

## L'interruption volontaire de grossesse (28)

*Docteur Françoise VENDITTELLI  
Août 2002 (Mise à jour avril 2005)*

### **Pré-Requis :**

Sémiologie gynécologique

### **Résumé :**

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France, est possible jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. Elle peut être réalisée soit par voie chirurgicale, soit par voie médicamenteuse, en fonction du terme de la grossesse. Avant et après chaque IVG, le médecin doit proposer un entretien social à chaque femme, mais cependant ils ne sont obligatoires que pour les mineures. Dans certains cas la mineure peut se faire accompagner d'un adulte référent, sans que ses parents soient informés. Quelque soit le mode d'IVG, un délai de réflexion d'une semaine est obligatoire, sauf si le terme de 14 SA risquerait d'être dépassé. Dans tous les cas, la femme est revue en consultation post-IVG et on insiste sur la contraception.

### **Mots-clés :**

Interruption volontaire de grossesse, avortement volontaire.

### **Références :**

- Journal officiel de la république française

### **Exercices :**

## 1. Rappel historique

- Assimilé au crime par le Code Pénal du XIXème siècle, l'avortement est transformé en délit par la loi du 27 mars 1923.
- Il faut attendre le décret du 5 octobre 1953 pour que l'avortement thérapeutique soit enfin autorisé lorsque la sauvegarde de la vie de la mère est gravement menacée.
- Le concept juridique de l'avortement est modifié par la loi du 17 janvier 1975 (loi Veil) qui autorise l'IVG avant la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Cependant, l'avortement punissable reste la règle et continue d'être inscrit comme une infraction dans le code pénal (la loi n'apporte qu'une dérogation limitée).

## 2. Les lois

- La loi française du 17 janvier 1975 autorise et fixe les conditions légales de réalisation de l'IVG.
- Alors que celle-ci était provisoire, la loi du 31 décembre 1979 fixe définitivement les dispositions régissant l'IVG.  
Les principes de la loi de 1975 sont rappelés et seules certaines modifications y sont apportées parmi lesquelles :
  - Que le quota des cliniques privées pour les actes relatifs aux IVG est fixé à 25% du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.
  - Que l'enseignement sur la contraception devra prendre une plus grande place dans la formation des médecins et des personnels para-médicaux.
  - Que les peines encourues par les personnes qui pratiquent des avortements illégaux sont alourdies.
  - Si une IVG est pratiquée sans que les conditions légales soient respectées, les dispositions de l'article 317 du Code Pénal sont appliquées.
  - Que dans le cas où le terme légal de 10 semaines de grossesse risquerait d'être dépassé, le médecin est alors seul juge de l'opportunité de réduire le délai de réflexion de 8 jours à 2 jours seulement.
- La loi du 31 décembre 1982 prévoit le remboursement par l'assurance maladie des frais liés à l'IVG. Le taux de prise en charge est de 80%, ou éventuellement de 100% pour les assurées sociales qui bénéficient de l'exonération du ticket modérateur à la date de l'interruption. Le décret N° 2002-799 du 3 mai 2002 spécifie les modalités de la prise en charge financière gratuite des mineures sans consentement parental.
- La loi du 4 juillet 2001 replace l'IVG dans son contexte sanitaire et abroge les incriminations pénales en rapportant dans le code de santé public les infractions. Seul subsiste dans le code pénal le délit sans le consentement de l'intéressée. Elle a modifié et actualisé les dispositions légales antérieures et a été suivie d'une circulaire le 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001. Ainsi, le quota du nombre d'IVG devant être réalisé dans les établissements privés et les restrictions relatives à l'information et à la publicité dans le domaine de l'IVG sont supprimés. La définition du délit d'entrave à la réalisation d'IVG est renforcée. Le législateur élargit la notion de perturbation, ajoute la notion de pressions morales et psychologiques aux menaces et actes d'intimidation, et étend cette protection à l'entourage des femmes concernées (les peines prévues sont alourdies).

