

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2007

THESE N° ~~448~~

3120 14

**Evaluer la faisabilité de la méthode médicamenteuse dans le cadre
des demandes d'interruption volontaire de grossesse entre 9 et 14
semaines d'aménorrhée**

*au centre de planification du service de Gynécologie du CHRU de Limoges
entre 2005 et 2006.*

THESE



POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mardi 26 juin 2007

PAR

Florence ATGIE
Née le 19 mai 1978 à Périgueux

EXAMINATEURS DE LA THESE

Mr le Professeur AUBARD	Président
Mme le Professeur NATHAN-DENIZOT	Juge
Mme le Professeur TEISSIER-CLEMENT	Juge
Mr le Professeur VERGNENEGRE.....	Juge
Mme le Docteur MILLORD	Membre invité
Mme le Docteur MOLLARD.....	Directeur de Thèse

UNIVERSITE DE LIMOGES

1.9.2006

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

Monsieur le Professeur PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S.)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BONNAUD François (C.S.)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHAPOT René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre
CORNU Elisabeth
COURATIER Philippe
DANTOINE Thierry
DARDE Marie-Laure
(C.S.)
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel
(C.S.)
DENIS François
(C.S.)
DESCOTTES Bernard
(C.S.)
DUDOGNON Pierre (SUR 31.8.2009)
DUMAS Jean-Philippe
(C.S.)
DUMONT Daniel
(CS)
FEISS Pierre
(C.S.)
FEUILLARD Jean
(CS)
GAINANT Alain
(C.S.)
GAROUX Roger
(C.S.)
GASTINNE Hervé
(C.S.)
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile
LABROUSSE François
(CS)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc
(C.S.)
LE MEUR Yannick
LIENHARDT-ROUSSIE Anne
MABIT Christian
MARQUET Pierre
MAUBON Antoine

UROLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIO-VASCULAIRE

NEUROLOGIE

GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

PEDIATRIE

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

CHIRURGIE DIGESTIVE
(C.S. par intérim de MEDECINE LEGALE et DROIT de
la SANTE)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

UROLOGIE

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

ANESTHESIOLOGIE ET
REANIMATION CHIRURGICALE

HEMATOLOGIE

CHIRURGIE DIGESTIVE

PEDOPSYCHIATRIE

REANIMATION MEDICALE

IMMUNOLOGIE

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

MEDECINE VASCULAIRE

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

NEPHROLOGIE

PEDIATRIE

ANATOMIE-

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

MELLONI Boris		PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)		PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques		BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)		NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S.)		CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie		ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François		ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
PILLEGAND Bernard	(SUR 31.8.08)	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
PIVA Claude	(SUR 31.8.08)	MEDECINE LEGALE et DROIT DE LA SANTE (C.S. par intérim : M. le Professeur DESCOTTES)
PLOY Marie-Cécile		BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie		EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (CS)		BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
SALLE Jean-Yves (C.S.)		MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)		O.R.L.
STURTZ Franck		BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TREVES Richard		RHUMATOLOGIE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre		ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)		CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (CS)		NEUROLOGIE
VALLEIX Denis		ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)		BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNENEGRE Alain (CS)		EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S.)		MEDECINE INTERNE

VIGNON Philippe

REANIMATION MEDICALE

VIROT Patrice
(CS)

CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre
(C.S)

MALADIES INFECTIEUSES

YARDIN Catherine
(C.S)

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie

BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

ANTONINI Marie-Thérèse
(CS)

PHYSIOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

DRUET-CABANAC Michel

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine

ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

JULIA Annie

HEMATOLOGIE

LAPLAUD Paul

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

MOUNIER Marcelle

BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE ; HYGIENE
HOSPITALIERE

PETIT Barbara

ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PICARD Nicolas

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

RONDELAUD Daniel

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

VERGNE-SALLE Pascale

THERAPEUTIQUE

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

Monsieur le Professeur AUBARD Yves

Gynécologie obstétrique
Professeur des Universités
Chirurgien des hôpitaux
Chef de service

Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.
Pour la valeur de l'enseignement que vous nous avez dispensé tout au long de nos études,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

Madame le Professeur NATHAN-DENIZOT Nathalie

Anesthésie Réanimation chirurgicale
Médecin des hôpitaux

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail
Pour votre disponibilité
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance

Madame le Professeur TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

Endocrinologie diabétologie
Maladies métaboliques
Médecine de la reproduction
Professeur des Universités
Praticien hospitalier

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail
Pour vos qualités humaines et l'originalité de votre enseignement
Veuillez trouver ici l'expression de ma très grande gratitude

Monsieur le Professeur VERGNEGRE Alain

Epidémiologie, santé publique
Professeur des Universités
Médecin des hôpitaux
Chef de service

Pour l'intérêt que vous avez voulu porter à ce sujet et pour votre disponibilité comme enseignant
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

Madame le Docteur MILLORD

Pour l'intérêt que vous avez voulu porter à ce travail
Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements

Madame le Docteur MOLLARD Joëlle

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour votre patience et votre disponibilité
Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus respectueux

Merci au service de gynécologie pour leur accueil et leur disponibilité

Merci à Madame Zen pour m'avoir accompagné pendant ces quelques semaines dans les couloirs des archives de Chastaingt

A mes parents,

Pour leurs encouragements, leur réconfort, leur soutien tout au long de ces années d'étude
Dans cette réussite je vous dois beaucoup et je voudrais vous dire merci pour tout.

A ma sœur, à la sœur,

Pour avoir toujours été là sans faille auprès de moi
A nos futurs voyages réels ou imaginaires sur les routes du Nil ou au large des plages de Bali
Et surtout n'oublie jamais « que la force soit avec toi ».

A mes grands-mères,

Pour s'être toujours intéressées à mes études et à mon travail.

A Annie et Bernard,

Pour leur gentillesse à m'accueillir toujours aussi chaleureusement.

A mes amies, à mes amis,

Que l'on soit ici ou ailleurs l'amitié se vit, s'entretient et reste.

A Pierre,

Pour ta patience et ton indulgence tout au long de ce travail

Merci de m'avoir suivi sans hésitation au milieu du Pacifique pendant ces quelques mois.

A Tahiti,

Où mes pensées m'envolent encore de temps en temps

A ma petite boule,

Qui pousse et tambourine à l'intérieur de moi

Maintenant ma nouvelle aventure c'est toi

Alors on attend.....

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	p. 14
II-	ETAT DE LA QUESTION	p. 16
II-	1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	P. 17
II-	1.1. Historique	p. 17
II-	1.2. Lois et réglementations autorisant la réalisation de l'IVG	p. 18
II-	1.2.1. La Loi Veil	p. 18
II-	1.2.2. L'application de la loi après 1975	p. 19
II-	1.3. Démarches administratives et médicales lors d'une demande d'IVG	p. 23
II-	1.3.1. Condition à remplir pour l'IVG	p. 23
II-	1.3.1.1. Les conditions d'accès	p. 23
II-	1.3.1.2. La première consultation	p. 24
II-	1.3.1.3. La consultation d'information sociale	p. 25
II-	1.3.1.4. La deuxième consultation	p. 26
II-	1.3.1.5. La réalisation de l'IVG	p. 26
II-	1.3.1.6. Le suivi	p. 27
II-	1.3.2. Eléments administratifs	p. 27
II-	1.4. Recommandations de l'ANAES	p. 28
II-	1.5. Coûts et prise en charge de l'IVG	p. 29
II-	1.6. Epidémiologique	p. 31
II-	1.6.1. La mesure de la fréquence de l'IVG en France	p. 32
II-	1.6.2. Description de l'âge gestationnel et de la technique utilisée	p. 34
II-	1.6.3. Les établissements d'IVG	p. 36
II-	1.6.4. Mortalité maternelle liée au IVG en France	p. 36
II-	1.6.5. Les antécédents d'avortement	p. 37

II-	2. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE	p. 37
II-	2.1. Histoire	p. 37
II-	2.2. La technique chirurgicale	p. 38
II-	2.2.1. Technique de dilatation cervicale	p. 38
II-	2.2.2. Technique d'aspiration	p. 39
II-	2.2.2.1. Mini aspiration	p. 39
II-	2.2.2.2. Aspiration par la méthode KARMAN	p. 39
II-	2.3. Suites opératoires	p. 40
II-	2.4. Morbidité maternelle liée aux IVG chirurgicales	p. 40
II-	2.4.1. Complications per-IVG	p. 40
II-	2.4.1.1. Complications anesthésiques	p. 41
II-	2.4.1.2. Complications hémorragiques	p. 41
II-	2.4.1.3. Perforations utérines	p. 42
II-	2.4.1.4. Traumatisme cervical	p. 42
II-	2.4.2. Complications post-IVG	p. 42
II-	2.4.2.1. Rétentions post-IVG	p. 42
II-	2.4.2.2. Complications infectieuses	p. 43
II-	2.4.2.3. Complications thromboemboliques	p. 43
II-	3. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MEDICAMENTEUSE	p. 43
II-	3.1. Histoire	p. 43
II-	3.2. Agents pharmacologiques utilisés	p. 45
II-	3.2.1. MIFEPRISTONE	p. 45
II-	3.2.2. MISOPROSTOL	p. 49
II-	3.2.3. GEMEPROST	p. 50
II-	3.3. Protocole utilisé en France	p. 51
II-	3.3.1. Jusqu'à 7 SA	p. 51
II-	3.3.2. Après 7 SA	p. 52
II-	3.4. Complications et morbidité maternelle	p. 53
II-	3.4.1. Métrorragies	p. 53
II-	3.4.2. Ruptures utérines	p. 53
II-	3.4.3. Rétentions ovulaires partielles ou complètes	p. 53
II-	3.4.4. Risques d'infection génitale	p. 53
II-	3.4.5. Allo-immunisation foeto-maternelle	p. 54

II-	4. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN LIMOUSIN	p. 54
II-	4.1. Nombre d'IVG	p. 54
II-	4.2. Caractéristiques socio-économiques des femmes pratiquant les IVG en Limousin	p. 56
II-	4.2.1. Répartition des IVG selon l'âge des femmes	p. 56
II-	4.2.2. Répartition des IVG selon l'activité professionnelle des femmes	p. 57
II-	4.2.3. Répartition des IVG selon la durée de gestation en semaine d'aménorrhée	p. 57
II-	4.2.4. Répartition en fonction de la gestité	p. 58
II-	4.2.5. Répartition en fonction des IVG antérieures	p. 58
II-	4.3. Les IVG médicamenteuses en Limousin	p. 59
III-	OBJECTIFS	p. 60
III-	1. OBJECTIF PRINCIPAL	p. 61
III-	2. OBJECTIFS SECONDAIRES	p. 61
IV-	METHODOLOGIE	p. 62
IV-	1. TYPE, DUREE ET LIEU D'ETUDE	p. 63
IV-	2. CONSTITUTION DE LA POPULATION D'ETUDE	p. 63
IV-	2.1. Critères d'inclusion	p. 63
IV-	2.2. Critères d'exclusion	p. 63
IV-	3. LE RECUEIL DE DONNEES	p. 63
IV-	3.1. La fiche de recueil	p. 64
IV-	3.1.1. Données socio-démographiques	p. 64
IV-	3.1.2. Facteurs de risque	p. 64
IV-	3.1.3. Antécédents	p. 64
IV-	3.1.4. Première consultation	p. 64
IV-	3.1.5. Intervention	p. 65
IV-	3.1.6. Ré hospitalisation	p. 65
IV-	3.1.7. Consultation de contrôle	p. 66
IV-	3.2. Déroulement pratique	p. 66

IV-	4. PROTOCOLE DE L'IVG MEDICAMENTEUSE APRES 9 SA AU CHU DE LIMOGES	p. 66
IV-	5. METHODOLOGIE STATISTIQUE	p. 67
V-	RESULTATS	p. 68
V-	1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE RESULTATS	p. 69
V-	1.1. Données socio-démographiques	p. 69
V-	1.1.1. Age des patientes	p. 69
V-	1.1.2. Catégories socioprofessionnelles	p. 70
V-	1.1.3. Statut conjugal	p. 71
V-	1.2. Antécédents personnels et obstétricaux	p. 71
V-	1.2.1. Tabac	p. 71
V-	1.2.2. Antécédents obstétricaux	p. 72
V-	1.2.2.1. Gestité	p. 72
V-	1.2.2.2. Parité	p. 72
V-	1.2.3. Antécédents d'IVG	p. 73
V-	1.3. Terme au moment de la réalisation de l'IVG	p. 74
V-	1.4. Mode d'intervention	p. 76
V-	1.5. Consultation de contrôle post-IVG	p. 76
V-	2. IVG MEDICAMENTEUSES	p. 77
V-	2.1. Efficacité	p. 77
V-	2.2. Effets secondaires	p. 78
V-	2.3. Complications	p. 78
V-	2.3.1. Complications précoces	p. 78
V-	2.3.2. Complications tardives	p. 79
V-	3. IVG CHIRURGICALES	p. 80
V-	3.1. Efficacité	p. 80
V-	3.2. Complications	p. 80
V-	3.2.1. Complications précoces	p. 80
V-	3.2.2. Complications tardives	p. 81

VI- DISCUSSION	p. 82
VI- 1. VALIDITE INTERNE	p. 83
VI- 1.1. Concernant le biais de sélection	p. 83
VI- 1.2. Concernant le biais d'information	p. 83
VI- 2. VALIDITE EXTERNE	p. 84
VI- 2.1. Définir le terme de la grossesse	p. 84
VI- 2.2. Données socio démographiques	p. 85
VI- 2.3. Efficacité	p. 86
VI- 2.4. Complications	p. 88
VI- 2.5. Prise en charge de la douleur dans l'IVG médicamenteuse	p. 90
VI- 2.6. Acceptabilité de la méthode d'IVG	p. 91
VI- 2.7. Aspects médico-légaux	p. 92
VI- 2.8. Evaluation du coût des IVG médicamenteuses et chirurgicales au CHRU de Limoges	p. 95
VII- CONCLUSION	p. 97
VIII- REFERENCES	p. 99
IX- ANNEXES	p. 108
X- SERMENT D'HIPPOCRATE	

LISTE DES ABBREVIATIONS

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANAES : Agence national d'accréditation et d'évaluation en santé

BIG : Bulletin d'interruption de grossesse

BIP : Diamètre bipariétal

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

EMA : Agence européenne d'évaluation des médicaments

HAS : Haute autorité de santé

INED : Institut nationale des études démographiques

INSEE : Institut nationale de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IVG med. (IVGm): Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

IVG chir.: Interruption volontaire de grossesse chirurgicale

IVGi : Interruption volontaire de grossesse instrumentale

LCC : Longueur craniale-caudale

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SA : semaines d'aménorrhée

PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information

LISTE DES TABLEAUX

Tableau A :	Nombre d'IVG déclaré en France entre 1977 et 2002 d'après l'Ined	p. 32
Tableau B :	Nombre d'IVG en France entre 1990 et 2004 d'après la DREES	p. 33
Tableau C :	Répartition des âges gestationnels au moment de l'IVG en France	p. 34
Tableau D :	Evolution des techniques d'IVG au cours du temps en France	p. 35
Tableau E :	Nombre d'IVG réalisé dans la région Limousin entre 1976 et 2004	p. 54
Tableau F :	Comparatif sur le nombre d'IVG réalisé dans les départements de la région Limousin	p. 55
Tableau G :	Moyenne d'âge des femmes en fonction de la méthode choisie	p. 69
Tableau H :	Choix de la méthode d'IVG en fonction de l'activité professionnelle (33 dossiers exclus pour données manquantes)	p. 70
Tableau I :	Choix de la méthode d'IVG en fonction du statut conjugal (6 dossiers exclus pour données manquantes)	p. 71
Tableau J :	Choix de la méthode d'IVG en fonction de la parité (2 dossiers exclus pour données manquantes)	p. 73
Tableau K :	Choix de la méthode d'IVG en fonction du terme de la grossesse au moment de l'IVG	p. 75
Tableau L :	Réalisation de la consultation de contrôle après l'IVG (26 dossiers exclus pour données manquantes)	p. 77
Tableau M :	Utilisation d'un traitement antalgique dans l'IVG médicamenteuse	p. 78
Tableau N :	Incidents ou accidents immédiats pour les IVG médicamenteuses	p. 79
Tableau O :	Complications tardives pour les IVG médicamenteuses	p. 79
Tableau P :	Incidents ou accidents immédiats pour les IVG chirurgicales	p. 80
Tableau Q :	Complications tardives pour les IVG chirurgicales	p. 81
Tableau R :	Evaluation de l'âge gestationnel (collège français d'échographie fœtale)	p. 84

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I :	Evolution du nombre d'IVG : comparatif entre la région Limousin et la France	p. 55
Graphique II:	Répartition des IVG selon l'âge des patientes de la région en fonction des départements	p. 56
Graphique III :	Répartition des femmes selon leur activité professionnelle en 2003 en Limousin	p. 57
Graphique IV :	Nombre d'IVG réalisé en Limousin en 2003 selon le terme de la grossesse	p. 57
Graphique V :	Répartition des femmes selon le nombre de grossesse antérieure en 2003 en Limousin	p. 58
Graphique VI :	Répartition des femmes selon le nombre d'IVG antérieure en 2003 en Limousin	p. 59
Graphique VII :	Part des IVG médicamenteuses réalisée en 2003	p. 59
Graphique VIII :	Choix de la méthode d'IVG en fonction de l'âge des patientes	p. 70
Graphique IX:	Choix de la méthode d'IVG en fonction de la gestité	p. 72
Graphique X:	Choix de la méthode d'IVG en fonction des antécédents d'IVG	p. 74
Graphique XI :	Répartition en fonction du terme le jour de l'IVG	p. 75
Graphique XII :	Répartition des femmes en fonction de la méthode d'IVG choisie	p. 76

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

La modification de la loi française du 4 juillet 2002 sur l'interruption volontaire de grossesse avec l'allongement du délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée pose la question de la prise en charge de ces IVG dites tardives. Avant cette loi, il était classique de considérer que l'IVG jusqu'à 12 SA relevait de la méthode chirurgicale et que les interruptions après 12 SA, d'indication thérapeutique, pouvaient bénéficier de la méthode médicamenteuse.

Cet allongement du délai légal s'est accompagné de nombreuses recommandations avec cette « non recommandation » de pratiquer la méthode médicamenteuse après 7 SA ou 9 SA sous certaines conditions. Seuls quelques centres en France continuent malgré tout à utiliser cette méthode médicamenteuse après ce terme.

Or peu d'études ont comparé l'IVG médicamenteuse à l'interruption de grossesse instrumentale après 9SA. L'objectif de ces comparaisons n'est pas le remplacement de l'IVG instrumentale par l'IVG médicamenteuse mais bien d'évaluer les avantages et inconvénients de chacune des deux méthodes.

Ce travail a voulu évaluer la faisabilité de la méthode médicamenteuse pour les IVG de 9 à 14 SA en étudiant les arguments contre l'utilisation de cette méthode en terme médical, légal et organisationnel. L'objectif est de laisser le choix de la méthode aux patientes après leur avoir expliqué de façon simple et éclairée les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elle.

II. ETAT DE LA QUESTION

II- 1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

II- 1.1. Historique

L'avortement fut au centre des débats tant politiques, que juridiques, économiques et sociaux pendant plus d'un siècle et demi.

L'avortement fut inégalement considéré selon les époques. La société antique, donna des conseils abortifs. Hippocrate soumit plus de cent recettes à ces successeurs (30). Tantôt moyen de contrôle des naissances, tantôt condamné, l'avortement fut avec l'arrivée du christianisme assimilé à un crime et sanctionné par l'excommunication (51).

Au moyen âge et jusqu'au XVIII^e siècle l'avortement fut puni par la peine capitale. En 1810 l'article 317 du code pénal condamné « au fer » médecins, chirurgiens et pharmaciens impliqués dans un avortement mais absous les femmes sur laquelle était pratiqué l'avortement. Au XIX^e siècle par contre la femme est condamnée à la réclusion criminelle.

Une loi est votée le 23 juillet 1920 qui réprime la « complicité et la provocation à l'avortement », ainsi que toute propagande anticonceptionnelle.

La loi du 27 mars 1923 transforma en délit l'avortement afin qu'il soit plus sévèrement puni.

Une loi du 14 septembre 1941, puis une loi du 15 décembre 1942 firent de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat qui pouvait être puni de la peine capitale. Ainsi le 30 juillet 1942, Marie-Louise Giraud est la dernière femme exécutée dans notre pays pour avoir pratiqué des avortements. Seul l'avortement pour sauver la vie de la mère est à cette époque introduit dans la loi.

Pendant de nombreuses années les associations vont se battre pour sensibiliser l'opinion publique et dénoncer les conditions dangereuses dans lesquelles l'avortement clandestin pouvait être pratiqué.

En 1960 est créé le mouvement français pour le planning familial qui veut donner aux femmes une liberté de choisir et développe les idées de contrôle des naissances.

Enfin les politiques envisagent la légalisation de la contraception. Un projet de loi est déposé par le député Mr Neuwirth visant à modifier les articles de la loi de 1920 qui portent sur l'interdit de la diffusion des contraceptifs. Cette loi est adoptée le 19 décembre 1967.

Mais la loi Neuwirth (42) est encore très restrictive : consentement écrit des parents pour les femmes de moins de 21 ans, interdiction de toute propagande ou publicité concernant la contraception et absence de remboursement par la sécurité sociale.

II- 1.2. Lois et règlements autorisant la réalisation de l'IVG

II- 1.2.1 La loi Veil

La campagne présidentielle de 1974 va marquer un tournant déterminant dans l'histoire de l'avortement. Madame Simone Veil, alors ministre de la santé, élabore un projet de loi relatif à l'IVG.

La loi Veil a pour objectif de lutter contre les inégalités sociales et surtout d'arrêter les avortements clandestins qui sont responsables chaque année de décès de femmes jeunes en bonne santé.

Après des débats âpres et virulents le 17 janvier 1975(43), la loi Simone Veil, est adoptée par l'Assemblée Nationale à 284 voix contre 189.Elle met fin à un combat difficile en légalisant l'avortement en France.

La loi Simone Veil (43) et la loi Monique Pelletier du 31 décembre 1979 (44) autorisent l'IVG dans les 10 premières semaines de grossesse quand la femme s'estime dans une situation de détresse. Les principes de loi de 1979 confirment et complètent ceux de 1975. Les conditions pour réaliser une IVG sont fixées et toute réalisation ne respectant pas ces dispositions relèvent d'un avortement illégal.

L'IVG est pratiquée par un médecin, dans un établissement public ou privé agréé, après deux consultations médicales, un entretien social obligatoire et après un délai de réflexion d'une semaine. Un dossier guide d'information, une attestation d'entretien et un certificat médical attestant que le médecin s'est conformé aux dispositions de la loi doivent être remis à la femme à l'issue des consultations. L'autorisation d'un des deux parents ou du représentant de l'autorité parentale, s'il s'agit d'un mineur, est exigée. L'information sur la contraception est obligatoire. Par ailleurs ce cadre législatif de l'IVG est complété par différentes dispositions :

- Dispositions qui concernent la patiente :

- dans le cas où le terme légal de 10 semaines de grossesse risquerait d'être dépassé, le médecin a la possibilité de réduire le délai de réflexion à 48 heures
- la femme doit confirmer par écrit, après délai de réflexion, sa demande d'IVG
- le consentement de la mineure est requis et doit être donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal
- une femme étrangère doit attester d'une résidence d'au moins 3 mois pour pouvoir bénéficier d'une IVG sauf si elle est réfugiée politique

- Dispositions qui concerne la personne qui réalise l'IVG :

- nul n'est contraint de réaliser une IVG ou d'y participer. En cas de refus, la femme doit en être avisée, au plus tard, lors de la première consultation
- le quota des cliniques privées pour les actes relatifs aux IVG est fixé à 25% du total des actes chirurgicaux et obstétricaux
- l'enseignement sur la contraception devra prendre une plus grande place dans la formation des médecins et des personnels paramédicaux
- les peines encourues par les personnes qui pratiquent des avortements illégaux sont alourdies et les dispositions de l'article 317 du Code pénal sont appliquées. La publicité des produits ou des méthodes provoquant l'avortement et la propagande concernant les établissements dans lesquels sont pratiqués les IVG sont interdites. L'incitation à l'avortement même licite est sanctionnée
- il y a une obligation d'archivage des documents confirmant la demande de la femme des attestations de consultations de bonne conformité aux dispositions de la loi et une obligation de déclaration de l'IVG au médecin inspecteur régional de santé.

