

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—
**Tome XXVIII
publié le 1.12.2004**



*VINGT-HUITIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2004*

IVG médicamenteuse ambulatoire

K. BETTAHAR-LEBUGLE, I. NISAND*
(Schiltigheim)

L'interruption volontaire de grossesse (IVG), médicalisée en France depuis 1975, reste un problème de santé publique en raison du nombre de femmes concernées chaque année. Le nombre d'IVG, évalué à 198 700 en 2001, reste comparable à celui de 1990 qui s'élevait à 197 406 (25). Une évaluation de la sous-estimation de ce chiffre permet de situer le nombre total d'IVG aux alentours de 218 000.

Les statistiques nationales montrent de grandes disparités régionales. L'IVG est plus fréquemment réalisée en Ile-de-France (18,8 pour 1000 femmes), en Languedoc-Roussillon (17,1 pour 1000 femmes), en Corse (20,3 pour 1000 femmes) et dans les départements d'Outre-Mer (29 pour 1000 femmes en moyenne, 42,7 à la Guadeloupe et 37,4 en Guyane) (25).

La prise en charge des IVG a été évaluée lors de deux enquêtes, la première en 1992 par l'ANCIC-INED (4, 13), et la seconde en 1999 (16). Ces travaux ont montré un certain nombre de dysfonctionnements qui pouvaient être traités d'une part par la révision des textes législatifs et d'autre part par un changement de mentalité dans la prise en charge des IVG.

La nouvelle loi du 4 juillet 2001 sur la contraception et l'IVG a permis de faciliter aux femmes l'accès à l'IVG et à la contraception.

* CMCO-SIHCUS – 19 rue Louis Pasteur – 67300 SCHILTIGHEIM

Pourtant, lorsqu'on interroge les femmes, on peut rapidement se rendre compte qu'il reste des difficultés à surmonter comme, par exemple, les délais de rendez-vous, de consultation et d'hospitalisation trop longs, pouvant amener certaines femmes à dépasser le délai légal et d'autres à subir une IVG tardive là où elle aurait pu être précoce.

Un décret d'application daté du 3 mai 2002 (Décret n° 2002-796) permet aux femmes d'avorter en dehors d'un établissement de santé (signé en juillet 2004). Certaines équipes médicales ont déjà débuté la pratique des IVG à domicile.

CONDITIONS FIXÉES PAR LE DÉCRET N° 2002-796

Les médecins qui souhaitent prendre en charge l'IVG au domicile de leurs patientes doivent avant tout conclure une convention avec un établissement de santé public ou privé (annexe 1 : convention type) (art. R.152-10-6).

Le médecin doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique, soit par une pratique régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical (art. R.152-10-8).

Le médecin a un certain nombre d'obligations ;

- Il doit informer la patiente sur les différentes méthodes d'IVG et sur leurs éventuelles complications ;
- Il doit également rappeler à la femme la possibilité de rencontrer une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement ou organisme agréé ;
- Il doit délivrer à la femme une information complète sur la contraception et sur les maladies sexuellement transmissibles (art. R.152-10-9) ;
- Il précise par écrit le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse, ainsi que la nécessité pour la femme d'être accompagnée lors des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments (art. R.152-10-10) ;
- Il informe la femme sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires, après s'être assuré que la patiente peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

un délai n'excédant pas l'heure. Une prescription d'antalgiques doit être remise à la patiente (art. R.152-10-11) ;

– Il remet à la patiente un document sur lequel figurent les coordonnées exactes de l'établissement de santé, ainsi qu'une fiche de liaison contenant les éléments utiles de son dossier médical (art. R.152-10-12) ;

– Le médecin signataire d'une convention peut s'approvisionner en médicaments nécessaires en passant commande à usage professionnel auprès d'une pharmacie d'officine (art. R.152-10-13). La prise de médicaments nécessaires à l'IVG est effectuée en présence du médecin (art. R.152-10-14) ;

– Une consultation de contrôle doit avoir lieu entre 10 et 15 jours après l'expulsion (art. R.152-10-15).

RECOMMANDATIONS DE L'ANAES (MARS 2001) (1)

En mars 2001, l'ANAES note dans ses recommandations la possibilité de l'IVG médicamenteuse à domicile. Le protocole recommandé est :

– Mifépristone 200 mg per os ;

– Misoprostol 400 µg par voie orale 36 à 48 heures plus tard ;

L'hémorragie, témoin de l'effet du traitement médical, survient dans les 3 à 4 heures suivant la prise de misoprostol.

En cas de prise de misoprostol à domicile, les précautions suivantes doivent être prises :

– Distance entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent limitée (délai de transport de l'ordre de 1 heure) et possibilité de le rejoindre et/ou de s'y rendre 24 h/24 ;

– Choix laissé à la patiente du lieu, hôpital ou domicile, de réalisation de l'IVG et patiente accompagnée par un proche à domicile ;

– Précautions particulières d'information de la patiente notamment sur la conduite à tenir en cas d'hémorragie ;

– Évaluation médico-psychosociale des patientes éligibles pour ce type de procédure ;

– Limitation à 7 SA des IVG à domicile (le risque hémorragique ne semble pas plus fréquent au-delà, mais l'hémorragie pourrait être plus sévère à des âges gestationnels plus avancés et les douleurs sont également plus importantes) ;

- Importance d'insister sur la nécessité de la visite de contrôle, 14 à 21 jours après l'IVG, comportant au minimum un examen clinique et le recours facile à l'échographie pour vérifier la vacuité utérine ;
- Le jour de l'administration à l'hôpital de la mifépristone, les comprimés de misoprostol doivent être confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard par voie orale ;
- Une prescription d'antalgiques autres que le paracétamol doit être donnée à la patiente avant son retour à domicile (par exemple AINS en l'absence de contre-indication).