- Les nouvelles dispositions de la loi permettent d'envisager que les IVG puissent être prises en charge, au moins en partie, en médecine ambulatoire, dans le cadre de conventions liant un établissement autorisé à pratiquer des IVG et des praticiens d'exercice libéral (Décret N° 2002-796 du 3 mai 2002). Ne sont concernées que les IVG par voie médicamenteuse chez les femmes Rhésus positives ayant une grossesse  $\leq 7$  SA. Il est cependant nécessaire que la femme habite dans un délai d'une heure vers l'établissement de santé ayant signé la convention (en cas d'urgence). Le médecin remet à la femme un document écrit comportant l'adresse et le N° de téléphone de l'établissement de santé concerné et une fiche de liaison contenant les éléments utiles de son dossier médical.

### 3. Conditions de l'interruption volontaire de grossesse

#### 3.1. Conditions à remplir par la patiente

- “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<sup>ème</sup> semaine de grossesse” (soit 14 semaines d'aménorrhée).
- “Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou le cas échéant, du représentant légal est requis”, ce consentement devra être accompagné de celui de la mineure enceinte, ce dernier étant donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal. Cependant, si la mineure refuse que ses parents soient informés, son consentement sera bien entendu recueilli, et elle peut demander à être accompagnée dans sa démarche par la personne majeure de son choix. La loi prévoit, en effet, 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 sont confrontées à une incompréhension familiale telle qu'elles souhaitent 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. Cependant, la loi ne revient pas sur le principe de l'autorisation parentale, qui demeure la règle, elle prévoit seulement, dans certains cas, une dérogation à ce principe qui tient compte des difficultés des mineures. Il convient, bien entendu, d'être attentif aux conditions dans lesquelles la mineure a exercé son choix, de manière à s'assurer, en particulier, qu'elle ne l'a pas fait sous une contrainte morale ou matérielle. C'est pourquoi, il a été prévu qu'elle pourra être conseillée sur son choix, lors de la consultation préalable. L'accompagnant désigné par la mineure l'accompagne dans toutes les démarches que requiert l'IVG (consultation préalable, intervention elle-même, consultations postérieures). La personne accompagnant n'a pas, en revanche à intervenir dans la décision de la mineure, ni quant à son choix de recourir à une IVG, ni à son souhait de garder le secret à l'égard de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentales. Si, en principe, l'admission d'un mineur dans un établissement de santé requiert l'accord d'au moins l'un des titulaires de l'autorité parentale, une telle procédure n'a pas, bien entendu, à être suivie pour l'admission de la mineure accompagnée dans sa démarche pour une personne majeure de son choix. De même, c'est l'adulte choisi par la mineure qui devra, si elle le souhaite, être informé de la sortie prochaine de celle-ci, à l'issue de l'hospitalisation.

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.

- “Pour les femmes étrangères, l'IVG est autorisée sans justification d'un délai de résidence sur le territoire national (l'IVG n'est plus soumise à aucune condition de durée et de régularité du séjour en France)