II- 1.2.2. L'application de la loi après 1975

Le 31 décembre 1982, la loi est révisée (loi Roudy) et prévoit le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale

Le 28 décembre 1988, un arrêté légalise la distribution de la mifépristone après approbation du Comité consultatif national d'éthique qui insiste sur le fait que l'usage de ce produit se fasse dans le cadre des lois existantes sur l'IVG.

La loi du 27 janvier 1993, précédée par deux circulaires en 1991 et en 1996, introduit dans notre législation deux mesures d'ordre social avec le délit d'entrave à l'IVG. En effet la volonté du législateur est ici de réprimer les actions des groupes qui empêchent ou tentent d'empêcher un avortement ou les actes le précédant. Il cible les manifestations qui perturbent l'accès aux établissements concernés. Il inclut les menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels travaillant dans ces établissements ou envers les femmes venues y subir une IVG. L'autre mesure sociale est la dépénalisation de l'auto avortement.

En mars 1999, le Professeur Nisand est l'auteur d'un rapport sur l'IVG (48) demandé par le ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale. Il met en évidence les difficultés d'accès au IVG en France et propose plusieurs mesures pour une meilleure application de la loi Veil.

Suite aux résultats de ce rapport témoignant d'inégalité franche dans la prise en charge des femmes, le 26 février 2001 l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé élabore à la demande de la direction générale de la santé des recommandations professionnelles concernant la prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines, pour aider les praticiens à choisir les soins les plus appropriés (1).

La loi du 4 juillet 2001(46) en reprenant certaines propositions formulées en février 1999 par le Professeur Nisand va modifier et actualiser les dispositions légales antérieures.

- Dispositions qui concernent les patientes :

- le délai de réalisation de l'IVG est allongé à 12 semaines de grossesse « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 12^e semaine de grossesse »

- le caractère obligatoire de la consultation sociale préalable à l'IVG est supprimé pour les femmes majeures, toutefois cet entretien doit être systématiquement proposé par le médecin à la femme et il reste obligatoire pour les mineures
- l'obligation de l'autorisation parentale pour les mineures est abrogée. La loi ne revient pas sur le principe de l'autorité parentale, qui demeure la règle, elle prévoit seulement dans certain cas, une dérogation à ce principe qui tient compte des difficultés des mineurs. La loi prévoit dans le cas où la mineure non émancipée serait dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale ou qui est confronté à une incompréhension familiale telle qu'elle souhaite garder le secret, de donner le nom d'un adulte référent qui peut être un membre de sa famille, ou un proche ou une personne qualifiée, membre d'une association. L'adulte choisi par la mineure pour l'accompagner dans sa démarche ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale et ne se substitue pas au représentant légal ; cette situation d'accompagnant ne génère donc en principe aucune obligation légale qui serait susceptible d'engager la responsabilité juridique de la personne concernée.
- La femme a le choix entre l'hospitalisation et le mode ambulatoire pour les IVG médicamenteuses

- Dispositions concernant la personne qui réalise l'IVG :

- Suppression pour les établissements privés de la limitation du nombre des IVG et de l'interdiction de procéder dans leurs locaux à la consultation psychosociale pré-IVG.
- Lever des sanctions pénales liées à la propagande et à la publicité en faveur de l'IVG, les incriminations dis paraissent du code pénal et sont reportées dans le code de santé publique, ce qui replace l'IVG dans un contexte sanitaire. Seul subsiste dans le code pénal l'article 223-10 condamnant l'IVG sans le consentement de l'intéressé
- Elargissement de la définition d'entrave à la pratique des IVG, renforcement des peines

Toutes les autres dispositions de la loi de 1975, confirmée par la loi de 1979, sont maintenues. La circulaire du 28 septembre 2001(15) précise les dispositions de la loi du 4 juillet. Elle fait référence aux recommandations de l'ANAES (1) concernant la prise en charge des IVG. Trois décrets publiés au journal officiel le 3 mai 2002 permettent l'application des nouvelles dispositions de cette loi :

- Le premier (18) institue la possibilité de réaliser des IVG par voie médicamenteuse à domicile en respectant les modalités de réalisation qui s'appuient sur les recommandations de l'ANAES. Cette prise en charge en ambulatoire s'étend jusqu'à 5 semaines de grossesse sous la responsabilité d'un médecin justifiant d'une expérience professionnelle adaptée, dans le cadre d'une convention signée entre le médecin et un établissement de santé prenant en charge les IVG susceptible d'accueillir la femme, en cas de nécessité médicale. Elle ne concerne pas les femmes de Rhésus négatif et les femmes habitant à plus d'une heure de trajet du dit établissement. La liaison avec l'établissement correspondant devra être systématiquement prévue, le médecin remet à la patiente un document écrit comportant l'adresse et le numéro de téléphone de l'établissement de santé concerné et une fiche de liaison contenant les éléments utiles de son dossier médical.
- Le second (19) impose aux établissements publics qui disposent de lits ou de place en gynécologue-obstétrique ou en chirurgie de pratiquer des IVG. Il précise que les établissements privés qui accueillent des femmes ayant recours à l'IVG doivent disposer de lits ou de place en gynécologue-obstétrique ou en chirurgie. Les établissements ont par ailleurs l'obligation de prendre en charge sans délai toutes complications survenant aux patientes. Un centre de planification familiale doit être intégré à ces établissements ou une convention doit être passée entre ces deux services.
- Le troisième (20) précise les modalités de la prise en charge anonyme et financière des mineurs qui demandent le secret ou qui demandent une IVG sans le consentement de leurs parents. Aucune demande de paiement ne peut être présentée à l'intéressé ou à l'assuré. L'intégralité des dépenses émises à cette occasion est prise en charge par l'état.

Cette loi facilite d'une part l'accès à l'IVG pour les mineures et en allongeant le délai légal pour pratiquer une IVG, elle devrait permettre la prise en charge de la majorité des demandes d'IVG qui pour des raisons de dépassement de délai s'effectuaient jusqu'alors à l'étranger. Mais il faut que les équipes se mobilisent pour cette prise en charge sur l'ensemble du territoire car il existe encore des inégalités

La nouvelle loi n'a pas modifié les conditions d'accès à l'IVG, la situation justifiant la demande requiert toujours une situation d'exception, seul le terme pour y recourir est allongé.

II- 1.3 Démarches administratives et médicales lors d'une demande d'IVG

Les démarches administratives et médicales lors d'une demande d'IVG sont bien codifiées en France.

La loi du 4 juillet 2001 replace l'IVG dans un contexte sanitaire et a modifié et actualisé les dispositions légales antérieures.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a édité quant à elle des recommandations nationales pour la prise en charge des IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (1).

II- 1.3.1. Conditions à remplir pour l'IVG

II- 1.3.1.1 Les conditions d'accès

« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'IVG », donc le cadre de la demande d'IVG est la situation de détresse témoignant du principe d'exception cher au législateur de 1975 mais qui n'a pas été modifié par la nouvelle loi. Les femmes sont toujours seules juges de cet état, ce qui en pratique relativise la portée de cet article.

II- 1.3.1.2. La première consultation

L'information que la femme doit recevoir préalablement à son IVG intègre le choix de la méthode d'IVG médicale ou chirurgicale en expliquant les risques et les effets secondaires potentiels, la réglementation, les démarches obligatoires à entreprendre, le coût d'une IVG et sa prise en charge. Il sera remis à la patiente des fiches d'information écrites complétant les explications orales selon les recommandations de l'ANAES.

Le médecin doit remettre à la patiente un dossier guide, mis à jour une fois par an, comportant :

- Le rappel des dispositions législatives concernant l'IVG
- La liste des établissements autorisés à pratiquer les IVG et leurs adresses
- La liste des établissements d'information, de consultation et de conseil familial, des centres de planification et d'éducation familiale, des services sociaux et d'autres organismes agréés

Ce sont les directions départementales des affaires sanitaires et sociales qui en assurent sa réalisation et sa diffusion au médecin.

Le médecin remettra à la patiente un certificat attestant qu'il l'a reçu en consultation en vue d'une IVG et qu'il s'est conformé aux dispositions de la loi.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer au plus tard lors de la première visite de l'intéressée de son refus et de lui communiquer immédiatement le nom de médecins susceptibles de pratiquer l'intervention afin de ne pas priver la femme de son droit d'accès à l'IVG dans les meilleurs délais.

Cette consultation inclut un examen clinique et représente l'occasion de proposer un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, un frottis cervico-vaginal de dépistage et la recherche par l'interrogatoire des facteurs de risque comme le tabac et de prendre la tension artérielle, le but étant de prescrire une contraception adaptée.

Par ailleurs un examen au spéculum est souhaitable et si nécessaire une recherche de germes et de mycoplasme et de chlamydiae peut être demandée.

En effet lors de cette consultation le mode de contraception ultérieure y est abordé et éventuellement prescrit pour être commencé dès le lendemain de l'IVG.

En l'absence de carte de groupe sanguin, une prescription de celui-ci avec recherche d'agglutinines irrégulières est réalisée. Une fiche d'information aux femmes de rhésus négatif est donnée concernant les gammaglobulines anti-D. Leur utilisation nécessite une information préalable des femmes, car ce sont des dérivés sanguins, et leur accord.

Enfin l'âge gestationnel est précisé par l'interrogatoire avec la date des dernières règles et l'examen clinique mais le recours à une échographie endovaginale doit être possible sur les lieux de la consultation.

II- 1.3.1.3. La consultation d'information sociale

Cette consultation a lieu en principe dans le courant de la semaine suivant la consultation médicale, dans un établissement indiqué dans le dossier guide, comme un centre de planification familiale. Quelque soit la situation, elle doit intervenir au moins 48 heures avant l'IVG. Dans les hôpitaux publics les centres d'IVG sont tenus d'accueillir en leur sein des permanences destinées à ce type d'entretien afin de permettre à la femme d'accomplir l'ensemble de ses démarches.

L'entretien n'est plus obligatoire pour la femme majeure, sa proposition systématique avant et après l'interruption de grossesse est par contre obligatoire. Par contre cet entretien préalable reste obligatoire pour les mineures.

Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui seront apportés, ainsi que si elle le désire, les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

Il est délivré à l'intéressée mineure une attestation qui porte sur la signature manuscrite de la personne qui a procédé à l'entretien et le cachet de l'établissement.

II- 1.3.1.4. La deuxième consultation

La réalisation de l'IVG ne peut survenir qu'après l'expiration d'un délai de réflexion d'une semaine et ceci quel que soit l'âge de la grossesse.

La circulaire du 28 septembre 2001 préconise de réduire le délai de réflexion à 48 heures pour les grossesses de 10 à 12 semaines de grossesse, permettant de réduire le risque médical supplémentaire que le délai maintenu ferait courir aux femmes.

Lors cette consultation, la femme doit remettre au médecin la confirmation écrite de sa demande d'IVG. La jeune femme mineure doit en outre présenter l'attestation d'entretien.

II- 1.3.1.5. La réalisation de l'IVG

Les IVG peuvent être réalisées soit en ambulatoire soit en hôpital de jour (hospitalisation inférieure à 12 heures). Les aspects techniques seront détaillés ultérieurement.

La femme peut toujours demander l'anonymat administratif de sa venue.

La réalisation de l'IVG doit être précédée d'un examen médical préopératoire et d'un bilan biologique (groupe sanguin, RAI). En cas d'anesthésie générale, la femme doit avoir vu l'anesthésiste au moins 48 heures avant l'intervention et pour les cas de mineure sans autorisation parentale celle-ci doit être vue plusieurs jours avant l'intervention accompagnée de l'adulte référent et de demander à cette personne accompagnante de lire attentivement avec la mineure le formulaire d'information sur l'anesthésie.

Le jour de l'IVG pour les femmes de Rhésus négatif une prévention de l'allo-immunisation avec une dose standard de gammaglobulines anti-D par voie parentérale est faite.

Lors de la sortie des conseils pour venir consulter en urgence en cas de fièvre, douleur, pertes nauséabondes, sont données à la femme. Les détails sont précisés dans une fiche de conseils post-IVG donnée aux femmes lors de leur retour à domicile. Cette fiche doit comporter un numéro de téléphone à composer en cas d'urgences de jour comme la nuit.

Enfin en cas d'anesthésie générale la femme doit sortir de la structure de soins accompagnée d'un adulte.

II- 1.3.1.6. Le suivi

Une consultation est obligatoire entre le 14^e et 21^e jour après l'IVG pour s'assurer de la vacuité utérine, l'absence de complications, de la mise en route et de la bonne compréhension d'une contraception efficace.

Une échographie de contrôle peut être réalisée.

II- 1.3.2. Les éléments administratifs

Le médecin qui réalise l'IVG doit avoir en sa possession les certificats prévus par la loi :

- Le certificat de la première consultation
- Le certificat de la deuxième consultation sauf si la deuxième consultation a lieu dans le centre qui réalisera l'IVG
- L'attestation écrite de la patiente et pour les mineures, le consentement parental éventuel et celui de la mineure

Ces documents seront sous la responsabilité conjointe du chef de service et du directeur de l'hôpital et devront être conservés pendant 1 an.

La réalisation d'une IVG donne lieu à une déclaration anonyme établie par le médecin ayant pratiqué l'IVG. Cette déclaration est envoyée dans un délai d'un mois au médecin inspecteur de la DRASS par l'établissement hospitalier. Pour les IVG réalisées en ambulatoire par un médecin, celui-ci envoie la déclaration anonyme à l'établissement avec lequel il a signé une convention. Ces déclarations étant collectées à l'échelon national sont traitées par l'INED et l'INSERM et elles donnent lieu à des données statistiques et démographiques.

Enfin le médecin ayant réalisé l'IVG remplit et signe une fiche pour que l'administration sache de quel forfait la femme relève. En effet, en France le coût de l'IVG est fixé par arrêté ministériel et dépend de la technique d'IVG choisie, du type anesthésie choisi et de la durée d'hospitalisation.

II- 1.4. Recommandations de l'ANAES

Le rapport rendu en mars 2001 par le Professeur Nisand met en avant une forte disparité dans les pratiques des IVG en fonction des régions mais aussi du secteur public ou privé.

Beaucoup d'établissements ne laissent pas le choix aux patientes de la méthode utilisée pour l'IVG même lorsque le contexte médical permettrait ce choix (48).

On remarque en particulier que les méthodes non chirurgicales sont moins proposées dans le privé que dans le public (la fréquence varie du simple au double) alors même que l'âge gestationnel est en moyenne plus bas dans le privé que dans le public. Certains médecins pourtant favorables à la méthode ne la proposent pas à toutes les femmes, parce qu'ils ont une idée a priori des femmes à qui la méthode convient. Les médecins hostiles à la méthode préfèrent l'acte chirurgical qu'ils jugent plus confortable pour eux-mêmes et pour la patiente. On retrouve le même genre d'arguments en faveur de l'anesthésie générale qui reste largement majoritaire (78% dans le privé et 45% dans le public).

Outre les conséquences sur les coûts qu'entraînent de telles pratiques, la morbidité de l'anesthésie générale est incontestable et justifie que son indication soit posée de manière médicale et pas de manière systématique (48).

Il faut donner aux femmes un accès au choix sur la méthode utilisée après une explication sur les risques respectifs des différentes méthodes tout en donnant une préférence à l'anesthésie locale qui est moins dangereuse et moins chère (48).

Ce rapport a donc été suivi de recommandations éditées par l'ANAES (1) qui visent à uniformiser les pratiques relatives aux IVG. Elles sont destinées à tous les professionnels de santé concernés par la prise en charge de l'IVG.

II- 1.5. Coût et prise en charge des IVG

La loi du 31 décembre 1982 (45) prévoit avec la circulaire du 30 mai 1975 et du 26 juillet 1979 (16) la prise en charge d'une partie des frais médicaux liés à l'IVG.

Des arrêtés publiés au journal officiel fixent les prix limites de soins et de l'hospitalisation afférents à l'IVG, qui ne doit pas faire l'objet d'une cotation selon les nomenclatures de la sécurité sociale. Le taux de prise en charge est fixé à 80% ou éventuellement à 100% pour les assurées sociales qui bénéficient de l'exonération du ticket modérateur.

Dans tous les cas, l'Etat prend en charge le coût de l'IVG et donc rembourse aux organismes d'assurance maladie les paiements effectués.

Le 20 novembre 2002 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les sénateurs adoptent le transfert de l'Etat sur le budget des assurances maladie du financement de l'IVG (56).

En France le coût de l'IVG est fixé par arrêté ministériel et dépend de la technique d'IVG choisie du type d'anesthésie et de la durée d'hospitalisation.

Montants en vigueur depuis le 29 juillet 2004 (57).

Coûts forfaitaires d'une IVG réalisée en établissement public ou en établissement privé à but non lucratif

IVG instrumentale avec une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à 12 heures:

- sans anesthésie générale: 190,38 €
- avec anesthésie générale: 238,38 €

IVG instrumentale avec une hospitalisation de 12 à 24 heures:

- sans anesthésie générale: 226,77 €
- avec anesthésie générale: 274,77 €

Forfait par journée d'hospitalisation supplémentaire: 36, 44 €

Forfait pour une IVG par mode médicamenteux: 257,91 €

Coûts forfaitaires d'une IVG réalisée dans les autres catégories d'établissements privés

IVG instrumentale:

- IVG : 57,60 €
- Anesthésie générale : 48,00 €
- Analyses biologiques préalables à l'IVG : 22,95 €
- Frais d'accueil, d'hébergement et de salle d'opération pour un séjour inférieur ou égal à 12 heures : 86,96 €
- Frais d'accueil, d'hébergement et de salle d'opération pour un séjour de 12 à 24 heures : 123,38 €
- Forfait par journée supplémentaire : 36,41 €

IVG par mode médicamenteux:

- Analyses sanguines préalables : 22,95 €
- Consultation comprenant la 1ère prise de médicament : 85,00 €
- Consultation comprenant la 2ème prise de médicament et surveillance en établissement : 122,61 €
- Consultation de contrôle et de vérification de l'IVG par méthode biologique : 38,50 €
- Consultation de contrôle et de vérification de l'IVG par échographie : 30,24 €

Coût de l'IVG par mode médicamenteux en médecine de ville

Forfait unique de 191,74 €

Ce forfait comprend la consultation durant laquelle la patiente remet la confirmation de sa demande par écrit, les consultations d'administration des médicaments, le coût de ces médicaments et la consultation de contrôle et de vérification.

Remboursement par la sécurité sociale

L'IVG pratiquée en établissement est remboursée à 80 % par l'assurance maladie. L'IVG médicamenteuse pratiquée en médecine de ville ou en consultation externe d'un établissement hospitalier est prise en charge à 70 %.

La différence (ticket modérateur) reste à la charge de l'assuré(e) ou de sa mutuelle, si celle-ci le prévoit.

Pour les bénéficiaires de la CMU (couverture maladie universelle) complémentaire, la prise en charge est de 100 %.

Prise en charge intégrale pour les mineures non émancipées sans consentement parental

Aucune demande de paiement n'est présentée pour les dépenses relatives aux consultations médicales et sociales, à la consultation pré-anesthésique, aux frais de soins et d'hospitalisation ou relatif à une IVG par mode médicamenteux.

Les documents nécessaires au remboursement des praticiens sont établis selon une procédure spéciale, de façon anonyme.

L'assistante sociale du service hospitalier peut les aider dans cette démarche.

Les forfaits d'hospitalisation ont été revalorisés car il n'était pas en adéquation avec les contraintes coûteuses que l'acte impose aujourd'hui.

II- 1.6. Epidémiologie

L'IVG est en France le seul acte médical ou médicochirurgical dont la réalisation nécessite une déclaration pour ne pas être illégal.

Les bulletins statistiques individuels anonymes sont adressés sous plis confidentiels par les établissements hospitaliers aux médecins inspecteurs des DRASS qui les remettent ensuite à la direction générale de la santé et à l'INSEE. L'article 16 de la loi de 1975 charge l'INED en liaison avec l'INSERM d'analyser et de publier les statistiques de l'IVG en France à partir du document obligatoire anonyme théoriquement rempli lors de chaque IVG.

La connaissance de la fréquence de l'interruption volontaire de grossesse, en France, n'est pas aisée, pour plusieurs raisons : la sous déclaration des interventions, fait reconnu et dont l'ampleur pourrait atteindre 10 à 20% selon les estimations et le retard dans l'analyse des bulletins statistiques d'IVG, normalement remplis et acheminés à l'INSEE pour chaque intervention (47).

Il est tout de même possible d'estimer les sous déclarations par divers regroupement et d'obtenir ainsi un chiffre approximatif des IVG réalisées chaque année. Le rapprochement des bulletins de l'IVG et des statistiques d'activité hospitalières permet d'évaluer à 25 000/an ces IVG non déclarées

II- 1.6.1. La mesure de la fréquence de l'IVG en France

Pour l'estimation globale du nombre d'IVG 3 sources de données sont exploitées chaque année

- Les bulletins d'interruption de grossesse (BIG)
- La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)
- Les données issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)

Les bulletins de déclaration traités par l'INED fournissent le nombre d'IVG déclaré en France par année et depuis son autorisation en 1975, le nombre d'interruption de grossesse n'a que peu varié (58).

Tableau A: Nombre d'IVG déclaré en France entre 1977 et 2002 d'après l'INED

année	1977	1983	1990	1997	2002
nombre absolu d'avortement	150931	182862	170428	163985	134797

statistiques de l'avortement: avortements enregistrés depuis 1976

source Ined

L'indice IVG/NV soit le nombre d'IVG une année donné rapporté aux naissances vivantes est passé de 0,203 en 1977 (soit 20,3 IVG pour 100 naissances vivantes) à 0,225 en 1997 puis 0,167 (soit 16,7 IVG pour 100 naissances vivantes) en 2002 (24).

Les statistiques d'activités des établissements apportent des informations notablement différentes, puisque le nombre d'IVG enregistrés dans les établissements était de 195992 en 1997 versus 163985 d'après l'Ined de la même année contre 202000 en 1990 soit 6% de plus (47).

La DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) après rapprochement des données issues du BIG, PMSI, SAE donne un nombre total des IVG en France métropolitaine. Ce nombre d'IVG reste globalement stable (24).

Tableau B: Nombre d'IVG en France entre 1990 et 2004 d'après la DREES

	1990	1995	2002	2003	2004
total IVG	197 406	179 648	206 596	203 346	210 664
taux d'IVG	14	12,3	14,4	14,1	14,6
évolution		-9,00%	15,00%	-2%	3,60%

sources:BIG;PMSI-MCO;SAE(DHOS-DREES)

Le taux d'IVG ou taux d'incidence des IVG rapporté aux femmes en âge de procréer (15 et 49 ans) est passé de 14,6 pour mille en 2004 contre 14 pour mille en 1990 (24).

