien social pré-IVG est systématiquement proposé et il reste obligatoire pour la mineure non émancipée.

Le principe du consentement parental pour la mineure qui demande une IVG est maintenu, mais la loi donne la possibilité au médecin de pratiquer l'IVG sans l'avoir obtenu.

La méthode médicamenteuse s'applique de préférence avant 7 SA mais elle peut être utilisée, jusqu'à 9 SA.

La méthode chirurgicale avec une anesthésie locale ou générale reste la méthode de choix entre 7 et 14 SA.

La visite de contrôle est essentielle (efficacité, contraception, MST).