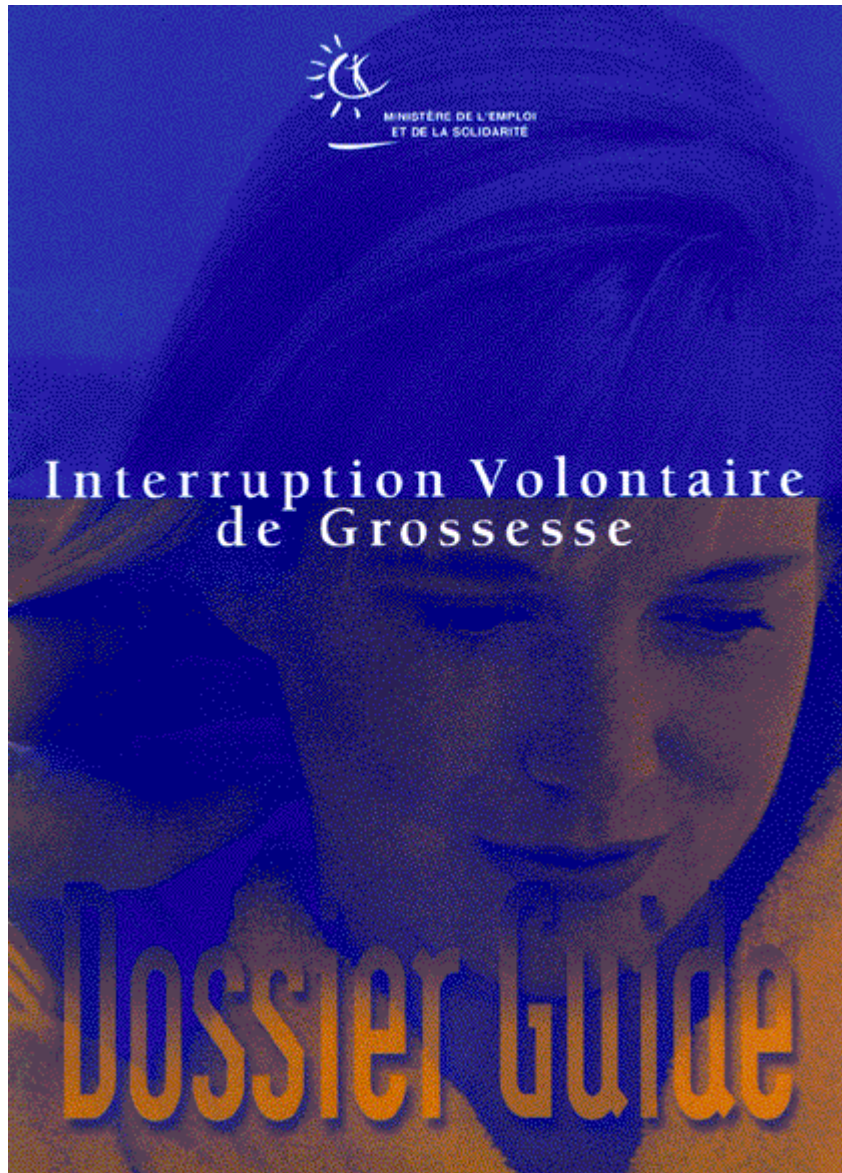
### 3.2. La personne qui pratique l'IVG

- L'IVG ne peut être pratiquée que par un médecin, elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation publique ou privée satisfaisant aux dispositions de la loi (en attendant les décrets d'application qui autoriseront l'IVG en ambulatoire), et en ambulatoire pour les IVG par voie médicamenteuse si la grossesse est  $\leq 7$  SA (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).
- Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG, mais il doit informer au plus tard lors de la 1<sup>ère</sup> visite l'intéressée de son refus et de communiquer immédiatement à la patiente le nom de médecins susceptibles de pratiquer cette intervention afin de ne pas priver la femme de son droit d'accès à l'IVG, dans les meilleurs délais. (mais il est tenu de signer le certificat initial et la feuille de sécurité sociale pour une consultation ordinaire).
- Dans les établissements publics de santé, les responsables des services auxquels incombe l'activité d'IVG, sont tenus d'organiser cette activité au sein de leur service, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement leur a confié la mission. Les établissements publics qui disposent de lits ou de places en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des IVG (décret N° 2002-797 du 3 mai 2002).

### 3.3. Les formalités à respecter

#### 3.3.1. La première consultation et l'information de la femme

- « Le médecin sollicité par une femme en vue d'une IVG doit, dès la 1<sup>ère</sup> consultation médicale, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels. »
- Il doit lui remettre un dossier guide, mis à jour une fois par an, comportant toutes les informations relatives à l'IVG, aux différentes techniques d'intervention et aux structures de prise en charge. Il contiendra notamment des précisions sur le rôle de l'adulte accompagnant les mineures qui souhaitent conserver le secret.