La légalisation de l'avortement n'a entraîné ni banalisation ni dérapage comme montre la grande stabilité des chiffres depuis 1975.

Cette stabilité globale semble toutefois masquer une hausse des taux chez les moins de 25 ans. En effet, au total, 75% des IVG sont pratiquées chez des femmes âgées de 18 à 35 ans. En 2004 ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui y ont le plus recours. En revanche même si la fréquence des grossesses chez les adolescentes (conception entre 12 et 17 ans) a connu une forte diminution de 1980 à 1990 (de 87 pour 1000 à 55 pour 1000) mais s'est stabilisé depuis la proportion de celles qui recourent à l'IVG a augmenté. Ainsi le nombre d'IVG chez les mineures est en constante progression depuis 1990 (+ 32% entre 1990 et 2004) atteint 11500 en 2004, soit une jeune fille de 15-17 ans sur 100 (24).

Tandis que le recours aux méthodes de contraception médicalisée n'a cessé de s'accroître en France depuis le années 70, le nombre d'IVG est resté stable

Selon les résultats de l'enquête COCON (26), en 2000, on peut estimer que pour un tiers des femmes ayant été enceintes au cours des 5 années précédentes, la dernière grossesse était non souhaitée. La moitié de ses grossesses non prévues ont fait l'objet d'une IVG

La stabilité des taux d'IVG semble traduire une hausse de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue. Alors que 4 grossesses non prévues sur 10 se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de 6 sur 10 aujourd'hui. La tendance semble être plus marquée chez les jeunes femmes (8).

Les grossesses non prévues ne résultent pas uniquement de situation où la femme ou le couple n'utilisent pas de contraception puisque que la couverture contraceptive médicalisée en France s'approche des 72% c'est sur la pratique régulière et efficace de la contraception que le problème se situe.

II- 1.6.2. Description de l'âge gestationnel et de la technique utilisée lors de l'IVG

Concernant la distribution des âges gestationnels, nous avons les données de l'INED datant de 2002 qui nous fournissent des indications surtout qu'elles ont secondaire à l'élargissement du délai légal (58).

Tableau C: Répartition des âges gestationnels au moment de l'IVG en France

âges gestationnels	0-4	5	6	7	8	9	10	11	12 à 14	nombre total d'IVG
1997(%)	19,4	19,8	20,8	16,8	11,2	6,5	2,2	0,6		163 985
2002(%)	21,21	16,3	17,82	13,63	10,44	7,01	4,36	2,93	1,42	134 797

source Ined

D'après les chiffres on constate une augmentation de la proportion des IVG de plus de 9 SA en 2002.

Les techniques d'IVG sont très variables d'un département à l'autre et d'un établissement à l'autre ce qui avait été mis en avant par le rapport du Pr NISAND (48) et relayé par la mise en place des recommandations de l'ANAES (1).

Depuis 1998 on constate une augmentation de la part des IVG médicamenteuses avec une progression régulière.

La proportion des aspirations est passée de 81,4% en 1997 à 71,3% en 2000 en lien avec l'augmentation du recours aux méthodes médicamenteuses : 18% en 1997, 20% en 1998 à 42% en 2004 (47).

Tableau D: Evolution des techniques d'IVG au cours du temps en France

	1997	1998	1999	2000	2004
Aspiration	81,4	80	76,3	71,3	58
Médicamenteuse	18,6	20	26,7	28,7	42

Source SAE: France métropolitaine

Cette tendance s'observe aussi bien dans le secteur privé que public, même si l'IVG médicamenteuse demeure plus souvent pratiquée sous l'égide des établissements publics.

Dans près de 90% des cas l'hospitalisation liée à une IVG pratiquée chirurgicalement ne dépasse pas 12 heures et la part des hospitalisations dépassant une journée est passée de 16% en 1997 à moins de 8% en 2000 par atteindre 2% en 2004 (47).

Depuis la loi 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville. En 2004, la SAE comptabilisait seulement 2 185 IVG médicamenteuses réalisées au cabinet soit 1% de l'ensemble des IVG et 2,5% des IVG médicamenteuses (24).

II- 1.6.3. Les établissements d'IVG

En 2004, 70% des IVG ont été réalisées dans le secteur public, contre 60% en 1990.

La SAE recense environ 650 établissements ayant réalisé des IVG en France métropolitaine, dont 400 en secteur public. Les 50 établissements présentant la plus forte activité concentrent à eux seuls près de 30% des IVG réalisées dans l'année, alors qu'ils ne représentent que 7% du nombre total d'établissements ; par ailleurs, 80% d'entre eux sont des établissements publics (24).

Ces chiffres peuvent expliquer les difficultés d'accès à l'IVG et 2 rapports cités par le Haut comité de la santé publique soulignent le manque de capacité du secteur public à répondre aux demandes des femmes.

II- 1.6.4. Mortalité maternelle liée au IVG en France

La légalisation et la médicalisation de l'IVG ont permis de faire disparaître, en France, la mortalité et la morbidité liées aux avortement faits dans de mauvaises conditions sanitaires. Dans notre pays les taux de décès annuels sont très faibles. Ces taux sont constamment inférieurs à 1 pour 100 000 avortements (49). Ces taux englobent tous les décès par avortement quel que soit le terme de la grossesse. Actuellement le risque de décès est essentiellement lié aux IVG chirurgicales sous anesthésie générale (41).

La fréquence résiduelle des complications des IVG pourrait encore être réduite par la diffusion des méthodes médicamenteuses et l'usage plus large de l'anesthésie locale, mais d'après les données de la DREES le recours à l'anesthésie générale continue d'augmenter: 2 IVG chirurgicales sur 3 en 2004, contre moins d'une sur deux en 2000 (24).

De 1980 à 1992 il y a eu 8 décès maternels (décès d'une femme survenant au cours de la grossesse ou dans les 49 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite) liés à des avortements sur 1209 décès, ce qui en fait une cause peu fréquente de décès maternel en France (10).

On comptait environ un décès par jour consécutif à un avortement dans les années soixante et deux par mois à la veille de la loi de 1975. Aujourd'hui le nombre absolu de décès lié aux IVG oscille en France de 0 à 2 cas par an c'est dire le progrès réalisé en relation directe avec la qualité des conditions sanitaires.

II- 1.6.5. Les antécédents d'avortement

Le nombre des avortements de premier rang n'a cessé de diminuer, ce qui se traduit en chiffre par la baisse du nombre moyen de femmes recourant au moins une fois à l'avortement : 0,60 en 1976 et 0,39 en 1994 (48).

Pour la très grande majorité des femmes, le recours à l'IVG est unique. Toutefois, plus de 20% des femmes faisant une IVG en ont déjà fait une. Inversement le nombre de femme ayant déjà eu au moins deux IVG ne diminue pas en raison d'une amélioration vraisemblable de la déclaration des avortements subis antérieurement par les femmes et d'une évolution de la structure par âge de la population féminine favorable aux avortements de rang 2 et plus, qui surviennent à des âges plus tardifs. La composante de 2^e rang et plus du nombre moyen d'avortements par femme seraient passés de 0,07 en 1973 à 0,13 en 1990 (48).

Selon les données disponibles, ces femmes sont plus âgées, ont davantage d'enfants, sont plus souvent séparées ou divorcées et plus souvent sans activité professionnelle que celles dont c'est la première IVG (48).

II- 2. L'INTERRUPTION DE VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE

L'IVG chirurgicale ou instrumentale est la méthode de référence, réalisable quel que soit le terme de la grossesse.

II- 2.1. Histoire

Les méthodes chirurgicales d'aspiration endo-utérine ont peu évolué depuis 30ans.

La description princeps de la méthode revient à Sir James Young Simpson en 1860 à Edimbourg. Bykov en Union Soviétique, en 1927, réinvente le procédé pour prélever la muqueuse utérine.

En 1935, Novak met au point un matériel nouveau associant une curette creuse et un système d'aspiration. Le développement de la méthode doit attendre les années cinquante en Chine populaire.

C'est dans les années 70 qu'un psychologue californien, H. KARMAN (33) l'a introduite et popularisé aux Etats-Unis. En effet il pratiquait des IVG dans un centre dans l'illégalité à l'aide d'une sonde souple branchée à une seringue de 50 cm³ (37).

II- 2.2. La technique chirurgicale

La réalisation technique d'une IVG instrumentale nécessite un matériel et un équipement de base. L'IVG doit avoir lieu dans un bloc opératoire disposant de l'équipement anesthésique réglementaire et d'une salle de réveil et en respectant les mesures aseptiques chirurgicales.

II- 2.2.1. Technique de dilatation cervicale

La préparation cervicale médicamenteuse :

L'IVG instrumentale doit être la moins traumatisante possible en respectant le col et la cavité utérine. Il a été montré que la maturation cervicale avant l'avortement chirurgical diminuait les complications comme les traumatismes cervicaux, les perforations utérines, les hémorragies.

Elle précède l'intervention chirurgicale et facilite l'ouverture mécanique du col.

Elle utilise soit une substance anti-progestérone, soit des analogues de la prostaglandine (33):

- la mifépristone est une anti-progestérone dont l'un des mécanismes d'action est le ramollissement et l'ouverture du col utérin. La posologie est de 1cp de 200mg à prendre per os 36 à 48 heures avant l'interruption chirurgicale de grossesse.

- Les analogues de la prostaglandine dont le géméprost qui s'administre par voie vaginale : un ovule de 1mg 6 heures avant l'intervention et le misoprostol s'administrant per os à la dose de 400mg (2 comprimé de 200mg) 3 heures avant l'intervention mais il peut être aussi administré par voie vaginale.

Un des risques de la maturation pharmacologique est le saignement ou l'expulsion préopératoire de la grossesse. La patiente doit en être informée.

Les dilatateurs :

Ils permettent une dilatation rapide du col, ils s'utilisent juste avant l'évacuation utérine et nécessitent donc une anesthésie soit locale soit générale.

On procède à la dilatation du col en introduisant successivement des bougies dilatatrices de diamètre croissant jusqu'au diamètre souhaité.

Le risque de la dilatation manuelle est la béance cervico-isthmique.

II- 2.2.2. Technique d'aspiration

II- 2.2.2.1 Mini-aspiration

Il s'agit de la mini-aspiration selon la méthode de Karman. Elle se fait en ambulatoire sans nécessiter de dilatation et anesthésie générale.

Elle est utilisable pour une interruption de grossesse précoce jusqu'à 7 SA

La technique consiste à aspirer le contenu utérin à l'aide d'une canule en plastique souple type Karman branchée à une seringue.

Il existe un taux d'échec élevé (0,5%-3%) (33) et nécessite un examen du produit d'aspiration et un suivi rigoureux post-IVG.

II- 2.2.2.2. Aspiration par la méthode Karman

Classiquement la technique de choix pour les grossesses entre 7 et 14 SA.

L'aspiration fait suite à la dilatation et est réalisée avec des canules d'aspiration souples ou rigides en plastique à usage unique. La canule est reliée à un aspirateur électrique via un tuyau transparent.

La canule est introduite jusqu'au fond utérin en respectant les règles d'asepsie pour réaliser une hystérométrie. Après retrait de 1 cm du fond utérin de la canule en position intra-utérine, l'aspiration est mise en route. Le contenu de l'utérus est alors aspiré en quelques minutes.

II- 2.3. Suites opératoires

La patiente est gardée en salle de réveil sous surveillance pendant 2 heures puis regagne sa chambre. On surveille l'importance des saignements.

La sortie est le plus souvent autorisée 6 heures après une anesthésie générale.

La patiente quitte le service le jour même avec des conseils de surveillance accompagnée par un ami ou un parent, en cas d'anesthésie générale. En cas d'anesthésie locale la femme quitte plus rapidement le centre d'orthogénie.

La méthode instrumentale est possible quelque soit l'âge de la grossesse, dans les limites des délais légaux, cependant le risque d'échec est plus important lorsque la grossesse est inférieure à 6 SA.

L'IVG instrumentale est une intervention techniquement simple. Le risque de complications diminue avec un opérateur expérimenté. Des progrès en matière de sécurité ont été réalisés.

II- 2.4. Morbidité maternelle liée aux IVG chirurgicales

II- 2.4.1. Complications per-IVG

Selon l'INED (58), en 1997, il y a eu 781 complications peropératoires notifiées dans le bulletin statistique concernant les IVG, soit un taux de 0,48%. Il est probable que ce taux est probablement sous-estimé. Parmi les 781 femmes, 24% sont restées plus de 12 heures en hospitalisation

Le risque de complications augmente proportionnellement avec l'âge de la grossesse (49).

II- 2.4.1.1. Complications anesthésiques

Elles représentent en France la première cause de complications liées aux IVG avant 14 SA. Ces complications étant le fait d'anesthésie par voie générale, l'anesthésie locale étant plus sûre.

En cas d'anesthésie générale la femme doit être à jeun. Toute femme en post-opératoire ayant bénéficié d'une anesthésie générale ou d'une sédation intraveineuse doit séjourner en salle de surveillance post-interventionnelle

Il est préférable de favoriser les anesthésies locales aux anesthésies générales qui sont source potentielle de pneumopathie d'inhalation. Cependant avec les anesthésies locales de rares cas de collapsus cardio-respiratoires et des convulsions faisant suite à une réaction allergique à la xylocaine sont possibles.

II- 2.4.1.2. Complications hémorragiques

Une enquête INSERM d'avril 1990 à décembre 1992 a été réalisée pour relever les décès maternels et la morbidité maternelle grave, définie comme une admission en réanimation. Au cours de cette période, l'hémorragie maternelle représentait la principale cause de décès maternel. Sept femmes sur 89 femmes admises en réanimation ont eu une hémorragie suite à un avortement (28).

Il faut pondérer tout de même ces chiffres puisqu'il s'agit de tous les avortements quel que soit le terme et la technique utilisée.

Le chiffre concernant les IVG avant 14 SA est moindre et il est estimé à 1,5 pour mille d'après l'ANAES (1).

En cas de saignements peropératoires inhabituels, il faut réaliser une échographie peropératoire pour rechercher une rétention ovulaire. Les saignements peuvent être aussi la conséquence d'une inertie utérine qui doit être pris en charge rapidement en réalisant un massage utérin et la perfusion en parentéral d'ocytocique.

De plus pour éviter les saignements il faut éviter les manœuvres endo-utérines prolongées et inutiles ainsi que la réalisation de curetage à la curette qui sont sources de traumatismes locaux et donc source potentielle de saignements et de synéchies post-opératoires.

II- 2.4.1.3. Perforations utérines

L'ANAES estime ce risque entre 1 et 4 pour mille (1). Mais il est probable que ce chiffre soit sous-estimé car la majorité des perforations utérines passe inaperçue.

Les perforations utérines surviennent surtout lors d'une hystérométrie à l'aide d'un hystéromètre et lors de la dilatation cervicale. En cas de sensation de perforation, il faut réaliser une échographie en peropératoire et faire une prescription d'antibioprophylaxie pendant 72 heures et une surveillance de 24 heures en hospitalisation est habituelle.

II- 2.4.1.4. Traumatisme cervical

D'après l'ANAES le risque de déchirure n'excède pas 1% (1) et il est plus faible lorsque l'opérateur est entraîné et pour les termes de grossesse les plus bas.

Une étude sur 170000 femmes retrouvait 0,1 pour 1000 déchirures cervicales au décours d'une IVG du premier trimestre (34).

Il peut arriver que la déchirure provoquée par un instrument soit basse vers l'orifice interne du col, ce qui est très hémorragique, si la déchirure est minime on se contente d'une compression par une compresse ou un pansement hémostatique pour cesser le saignement ; si la déchirure est importante on répare le col avec des points séparés.

La préparation cervicale est un acte qui doit être systématique avant de réaliser une IVG chirurgicale. Cette attitude facilite le temps opératoire de dilatation mécanique, évitant de traumatiser le col et les perforations utérines consécutives à une dilatation cervicale difficile.

La préparation cervicale peut être réalisée soit par la prescription de mifépristone soit par la prescription de misoprostol.

II- 2.4.2. Complications post-IVG

II- 2.4.2.1. Rétentions post-IVG

Complication la plus fréquente et source de consultations en urgence, de réhospitalisations. La rétention post-IVG est surtout le point de départ des endométrites.

On a cependant une idée imprécise de l'importance de ce problème puisque toutes les femmes ne reviennent pas dans le centre où elles ont eu leur IVG et certaines sont traitées en ambulatoire par voie médicamenteuse.

Des études retrouvent un risque de nouvelle aspiration précoce après une IVG entre 0,3 et 5% selon le terme de l'IVG (33).

Le contrôle systématique post-opératoire au mieux immédiat alors que la femme est encore endormie permet de réduire considérablement ce risque.

En cas de rétention diagnostiquée à distance de l'IVG une antibioprophylaxie par Amoxicilline et Acide Clavulanique est indiquée.

II- 2.4.2.2. Complications infectieuses

L'infection est une complication fréquente après une IVG. Ces complications sont largement sous-estimées car elles ne conduisent pas toujours à une hospitalisation. Une étude américaine a retrouvé un taux d'infection des voies génitales hautes de 0,5% des femmes ayant bénéficié d'une IVG, taux probablement sous-estimé étant donné le nombre de femmes perdues de vue dans l'étude(8% sur 170000 cas) (34)

II- 2.4.2.3. Complications thromboemboliques

La survenue d'une embolie amniotique avec coagulopathie est exceptionnelle avant 14 SA.

II- 3. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MEDICAMENTEUSE

II- 3.1. Histoire

L'évolution de la science et de la médecine a rendu possible l'utilisation de la méthode d'interruption de grossesse par prescription et administration de comprimé, ayant pour effet l'arrêt du développement d'une grossesse.

En 1979 R. Deraedt, D Philibert et G Teusch, chercheurs aux laboratoires Roussel-UCLAF, travaillent sur un projet d'antiglucocorticoides. Ils aboutissent à une série de puissants antiglucocorticoides brevetés à leurs noms, l'un des plus intéressants est le RU 48486 (selon les initiales du laboratoire et la numérotation chronologique de synthèse) ou RU 486. Ces produits sont aussi des anti-progestérones et à un moindre degré des anti-androgènes.

En 1981 le Professeur Etienne-Emile Baulieu s'intéresse tout particulièrement à la mifépristone RU 486, stéroïde dont les très fortes propriétés antiprogestérones sont dues à une inhibition compétitive au niveau des récepteurs de la progestérone. Cette activité sur le muscle utérin, l'endomètre et le col en font une molécule à action abortive. Les premiers essais cliniques réalisés rapidement en Suisse, à Genève sur onze femmes enceintes donnèrent des résultats très prometteurs.

En 1982, le Professeur Baulieu communique à l'académie des sciences la mise au point de cette molécule, la mifépristone, à action abortive.

Puis commence l'expérimentation en France au centre d'IVG d'Antoine Béclère à Clamart.

A partir de cette première évaluation se met en route une grande étude multicentrique qui permet d'élaborer le protocole actuel qui obtient l'AMM en 1988.

En 1987, le comité national d'éthique donne un avis favorable à l'utilisation de la mifépristone dans les centres spécialisés et dans le cadre strict de la loi.

Le 15 septembre 1988, la Commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM) du ministre de la santé, donne un avis favorable à la commercialisation de la mifépristone sous le nom de spécialité « Mifégyne* » ; elle doit être utilisée avec un analogue d'une prostaglandine pour les avortements jusqu'à 49 jours d'aménorrhée. On utilise un analogue E2 injectable, la sulprostone ou un analogue de la prostaglandine E1, le géméprost, actif par voie vaginale.

Le 28 décembre 1988 un arrêté légalise la distribution de la mifépristone après approbation du comité consultatif national d'éthique.

Dans une étude regroupant 10 000 cas associant mifégyne et sulprostone par voie intramusculaire ou géméprost par voie vaginale, ont été observés 3 accidents cardiovasculaires ; 2 infarctus du myocarde dont un mortel et un cas de fibrillation auriculaire. Accidents survenus 2 heures après l'injection de sulprostone. Dans les 3 cas il s'agissait de femmes de plus de 35 ans et fumeuses. Suite à ces événements l'autorisation de mise sur le marché est retirée par la voie intramusculaire (21).

Une étude pilote est alors menée à l'hôpital Broussais sous la direction d'Elisabeth AUBENY en 1991 utilisant un analogue de prostaglandine par voie orale, la misoprostol et aucun accident cardio-vasculaire n'a été décrit (7). L'AMM fut donné en 1992.

II- 3.2. Agents pharmacologiques utilisés

II- 3.2.1. MIFEPRISTONE

- Structure biochimique

La mifépristone est un 19 norstéroïdes dont la structure est très proche de la progestérone. Elle possède un radical diméthyl-aminophényl en position C11 bêta qui lui confère des propriétés anti-progestérone, anti-glucocorticoïdes et légèrement anti-androgène par inhibition compétitive de la liaison des hormones naturelles au niveau de leur récepteur (25). La chaîne latérale en C17 serait responsable de l'affinité élevée de la molécule pour le récepteur à la progestérone.

- Propriétés et mode d'action du RU 486

La progestérone :

La progestérone est une hormone naturelle, sécrétée chez la femme par le corps jaune (lors de la phase lutéale du cycle) et par le placenta (pendant la grossesse). La progestérone est synthétisée à partir du cholestérol (59). Cette synthèse est stimulée par l'hormone lutéinisante (LH) et augmente considérablement juste avant l'ovulation pour se poursuivre pendant toute la phase lutéale. En l'absence de fécondation, la progestérone diminue à la fin de cette phase ce qui déclenche les menstruations. En cas de fécondation la synthèse de progestérone est maintenue par le corps jaune. Plus tard pendant la grossesse c'est la placenta qui prend le relais dans la synthèse de la progestérone.

Hormone stéroïdienne, la progestérone est une molécule lipophile donc elle peut ainsi passer passivement à travers les membranes biologiques. Elle se fixe ainsi sur un récepteur humain de la progestérone (HPR) qui est intracellulaire. En l'absence de progestérone, ce récepteur est localisé dans le cytosol de la cellule cible et est lié à une protéine de choc thermique HSP (« Heat Shock Proteins »). Quand l'hormone progestative pénètre dans le cytosol de la cellule cible, elle se lie aux récepteurs pour former un complexe : progestérone+récepteur+protéine de choc thermique qui va rentrer dans le noyau où il subit une dimérisation aboutissant au détachement de la protéine de choc thermique. Le complexe hormone récepteur peut alors se fixer en des points précis du génome, les PRE (élément de réponse à la progestérone) et activer la transcription de gènes spécifiques (59).

RU 486

La mifépristone est un stéroïde de synthèse à action antiprogestative agissant par compétition au niveau de ses récepteurs (50) puisqu'elle a une affinité relative de liaison pour le récepteur de la progestérone 5 fois supérieure à celle de la progestérone. Quand le RU 486 se lie au récepteur il renforce son association avec la protéine de choc thermique. Le récepteur n'étant plus activé, il n'y a pas de liaison avec l'élément répondeur de l'hormone ce qui bloque la production d'ARNm dans la cellule cible. Ce qui explique l'effet anti-progestérone de la mifépristone (9).

Activités pharmacologiques de la mifépristone

La mifépristone antagonise les effets endométriaux et myométriaux de la progestérone. La saturation des récepteurs à la progestérone provoque des métrorragies par la rupture des capillaires maternels dans la caduque, la synthèse de prostaglandine et l'inhibition de la PG-déshydrogénase, d'où une augmentation des taux de prostaglandines et donc des contractions utérines et des modifications cervicales au cours de la grossesse. Elle sensibilise le myomètre aux contractions utérines induites par les prostaglandines (50).

Ces effets se développent dans les 24 à 48 heures après la prise des comprimés.

Au cours du premier trimestre de la grossesse la mifépristone permet la dilatation et l'ouverture du col utérin.

La mifépristone a une action antigonadotrope avec une baisse de la concentration moyenne de LH et la modification de sa pulsativité (50).

La mifépristone se lie également au récepteur des glucocorticoïdes avec une forte affinité. Chez l'homme l'action antiglucocorticoïde se manifeste à une dose supérieure à 4,5 mg/KG par une élévation de l'ACTH et du cortisol. En revanche en l'absence de liaison avec le récepteur des minéralocorticoïdes, le risque d'insuffisance surrénale aiguë est négligeable.

- Contre-indications

Les contre-indications sont les suivantes (63):

- allergie connue à la mifépristone ou l'un des constituants du comprimé
- insuffisance surrénale chronique
- asthme sévère non équilibré par le traitement
- porphyrie héréditaire
- grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie
- suspicion de grossesse extra-utérine
- grossesse de 50 jours d'aménorrhée et plus
- contre-indication à l'analogue de prostaglandine utilisé

L'insuffisance rénale ou hépatique et la malnutrition sont classées dans les mises en garde.

- Précautions d'emploi

Pour les patientes prenant des corticoïdes au long cours, l'efficacité de leur traitement peut être diminué pendant 3 ou 4 jours après la prise de mifépristone, du fait de son action antiglucocorticoïde. Un ajustement thérapeutique peut être alors nécessaire.

Aucun accident cardiovasculaire grave du type observé après injection intramusculaire de sulprostone n'a été rapporté depuis l'utilisation des analogues de prostaglandine E1 (géméprost ou misoprostol). Par précaution, l'IVG m n'est pas recommandée chez les femmes âgées de plus de 35 ans fumant plus de 10 à 15 cigarettes par jour ou celle ayant des antécédents vasculaires.

- Grossesse et allaitement

Aucune étude pharmacologique n'est disponible sur l'élimination de la mifépristone dans le lait maternel, il est recommandé d'éviter la prise de mifépristone pendant l'allaitement. En effet cette molécule est lipophile et donc susceptible d'être éliminée dans le lait maternel.

Chez les rats et les souris ayant survécu à l'exposition de la mifépristone pendant le développement foetal, aucun effet tératogène n'a été observé. En revanche chez le lapin, des malformations isolées statistiquement non significatives ont été observées. En clinique humaine, les quelques cas de malformations rapportées ne permettent pas d'attribuer l'effet malformatif à la mifépristone seule ou en association aux prostaglandines. Ces données scientifiques insuffisantes justifient une visite de contrôle obligatoire après une IVG m. Si au cours de la visite de contrôle une grossesse évolutive, viable et persistante est diagnostiquée, une autre méthode d'IVG sera proposée à la femme. Si finalement la patiente souhaite conserver cette grossesse, elle devra être informée d'un risque malformatif méconnu du fait des données scientifique actuellement disponibles. Une surveillance échographique prénatale sera mise en place et une déclaration dans un centre de pharmacovigilance doit être fait.

- Effets indésirables

Des métrorragies abondantes s'observent dans environ 5% des cas et peuvent conduire à une aspiration hémostatique. Les patientes devront être informées de la survenue de métrorragies prolongées (jusqu'à 12 jours après la prise de mifépristone). Ces métrorragies surviennent dans la quasi-totalité des cas.

Des douleurs abdominales d'intensité légères ou modérées, à différencier des contractions utérines très fréquentes dans les heures qui suivent la prise de prostaglandines, peuvent être observées ainsi que des nausées, des vomissements et des diarrhées.

D'autres effets indésirables sont beaucoup plus rarement observés : hypersensibilité avec rash cutanés, cas isolé d'urticaire, d'érythrodermie, d'érythème noueux, de nécrose épidermique, céphalées, malaises, manifestations vagues et fièvre.

II- 3.2.2. MISOPROSTOL

- Structure biochimique

Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 ayant des propriétés anti-ulcéreuses, anti-sécrétoires et cytoprotectives. Le misoprostol (Cytotec*, comprimé de 200mg) est la première prostaglandine orale commercialisée en France depuis 1987. Il est utilisé dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal évolutif, des lésions gastro-duodénales induites par les AINS et dans le traitement préventif des lésions gastriques et duodénales graves induites par les AINS chez les sujets à risque (54).

- Contre-indications

Les contre-indications sont les suivantes (63):

- hypersensibilité à l'un des constituants du produit
- femme en période d'activité génitale en l'absence d'une contraception

Ce médicament ayant une puissante activité sur la contractilité du muscle utérin, il peut entraîner une interruption de grossesse donc l'utilisation chez la femme enceinte est contre-indiquée, hormis en cas de prescription dans le cadre de l'article L2212.2 du code de la santé publique.

- Allaitement et grossesse

Aucune étude pharmacologique n'est disponible sur l'élimination de la misoprostol dans le lait maternel.

En clinique les données disponibles évoquent un éventuel effet malformatif du misoprostol pendant la grossesse, le syndrome de Moebius : anomalies de membres, de la mobilité fœtale et des paires crâniennes. Mais ces données demeurent insuffisantes pour justifier une interruption

systématique de grossesses. En cas de conservation de la grossesse une surveillance pré et périnatale orientée doit être instituée.

- Effets indésirables

L'effet le plus fréquent est une diarrhée modérée. Les autres effets indésirables sont essentiellement : des nausées, des céphalées, des vertiges et une gêne abdominale.

Le misoprostol (Cytotec*) a reçu une autorisation de mise sur le marché pour une utilisation en tant que protecteur gastrique. Mais les études ont prouvé son action et son intérêt dans les IVG. Par ailleurs cette molécule est largement utilisée car son coût est très intéressant (19,13 euros la boîte de 60 cp).

II- 3.2.3. GEMEPROST

- Propriétés

Le géméprost (Cervagène*, ovule de 1 mg) est un analogue synthétique de la prostaglandine E1. Il a chez l'animal une activité sur la contractilité du muscle utérin, prolongée d'intensité progressive et d'autant plus marquée que l'âge gestationnel est avancé. Son action est sélective. Le géméprost efficace par voie vaginale entraîne une dilatation et un ramollissement du col utérin et des contractions utérines régulières ou non.

- Grossesse et allaitement

En raison de la méconnaissance des effets potentiels du géméprost sur le développement du fœtus humain, il faut vérifier ou réaliser l'interruption effective de grossesse dès lors qu'un ovule a été mis en place.

- Contre-indications

Il est recommandé pour les IVG jusqu'à 14 SA de prendre en compte le rapport bénéfice risque chez les patientes de plus de 35 ans fumeuses et chez les femmes ayant des antécédents vasculaires, d'insuffisance cardiaque ou d'hypertension sévère. Il faut recommander impérativement aux patientes de s'abstenir de fumer pendant les jours précédant l'administration de géméprost.

Il convient d'utiliser le produit avec prudence en cas de glaucome ou de pressions intra-oculaires élevées et d'asthme.

Le géméprost a reçu une autorisation de mise sur le marché pour les interruptions médicales de grossesse inférieure à 49 jours. Cette prostaglandine est beaucoup plus onéreuse (15,37 euros pour 2 comprimés) entraînant une moins large diffusion

II- 3.3. Protocoles utilisés en France

Ces protocoles sont définis par l'ANAES (1) et reposent sur l'association de l'antiprogestérone mifépristone et de prostaglandines.

II- 3.3.1. Jusqu'à 7 SA

Après la consultation initiale pour la demande d'IVG trois consultations vont suivre :

-la première consultation à J1 doit se dérouler, au plus tard, au 49^e jour d'aménorrhée pour la prise de mifépristone soit un comprimé de 200mg. C'est lors de cette consultation que la femme et le médecin signent un formulaire de consentement pour l'IVG médicamenteuse dont un exemplaire est conservé dans le dossier médical de la femme, un autre est remis à la pharmacie hospitalière pour le renouvellement du produit et le dernier volet est remis à la femme.

-lors de la deuxième consultation à J3, l'analogue de prostaglandine est administré et la patiente est hospitalisée pour une surveillance régulière pour une durée de 4 heures. L'administration de prostaglandine a lieu 48 h après la prise de mifégyne et consiste à la prise soit de 1 mg de géméprost par voie vaginale soit 2 comprimés de cytotec de 200 µg par voie orale ou vaginale.

- la consultation de contrôle entre le 14^e et le 21^e jour est obligatoire pour vérifier l'efficacité de la méthode.

II- 3.3.2. Après 7 SA

La mifégyne n'a pas l'AMM pour les grossesses de terme supérieur à 7SA, cependant l'ANAES l'envisage comme alternative en fonction du terme de la grossesse :

- entre 8 et 9 SA (50 et 63 jours) : les deux techniques médicales et chirurgicales sont utilisables selon le choix de la femme. La technique médicale doit être réalisée en milieu hospitalier comprenant donc mifégyne 200 mg et cytotec 400 µg par voie orale ou vaginale 36 à 48 heures plus tard. Si l'expulsion ne s'est pas poursuivie au bout de 3 heures après la première administration de cytotec une deuxième dose de 400 µg de cytotec peut être administré. En cas de non expulsion on propose une hospitalisation de nuit à la femme avec une échographie de contrôle le lendemain et si l'expulsion n'a toujours pas eu lieu une aspiration chirurgicale est prévue.
- Entre 10 et 12 SA (64 et 84 jours) la technique médicale n'est pas recommandée.
- Entre 13 et 14 SA (85 et 98 jours) la technique médicale n'est pas recommandée sauf cas particulier. Elle requiert une hospitalisation conventionnelle, une analgésie par péridurale si besoin et une révision utérine systématique ou un contrôle échographique de la vacuité utérine.

II- 3.4. Complications et morbidité maternelle

II- 3.4.1. Métrorragies

Des métrorragies peuvent se prolonger jusqu'à 12 jours après la prise de cytotec et même parfois être abondantes. La perte sanguine est plus importante en cas d'IVG médicamenteuse qu'en cas d'IVG chirurgicale. Une étude a retrouvé une baisse moyenne de 0,71 g/dl d'hémoglobine dans le groupe des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse comparé aux femmes ayant eu une IVG chirurgicale (62).

Dans une autre étude Tang (55) a observé que la quantité moyenne de saignement post-IVG est d'environ 80 à 90 ml de sang sur une durée moyenne de 15 jours.

Par contre la persistance de métrorragie au moment de la consultation de contrôle doit faire suspecter une rétention ovulaire partielle ou complète.

II- 3.4.2. Ruptures utérines

Il a été rapporté un exceptionnel cas de rupture utérine chez une femme ayant une cicatrice de césarienne antérieure.

II- 3.4.3. Rétentions ovulaires partielles ou complètes

Le risque de rétention ovulaire partielle ou complète est plus élevée qu'avec la technique chirurgicale et oscille entre 2,5 et 6% (37,39). Il est important de réaliser au moindre doute une échographie de contrôle et en cas de rétention ovulaire ou membranaire on peut redonner 1 ou 2 comprimés de misoprostol per os.

II- 3.4.4. Risques d'infection génitale

Le risque d'infection génitale post-IVG médicamenteuse existe mais il est moindre qu'en cas d'IVG chirurgicale (50).

II- 3.4.5. Allo immunisation foeto-maternelle

Le risque d'allo-immunisation foeto-maternelle est réel et nécessite la prescription systématique de gammaglobulines anti-D.

II- 4. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE EN LIMOUSIN

En Limousin 10 centres agréés pratiquent des IVG, toutes les unités d'IVG sont rattachées à une activité ou une unité de gynécologie.

- Corrèze : 3 centres publics et un privé
- Creuse : un centre public et un PSPH
- Haute-Vienne : deux centres publics et deux privés

II- 4.1. Nombre d'IVG

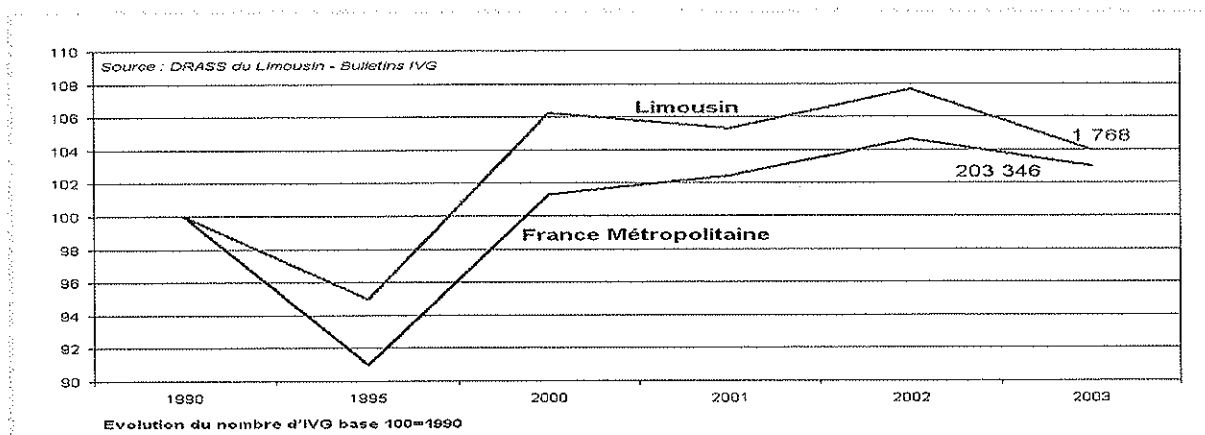
Tableau E : Nombre d'IVG réalisées en dans la région Limousin entre 1976 et 2004

LIMOUSIN	1976	1982	1990	2000	2001	2002	2003	2004
IVG réalisés	1832	2121	1700	1806	1790	1830	1768	1850

Source : DRASS Limousin-bulletins IVG

On constate une baisse du nombre d'IVG réalisées en 2003 en Limousin de 3,4% par rapport en 2002. Il faut remonter à 1990 pour avoir le nombre le plus faible avec 1700 IVG pratiquées. En France, la tendance est également à la baisse entre 2002 et 2003 (42).

Graphique I : Evolution du nombre d'IVG, comparatif entre la région Limousin et la France



Mais cette tendance à la baisse ne se confirme pas puisque les chiffres en Limousin pour l'année 2004 retrouve une hausse du nombre d'IVG à 1850 qui se poursuit pour l'année 2006 avec 2017 IVG soit une hausse en 2006 de 9% par rapport à 2004 (23).

Il existe une disparité dans le nombre des IVG réalisées en fonction des départements du Limousin.

Tableau F : Comparatif sur le nombre d'IVG réalisées dans les départements de la région Limousin

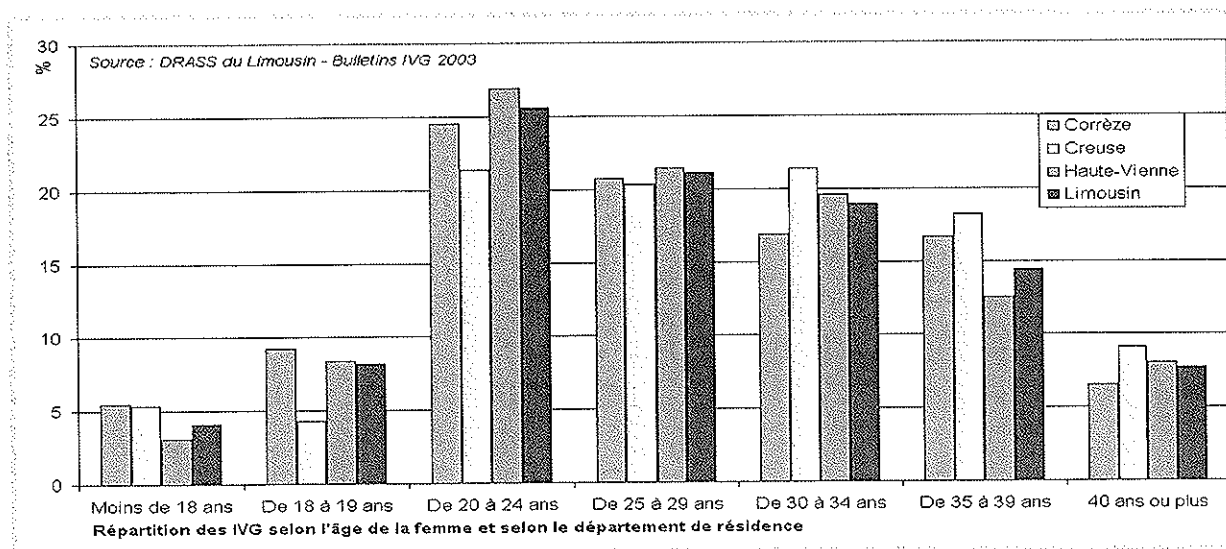
	nombre d'IVG réalisées en 2003	taux d'IVG en 2003
Corrèze	551	20,53
Creuse	187	15,61
Haute-Vienne	1030	23
Limousin	1768	21,15

C'est en Haute-Vienne que le nombre d'IVG et le taux d'IVG sont les plus importants du Limousin. Cela s'explique d'une part par une population plus jeune, proportionnellement plus nombreuse dans ce département que dans les autres de la région et d'autre part par la prise en charge par le CHU de Limoges depuis l'allongement du délai légal d'IVG en 2001 d'une grande partie des IVG tardives au-delà de 12 SA (61).

II- 4.2. Caractéristiques socio-économiques des femmes pratiquant les IVG en Limousin

II- 4.2.1 Répartition des IVG selon l'âge des femmes

Graphique II : Répartition des IVG selon l'âge des patientes de la région Limousin en fonction des départements



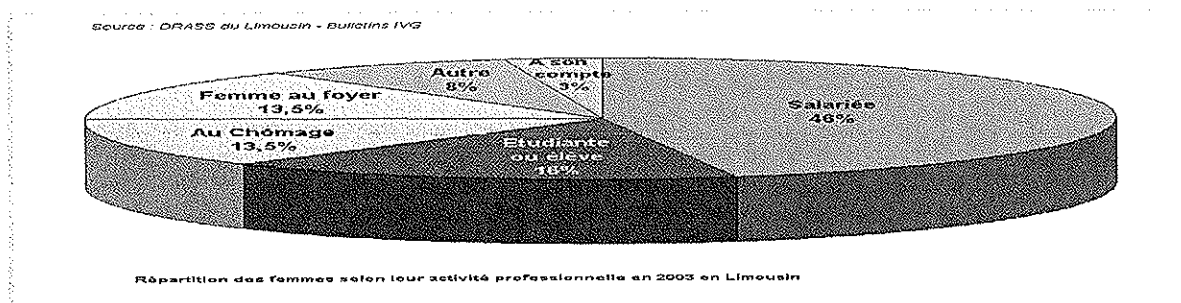
En 2003, la moyenne d'âge des femmes ayant eu recours à une IVG est de 28 ans en Limousin. Depuis quelques années, cette moyenne a tendance à diminuer : 29,5 ans en 1999 contre 28 ans en 2003.

La part des mineures dans l'ensemble des femmes ayant recours à une IVG tend elle aussi à se réduire légèrement ces dernières années et se situe en deçà de la moyenne nationale : 5% des IVG en 1998, elle représente en 2003 4,1%. Au niveau national, à l'inverse, une augmentation des jeunes mineures est notée ces dernières années avec un taux de 5%.

Les trois classes d'âge les plus nombreuses, et ce quelque soit le département du Limousin sont les 20 à 24 ans avec plus d'un quart de l'ensemble des IVG, les 25 à 29 ans (21%) et les 30 à 34 ans (19%) (61).

II- 4.2.2. Répartition des IVG selon l'activité professionnelle des femmes

Graphique III : Répartition des femmes selon leur activité professionnelle en 2003 en Limousin



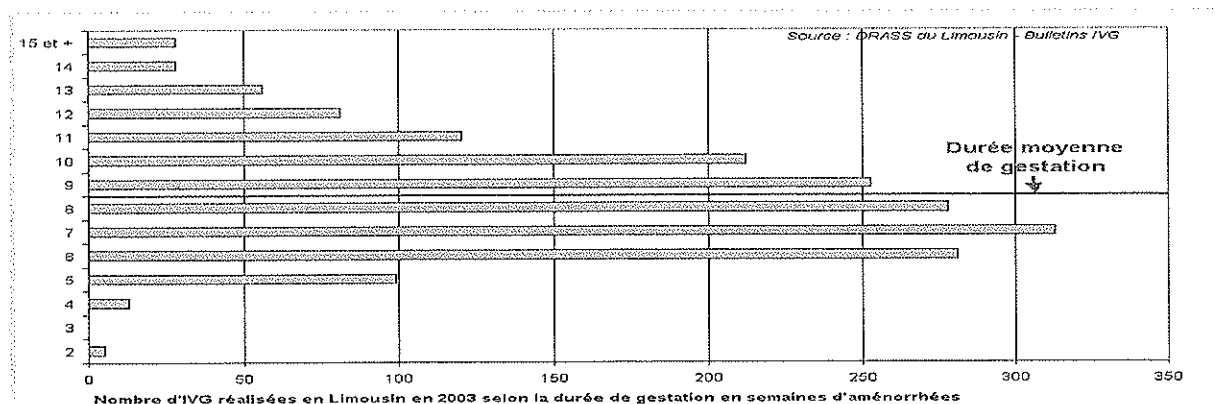
En Limousin, en 2003, près de la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG sont salariées. Plus d'une sur quatre est soit au chômage, soit femme au foyer et plus d'une sur six est étudiante. Depuis quelques années, la part des étudiantes reste constante alors que celles des femmes au foyer diminue et celles des femmes salariées augmente (61).

Sur le plan national, les données correspondent à celle du limousin.

Ces évolutions se retrouvent dans le statut matrimonial des femmes. En effet, en 2003 en Limousin plus de la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG vit seule.

II- 4.2.3. Répartition des IVG selon la durée de gestation en semaine d'aménorrhée.

Graphique IV: Nombre d'IVG réalisées en Limousin en 2003 selon le terme de la grossesse

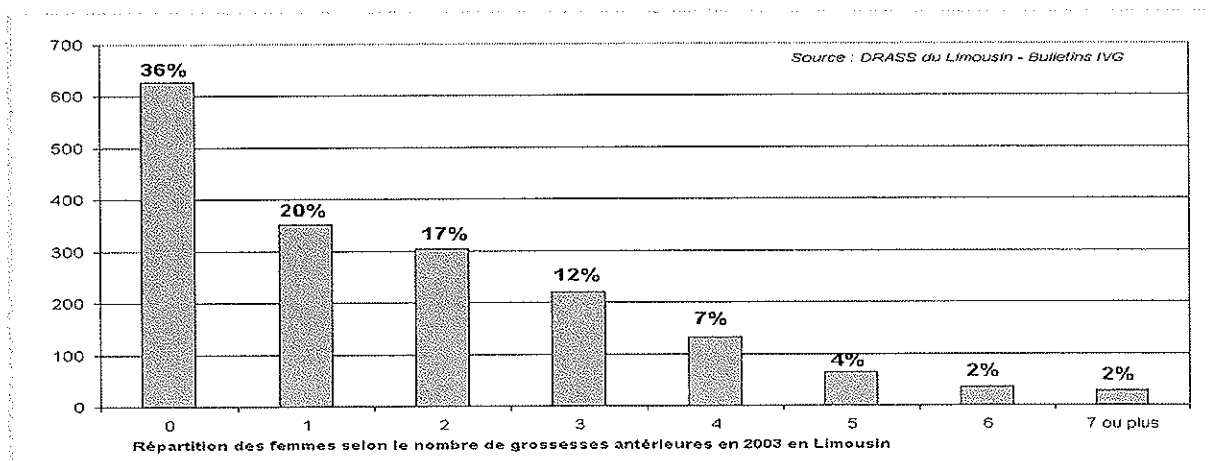


Peu d'IVG sont pratiquées pendant les 5 premières semaines de gestation. En effet, le temps nécessaire pour établir le diagnostic de grossesse et la prise de décision et des mesures retardent.