[Photo : dossier guide](#)

Information médicale sur l'IVG (JC. Pons - F. Vendittelli – P. Lachcar)  
Dossier guide de l'IVG  
(Ministère de l'emploi et de la solidarité)



**CENTRE MEDICO SOCIAL DE LA FEMME**  
**DEPARTEMENT D'OBSTETRIQUE, DE GYNECOLOGIE ET MEDECINE DE LA REPRODUCTION**

**Pr J.C. Pons**  
Chef de service

**Dr Fr. Vendittelli**  
Responsable médical C.M.S.F.

**Dr P. Lachcar**  
Directeur du C.P.F.

**INFORMATION MEDICALE SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**

Vous êtes amenée à nous faire la demande d'une interruption de grossesse. La loi l'autorise sous certaines conditions et prévoit que le médecin vous apporte toutes les précisions concernant les méthodes d'interruption volontaire de grossesse et leurs éventuelles complications.

Un dossier guide a été conçu pour vous aider dans votre décision. Un feuillet d'information sur l'anesthésie vous précise en outre les avantages et les risques de cette méthode. Nous vous encourageons à les lire.

N'hésitez pas à vous renseigner si vous avez une inquiétude ou à questionner le médecin sur les méthodes possibles de l'avortement.

Ce document est destiné à vous informer sur les risques éventuels de l'interruption volontaire de grossesse.

Plus de 95% des interruptions de grossesse se passent bien. Grâce au perfectionnement des techniques, à l'expérience des médecins, à la méthode par comprimés pouvant déclencher l'expulsion spontanée de l'œuf, les complications majeures de l'interruption volontaire de grossesse sont devenues exceptionnelles.

Dans de rares cas on peut observer :

- ♦ la persistance d'un fragment de placenta nécessitant une nouvelle intervention en raison de saignements
  - ♦ une infection qui peut exceptionnellement entraîner une stérilité
  - ♦ une possible béance du col responsable de fausses-couches tardives ultérieures ou d'accouchements prématurés
- ♦ La persistance de la grossesse, une grossesse extra-utérine ou une tumeur placentaire peuvent être exceptionnellement méconnues.
- ♦ Une opération chirurgicale sur l'utérus, l'appareil digestif ou urinaire en cas de perforation utérine, de blessure intestinale ou vésicale ont été exceptionnellement rapportées dans la littérature.

Des complications comportant un risque vital sont rarissimes ( 1 à 2 décès maternels sont rapportés par an en France).

Afin de diminuer au maximum les risques, écoutez les conseils des médecins, respectez les directives qu'on vous donne ( douche avant l'intervention, évitez de fumer la veille et le matin de l'intervention, prenez les traitements prescrits par le centre, prévenez le gynécologue de ceux que vous prenez, apportez vos résultats d'exams et votre carte de groupe sanguin, prévoyez un accompagnant pour le retour au domicile, etc...) et venez à votre visite de contrôle.

Les regrets dépendent beaucoup du contexte psychologique dans lequel vous vous trouvez et de l'environnement affectif et social sur lequel vous pouvez compter. Nous vous encourageons à utiliser le centre pour vous faire aider tant que vous en sentirez le besoin.

**En cas de problèmes appeler un des numéros suivants :**

La semaine de 8 heures à 17 heures 04 76 76 54 09 (Le CMSF)  
de 17 heures à 20 heures 04 76 76 52 06 (Le CMSF)

La semaine de 20 heures à 8 heures , le week-end et les jours fériés 04 76 76 51 98 (Pavillon Canel)

[Photo : dossier guide](#)

Information médicale sur l'IVG (JC. Pons - F. Vendittelli – P. Lachcar)

Dossier guide de l'IVG

(Ministère de l'emploi et de la solidarité)

- Il remettra à la patiente un certificat attestant qu'il l'a reçue en consultation en vue d'une IVG et qu'il s'est conformé aux dispositions de la loi.
- Cette consultation inclut un examen clinique et est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles (dont le VIH), et un frottis cervico-vaginal de dépistage. En l'absence de carte de groupe sanguin, une prescription d'un groupe sanguin

avec RAI est réalisée. Le mode de contraception ultérieur y est abordé et éventuellement prescrit pour être commencé dès le lendemain de l'IVG (sauf contre indication à la pilule oestroprogestative ou progestative). Selon le résultat de l'examen au spéculum, une étude bactériologique vaginale et de l'endocol, à la recherche de tout germe et de mycoplasme et chlamydiae peut-être demandé.