En moyenne, en Limousin les IVG réalisées sont à 8,5 SA (61).

II- 4.2.4. Répartition en fonction de la gestité

Graphique V : Répartition des femmes selon le nombre de grossesses antérieures en 2003 en Limousin



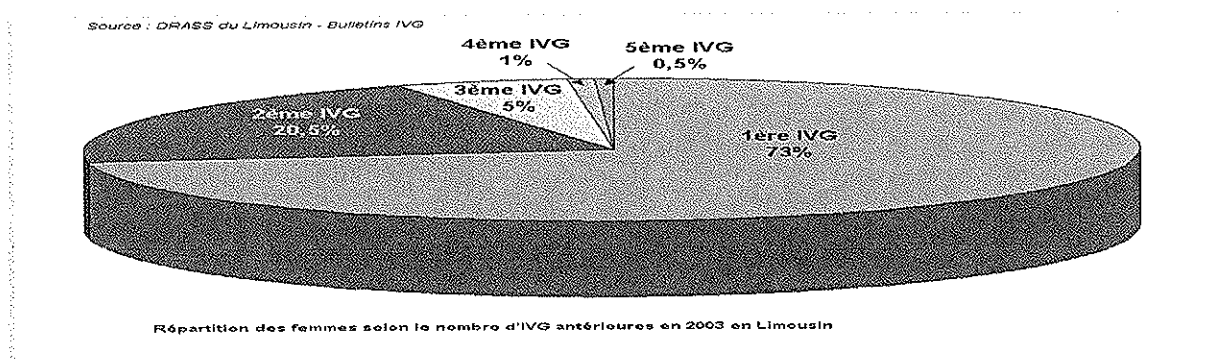
En 2003, en Limousin un peu plus du tiers des IVG concerne la première grossesse. Dans un autre tiers des cas, l'IVG intervient après déjà une ou deux grossesses.

II- 4.2.5. Répartition en fonction des IVG antérieures

En Limousin, en 2003, pour près des trois-quarts des femmes ayant eu recours à une IVG, il s'agissait d'une première intervention de cette nature. Pour une femme sur cinq, c'était une deuxième IVG. La proportion des femmes ayant eu recours au moins deux fois à une IVG au cours de leur vie ne cesse d'augmenter. En effet en 20 ans le taux d'IVG multiples a pratiquement doublé, il était de 15% en 1985 contre 27% en 2003 (61).

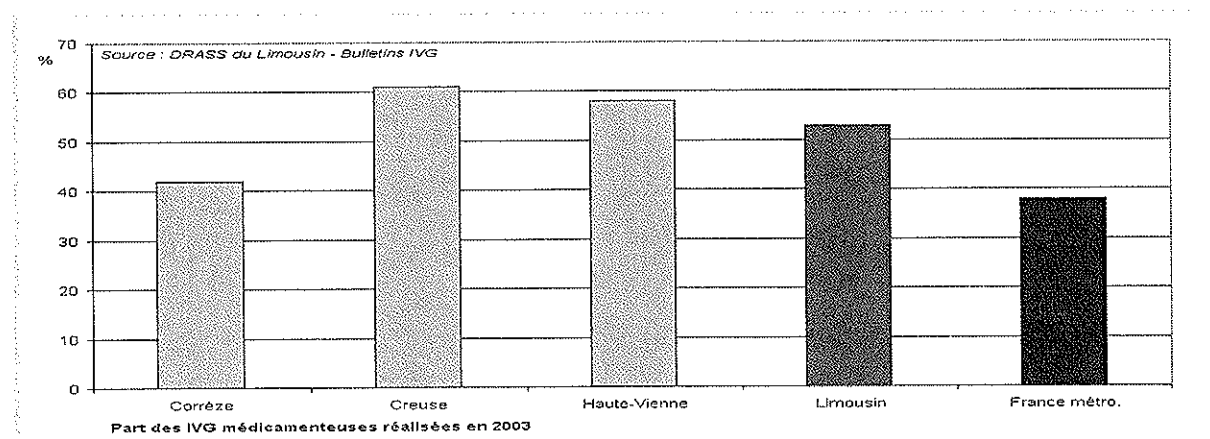
Cependant très peu de femmes, 1,5% y ont recours de façon répétée à l'IVG.

Graphique VI: Répartition des femmes selon le nombre d'IVG antérieures en 2003 en Limousin



II- 4.3. Les IVG médicamenteuses en Limousin

Graphique VII : Part des IVG médicamenteuses réalisées en 2003



On assiste à une augmentation forte des IVG médicamenteuses ces dernières années.

En effet en Limousin la part des IVG médicamenteuses est passée de 23% en 2000 à 53% en 2003. Cette hausse est similaire sur le plan national avec des chiffres de 24% en 2000 et 38% en 2003. Par contre le pourcentage d'IVG médicamenteuses réalisées en Limousin est largement supérieur aux données nationales.

Le taux de réalisation des IVG médicamenteuses est très variable d'un département à l'autre puisque 61% des IVG sont médicamenteuses en Creuse contre 58% en Haute-Vienne et 42% en Corrèze qui se rapproche de la moyenne nationale (61).

III. OBJECTIFS

III- 1. OBJECTIF PRINCIPAL

Evaluer la faisabilité de la méthode médicamenteuse dans le cadre des demandes d'interruption volontaire de grossesse entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée au centre de planification du service de Gynécologie du CHU de Limoges entre 2005 et 2006.

III- 2. OBJECTIFS SECONDAIRES

1- Comparer l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse et chirurgicale entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée en terme d'efficacité, d'effets secondaires et de complications.

2- Etudier le coût de ces 2 méthodes.

3- Evaluer les informations disponibles dans les dossiers des patientes ayant subies une IVG.

IV. METHODOLOGIE

IV- 1. TYPE, DUREE ET LIEU D'ETUDE

L'étude réalisée était une étude épidémiologique transversale descriptive analytique rétrospective.

Elle s'est déroulée de février à avril 2007 et portait sur les dossiers de patientes ayant subi une interruption volontaire de grossesse au centre de planification du CHU de Limoges entre le 1^{er} janvier 2005 au 31 avril 2006. L'ensemble des dossiers a été consulté aux archives de Chastaingt.

IV- 2. CONSTITUTION DE LA POPULATION D'ETUDE

IV- 2.1. Critères d'inclusions

Ont été inclus, toutes les patientes dont le diagnostic de certitude échographique de grossesse a été porté. Il s'agissait de grossesses évolutives intra-utérines avec un âge gestationnel entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée (64 et 98 jours). L'hospitalisation pour l'IVG devait avoir eu lieu au CHU de Limoges.

IV- 2.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus, toutes les patientes dont le diagnostic de certitude échographique de grossesse montrait une grossesse arrêtée, une suspicion de grossesse extra-utérine, une fausse couche spontanée entre la première consultation et l'hospitalisation ainsi que les grossesses évolutives de terme inférieur à 9 SA et supérieur à 14 SA.

IV- 3. LE RECUEIL DE DONNEES

Après accord du chef de service de Gynécologie et d'Obstétrique (Professeur Aubard), les dossiers des années 2005 et 2006 ont été sortis des archives. Tous les dossiers papiers ont été consultés dans les bureaux des archives de Chastaingt par ordre chronologique puisque chaque dossier était numéroté.

1246 dossiers sur la période du 1^{er} janvier 2005 au 31 avril 2006 ont été consultés.

Après vérification des critères d'inclusion, 364 dossiers ont été retenus.

IV- 3.1. La fiche de recueil de données

Le dossier IVG AUDIPOG a été informatisé grâce à un programme informatique de gestion des dossiers FILE MAKER PRO.

Les données nécessaires présentes sur le dossier papier ont été retranscrites sur informatique.

IV- 3.1.1. Données sociodémographiques

Les données recueillies étaient le nom, le prénom, la date de naissance, le lieu de résidence et de naissance, la nationalité, la situation familiale et le mode de vie de famille, le niveau d'études et la profession

IV- 3.1.2. Facteur de risque

Les données recueillies étaient la notion de tabagisme en début de la grossesse

IV- 3.1.3. Antécédents

Les données recueillies étaient les antécédents obstétricaux avec le nombre de grossesses antérieures (en précisant les antécédents d'avortement spontané, IVG, grossesse extra-utérine, interruption médicale de grossesse et de môle) et la parité.

IV- 3.1.4. Première consultation

Les données recueillies étaient la date de l'examen et la date des dernières règles pour déterminer l'âge gestationnel théorique. La réalisation d'une échographie de datation qui précise la localisation, le nombre de sac et d'embryon, la vitalité fœtale avec l'activité cardiaque et les mouvements actifs. Cette échographie permet de faire des mesures biométriques (mesures faites en fonction du terme : LCC, BIP, fémur en mm) fixant l'âge de la grossesse en semaines d'aménorrhée en se basant pour la LCC sur la courbe biométrique de Robinson et al.

IV- 3.1.5. Intervention

Les données recueillies étaient le protocole d'intervention chirurgical ou médical choisi, la date de l'intervention et l'heure d'hospitalisation, le nombre de semaines d'aménorrhée le jour de l'intervention.

Concernant le protocole chirurgical était retranscrit le type d'anesthésie, le contrôle échographique per ou post-opératoire, les complications immédiates avec la rétraction de l'utérus en fin d'intervention, les incidents de type choc anesthésique avec ou pas de réanimation, perforation utérine, hémorragie sévère de plus de 500 cc, la transfusion sanguine.

Concernant le protocole médicamenteux était retranscrit la date et l'heure de prise de Mifégyne* et la notion de vomissements conduisant à une nouvelle prise, la date, le nombre de prise, le nombre de comprimés par prise, le délai entre chaque prise et la voie d'administration (per os ou vaginale) du Cytotec*, le mode de constatation de l'évacuation utérine (constatée cliniquement ou par échographie) le délai en heure entre la prise de Mifégyne* et l'expulsion de l'embryon, les incidents hémorragiques ou les échecs de la méthode conduisant à une évacuation utérine par aspiration.

Pour les deux protocoles les traitements pré ou per-opératoires ont été notés avec la mise en place d'une antibioprophylaxie (le nom, la posologie et le mode d'administration) et l'utilisation de vasoconstricteurs utérins (le nom, la posologie et le mode d'administration), la surveillance post-opératoire concernant la douleur et l'utilisation d'antalgique (paracétamol, AINS, dérivés morphiniques), la fièvre et les complications éventuelles, la date, l'heure et le mode de sortie et le traitement de sortie.

IV- 3.1.6. Réhospitalisation

Les données recueillies étaient les consultations en urgence, les réhospitalisations post-IVG avec le motif et les réinterventions pour rétention ovulaire non compliquée ou pas ou échec d'avortement.

V- 3.1.7. Consultation de contrôle

Les données recueillies étaient la réalisation de la consultation de contrôle et sa date, la notion de réhospitalisation après l'intervention et le motif, les signes fonctionnels présents, l'examen clinique avec le toucher vaginal et l'examen au spéculum, l'échographie de contrôle pour rechercher la vacuité utérine.

IV- 3.2. Déroulement pratique

Les sources d'information (dossier AUDIPOG de la patiente et dossier anesthésie) ont été consultées un par un. Les données des dossiers rentrant dans les critères d'inclusion ont été saisies sur informatique.

IV- 4. Protocole de l'IVG médicamenteuse au CHRU de Limoges

Les femmes recevaient 200 mg de mifépristone (soit 1 comprimé) à l'hôpital, ce comprimé était remis par une infirmière à prendre soit à l'hôpital sous surveillance de l'infirmière soit remis à la patiente après explication à prendre 48 heures avant la date d'hospitalisation

Le jour de l'hospitalisation, à son arrivée l'infirmière remettait à la patiente les comprimés de misoprostol. La posologie était variable soit 2 comprimés de misoprostol dosés à 200µg per os en une prise soit 4 comprimés de misoprostol dosés à 200µg dont 2 à prendre per os et les deux autres comprimés par voie vaginale.

La prise des comprimés de misoprostol était associée à l'administration de façon systématique d'un antalgique préventif : un suppositoire de Lamaline*.

La patiente restait sous surveillance dans le service pendant un minimum de 3 heures et durant cette période les constantes étaient vérifiées avec une surveillance de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Les saignements et la douleur étaient évalués et s'il existait des symptômes douloureux un traitement adjuvant pour la douleur pouvait être donné.

En l'absence de saignement ou d'évacuation de la grossesse 3 heures après, deux autres comprimés de misoprostol (soit 400µg) étaient administrés per os si saignement ou en intravaginal si pas de saignement. S'il n'y avait pas d'évacuation de la grossesse une troisième dose de prostaglandine était donnée.

Si l'expulsion avait lieu, elle devait être constatée cliniquement par l'infirmière du service et si un doute existait une échographie de contrôle était pratiquée avant la sortie de la patiente. En l'absence d'expulsion 3 heures après la troisième dose de prostaglandine ou avant le début d'après-midi (14 heures), un examen clinique et une échographie étaient réalisés par le médecin référent. La patiente était descendue au bloc opératoire afin de subir sous anesthésie locale une évacuation instrumentale de la grossesse. Car toutes les IVG se faisaient en hospitalisation de jour.

IV- 5. METHODOLOGIE STATISTIQUE

Les dossiers ont été exploités sur un programme informatique de gestion des dossiers (FILE MAKER PRO) à partir des items de recueil de données, ce qui a permis secondairement l'analyse descriptive des résultats et la réalisation des tableaux et graphiques.

V- RESULTATS

V- 1. ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS

Au total, nous avons inclus 364 dossiers de patientes ayant réalisé une IVG à plus de 64 jours d'aménorrhée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHRU de Limoges durant la période du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Avril 2006. La répartition en fonction de la méthode d'IVG utilisée était la suivante :

- 62 dossiers par méthode médicamenteuse
- 302 dossiers par méthode chirurgicale.

V- 1.1. Données sociodémographiques

VI- 1.1.1. Age des patientes

Dans la population d'étude, la moyenne d'âge des femmes était de 26,73 ans avec aux extrêmes une patiente de 15 ans et une patiente de 47 ans.

Tableau G : Moyenne d'âge des femmes en fonction de la méthode choisie

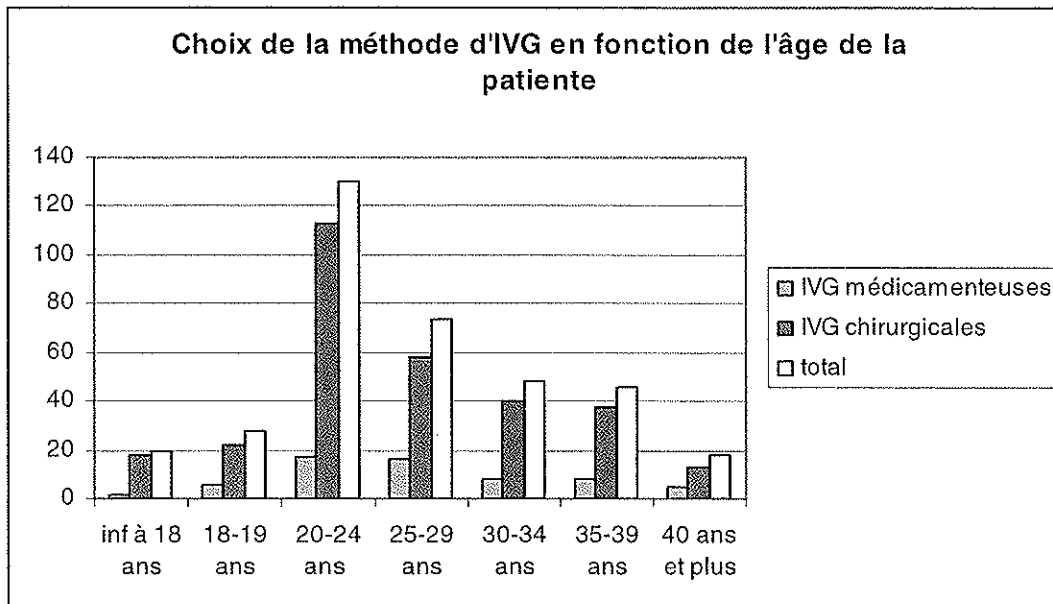
Répartition en fonction de l'âge	IVG médicamenteuses N=62	IVG chirurgicales N=302	Total N=364
Age moyen (extrêmes)	27,16 (16-45)	26,31 (15-47)	26,73(15-47)
inf à 18 ans	2 (3,22%)	18 (5,96%)	20 (5,49%)
18-19 ans	6 (9,67%)	22 (3,65%)	28 (7,69%)
20-24 ans	17 (27,42%)	113 (37,41%)	130(35,71%)
25-29 ans	16 (25,80%)	58 (19,20%)	74 (20,32%)
30-34 ans	8 (12,90%)	40 (13,24%)	48 (13,18%)
35-39 ans	8 (12,90%)	38 (12,58%)	46 (12,63%)
40 ans et plus	5 (8%)	13 (4,30%)	18 (4,94%)

Pour les IVG médicamenteuses la moyenne d'âge était de 27,16 ans et pour les IVG chirurgicales de 26,31 ans.

La répartition en fonction de l'âge des femmes et de la méthode d'IVG était similaire.

La classe d'âge la plus nombreuse était les 20-24 ans (35,71%) et aux extrêmes on retrouvait 20 patientes mineures (5,49%) et 18 patientes de plus de 40 ans (4,9%)

Graphique VIII : Choix de la méthode d'IVG en fonction de l'âge de la patiente



V- 1.1.2. Catégories socioprofessionnelles

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des femmes non actives avec 51,05% de femmes sans emploi, d'étudiantes et d'élèves.

Cette répartition était similaire pour les deux méthodes

Tableau H : Choix de la méthode d'IVG en fonction de l'activité professionnelle (33 dossiers exclus pour données manquantes)

Profession	IVG médicamenteuses N=60	IVG chirurgicales N=271	total N=331
salarié	23 (38,33%)	131 (48,33%)	154 (46,52%)
à son compte	0 (0%)	8 (2,95%)	8 (2,41%)
ne travaille pas	22 (36,66%)	70 (25,83%)	92 (27,79%)
étudiante, élève	15 (25%)	62 (22,87%)	77 (23,26%)

V- 1.1.3. Statut conjugal

La proportion des femmes célibataires était nettement prédominante correspondant au deux tiers de notre population d'étude.

Ces données étaient identiques dans les deux groupes sans différence significative.

Tableau I : Choix de la méthode d'IVG en fonction du statut conjugal (6 dossiers exclus pour données manquantes)

statut conjugal	IVG médicamenteuses N=62	IVG chirurgicales N=296	total N=358
célibataire	49 (79,03%)	242 (81,75%)	291 (81,28%)
mariée	10 (16,12%)	33 (11,14%)	43 (12,01%)
divorcée	3 (4,83%)	19 (6,41%)	22 (6,14%)
pacs	0 (0%)	2 (0,67%)	2 (0,55%)

V- 1.2. Antécédents personnels et obstétricaux

V- 1.2.1. Tabac

Concernant le tabagisme 52,47% des femmes étaient des fumeuses.

48,38% des femmes pratiquant une IVG médicamenteuse (soit 30 femmes sur 62) avaient avoué avoir un tabagisme actif en début de grossesse contre 53,31% pratiquant une IVG chirurgicale. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,48$).

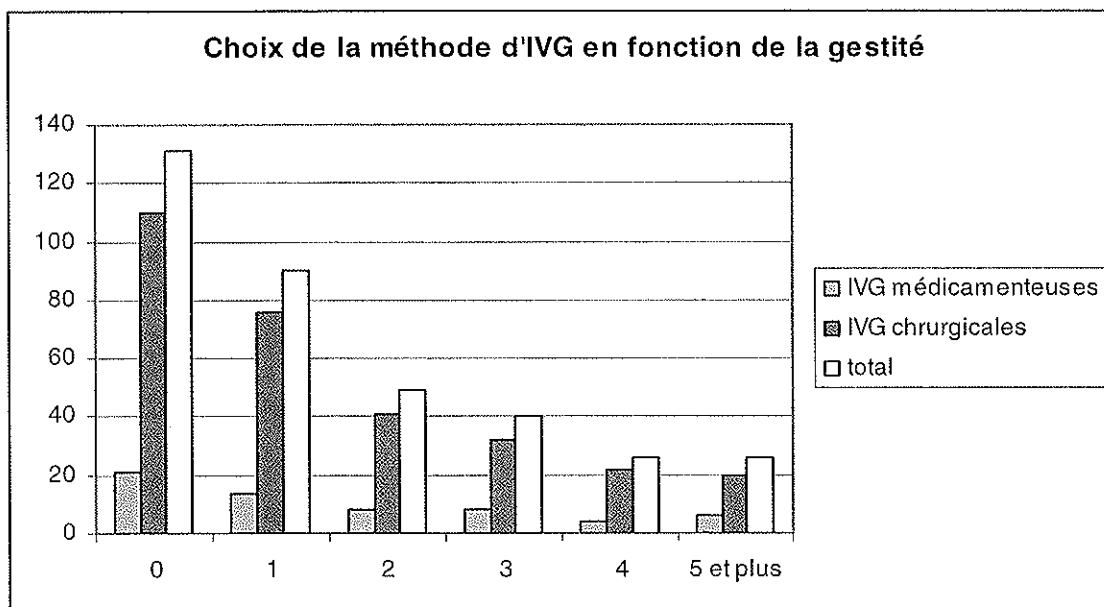
V- 1.2.2. Antécédents obstétricaux

V- 1.2.2.1. Gestité

Le tiers des IVG concernaient des premières grossesses.

La gestité moyenne pour les femmes réalisant une IVG médicamenteuse était de 1,75 (0-9) et pour celles faisant une IVG instrumentales de 1,54 (0-10). La gestité moyenne globale était de 1,64.

Graphique IX: Choix de la méthode d'IVG en fonction de la gestité



V- 1.2.2.2. Parité

Le nombre moyen d'enfants de l'ensemble des 362 patientes (2 dossiers avec informations manquantes) était inférieur à 1 soit à 0,94. Plus de la moitié des patientes (50,82%) demandant une IVG soit médicamenteuse soit chirurgicale n'avait pas d'enfants.

Pour la parité moyenne il n’y avait pas de différence selon la méthode puisque les femmes faisant une IVG médicamenteuse avait une parité moyenne de 0,95 et celles réalisant une IVG instrumentale avait une parité moyenne de à 0,93.

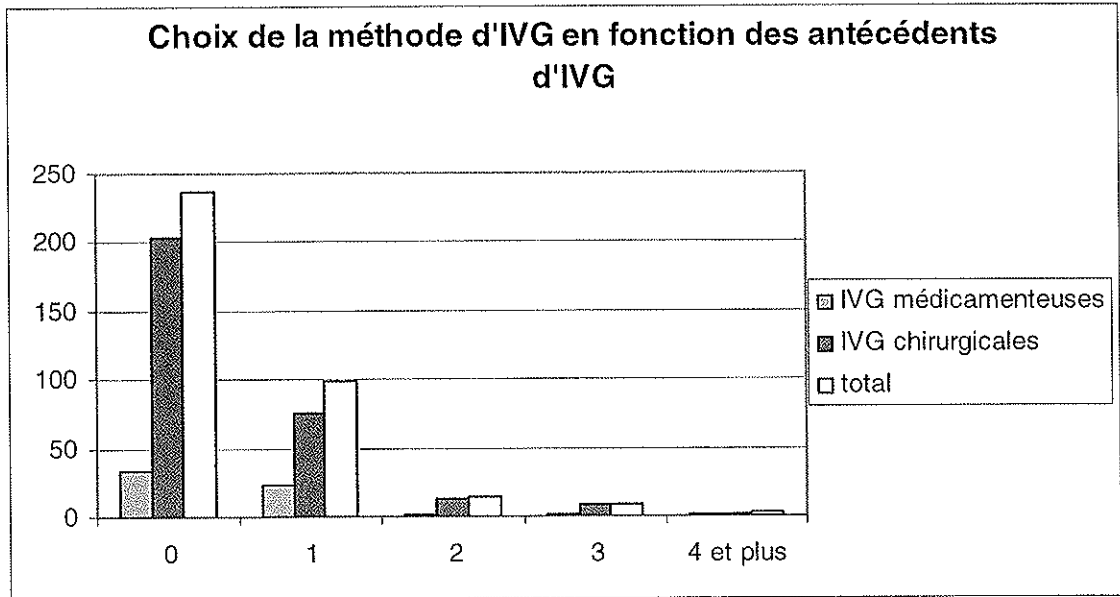
Tableau J : Choix de la méthode d’IVG en fonction de la parité (2 dossiers exclus pour données manquantes)

parité	IVG médicamenteuses N=61	IVG chirurgicales N=301	total N=362
parité moyenne (extrêmes)	0,95 (0-4)	0,93 (0-6)	0,94 (0-6)
pas d'enfant	30 (49,18%)	154 (51,16%)	184(50,82%)
1	12 (19,67%)	70 (23,25%)	82 (22,75%)
2	12 (19,67%)	45 (14,95%)	57 (15,74%)
3	6 (9,83%)	17 (5,64%)	23 (6,35%)
4	1 (1,63%)	7 (2,32%)	8 (2,20%)
5 et plus	0 (0%)	8 (2,65%)	8 (2,20%)

V- 1.2.3. Antécédents d’IVG

Pour près de 65% des femmes qui avaient recours à une IVG, il s’agissait d’une première expérience. La proportion des femmes ayant recours au moins deux fois à une IVG restait inférieure à 10% (7,16%).

Graphique X : Choix de la méthode d'IVG choisie en fonction des antécédents d'IVG



Le nombre d'IVG moyen des femmes réalisant une IVG médicamenteuse était de 0,65 (0-7).

Le nombre d'IVG moyen des femmes réalisant une IVG chirurgicale était de 0,43 (0-5).

Le nombre moyen d'IVG n'était pas une donnée significative entre les deux groupes.

67,44% des femmes n'ayant jamais subi d'IVG choisissaient la méthode instrumentale contre 55,73% la méthode médicamenteuse.

V- 1.3. Terme au moment de la réalisation de l'IVG

L'âge gestationnel était estimé lors de première consultation par le médecin à l'aide de 3 éléments: la date des dernières règles, l'examen clinique et la datation échographique.

Le terme de la grossesse au moment de la réalisation de l'IVG était calculé à partir de cette datation.

Tableau K : Choix de la méthode d'IVG en fonction du terme de la grossesse au moment de l'IVG

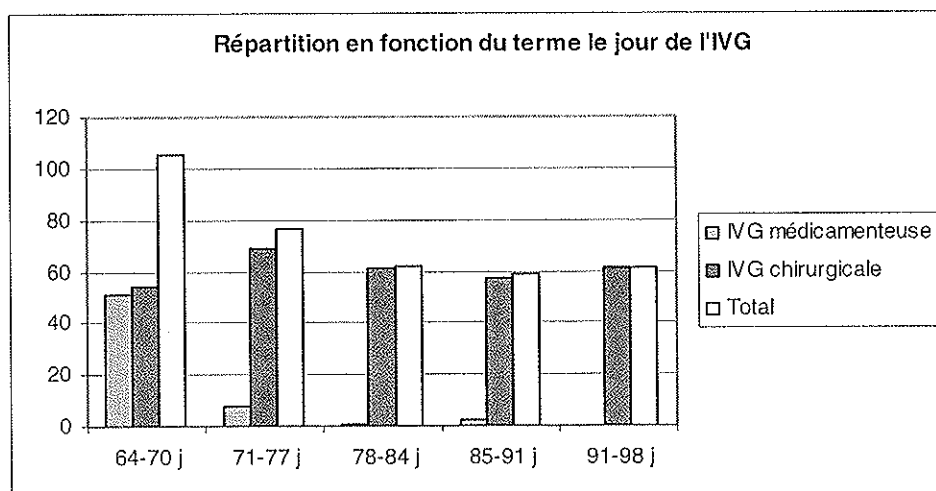
terme le jour de l'IVG	IVG médicamenteuses N=62	IVG chirurgicales N=302	total N=364
64 à 70 j	51 (82,25%)	54 (17,88%)	105 (28,84%)
71 à 77 j	8 (12,90%)	69 (22,84%)	77 (21,15%)
78 à 84 j	1 (1,61%)	61 (20,19%)	62 (17,03%)
85 à 91j	2 (3,22%)	57 (18,87%)	59 (16,20%)
91 à 98 j	0	61 (20,19%)	61 (16,75%)

L'IVG par méthode médicamenteuse était surtout réalisée avant 11 SA (95,15%).

Concernant la méthode médicamenteuse les cas de 11 à 14 SA étaient rares et ne permettaient pas de faire de comparaison avec les IVG instrumentales qui soient satisfaisantes.

En effet on retrouvait aucun cas pour les IVG entre 13 et 14 SA.

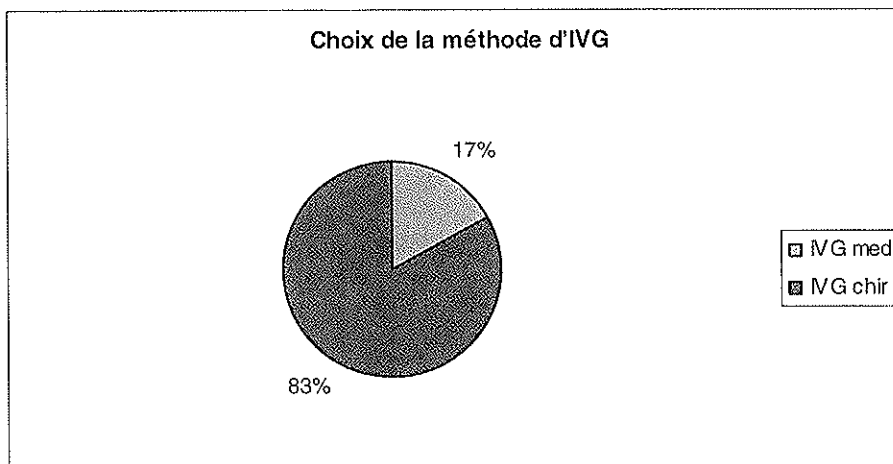
Graphique XI : Répartition en fonction du terme le jour de l'IVG



V- 1.4. Mode d'intervention

Sur la période d'étude des dossiers du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Avril 2006, 364 interruptions volontaires de grossesse avaient été effectuées après 9 semaines d'aménorrhée dont 17% étaient des IVG médicamenteuses.

Graphique XII : Répartition des femmes en fonction de la méthode d'IVG choisie



La méthode médicamenteuse était choisie par les patientes après explications éclairées sur les deux méthodes.

Par contre dans notre étude nous n'avons pas pu préciser s'il existait un lien entre la méthode choisie et celle pratiquée lors des IVG antérieures pour les femmes ayant un antécédent d'IVG.

V- 1.5. Consultation de contrôle post-IVG

La consultation de contrôle était obligatoire dans le cadre du suivi des femmes après leur IVG afin de réaliser un examen clinique à la recherche de complications éventuelles. Mais malheureusement on a pu constater que de nombreuses femmes avaient été perdues de vue après leur sortie d'hospitalisation.

Tableau L : Réalisation de la consultation de contrôle post-IVG (26 dossiers exclus pour données manquantes)

consultations post-IVG	IVG médicamenteuses N=61	IVG chirurgicales N=277	Total N=338
faites	39 (69,93%)	165 (59,56%)	204 (60,35%)
non faites	22 (36,06%)	112 (40,43%)	134 (39,64%)

Les femmes n'étaient pas revenues faire leur consultation de contrôle et pour les deux groupes cette attitude était semblable (p=0,55)

V- 2. IVG MEDICAMENTEUSE

V- 2.1. Efficacité

Le taux de réussite définie par une évacuation utérine complète sans avoir recours à la chirurgie était de 95,16% (59/62).

On retrouvait 3 échecs d'expulsion par le protocole médicamenteux qui avaient conduit à une aspiration secondaire sous anesthésie locale. L'âge gestationnel de ses échecs était: 65 jours, 69 jours et 85 jours.

Par contre ces échecs d'expulsion n'étaient pas nécessairement à relier à la méthode mais pouvait être dus à un manque de temps. Car les IVG médicamenteuses qui n'avaient pas expulsé avant 14 heures spontanément bénéficiaient d'un curetage et ceci pour une question d'organisation du service car les IVG étaient accueillies en hospitalisation de jour.

Le délai moyen entre la prise de Mifégyne* et l'expulsion était de 49 heures (40 heures-54 heures) avec 9 dossiers qui n'étaient pas documentés.

Le délai moyen d'expulsion (entre la prise de misoprostol et l'expulsion) était de 5 heures (1h40-8h 30).

La durée moyenne de l'hospitalisation est de 5 heures 30.

Donc toutes les femmes, l'hospitalisation de jour avait été suffisante

V- 2.2. Effets secondaires

La prise en charge de la douleur était systématique. Toutes les femmes bénéficiaient de l'administration d'un suppositoire le Lamaline* lors de la première administration de Cytotec*.

Ensuite le recours aux antalgiques se faisait de façon individuelle lors du passage des infirmières.

Si besoin les trois paliers antalgiques étaient disponibles en fonction de l'importance et la tolérance à la douleur.

Tableau M : Utilisation d'un traitement antalgique dans l'IVG médicamenteuse

traitement antalgique N=61	IVG médicamenteuses
paracétamol	30 (49,18%)
AINS	4 (6,55%)
morphine	1 (1,64%)
anesthésie par péridurale	0
aucun antalgique	26 (42,62%)

57% des femmes avaient recours à un antalgique. Dans la grande majorité des cas l'utilisation du paracétamol suffisait à soulager les patientes.

L'utilisation de morphine restait exceptionnel, une seule patiente avait reçu de la morphine (Temgésic*) et elle était à un terme de 9SA+3 jours.

Aucune patiente n'avait eu recours à une analgésie par péridurale.

V- 2.3. Complications

V- 2.3.1. Complications précoces

Les complications immédiates concernant les IVG médicamenteuses étaient exceptionnellement rares.

Aucun accident hémorragique n'a été retrouvé.

Les troubles digestifs étaient des effets secondaires connus du misoprostol d'évolution favorable avec un traitement symptomatique.

Aucune fièvre immédiate n'a été recensée.

Tableau N : Incidents ou accidents immédiats pour les IVG médicamenteuses

incidents ou accidents immédiats	IVG médicamenteuses
hémorragie	0
état fébrile immédiat	0
troubles digestifs	2

V- 2.3.2. Complications tardives

Aucune des patientes avait été réhospitalisée et avait subi de réintervention.

Lors de la consultation de contrôle post-IVG, 4 patientes présentaient des métrorragies persistantes mais de faible abondance sur une rétention intra-utérine mis en évidence par une échographie de contrôle. Un traitement médical seul avait permis une évolution favorable.

Il n'avait été retrouvé aucune complication infectieuse.

Tableau O : Complications tardives pour les IVG médicamenteuses

complications tardives	IVG médicamenteux
infection génitale	0
échec avec grossesse évolutive	0
métrorragie sur rétention ovulaire partielle	4

V- 3. IVG CHIRURGICALE

V- 3.1. Efficacité

Le taux de réussite était de 100%. Aucun échec avec persistance d'une grossesse évolutive n'avait été retrouvé.

Aucune réaspiration

Les IVG instrumentales se faisait au bloc opératoire sous contrôle échographique pendant l'intervention ou après pour vérifier la vacuité utérine.

V- 3.2. Complications

V- 3.2.1. Complications précoces

Tous les incidents recensés avaient eu une évolution favorable et n'avaient pas conduit à une hospitalisation.

Tableau P : Incidentes ou accidents immédiats pour les IVG chirurgicales (43 dossiers exclus pour données manquantes)

Incidents ou accidents immédiats N=259	IVG chirurgicales
choc anesthésique	0
hémorragie	1
perforation utérine	1
traumatisme cervical	1

La perforation utérine avait donné lieu à une hémorragie sévère sans nécessité de transfusion. Aucun accident anesthésique n'avait été retrouvé.

Deux patientes avaient été réhospitalisées avant la consultation de contrôle pour des métrorragies abondantes sur rétention intra-utérine ne nécessitant aucune transfusion. Elles avaient été traitées médicalement et l'évolution avait été favorable.

V- 3.2.2. Complications tardives

Tableau Q : Complications tardives pour les IVG chirurgicales

Complications tardives	IVG chirurgicales
infection génitale	2
rétenion post-IVG	6
ré-intervention pour rétenion	0

Lors de la consultation de contrôle programmée 6 patientes présentaient des métrorragies de faible abondance sur rétenion intra-utérine conduisant à l'instauration d'un traitement médicamenteux.

On avait retrouvé 2 cas d'infection dont une cervicite et une endométrite. La patiente ayant une endométrite s'était présentée à la consultation de contrôle avec des douleurs pelviennes et un état fébrile. L'instauration d'une antibiothérapie en ambulatoire avait permis une évolution favorable

VI. DISCUSSION

VI- 1. VALIDITE INTERNE

Nous avons réalisé une étude transversale, épidémiologique et rétrospective. Trois grandes parties ont été abordées : la description des patientes subissant une IVG, l'analyse comparative de ces femmes en fonction de la méthode d'IVG pratiquée, et l'évaluation en terme d'efficacité et de tolérance des deux méthodes, médicales et chirurgicales. Le type d'étude utilisé est soumis à de nombreux biais.

VI- 1.1. Concernant le biais de sélection

Les critères d'inclusion ont été choisis pour recueillir les patientes réalisant des IVG médicamenteuses après 9 SA. La détermination du terme de la grossesse est soumise à un biais d'information pour la date des dernières règles. Egalement les mesures échographiques peuvent manquer parfois de précision en fonction de l'expérience de l'opérateur ce qui pourrait entraîner des erreurs de terme de quelques jours.

La durée de l'étude est de 1 an et demi (entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 avril 2006). Le choix de cette période a permis d'inclure 364 dossiers dont 62 étaient des IVG médicamenteuses. Notre objectif étant d'évaluer la place de l'IVG médicamenteuse dans les demandes d'IVG après 9 SA.

Les deux groupes ne sont pas homogènes dans la répartition en fonction du terme. Nous avons voulu comparer les IVG médicamenteuses et chirurgicales entre 9 et 14 SA mais le nombre de cas de méthodes médicamenteuses de 12 à 14 SA est faible.

Le lieu de l'étude constitue un biais dans la constitution de l'échantillon des IVG chirurgicales. Les centres d'orthogénie de la région réorientent, vers le CHRU de Limoges, les patientes pour les termes de 13 à 14 SA afin de réaliser ces IVG instrumentales

VI- 1.2. Concernant le biais de recueil des données

Dans les dossiers de nombreuses données étaient manquantes. Pour chacun des items manquants le dossier a été exclu de l'analyse des résultats.

Ce type d'étude rétrospective n'est pas le plus approprié et une étude prospective avec un recueil longitudinal durant les différentes consultations et l'hospitalisation aurait permis une évaluation plus puissante et aurait pu mettre en avant notamment l'impact psychologique de l'IVG sur les patientes et la différence entre les 2 méthodes.

VI- 2. VALIDITE EXTERNE

VI- 2.1. Définir le terme de la grossesse

Une interruption volontaire de grossesse ne peut être proposée et réalisée que si la grossesse est confirmée. D'après l'ANAES (HAS) (1), l'âge gestationnel de la grossesse se définit par l'interrogatoire avec la date des dernières règles et l'examen clinique. Les recommandations soulignent juste que « le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation ». Or la date des dernières règles est souvent une donnée imprécise voire manquante comme nous l'avons constaté dans notre étude puisque pour plus de 20% des dossiers (20,87%) cette donnée est absente.

L'échographie est demandée systématiquement par certains centres, comme le CHRU de Limoges, avant toutes IVG ou à la demande pour d'autres centres en cas de discordance entre la taille utérine et le terme théorique ou si l'on suspecte une anomalie.

Il s'agit d'une échographie du premier trimestre de la grossesse qui permet de dater la grossesse et d'apprécier la vitalité fœtale. La datation se fait au mieux en fonction de l'état d'avancement de la grossesse par : la mesure du sac ovulaire entre 4 et 6 SA, la longueur craniale entre 6 et 12 SA, le diamètre bipariétal et la longueur du fémur entre 11 et 14 SA. Il existe des tables de mensurations des différentes mesures en fonction du terme permettant d'aider à dater la grossesse.

Tableau R: Evaluation de l'âge gestationnel (collège français d'échographie fœtale)

	longueur craniale en mm d'après Wisser et coll
9-10 SA	22-30 mm
10-11SA	32-40 mm
11-12 SA	42-52 mm
12-13 SA	54-62 mm
13 SA	64 mm
	diamètre bipariétal (BIP p50) INSERM Unité 155
11 SA	16 mm
12 SA	20 mm
13 SA	24 mm
14 SA	28 mm
	longueur fémur (LF p50) INSERM Unité 155
12 SA	7 mm
13 SA	10mm
14 SA	16 mm

Dans notre étude nous utilisons, pour dater la grossesse, la date des dernières règles, l'examen clinique et l'échographie endovaginale qui est réalisée de façon systématique avec des mesures. Le terme donné par les mesures échographiques reste la date de référence. La plupart des études n'utilisent que l'échographie comme moyen de datation (4,40) ou la date des dernières règles et l'échographie (31).

Or les recommandations de l'ANAES (1) fixent les techniques d'IVG recommandées en fonction de l'âge gestationnel sans donner de critères de mesures échographiques. Donc il existe une certaine imprécision sur les valeurs échographiques à prendre en considération pour déterminer qu'une grossesse est hors délai par exemple.

VI- 2.2. Données sociodémographiques

Nous avons dans un premier temps voulu comparer les caractéristiques sociodémographiques des femmes réalisant une IVG médicamenteuse à celle faisant une IVG chirurgicale.

Dans notre étude la moyenne d'âge des femmes faisant une IVG médicamenteuse est de 27,16 ans contre 26,31 ans pour les IVG chirurgicales. Pour un tiers de ces femmes il s'agit de leur première grossesse, la gestité moyenne est de 1,75 pour les IVGm et de 1,54 pour les IVGi. Cette donnée concernant la première grossesse doit être corrélée au fait que les deux tiers de ces femmes sont célibataires (IVGm 79%, IVGi 81%) et non actives c'est-à-dire ne travaillant pas ou toujours élèves ou étudiantes (IVGm 61,66% IVGi 48,7%).

Sur le plan professionnel la proportion de femmes salariées est plus importante dans le groupe IVG chirurgicale : 48,33% contre 38,33%.

Plus de la moitié des femmes qui font une IVG, il s'agit d'un premier épisode. 55% des femmes pour les IVGm et 67% des femmes pour les IVGi n'ont pas d'antécédents d'IVG. Entre les deux groupes le nombre moyen d'IVG antérieur n'est pas significatif (IVGm 0,65 ; IVGi 0,43)

Le tabagisme en début de grossesse n'est pas une donnée significative entre les deux groupes puisque la moitié des femmes avoue fumer.

L'étude COCON a comparé les IVG médicamenteuses aux IVG chirurgicales survenues jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée révolues. Les femmes qui font une IVG médicamenteuse ont en moyenne le même âge et le même nombre d'enfant que les femmes du groupe IVG chirurgicale (39). De même dans l'étude d'Hamoda (35) mais qui étudie les IVG entre 9 et 14 SA les femmes des deux groupes ont la même moyenne d'âge (27 ans), il n'y a pas de variables significatives lorsque que l'on compare la gestité, la parité et les antécédents d'IVG. D'après les données de cette étude il s'agit pour en peu moins de la moitié d'entre elle d'une première grossesse (IVGm 45%, IVGi 41%) et dans presque 70% des cas elles n'ont pas d'antécédents d'IVG (IVGm 71%, IVGi 66%). Une autre étude (31) évaluant IVG médicamenteuse entre 5 et 14 SA montre un profil de femme choisissant l'IVG médicamenteuse avec un âge moyen de 26,1 ans (14-46ans), une gestité moyenne de 2,2 (1-16) et une parité moyenne de 0,8 (0-9) et 23% des femmes ont un antécédent d'IVG. Les données socio démographiques ne sont pas des éléments caractéristiques dans le choix de la méthode, bien souvent le facteur déterminant est la manière dont sont présentées les méthodes d'IVG par le médecin ou la sage femme.

En effet l'information aux patientes est un temps capital et nécessite de prendre du temps au cours de l'entretien. Car jusque là l'IVG médicamenteuse était une méthode peu pratiquée et peu connue. Les différentes étapes et les possibles effets secondaires doivent être expliqués, compris et acceptés par la patiente. De plus à la différence de la méthode par aspiration, la femme va expulser l'embryon et il est souhaitable pour une meilleure acceptabilité de lui préciser avant ce qu'est un embryon et son aspect.

VI- 2.3 Efficacité

Peu d'études ont comparé l'IVG médicamenteuse à l'IVG instrumentale. L'objectif des comparaisons n'est pas le remplacement de l'IVG instrumentale par l'IVG médicamenteuse mais de bien évaluer les avantages et les inconvénients de chaque méthode et de pouvoir en informer les patientes.

Dans notre étude nous avons voulu comparer les deux méthodes en terme d'efficacité, nous avons retrouvé un taux de réussite de 100% pour l'IVG chirurgicale et de 95,16% pour l'IVG médicamenteuse. Par contre notre échantillon pour les IVG médicamenteuses se situe entre 9 et 11 SA après ce terme là les cas sont rares.

Ashok et al (4) dans une étude partiellement randomisée compare l'IVG médicamenteuse à l'aspiration sous anesthésie générale pour des IVG faites entre 10 et 13 SA. 5,4% des femmes ayant eu une IVGm ont nécessité une aspiration et 2,1% des femmes du groupe IVGi ont nécessité un deuxième geste. Dans une autre étude datant de 2002 (35), qui compare toujours les 2 méthodes mais à un terme compris entre 9 et 14 SA, le taux de réussite est de 95,8% pour les femmes ayant subi une IVGm et de 98,35% pour les IVGi.

L'étude prospective faite en Guyane Française (40) sur les IVG médicamenteuse entre 9 et 14 SA témoigne d'une très bonne efficacité avec 92,4% des patientes qui ont expulsé sans recours à la chirurgie.

Pour un terme de grossesse inférieur dans une étude partiellement randomisée incluant 363 femmes ayant une grossesse de moins de 9 SA, Henshaw et al (36) n'avaient pas trouvé de différence significative entre les deux méthodes concernant l'efficacité.

Par contre, il a été retrouvé (35) une relation significative pour les IVG médicamenteuses entre l'âge gestationnel de la grossesse au moment de l'IVG et le risque d'échec et d'une intervention chirurgicale secondaire. De nombreuses études ont montré que l'efficacité de la méthode médicamenteuse diminuait et que le risque de taux de grossesse évolutive augmentait avec l'augmentation de l'âge gestationnel (6,60). Cette information n'a pas pu bien être documentée dans notre étude du fait du faible nombre d'IVG médicamenteuses après 11 SA.