### *3.3.2. La consultation d'information sociale et son attestation*

- Le caractère obligatoire de la consultation sociale préalable à l'IVG est supprimé pour les femmes majeures (auprès d'un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, dans un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé). Toutefois, cet entretien (ainsi qu'une 2<sup>ème</sup> consultation sociale après l'intervention) doit être systématiquement proposé par le médecin à la femme. 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 les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.
- Il est délivré à l'intéressée mineure une attestation qui porte la signature manuscrite de la personne qui a procédé à l'entretien et le cachet de l'établissement.

### *3.3.3. La confirmation écrite de la femme*

Si la femme renouvelle sa demande d'IVG, après le délai de réflexion, le médecin doit lui demander confirmation écrite. Il ne peut accepter cette confirmation écrite qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la 1<sup>ère</sup> demande de la femme sauf au cas où le terme de 12 semaines de grossesse risquerait d'être dépassé (14 SA).

### *3.3.4. Déclaration postérieure à l'IVG*

La réalisation de chaque 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 D.A.S.S. par l'établissement hospitalier. Pour les IVG réalisées en ambulatoire par un médecin, celui-ci envoie les déclarations anonymes à l'établissement avec lequel il a signé une convention.





- certificat de consultation sociale (éventuellement)
- attestation écrite de la patiente
- 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. Ils devront être conservés pendant 1 an.

## 4. La réalisation de l'IVG

- Elle doit être précédée d'un examen médical pré-opératoire complet et d'un bilan biologique (groupe sanguin, RAI).
- La présence dans les locaux d'un anesthésiste réanimateur et d'un gynéco-obstétricien paraît souhaitable.
- Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour (séjour < 12 heures).
- Penser à prévenir l'allo immunisation rhésus.
- En cas d'anesthésie générale, la femme doit avoir vu l'anesthésiste au moins 48 heures avant l'intervention.

### 4.1. L'IVG chirurgicale

#### 4.1.1. IVG $\leq$ 12 SA

- La technique utilisée en France est l'aspiration à l'aide d'une canule (vacurette) après avoir dilaté le col à l'aide de bougies. Cette méthode simple présente peu de risque et peut être réalisée sans anesthésie (relaxation), anesthésie locale, ou anesthésie générale. Le curetage à la curette doit être évité du fait du risque accru de synéchies utérines.
- Le ramollissement et la dilatation du col de l'utérus en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse ne nécessitent pas d'hospitalisation et peuvent se faire avec 2 produits :
  - Mifégyne® (mifépristone, connu sous le cycle RU 486) : 1 cp à 200 mg, suivi 36 à 48 heures plus tard d'une interruption chirurgicale de grossesse (AMM). Le prétraitement par la Mifégyne® permet la dilatation et l'ouverture du col utérin, ce qui facilite le temps opératoire de dilatation mécanique. La femme confirme sa demande d'IVG le jour de la prise de Mifégyne®, a lu la notice d'information sur la Mifégyne®, a signé le formulaire attestant qu'elle a été informée sur le produit. 1 cp est avalé en présence du médecin ou d'un personnel infirmier. Elle rentre chez elle avec un rendez-vous 36 à 48 heures plus tard, en sachant où téléphoner et où se rendre en cas de nécessité. Des saignements utérins peuvent se produire durant ce délai.
  - Cytotec® (misoprostol) : 400 yg soit 2 cp par voie orale ou vaginale, 3 à 4 heures avant l'aspiration utérine (selon directives ANAES, ministère, mais hors AMM).
- Le contrôle visuel du produit d'aspiration est indispensable si l'on ne dispose pas d'une échographie per-opératoire.

- Toute, femme, en post-opératoire, ayant bénéficié d'une sédation intraveineuse, d'une anesthésie générale ou péri médullaire doit séjourner en salle de surveillance post-interventionnelle.
- Après l'IVG, un arrêt de travail peut-être donné (il est habituellement de 3 jours). Une consultation est obligatoire entre le 14<sup>ème</sup> et 21ème jours après l'IVG pour s'assurer de la vacuité utérine, de l'absence de complications et de la mise en route d'une contraception efficace (pilule à prendre le jour même de l'IVG, ou Implanon\*).