Il paraît important de contrôler avant la sortie de la patiente par un examen clinique ou une échographie, s'il persiste un doute pour minimiser le risque d'échec et bien évidemment d'en informer les patientes qui choisissent cette méthode. De plus il faut bien préciser aux femmes les signes cliniques qui doivent l'orienter à consulter un médecin dans les plus brefs délais.

La durée entre l'induction et l'expulsion pour l'IVG médicamenteuse est de 5 heures ce qui est similaire aux données de la littérature comme dans l'étude d'Ashok (3) la durée moyenne est de 4,33 heures et de 6 heures dans une autre étude datant de 2004 (40). Ces durées sont tout à fait compatibles avec une hospitalisation de jour.

Ce délai d'expulsion est un critère capital puisqu'il fait partie des arguments contre la méthode médicamenteuse dans l'IVG.

En effet avant 7 SA voire 9 SA, il est possible de laisser sortir une patiente sans qu'elle ait expulsé. Au-delà de 9 SA l'expulsion doit avoir lieu à l'hôpital. Quelques équipes acceptent l'hospitalisation conventionnelle pour les IVG mais peu de centres ont mis en place une telle organisation. Pour cette raison dans le service du CHRU de Limoges une aspiration est programmée en début d'après midi en l'absence d'expulsion. Bien évidemment les femmes sont informées de ce risque avant de choisir cette procédure. Cette conduite permet ainsi d'éviter cette difficulté organisationnelle.

VI- 2.4. Complications

Les complications restent rares pour les deux méthodes lorsque la procédure et la surveillance sont respectées. Mais les études retrouvent un risque de complications augmentant proportionnellement avec l'âge de la grossesse, d'après Buehler (11) les complications sont plus fréquentes entre 12-14 SA qu'avant 12 SA.

Pour les complications peropératoires, pour les deux méthodes nous n'avons pas eu de complications hémorragiques ayant conduit à une transfusion sanguine. Le type d'étude n'a pas permis une évaluation des saignements en post-IVG.

Dans la littérature (6,60) on retrouve que le taux de transfusion sanguine des femmes subissant une IVG médicamenteuse au dessus de 63 jours d'aménorrhée est compris entre 0,1 et 0,2% alors que celui des femmes ayant une IVG médicamenteuse entre 13 et 21 SA est de 0,7%. Buehler et al (48) reporte que 0,2% des femmes reçoivent une transfusion sanguine suite à une IVG instrumentale.

Toutefois, dans le cas de l'IVG chirurgicale le sang est aspiré alors que dans l'IVG médicamenteuse il est extériorisé. Mais des études montrent que les femmes déclarent des saignements plus abondants et plus prolongés après un avortement médicamenteux (14,52).

Une étude (62) a retrouvé une baisse moyenne de 0,71g/dL d'hémoglobine dans le groupe de femme ayant eu une IVG médicamenteuse avant 50 jours comparé au groupe de femmes ayant eu une IVG chirurgicale ($p < 0,0001$).

Concernant les IVG chirurgicales il n'y a pas eu de complications anesthésiques. Il s'agit d'une anesthésie par voie générale qui est peut-être source de plus de complications. Le rapport Nisand (6) privilégie dans la pratique les anesthésies locales qui sont beaucoup plus sûres.

Pour l'IVG chirurgicale les complications per opératoires sont principalement les complications mécaniques avec un cas de perforation utérine (0,38%) et un cas de déchirure du col (0,38%). L'ANAES estime ce risque inférieur à 1%. L'IVG chirurgicale après 12 SA est une procédure techniquement plus difficile et requiert une grande expérience. Une étude à Singapour (13) montre que le risque de perforation utérine est plus important chez un opérateur peu entraîné.

Les complications post-IVG sont marquées principalement par le risque infectieux. Dans notre étude nous avons retrouvé deux cas d'infections génitales lors de la consultation de contrôle suite à des IVG chirurgicales. Un cas d'infection génitale basse à type de cervicite et un cas d'endométrite d'évolution favorable sous antibiothérapie. Ces complications infectieuses sont largement sous-estimées car elles ne conduisent pas toujours à une hospitalisation ou à une nouvelle consultation dans le centre où est réalisé l'IVG. Le suivi post-IVG est souvent compromis et peu documenté par la faible participation à la consultation de contrôle. De plus au décours de notre étude nous nous sommes rendu compte que quelques femmes étaient revues en consultation d'urgence suite à leur IVG voire même hospitalisées pour une prise en charge et une surveillance sans que ces informations apparaissent sur le dossier IVG puisqu'elles sont enregistrées pendant cette hospitalisation dans le service de gynécologie et qu'un autre dossier est ouvert. Ce manque de continuité dans les dossiers peut s'expliquer par le caractère anonyme des dossiers d'IVG qui peut être demandé par les femmes et qui est un droit.

Le risque d'infection génitale basse post-IVG médicamenteuse existe mais semble moindre pour les IVG chirurgicales (12). De même l'incidence des endométrites semble plus basse après un avortement médicamenteux (de 0,09 à 0,5%) qu'après avortement chirurgical (de 0,1 à 4,7%) (38). L'infection est une complication fréquente après une IVG, l'intérêt d'une antibioprophylaxie est reconnu depuis les années 1970 (27). Une méta-analyse (53) englobant 12 études randomisées a retrouvé qu'une antibioprophylaxie systématique et/ou une antibiothérapie post-IVG permettait une réduction significative des infections génitales hautes post-IVG par rapport aux femmes recevant un placebo.

Au CHRU de Limoges les femmes reçoivent systématiquement avant l'IVG instrumentale 2 comprimés de Vibramycine* comme antibioprofylaxie.

Dans l'étude Ashok (35) les femmes reçoivent de façon systématique une antibioprofylaxie et les complications à type d'infections pelviennes sont de 0,90% pour les IVG médicamenteuses et de 0,35% pour les IVG instrumentales.

Notre étude n'a pas retrouvé de réinterventions pour les deux méthodes, cependant une revue de la littérature rapporte des taux de réinterventions pour avortement incomplet un peu plus élevé pour les méthodes médicamenteuses que pour les méthodes chirurgicales : 0,16 à 5% contre 0,35 à 1,96% (38).

VI- 2.5. Prise en charge de la douleur dans l'IVG médicamenteuse

Dans notre étude qui est de type rétrospectif, nous avons évalué la douleur en fonction de la quantité d'antalgique utilisée. Il faudrait que la douleur soit évaluée par l'utilisation d'une échelle analogique pour être mieux appréciée.

L'IVG médicamenteuse est responsable de douleurs modérées à sévères pour plus de 50% des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines.

Dans le service, les femmes reçoivent de façon systématique un suppositoire de Lamaline* lors de la première prise de prostaglandine. Mais un traitement antalgique est disponible si besoin comprenant 4 niveaux : paracétamol per os ou suppositoire, AINS per os ou suppositoire ou perfusion, dérivés morphiniques per os ou intramusculaire ou perfusion, anesthésie par péridurale.

57,37% des femmes ont demandé un traitement antalgique complémentaire pour 42,62% des patientes la douleur a cédé avec du paracétamol, pour 4 patientes (6,55%) une association paracétamol AINS a été nécessaire. Une seule patiente a reçu un traitement antalgique morphinique. Aucun recours à l'anesthésie par péridurale.

Dans notre étude nous n'avons pas retrouvé de relation entre la demande de traitement antalgique et l'âge gestationnel.

Mais Gouk et al (32) ont observé une tendance vers l'augmentation de la douleur avec l'âge gestationnel.

Ashok (35) constate que l'utilisation d'antalgique est aussi lié à l'âge gestationnel ainsi qu'aux nombres de comprimés de misoprostol utilisés. Par contre dans cette étude 96,8% des femmes ont recours a un antalgique oral type paracétamol ou dihydrocodéine et de 2,8% à de la morphine en intramusculaire. Les femmes qui ont un antécédent de grossesse utilisent moins les antalgiques que celles qui sont nulligestes ($p < 0,001$) et celles qui ont un antécédent d'avortement utilisent également moins d'antalgique que celles qui n'en n'ont pas ($p = 0,003$).

La prise en charge de la douleur est une étape capitale de cette méthode. Il faut donc une équipe accompagnante formée. Car ces douleurs intenses ne sont pas forcément liées uniquement au processus physiologique. On peut constater souvent une atténuation voire une cessation de la douleur physique pour ces femmes lorsqu'elles peuvent en parler.

VI- 2.6. Acceptabilité de la méthode d'IVG

Nous n'avons pas pu évaluer l'acceptabilité de la méthode d'IVG dans notre étude car il faudrait utiliser une étude prospective avec la mise en place d'un questionnaire et l'évaluation le jour de l'intervention et lors de la consultation post-IVG.

Le choix de la méthode ne peut se baser uniquement que sur l'efficacité, il doit tenir compte aussi du souhait des femmes et de l'acceptabilité.

Dans une étude randomisée, Ashok et al (4) ont comparé l'IVGm à l'aspiration sous anesthésie générale pour les IVG faites entre 10 et 13SA. Avant l'IVG, 72% des femmes avaient une préférence pour l'IVGm, 22% pour l'IVGi. Après l'IVG, 70% des femmes ayant eu une IVGm et 79% de celles ayant eu IVGi opteraient pour la même méthode en cas de nouvelle demande d'IVG.

Dans une autre étude randomisée de 2005 (5), un questionnaire est remis aux femmes avant leur IVG leur demandant les raisons de leur préférence pour la méthode d'IVG. La majorité (93%) qui préfère l'aspiration souhaite ne pas être consciente et 43% choisissent cette méthode pour le peu de contrôle après l'intervention. 63% des patientes préfèrent la méthode médicamenteuse afin d'éviter l'anesthésie et 83% pour éviter une intervention. De plus 42% souhaitent être conscientes. Les résultats montrent également que même si les femmes avaient une préférence pour une méthode particulière elles étaient contentes d'avoir une alternative.

Creinin (17) suggère également dans son étude que les femmes sont satisfaites de leur méthode d'IVG quand elles ont le choix de la méthode.

La méthode médicamenteuse est une méthode simple et non invasive combinée à une efficacité satisfaisante.

L'IVG chirurgicale apparaît beaucoup plus simple et standardisée. Paradoxalement alors que l'IVG médicamenteuse apparaît plus naturelle son organisation est plus complexe et elle requiert plus de temps et plus d'investissement de la part des équipes médicales. En effet actuellement les IVG se font en hôpital de jour sur une durée de 6 heures d'hospitalisation. C'est pour cette raison que dans le service d'orthogénie de Limoges, les IVG médicamenteuses qui n'ont pas expulsé avant 14 heures subissent une aspiration car les femmes ne peuvent pas être gardées en surveillance. Dans d'autres centres comme à Strasbourg (31) pour les IVG médicamenteuses entre 5 et 14 SA les femmes qui n'ont pas expulsé restent hospitalisées 24 heures pour continuer la procédure.

VI- 2.7. Aspects médico-légaux

La réalisation d'une IVG médicamenteuse après 7 SA et a fortiori après 9 SA sort du cadre de l'AMM. Les recommandations et les circulaires actuelles insistent sur la limite du délai pour la réalisation des IVG médicamenteuses.

Ces recommandations se basent sur des niveaux de preuves scientifiques établis en fonction des études réalisées. C'est sur ces niveaux de preuve que l'on se réfère pour limiter l'utilisation de la méthode médicamenteuse. L'HAS comme nous l'avons déjà vu, considère que la technique médicamenteuse est utilisable à 9 SA en milieu hospitalier selon un niveau de preuve grade A. Par contre entre 10 et 12 SA la technique n'est pas recommandée sans précision de niveau de preuve ce qui correspond à un accord professionnel. Pour les termes compris entre 13 et 14 SA la technique médicale n'est pas recommandée, toujours en l'absence de niveau de preuve, sauf cas particuliers, se basant sur des critères organisationnels : l'hospitalisation conventionnelle doit être prévue, l'analgésie par péridurale doit être disponible à la demande, la révision utérine doit être réalisée soit systématiquement soit en fonction du contrôle échographique.

Ces critères organisationnels ont déjà tous été évoqués et sont systématiquement pris en considération par les équipes qui font des IVG médicamenteuses entre 9 et 14 SA.

La mifépristone a obtenu en France une autorisation de mise sur le marché en 1988, elle est indiquée dans l'interruption volontaire de grossesse intra-utérine évolutive en association à un analogue de la prostaglandine jusqu'à 49 jours d'aménorrhée.

Actuellement le protocole validé comporte l'administration de 600mg (soit 3 comprimés) de mifépristone par voie orale en une prise suivie 36 à 48 heures plus tard par l'administration soit de 400µg de misoprostol par voie orale soit de 1mg de géméprost par voie vaginale.

Or l'ANAES (HAS) dans les recommandations de pratique donne la possibilité d'utiliser la méthode médicamenteuse jusqu'à 63 jours d'aménorrhée avec un protocole basé sur un seul comprimé de 200 mg de mifépristone. En effet des études comparatives n'ont pas montré de différence d'efficacité entre les deux doses de 600mg et 200mg de mifépristone. Récemment l'agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA) a revu les conditions d'utilisation de la mifépristone dans l'IVG médicamenteuse (26 mars 2007) (annexe). L'évaluation a conduit au maintien de la posologie recommandée de 600mg de mifépristone et elle se prononce sur l'utilisation de la mifépristone jusqu'à 63 jours d'aménorrhée.

L'Afsspas (12 octobre 2005) (annexe) insiste sur le strict respect des recommandations concernant la dose du fait de cas d'infections mortelles aux Etats-Unis dans un contexte d'utilisation hors AMM de misoprostol.

En effet, un article paru en 2005 (29) rapporte l'existence de 4 cas de décès suite à une infection à *Clostridium Sordelli* chez des patientes jeunes et en bonne santé ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse. Le tableau clinique était identique dans les 4 cas, avec une consultation en urgence 3 à 7 jours après la prise médicamenteuse pour des crampes abdominales, une dysurie, une altération de l'état général. Les patientes étaient toutes apyrétiques avec un examen général peu contributif. Le tableau était complété par des nausées, des vomissements, une tachycardie et une hypotension. Les examens biologiques révélaient une hyperleucocytose, une hémococoncentration et une acidose métabolique ; l'échographie abdominale une ascite et la radiographie pulmonaire un infiltrat interstitiel bilatéral. L'issue était dans tous les cas fulminante et fatale, malgré la mise en œuvre d'une réanimation intensive. Le décès survenait après un épisode de bradycardie réfractaire et d'hypoxie.

Les hémocultures étaient négatives. Les examens immunohistochimiques réalisés à l'occasion des autopsies ont mis en évidence une infection à *Clostridium Sordelli* dans les vaisseaux utérins correspondant à une endométrite sans rétention placentaire, avec de multiples petits abcès, de la nécrose et des hémorragies.

Ce germe (bacille gram positif à développement anaérobie) est également responsable de pneumonies, d'endocardites, d'arthrites et de nécroses musculaires. Il s'agit d'affections rares, survenant chez des patients fragilisés. Si *C. Sordelli* est rarement retrouvé dans les voies génitales, les autres *Clostridium* colonisent le vagin de 4 à 18% des patientes et sont responsables d'infections du post-partum ou du post abortum. La grossesse, l'accouchement ou l'avortement semblent prédisposer un petit nombre de femmes à acquérir des souches de *Clostridium Sordelli* dans le tractus génital, avec une infection ascendante favorisée par la dilatation cervicale (22).

Cette affection, quoique dramatique, reste rare en regard de la fréquence des avortements médicamenteux réalisés depuis de nombreuses années dans différents pays. Il est nécessaire d'informer les patientes de cette complication afin qu'elles soient vigilantes. Les praticiens doivent évidemment connaître cette complication et ne pas se laisser rassurer par l'absence de fièvre. On peut se demander si ces cas rarissimes peuvent décrédibiliser la méthode médicamenteuse en limitant son utilisation.

Le protocole médicamenteux de l'interruption volontaire de grossesse se rapproche de celui de l'interruption médicale de grossesse associant une anti-progestérone à une prostaglandine

L'interruption médicale de grossesse est autorisée quelque soit le terme de la grossesse dans les conditions définies par l'article L162-12 du code de la santé publique.

La mifépristone a l'AMM pour la préparation à l'action des prostaglandines lors de l'interruption de grossesse pour raisons médicales au-delà du premier trimestre (35). Donc la mifépristone est autorisée jusqu'à 9 SA et après 14 SA et entre les deux elle n'a pas d'autorisation. Alors que l'efficacité de l'IVG médicamenteuse est constante quelque soit l'âge gestationnel dans la littérature même si le nombre d'étude testant l'association mifépristone-misoprostol entre 9 et 14 SA est rare.

VI- 2.8. Evaluation du coût des IVG médicamenteuses et chirurgicales au CHRU de Limoges

Il nous est paru important d'essayer de comparer les deux méthodes en terme de coût financier. Dans la littérature, nous avons retrouvé une seule étude américaine datant de 2000 qui compare les deux méthodes d'IVG en terme de coût. Creinin (17) conclut que l'addition des coûts pour réaliser une IVG chirurgicale surtout en terme humain est supérieure au simple coût des médicaments pour les IVG médicamenteuses

En France le coût des IVG est fixé par arrêté ministériel et donne lieu à des forfaits en fonction de la méthode et du mode d'anesthésie.

Au CHRU de Limoges, les IVG instrumentales sont prises en charge sur le plan administratif en hospitalisation de jour. Chaque séjour donne lieu à un groupe homogène de séjour qui conduit à un forfait versé ultérieurement à l'établissement puisque ces hospitalisations ne sont pas directement facturées. Par contre les IVG médicamenteuses sont prises en charge administrativement en consultation externe et chacune donne également lieu à un forfait.

En pratique toutes les IVG réalisées sont effectuées pour la même unité fonctionnelle d'hospitalisation alors que seuls les IVG chirurgicales sont considérées en hospitalisation.

Donc l'évaluation des coûts de cette unité fonctionnelle est soumise à un biais.

Nous avons voulu savoir si les coûts d'activité d'IVG de Limoges sont comparables à ceux des autres établissements. Cette comparaison se fait sur le coût des groupes homogènes de séjours (GHS) qui se calcule en divisant le coût de l'unité fonctionnelle par le nombre de séjours dans l'unité fonctionnelle.

Pour l'année 2004 :

CHRU de Limoges : 1148,90 euros

Echelle Nationale de coût : 560,30 euros

Echelle Nationale de coût base des CHU : 653,20 euros

Le coût de l'activité d'IVG de Limoges est supérieur à presque 2 fois au coût d'un autre CHU. Mais ce chiffre est à nuancer car comme nous l'avons vu les IVG médicamenteuses ne sont pas comptabilisées en séjour pour l'unité fonctionnelle. Pour une meilleure comparaison par rapport aux autres établissements il faudrait créer une hospitalisation de jour également pour les méthodes médicamenteuses rattachées à l'unité fonctionnelle.

Il est également important de savoir si cette activité est rentable pour le CHRU de Limoges. A l'heure actuelle l'IVG impose des contraintes techniques coûteuses mais qui ont permis de réduire le risque de complications.

Nous avons donc comparé les coûts de l'unité fonctionnelle d'IVG et du bloc opératoire IVG avec l'ensemble des forfaits perçus.

Le service d'analyse de gestion a fait une estimation de l'activité IVG pour l'année 2006. Il s'agit d'une première approximation car nous n'avons pas actuellement tous les chiffres exacts.

Dans les dépenses directes ont été regroupées : les dépenses en personnel, les consommables médicaux, les charges à caractère hôtelier (restauration, blanchisserie), les amortissements du matériel. Ces dépenses directes s'élèvent à un total de 358 792 euros.

Les recettes sont issues des forfaits IVG perçus par l'établissement et sont de 288 348 euros.

Tout en restant prudent sur l'interprétation des données, pour les chiffres dont nous disposons actuellement l'activité IVG au CHU de Limoges s'oriente vers une piste déficitaire.

Par contre il serait intéressant de réaliser une analyse comparative des différents postes de dépenses au poste de l'échelle nationale des coûts de base CHU pour rechercher sur quel poste d'activité des efforts sont à fournir.

Malgré la revalorisation du forfait pour les IVG les dépenses liées à cette activité restent supérieures.

L'intérêt d'étudier les coûts de l'IVG est aussi de voir si l'une des deux méthodes est plus rentable financièrement pour un établissement. A priori l'IVG médicamenteuse semble nécessiter moins d'infrastructure et de personnels. En effet, l'IVG chirurgicale impose l'utilisation d'un bloc opératoire, d'une salle de réveil et d'un service.

Avec les données actuelles au CHU de Limoges nous ne pouvons pas conclure que les IVG médicamenteuses sont moins chères que les IVG chirurgicales puisque les coûts ne sont pas spécifiquement affiliés à chaque type d'activité.

Mais il pourrait être intéressant d'évaluer ces deux méthodes dans une étude prospective en comparant les coûts matériels, humains et pharmaceutiques.

VII. CONCLUSION

Notre étude voulait montrer l'existence d'une alternative à l'IVG instrumentale pour des termes compris entre 9 et 14 SA. Nous avons pu montrer que les IVG médicamenteuses jusqu'à 11 SA étaient efficaces, sans effets secondaires et complications majeures et compatibles avec une hospitalisation de jour. Par contre pour les termes compris entre 12 et 14 SA le nombre de cas retrouvé reste faible et ne permet pas de faire de conclusions. Par contre les données de la littérature ne montrent pas de différence en terme d'efficacité et d'innocuité entre les IVG médicamenteuses et chirurgicales pour des termes compris entre 9 et 14 SA.

L'IVG médicamenteuse reste une méthode simple et efficace.

Il nous semble donc qu'en dehors des aspects légaux actuels et organisationnels, de l'interruption volontaire de grossesse, l'on puisse envisager de laisser le choix entre les deux méthodes à la patiente jusqu'à 14 SA, limite du délai légal en France.

VIII. REFERENCES

REFERENCES

1. ANAES.

Recommandations et références professionnelles. Prise en charge de l'interruption de grossesse jusqu'à 14 semaines
ANAES ,Paris, 2001

2. ASHOK PW., PENNEY GC., FLETT GM., TEMPLETON A.

An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases
Hum. Reprod. 1998, 13: 2962-2965

3. ASHOK PW., FLETT G., TEMPLETON A.

Termination of pregnancy at 9-13 weeks amenorrhoea with mifépristone and misoprostol
LANCET 1998 vol 352: 542-3

4. ASHOK PW., FLETT GM., TEMPLETON A et al

A randomised comparison of medical abortion and surgical aspiration at 10-13 weeks gestation
Human reproduction vol.17, n°1: 92-98, 2002

5. ASHOK PW., HAMODA H., FLETT GMM., KIDD A. et al

Patient preference in a randomised study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation
Contraception 2005; 143-148

6. ASHOK PW., TEMPLETON A., WAGAARACCHI PT., FLETT GM.

Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases
J. Obstet. Gynecol. 2002; 109: 1281-9

7. AUBENY E., BAULIEU E. E.

Activité contraceptive de l'association RU486 et d'une prostaglandine active par voie orale
C.R. Acad. Sci. Paris, 1991, 312, 539-545

8. BAJOR N.

Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans
BEH n°9-10 2005

9. BAULIEU E.E.

On the mechanism of action RU

In: Seppal M., Hamberger L., editors. Frontiers in human reproduction. Ann NY Acad. Sc.
1991, 626: 545-6

10. BOUVIER-COLLE MH., VARNOUX N., BREART G.

Les morts maternelles en France. Analyses et perspectives

INSERM, Paris, 1994

11. BUEHLER JW., SCHULTZ KF., GRIMES DA., HOGUE CJ.

The risk of serious complications from induced abortion. Do personnel characteristics make a
difference

Am. J. Obstet. Gynecol. 1995, 153:14-20

12. CAMERON ST., GLISIER AF., LOGAN J. et al

Impact of the introduction of a new medical methods on therapeutic abortions at the Royal
Infirmary of Edinburgh

Br. J. Obstet. Gynaecol, 1996, 103: 1222-1229

13. CHEN LH., LAI SF., LEE WH., LEONG NK.

Uterine perforation during elective first trimester abortion: 12 years review

Singapore Med. J. 1995, 63:67

14. CHRISTIN-MAITRE S., BOUCHARD P., SPITZ IM.

Medical termination of pregnancy

New England J. Med. 2000; 342(13): 946-56

15. Circulaire DGS/DHOS n°2001/467 du 28 Septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et la contraception

16. Circulaire n°40 du 26 Juillet 1979 relative à l'amélioration de la prise en charge par l'aide médicale des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse

17. CREININ MD.

Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion

Contraception 2000; 62: 117-24

18. Décret n°2002-796 du 3 Mai 2002 fixant les conditions de réalisation des IVG hors établissement de santé

19. Décret n°2002-797 du 3 Mai 2002 relatif à la pratique des IVG dans les établissements de santé

20 Décret n°2002-799 du 3 Mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des IVG pratiquées sur des mineures sans consentement parental

21. DELAY M., GENESTRAL M., CARRIE D., LIVAREK B., BOUDJEMAA B., BERNADET P.

Arrêt cardiorespiratoires après administration de l'association mifépristone-sulprostone pour interruption de grossesse

Arch. Mal. Cœur, 1992, 85, 105-107

22. Docteur HAMTEM Ghada

IVG médicamenteuse et Toxic Shock Syndrome: une association à connaître

Abstract gynécologie, février 2006, n°302,6-7

23. DRASS. Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2005

24. DRESS études et résultats n°522 Septembre 2006

25. DUBOIS C.

Mifépristone, profil pharmacologique et indication clinique

La lettre du pharmacologue, oct. 1989, 3, 8, 226-229

26. Etude COCON

27. FERNANDEZ H., VILLE Y., BOURGET P.

Antibioprophylaxie en obstétrique

Med. Mal. Infect. 1994, 24S :1123-1136

28. FERNANDEZ H. et Al.

Mortalité et morbidité maternelle sévère

Une enquête INSERM. 1994

29. FICHER M. et Al

Fatal infections associated with mifépristone-induced abortion

M. Greene. N. England J. Med. 353; 22 dec, 2005

30. FONTANILLE M.T.

Avortement et contraception dans la médecine gréco-romaine.

Laboratoire Searle, Paris, 1997

31. GARBIN O., VAYSSIERE C., BETTAHAR-LEBUGLE K., NISAND I.

Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks gestation

E. Journal of Obstetrics Gyn. and reproductive Biology 2005

32. GOUK EV., LINCOLN K., KHAIR A., HASLOCK J. et al

Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation

Br J. Obstet Gynaecol 1999; 106: 535-9

33. GUYON F., HOROVITZ J., PONS J.C.

L'interruption volontaire de grossesse chirurgicale. In : J.C. PONS, F. VENDITELLI, P. LACHCAR. Ed. L'IVG et sa prévention. Masson, 2004, p 41-51

34. HAKIM E., TOVELL HM., BURNHILL MS.

Complications of first-trimester abortion: a report of 170000 cases
Obstet.Gynecol, 1990, 76:129-135

35. HAMODA H., ASHOK P.W., FLETT G.M.M., TEMPLETON A.

Medical abortion at 9-13 week's gestation: a review of 1076 consécutives cas
Contraception 327-332, 2005

36. HENSHAW RC., NAJI SA., RUSSEL IT., TEMPLETON AA.

A comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : efficacy and early medical sequelae
Hum. Reprod. 1994, 9: 2167-2172

37. KARMAN H., POTTS M.

Very early abortion using a serynge as vacuum source
Lancet 1972,1:1051-1052

38. KRUSE B., POPPEMA S., CREININ MD., PAUL M.

Management of side effects and complications in medical abortion
Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 183: 565-75

39. LAMARCHE-VADEL A., MOREAU C., WARSZAWSKI J., BAJOS M. et l'équipe COCON

Effets secondaires de l'IVG. Résultats d'une enquête en population générale
Gynécologie Obstétrique et fertilité 33 (2005) 113-118

40. LARGEAUD M., EL GUINDI W., PEROTTI F., MONTOYA Y. et al
Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 9 à 14SA. Etude prospective de 105 cas à saint Laurent du Maroni (Guyane Française)
Journal de gynécologie et d'obstétrique et biologie de la reproduction vol 33 n°2-avril 2004
pages 119-124
41. LAWSON HW., FRYE A., ATRASSH HK. et Al.
Abortion mortality, United States, 1972 through 1987.
Am. J. Obstet. Gynecol. 1994,171:1365-1372
42. Loi Neuwirth
43. Loi n° 75-77 du 17 Janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse
44. Loi n°79-1204 du 31 Décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse
45. Loi n°82-1172 du 31 Décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure
46. Loi n°2001-588 du 4 Juillet 2001 relatives à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception
47. MAMELLE N.
Le recours à l'IVG en France. In : PONS J.C., VENDITELLI F., LACHCAR P. Ed
L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Masson, 2004, p3-7
48. NISAND I.
L'interruption volontaire de grossesse en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes.
Février 1999

- 49.** Organisation mondiale de la santé (OMS)
Rapport d'un groupe de scientifique de l'OMS. Méthodes d'IVG
OMS, Genève, 1997
- 50.** PENNEHOUAT G., DEVRED M., PERROTTE M., PERROTTE C.
L'IVG médicamenteuse. In : PONS J.C., VENDITELLI F., LACHCAR P Ed. L'interruption
volontaire de grossesse et sa prévention. Masson, 2004, p. 53-61
- 51.** RENAULT-BHAHINSKY C.
Droit de la contraception et de l'interruption de grossesse.
Collection les Carrés Sup, Gualino, Paris, 1998
- 52.** SAY L., KULIER R., GULMEZOGLU M., CAMPANA A.
Medical vs surgical methods for first trimester termination of pregnancy
Cochrane Databure Syst. Rew. 2002: 3(4): p111
- 53.** SAWAYA GP., GRADY D., KERLIKOWSKE K., GRIMES DA.
Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxie based on a
meta-analysis
Obstet. Gynecol. 1196, 87: 884-890
- 54.** SEARLE Laboratoire
Cytotec, Misoprostol. Brochure d'information. 1990
- 55.** SINGH K., RATNAM SS.
The influence of abortion legislation on maternal mortality
Int. J. Gynecol. Obstet. 1998, 63 (S1): 123-129
- 56.** Site de l'assemblée nationale. Les sénateurs adoptent le financement de l'IVG, 22
Novembre 2002
<http://apm-exp.cgi-bin:SAPM.EYE>

57. Site Internet IVG, contraception, coût et remboursement

[http :service-public.fr](http://service-public.fr)

58. Site Internet de l'institut national des études démographiques

[www :ined.fr/statistiquesivg](http://www.ined.fr/statistiquesivg)

59. Site Internet

<http://www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/lcvoru486>

60. SPITZ IM., BARDIN CW., BENTON L., ROBBINS A.

Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States

N. England J. Med. 1998; 338: 1241-7

61. STATLIM n°4 Septembre 2005.Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du
Limousin

62. THONNEUA P., POIREL H., FOUGEYROLLAS B. et al

A comparative analysis of fall in haemoglobin following abortions conducted by mifépristone
(600mg) and vaccum aspiration

Hum. Reprod. 1995, 10: 1512-1515

63. VIDAL 2006 : le dictionnaire

IX. ANNEXES

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR METHODE MEDICALE

INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTES

Si vous êtes bien sûre de vouloir interrompre votre grossesse, vous devez savoir que cette méthode médicale nécessite votre participation active.

MIFEGYNE® est un médicament qui bloque l'action de la progestérone, hormone du maintien de la grossesse. MIFEGYNE® permet donc l'interruption de la grossesse. Son action nécessite toutefois d'être complétée, 36 à 48 heures plus tard, par celle d'une prostaglandine, substance qui augmente les contractions de l'utérus. L'administration de trois comprimés de MIFEGYNE®, suivie 36 à 48 heures plus tard d'une prostaglandine, permet dans 95 % des cas l'arrêt de la grossesse. Pour cela, vous devez prendre les comprimés de MIFEGYNE® moins de 49 jours après le premier jour de vos dernières règles.

L'EMPLOI DE MIFEGYNE® NE PEUT SE FAIRE QUE DANS LE RESPECT DES REGLEMENTS EN VIGUEUR CONCERNANT L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (LOIS DE 1975 ET 1979)

MIFEGYNE® ne doit pas être utilisée dans les cas suivants :

- si la grossesse n'est pas confirmée,
- en cas de suspicion de grossesse extra-utérine,
- si le premier jour des dernières règles date de plus de 50 jours,
- en cas d'insuffisance surrénale,
- en cas d'asthme sévère,
- en cas d'allergie à la mifépristone,
- en cas de contre-indication à l'emploi de prostaglandine, et notamment en cas d'antécédents cardio-vasculaires tels que l'angine de poitrine.

De plus, cette méthode est déconseillée chez les femmes de plus de 35 ans et qui fument plus de 10 cigarettes par jour, et en cas d'insuffisance rénale et d'insuffisance hépatique.

L'interruption de la grossesse par MIFEGYNE® comporte des limites et implique des contraintes que vous devez connaître :

- ① La prise de MIFEGYNE® doit impérativement être suivie, 36 à 48 heures plus tard, de l'administration d'un autre médicament appelé prostaglandine, de façon à obtenir l'efficacité maximale de la méthode.
- ② La méthode n'est pas efficace à 100 %, et vous ne pouvez pas, par vous-même, juger de l'efficacité de la méthode. En effet, les saignements utérins qui se produisent ne sont pas une preuve d'efficacité. L'expulsion de l'œuf qui survient souvent quelques heures après la prise de prostaglandine peut être incomplète. Vous devez donc vous soumettre obligatoirement à une consultation de contrôle, 10 à 14 jours après la prise de MIFEGYNE®, de façon à vérifier que votre grossesse a bien été interrompue.

En cas d'élimination incomplète (environ 5 %) l'interruption de la grossesse ou l'évacuation des débris placentaires ne peuvent être obtenus que par des moyens chirurgicaux.

③ Comme lors de toute interruption de grossesse, des saignements utérins (ménorragies) surviennent dans la quasi-totalité des cas. Dans de rares cas, ils peuvent être abondants, nécessitant alors un traitement d'urgence. Vous ne devez donc pas vous éloigner du centre prescripteur jusqu'à la consultation de contrôle, et le médecin vous indiquera où téléphoner et où vous rendre en cas de besoin.

④ Des contractions utérines douloureuses justifiant un traitement, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des malaises surviennent dans certains cas après l'administration de prostaglandine. Celle-ci doit donc être suivie d'une surveillance de quelques heures dans le centre prescripteur.

⑤ Dans de rares cas, la grossesse peut se poursuivre. Une méthode chirurgicale vous sera alors proposée par votre médecin. Si vous décidez, en cas d'échec, de mener votre grossesse à son terme, aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de risque pour l'enfant à naître.

⑥ La survenue d'une nouvelle grossesse est possible immédiatement après l'interruption de grossesse. Si vous ne le souhaitez pas, une contraception devra être mise en route précocement.

⑦ Si vous êtes d'un groupe sanguin rhésus négatif, la prévention de l'immunisation rhésus doit être pratiquée.

⑧ N'oubliez pas de signaler à votre médecin tout autre traitement en cours (notamment anticoagulants, anti-inflammatoires y compris l'aspirine, corticoïdes) et tout problème de santé que vous pourriez avoir.

N'hésitez pas à poser des questions, l'équipe soignante est là pour vous accompagner

DEROULEMENT DE LA METHODE

Vos rendez-vous

Jour 0
Jour de la première consultation

--	--	--	--

Vous demandez une IVG.

Votre médecin a jugé que vous pouvez bénéficier de la méthode médicale dans le cadre de la loi.

A partir de ce jour 0, vous avez une semaine de délai de réflexion, conformément à la loi sur l'IVG.

Jour 7
Prise de MIFEGYNE®

--	--	--	--

Vous confirmez votre demande d'IVG.

Vous n'avez pas de contre-indication à l'emploi de MIFEGYNE® et de la prostaglandine. Vous avez lu la notice d'information sur MIFEGYNE®, vous avez obtenu les précisions complémentaires que vous souhaitez et vous avez signé le formulaire attestant que vous êtes informés. Vous avez pris trois comprimés de MIFEGYNE® en présence du médecin ou du personnel infirmier.

Vous rentrez chez vous avec un nouveau rendez-vous 36 à 48 heures plus tard, en matin : où téléphoner et où vous rendre en cas de nécessité. Les saignements utérins commencent habituellement un ou deux jours plus tard.

Jour 9
Prise de prostaglandine

--	--	--	--

Vous revenez au centre prescripteur.

La prostaglandine est administrée (par voie vaginale ou orale).

Vous restez au repos pendant quelques heures, puis, vous rentrez chez vous avec, le cas échéant, une ordonnance pour une contraception.

L'expulsion de l'œuf se produit pendant que vous êtes dans le centre, ou dans les jours qui suivent.

Les saignements persistent habituellement jusqu'à la consultation de contrôle.

Jour 17-21
Contrôle

--	--	--	--

Consultation de contrôle.

Vous revenez au centre prescripteur pour la consultation de contrôle. Le médecin vérifie que l'expulsion est complète. En cas de grossesse persistante ou d'expulsion incomplète, le prescripteur vous proposera une technique chirurgicale (aspiration).

Saint-Denis, le 12 octobre 2005

Le Directeur Général

Lettre aux professionnels de santé

Information destinée aux gynécologues obstétriciens (ville/hôpital) et pharmaciens hospitaliers
Conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG médicamenteuse

Madame, Monsieur,

La mifépristone (Mifégyne®) a obtenu en France une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1988. Elle est actuellement indiquée dans l'interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive, en association à un analogue des prostaglandines, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée.

Aux Etats-Unis, 4 cas mortels de septicémie (dont 2 à *Clostridium sordellii*) ont été récemment signalés dans un contexte d'utilisation hors AMM, soit 200 mg de mifépristone par voie orale et 800 µg de misoprostol par voie vaginale. En conséquence, la Food and Drug Administration (FDA) a rappelé les recommandations d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol dans l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse.

En France et plus largement en Europe, aucun cas de complication semblable n'a été rapporté, les principaux événements graves étant hémorragiques. Cependant, en raison de la gravité potentielle de ces infections, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) tient à rappeler les conditions actuelles de prescription et d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol dans l'IVG médicamenteuse :

- l'IVG médicamenteuse ou interruption médicale de grossesse intra-utérine évolutive doit avoir lieu au plus tard au 49^e jour d'aménorrhée (7 semaines d'aménorrhée) ;
- le protocole d'administration validé tel que mentionné dans l'AMM, comporte l'administration de 600 mg de mifépristone par voie orale en 1 prise, suivie 36 à 48 heures plus tard par l'administration soit de 400 µg de misoprostol par voie orale, soit de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

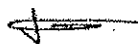
En Europe et aux Etats-Unis, la seule forme pharmaceutique de misoprostol disponible sur le marché est une forme orale (comprimé). L'Afssaps souligne qu'à ce jour, il n'y a pas de données d'efficacité, ni de sécurité d'emploi permettant dans l'IVG médicamenteuse l'utilisation du misoprostol à des doses supérieures à 400 µg ni son utilisation par voie vaginale.

Il est précisé qu'en France la spécialité Gymiso® (misoprostol) est réservée aux indications gynéco-obstétricales, toujours par voie orale.

L'Afssaps rappelle que la prescription de tout médicament doit obéir aux règles du bon usage incluant le respect strict des indications, contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, telles qu'elles sont définies dans l'AMM.

De même, tout effet indésirable grave ou inattendu doit être signalé au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez (coordonnées disponibles sur le site Internet de l'Afssaps : www.afssaps.sante.fr).

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.



Jean MARIMBERT



Madame, Monsieur, Cher Confrère,

Les Laboratoires Exelgyn ont le plaisir de vous informer des conclusions de l'évaluation de **Mifégyne®** dans l'IVG médicamenteuse par l'Agence Européenne d'Évaluation des Médicaments. Ces conclusions ont été publiées dans un communiqué de l'AFSSAPS du 28 mars 2007.

L'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA) a revu les conditions d'utilisations de la mifépristone (**Mifégyne®**) dans l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse. Cette évaluation a été conduite à la suite d'un arbitrage européen en vue d'harmoniser la prescription de **Mifégyne®** en association avec des analogues de prostaglandine. Dans ses conclusions rendues le 22 mars 2007, l'EMA maintient dans l'autorisation de mise sur le marché, la posologie de 600 mg de mifépristone en association avec le misoprostol à 400 µg par voie orale, et introduit des modifications qui concernent l'allongement du terme de l'IVG et la surveillance des patientes.

La **Mifégyne®** a obtenu en France une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1998. A la demande de la France, ce médicament a fait l'objet d'un arbitrage européen en vue d'harmoniser la dose de **Mifégyne®** administrée en association séquentielle avec des analogues de prostaglandine dans l'interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive. L'EMA conclut que le rapport bénéfice/risque de l'association mifépristone/misoprostol demeure favorable dans l'IVG médicamenteuse. Pour les grossesses jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, l'évaluation conclut au maintien de la posologie recommandée de 600 mg de mifépristone par voie orale en 1 prise, suivie 36 à 48 heures plus tard, par l'administration de 400 µg de misoprostol par voie orale.

Il s'agit du traitement actuellement mentionné dans l'AMM en France. Par ailleurs, l'EMA se prononce sur les conditions d'utilisation de la mifépristone (**Mifégyne®**) dans le cas d'une réalisation de l'IVG médicamenteuse au-delà de 49 jours d'aménorrhée et jusqu'à 63 jours. Dans ce cas, la mifépristone (**Mifégyne®**) peut être utilisée en association avec 1 mg de misoprostol par voie vaginale. Des études comparatives supplémentaires ont démontré qu'il n'y aurait pas de différence d'efficacité entre les doses de 600 mg et de 200 mg de mifépristone en association avec 1 mg de misoprostol par voie vaginale. L'AFSSAPS insiste en particulier sur le strict respect des recommandations concernant les doses, voies d'administration, séquence et modalités de surveillance. Elle rappelle en effet que quelques cas d'infections mortelles ont été rapportés dans un contexte d'utilisation hors AMM de misoprostol (600 µg par voie vaginale). L'AFSSAPS rappelle également que la prescription de tout médicament doit obéir aux règles du bon usage incluant le respect strict des indications, contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi, telles qu'elles sont décrites dans l'AMM. De même, tout effet indésirable grave ou inattendu doit être signalé au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV).

Notre service d'information médicale (Tel : 01 53 57 37 57) reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Dr Jean Delchambre
Directeur Médical

MIFEGYNE®
MIFÉPRISTONE

Catherine Denicourt
Pharmacien Responsable

03/05/2007 11:47

X. SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 178

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

ATGIE Florence : Evaluer la faisabilité de la méthode médicamenteuse dans le cadre des demandes d'interruption volontaire de grossesse entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée.

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Limoges, 2007.

RESUME

Objectif : Montrer l'efficacité et la bonne tolérance de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 9 à 14 semaines d'aménorrhée.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective portant sur 364 dossiers regroupant toutes les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse au centre d'orthogénie du centre hospitalier régional de Limoges entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée sur une période de 16 mois. Nous avons noté les critères suivants : les caractéristiques socio démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, l'efficacité et les complications de chacune des méthodes.

Résultats : Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative au regard des données sociodémographiques et des antécédents gynéco-obstétricaux selon que les femmes ont choisi l'IVG médicamenteuse ou l'IVG instrumentale. Concernant la méthode médicamenteuse (62 dossiers) 95,16% des patientes ont expulsé sans recours à la chirurgie ; le délai moyen d'expulsion est de 5 heures et la durée moyenne d'hospitalisation est de 5H30. 3 patientes ont eu une aspiration sous anesthésie locale pour échec d'expulsion dans le temps imposé. 57% des patientes ont recours à un antalgique et 4 patientes lors de la consultation de contrôle avaient des métrorragies sur rétention ovulaire partielle. Concernant l'IVG chirurgicale (302 dossiers) le taux de réussite est de 100% avec un cas de perforation utérine avec hémorragie sévère mais sans transfusion et lors de la consultation de contrôle on a retrouvé deux complications de type infectieux avec une cervicite et une endométrite d'évolution favorable sous antibiothérapie.

Conclusion : IVG médicamenteuse pourrait être proposée comme alternative à l'avortement par aspiration même au-delà de 9 SA.

MOTS-CLES

- Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
 - Interruption volontaire de grossesse chirurgicale
 - Efficacité
 - Complication
 - Acceptabilité
-

JURY

Mr le Professeur AUBARD Président
Mme le Professeur NATHAN-DENIZOT Juge
Mme le Professeur TEISSIER-CLEMENT Juge
Mr le Professeur VERGNENEGRE..... Juge
Mme le Docteur MILLORD Membre invité
Mme le Docteur MOLLARD..... Directeur de thèse

ATGIE Florence : Evaluer la faisabilité de la méthode médicamenteuse dans le cadre des demandes d'interruption volontaire de grossesse entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée.

Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Limoges, 2007.

RESUME

Objectif : Montrer l'efficacité et la bonne tolérance de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 9 à 14 semaines d'aménorrhée.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective portant sur 364 dossiers regroupant toutes les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse au centre d'orthogénie du centre hospitalier régional de Limoges entre 9 et 14 semaines d'aménorrhée sur une période de 16 mois. Nous avons noté les critères suivants : les caractéristiques socio démographiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, l'efficacité et les complications de chacune des méthodes.

Résultats : Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative au regard des données sociodémographiques et des antécédents gynéco-obstétricaux selon que les femmes ont choisi l'IVG médicamenteuse ou l'IVG instrumentale. Concernant la méthode médicamenteuse (62 dossiers) 95,16% des patientes ont expulsé sans recours à la chirurgie ; le délai moyen d'expulsion est de 5 heures et la durée moyenne d'hospitalisation est de 5H30. 3 patientes ont eu une aspiration sous anesthésie locale pour échec d'expulsion dans le temps imposé. 57% des patientes ont recours à un antalgique et 4 patientes lors de la consultation de contrôle avaient des métrorragies sur rétention ovulaire partielle. Concernant l'IVG chirurgicale (302 dossiers) le taux de réussite est de 100% avec un cas de perforation utérine avec hémorragie sévère mais sans transfusion et lors de la consultation de contrôle on a retrouvé deux complications de type infectieux avec une cervicite et une endométrite d'évolution favorable sous antibiothérapie.

Conclusion : IVG médicamenteuse pourrait être proposée comme alternative à l'avortement par aspiration même au-delà de 9 SA.

MOTS-CLES

- Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
 - Interruption volontaire de grossesse chirurgicale
 - Efficacité
 - Complication
 - Acceptabilité
-

JURY

Mr le Professeur AUBARD Président
Mme le Professeur NATHAN-DENIZOT Juge
Mme le Professeur TEISSIER-CLEMENT Juge
Mr le Professeur VERGNENEGRE..... Juge
Mme le Docteur MILLORD Membre invité
Mme le Docteur MOLLARD..... Directeur de thèse