#### 4.1.2. IVG entre > 12 SA et ≤ 14 SA

La technique chirurgicale est la technique de choix (cf. <http://www.anaes.fr/>). L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces spécifiques. Cette technique requiert une formation spécifique. Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée. Elle repose sur :

- Mifégyne® : 1 cp à 200 mg per os 36-48 heures avant l'aspiration
- Ou cytotec® : 400 yg (2 cp) par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration (hors AMM, recommandation ANAES et ministère)

L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et d'évacuation.

### 4.2. L'IVG médicamenteuse

#### 4.2.1. Introduction

La Mifégyne® (mifépristone, RU 486) est la première anti-progestérone disponible en clinique humaine. C'est un 19 norstéroïde substitué en I $\beta$  par un radical diméthyl.-aminophényl, ce qui lui confère ses activités anti-hormonales.

#### 4.2.2. Propriétés de la mifégyne

La mifégyne® se lie avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone. Cette liaison n'entraîne pas d'effet biologique mais empêche par compétition la fixation de la progestérone et bloque de façon réversible son action.

La mifégyne® se fixe également sur les récepteurs des glucocorticoïdes et possède une activité anti-glucocorticoïde. Elle ne se lie pas sur les récepteurs des estrogènes et des minéralocorticoïdes, mais possède un faible pouvoir anti-androgène.

#### 4.2.3. Les modalités de prescription

La mifégyne® ne peut être administrée que dans les établissements habilités à pratiquer des IVG ou par un médecin compétent pour un tel acte, en ville, en ambulatoire pour les grossesses ≤ 7 SA (si femme rhésus positive). Sa distribution est soumise à des règles particulières définies par un arrêté et apparentées à celles en vigueur pour les stupéfiants. En cas de convention signée entre un établissement et un médecin de ville, le médecin peut s'approvisionner auprès d'une pharmacie d'officine (Décret N° 2002-796 du 3 mai 2002).

Les démarches légales préalables à toute IVG doivent être effectuées avant la prescription de mifégyne®. La femme doit également avoir lu et compris une notice d'information détaillant les limites et contraintes de la méthode et signer une lettre de consentement.

#### 4.2.3.1. IVG ≤ 7 SA

La méthode comporte, après la consultation préliminaire pour demande d'IVG, 3 consultations :

- La 1<sup>ère</sup> à J1, pour la prise de Mifégyne® doit se dérouler au plus tard, au 49<sup>ème</sup> jour d'aménorrhée (600 mg per os en 1 prise = 3 cps à 200 mg).
- Lors de la 2<sup>ème</sup> consultation à J3, l'analogue de prostaglandine est administré et la patiente est hospitalisée pendant 4 heures et régulièrement surveillée (une prise en charge ambulatoire est cependant envisageable). Cet analogue de prostaglandine (ou prostaglandine) consiste en l'administration, 36 à 48h après la prise per os de mifégyne®, soit d'1 mg de Gemeprostat par voie vaginale, soit de 2 comprimés de cytotec® (soit 400 yg de misoprostol qui est un analogue des prostaglandines), et qui permet un taux de succès ≥ 95% (alors que le RU 486 utilisé seul donne un taux de succès de 80%). Les prostaglandines en IV ou IM ne sont plus utilisées pour les IVG. Le Cytotec® est moins coûteux que le Gemeprostat® et plus facile à stocker, mais est hors AMM (directives ANAES et ministère).
- La consultation de contrôle à J10-J14 est obligatoire pour vérifier l'efficacité de la méthode. En cas de grossesse évolutive (ou de rétention membranaire importante), il faudra recommander un geste chirurgical complémentaire car on ne peut exclure un éventuel effet tératogène des molécules utilisées. Comme lors de toute IVG, la prévention de l'immunisation rhésus est indispensable ; ainsi que la prescription précoce d'une contraception (car le cycle suivant la prise de mifégyne® est ovulatoire et des grossesses précoces ont été rapportées). Des métrorragies peuvent se prolonger jusqu'à 12 jours après la prise de Cytotec®, parfois abondantes.

#### 4.2.3.2. IVG > 7 SA

La Mifégyne® (laboratoire Exelgyn) n'a pas l'AMM (et ne l'a pas demandé !) pour les grossesses > 7 SA. Cependant l'ANAES la préconise en fonction du terme de la grossesse :

- Entre 8 et 9 SA (50 à 63 jours) : les 2 techniques (médicales et chirurgicales) sont utilisables selon le choix de la femme. La technique chirurgicale est la technique de choix avec une préparation médicamenteuse du col. La technique médicale doit être réalisée en milieu hospitalier : Mifégyne® 200 mg per os et Cytotec® 400yg par voie orale ou vaginale 36 à 48 heures plus tard. Si l'expulsion ne s'est pas produite au bout de 3 heures après la première administration de Cytotec®, une 2<sup>ème</sup> dose de 400 yg (2cp) de Cytotec\* par la même voie peut-être administrée. En cas de non expulsion, on propose une hospitalisation de nuit à la femme avec un contrôle échographique le lendemain matin, si expulsion n'a pas eu lieu, une aspiration chirurgicale est prévue.
- Entre la 10<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> SA (64-84 j) : La technique chirurgicale est la technique de choix. Une préparation du col est faite comme précédemment. La technique médicale n'est pas recommandée : Mifégyne® 200 mg per os et Cytotec® (4 cp soit 800 yg) par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard. En cas de non expulsion, on propose une hospitalisation de nuit à la femme avec un contrôle échographique le lendemain matin, si expulsion n'a pas eu lieu, une aspiration chirurgicale est prévue.
- Entre 13-14 SA (85-98 j) : La technique chirurgicale est la technique de choix (après préparation cervicale médicamenteuse). La technique médicale n'est pas

recommandée sauf cas particulier (cf. protocole précédent). Elle requiert certaines contraintes d'organisation : une hospitalisation conventionnelle, une analgésie péridurale si besoin, une révision utérine systématique ou un contrôle échographique de la vacuité utérine

## 5. Les contre-indications

### 5.1. De la mifégyne

- Grossesse intra utérine non confirmée biologiquement ou par échographie.
- Suspicion de GEU.
- Insuffisance surrénalienne chronique.
- Porphyrie héréditaire
- Asthme sévère non équilibré par un traitement
- Allergie connue à la mifépristone.
- Attention si :
  - Corticothérapie au long cours
  - Troubles de l'hémostase, anémie
  - De diabète insulino-dépendant
  - D'insuffisance rénale
  - D'insuffisance hépatique
  - De malnutrition

### 5.2. Contre-indications aux prostaglandines

Il est important de respecter les contre-indications à l'utilisation des prostaglandines utilisées seules, notamment les antécédents d'asthme, de bronchite spasmodique et les antécédents cardiovasculaires (angine de poitrine, troubles du rythme, maladie de Raynaud, insuffisance cardiaque et HTA).

- De plus, il est préférable d'éviter l'association mifégyne® + analogue de prostaglandine lorsque existent des facteurs de risque cardiovasculaire (hyperlipidémie, diabète). L'âge des patientes doit également être pris en compte (attention aux femmes de plus de 35 ans et tabagiques).
- Allergie aux prostaglandines

## 6. Tolérance et effets secondaires

- Risque d'un passage transplacentaire de la mifégyne® mais aucune donnée actuelle ne permet d'éliminer ou d'affirmer un éventuel effet tératogène.
- Effets indésirables du cytotec® : diarrhées, nausées, céphalées, vertiges, gêne abdominale, vertiges. Contrairement aux prostaglandines le Cytotec® n'entraîne pas d'hypotension
- La tolérance est bonne, des douleurs abdominales et/ou pelviennes sont rapportées fréquemment mais rien ne les distingue des douleurs en relation avec la survenue d'une fausse-couche en cas d'IVG médicamenteuse avant 9 SA. A ce terme donner du 2 cp de Temgésic®, rarement du Nubain®, éviter les anti inflammatoires non stéroïdiens (Profénid\* suppo). Pour les IVG médicamenteuses après 9 SA, les

douleurs sont plus importantes et nécessitent du Temgésic, du Nubain\*, voir une analgésie péridurale à 13 ou 14 SA. En cas de douleur post-IVG chirurgicale on peut selon le contexte et les contre-indications de la femme donner du Temgésic®, du Nubain®, ou des suppositoires de Profénid® (en l'absence de saignement) qui est très efficace.

## 7. Complications de l'IVG

### 7.1. La mortalité

Très faible et est surtout le fait de l'anesthésie générale. 0 à 2 cas par an en France.

### 7.2. La morbidité

#### 7.2.1. Les complications per opératoires

- Les perforations utérines lors de la dilatation du col sont peu fréquentes avec un opérateur entraîné et sans conséquence si l'opérateur s'en est aperçu (sinon risque de plaie vasculaire et digestive lors de l'aspiration).
- Les hémorragies per-opératoires sont rares et vite contrôlées par un opérateur entraîné.
- Complications liées à l'Anesthésie Générale +++

#### 7.2.2. Les complications post-opératoires

- Les hémorragies secondaires sont liées à une rétention placentaire, rares avant 10 semaines de grossesse (surtout l'apanage de la technique chirurgicale).
- Risques d'infection (surtout l'apanage de la technique chirurgicale) : surtout endométrites, salpingite, rarement septicémie.
- Cas psychologiques (décompensation d'une psychose).

### 7.3. Les séquelles de l'IVG

#### 7.3.1. Les séquelles gynécologiques fonctionnelles

Elles peuvent être en rapport avec une salpingite chronique.

#### 7.3.2. Stérilité secondaire

Par séquelles de salpingite ou synéchie utérine (éviter les curetages).

#### 7.3.3. Les conséquences obstétricales de l'avortement

- Les avortements à répétition consécutifs à une béance cervico-isthmique et le risque d'accouchement prématuré pourraient être augmentés.

- Les iso immunisations : en dehors du système Rhésus, risques d'autres iso-immunisations possibles (Cc, Ee, Kell, lewis...) dont la prévention n'est pas possible (l'IVG peut entraîner la fabrication d'anticorps irréguliers).

#### *7.3.4. Les conséquences psychologiques sont à connaître*

Risque de décompensation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente, risque de dépression, etc.

## 8. Prévention des complications

### 8.1. Infectieuses

On demande à la femme de se laver la veille et le matin de l'intervention chirurgicale avec un savon antiseptique (type Bétadine savon®, en l'absence d'allergie à l'iode).

Une antibioprofylaxie systématique est donnée à la femme, au minimum : le matin de l'intervention : 2 comprimés de 100 mg de tétracycline.

L'IVG chirurgicale est réalisée dans des conditions strictes d'asepsie : lavage chirurgical des mains, dans un bloc opératoire, médecin habillé de façon chirurgicale, badigeon du périnée et du vagin avec une solution antiseptique, type Bétadine gynécologique® (en l'absence d'allergie à l'iode : Hibitane dans ce cas).

Des conseils de venir consulter en urgence en cas de fièvre, douleur, pertes nauséabondes sont donnés à la femme après l'IVG chirurgicale ou médicamenteuse. Ils sont détaillés dans la fiche de conseils post-IVG donnée aux femmes.

La visite de contrôle a pour objectif de vérifier que tout est rentré dans l'ordre ou de prescrire les examens complémentaires ou les traitements adéquats (14 à 21 jour après l'IVG).

### 8.2. Mécaniques

Ramollir le col et le dilater par une préparation médicamenteuse avant l'intervention chirurgicale. Contrôler le produit aspiré pour ne pas passer à côté d'une grossesse extra-utérine et éviter les rétentions, ou réaliser une échographie per ou post opératoire immédiate.

### 8.3. Allo immunisation Rhésus

Injecter des gamma globulines par voie parentérale si la femme est Rhésus négative, le jour de l'IVG chirurgicale ou le jour de la prise du Cytotec® pour une IVG médicamenteuse.