AVANTAGES DE L'IVG À DOMICILE

Le but de bon nombre d'équipes médicales est d'optimiser la prise en charge des femmes qui sont en demande d'IVG.

Sur le plan humain, permettre à une femme d'avorter chez elle, lorsqu'elle le souhaite, représente une avancée non négligeable et favorise la confidentialité de cet acte.

Sur le plan pratique, l'IVG ambulatoire permet de répondre à la demande des femmes malgré la pénurie de lits dans certaines régions. Elle facilite l'accès des patientes à l'IVG en ouvrant ce champ à des médecins qui n'y avaient pas accès jusqu'à présent (gynécologues de ville, médecins généralistes...).

Sur le plan économique, éviter une hospitalisation représente un gain non négligeable. En effet, si on compare le coût d'une IVG ambulatoire avec celui de l'IVG faite en hospitalisation de jour, la différence va du simple au double.

QUELLE EST LA SITUATION EN FRANCE ?

La pratique de l'IVG ambulatoire a débuté dans certains centres, avant la signature des décrets d'application. Plusieurs équipes à Paris ont commencé cette pratique en raison de l'urgence de la situation : des femmes risquent de dépasser le délai légal pour la pratique de l'IVG tout simplement à cause d'un manque de lits d'hospitalisation. En février 2004, 272 IVG ont été réalisées à domicile, avec un taux de succès estimé à 97 % environ, ce qui rejoint les taux obtenus lors

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

d'une hospitalisation. Par contre, ces équipes notent un taux de pertes de vue de 20 % (Lestrade J, *Libération*, 28 février 2004).

En Guadeloupe, où l'incidence de l'IVG est parmi les plus élevées (42,7 pour 1000 femmes), cette pratique a débuté dès 1991, après une première étude menée par Guengant JP et coll. (12) sur 92 patientes dont la grossesse était égale ou inférieure à 49 jours. La prise de mifépristone 600 mg per os a été faite en milieu hospitalier et 400 µg de misoprostol sont remis aux femmes pour une prise à domicile 48 heures plus tard. Le taux de succès était de 95,4 %, ce qui est comparable aux taux observés quand il y a hospitalisation.

Actuellement en Guadeloupe (15) un total de 2514 patientes (34,48 % du total des IVG) ont bénéficié d'une IVG ambulatoire avec prise de misoprostol à domicile et avec un taux de succès, c'est-à-dire d'avortements complets, de 97,85 % (n = 2460). Le taux de rétentions ovulaires est de 2,15 % (n = 54) dont 2 cas de rétention complète avec activité cardiaque (0,079 %) et 6 cas sans activité cardiaque (0,238 %). La rétention a été partielle dans 46 cas (1,82 %). Cette équipe relève en tout 9 cas d'hémorragies (0,35 %) qui ont été traités par aspiration utérine. Aucune transfusion n'a été nécessaire.

L'expérience alsacienne est plus petite dans le mode ambulatoire. Ceci pourrait s'expliquer par la faible incidence de l'IVG (10,9 IVG pour 1000 femmes) et un nombre de lits suffisants pour faire face à la demande. Pourtant l'IVG ambulatoire a une place dans la pratique, même si le nombre d'IVG est petit, puisque les femmes sont vues dans cette région dans le cadre d'une consultation d'urgence, ce qui évite des délais qui rendraient la pratique ambulatoire caduque. Certaines patientes ont demandé à bénéficier d'une IVG « à domicile » pour des raisons de confort personnel ou pour plus de confidentialité (ne pas rencontrer des personnes connues). Nous avons réalisé depuis le 1^{er} mars 2004 un total de 32 IVG ambulatoires. Les patientes dont la grossesse est inférieure à 49 jours d'aménorrhée prennent 200 mg de mifépristone per os en présence d'un médecin à l'hôpital. Ces femmes reviennent 48 heures plus tard pour la prise de 400 µg de misoprostol toujours en présence du médecin.

Cette prise en charge diffère de l'expérience des autres équipes mais il nous a semblé, outre le fait d'être en accord avec le décret de 2002, intéressant de revoir ces femmes pour discuter ou pour un entretien d'ordre psychologique si elles le souhaitaient. Toutes les patientes ont expulsé et sont satisfaites de cette prise en charge, sauf 1 patiente qui a présenté une rétention ovulaire complète avec activité cardiaque pour laquelle une aspiration utérine a été pratiquée. Les effets secondaires dus au misoprostol sont des douleurs pelviennes, des nausées et

rarement des diarrhées et des vomissements. Un traitement adapté est prescrit aux patientes lors de la prise de misoprostol.

QUELLE EST LA SITUATION DANS LE RESTE DU MONDE ?

La faisabilité de l'IVG médicamenteuse n'est plus à prouver, comme le montrent les nombreux travaux publiés. Certes il reste des différences dans les protocoles (âge gestationnel, posologie), mais globalement l'association mifépristone-misoprostol semble faire l'unanimité. Certaines équipes ont proposé l'utilisation du méthotrexate au lieu de la mifépristone (3, 26), mais il semblerait que ce soit pour répondre à un défaut d'AMM dans certains pays plutôt qu'à une efficacité supérieure.

Le délai de 49 jours peut être étendu à 63 jours voire au-delà pour plusieurs auteurs (6, 11, 19).

La prise de misoprostol à domicile est pratiquée depuis plus d'une décennie dans certains pays comme les États-Unis. Dans la méta-analyse de Winikoff (27), quant au choix des femmes entre IVG médicamenteuse et IVG chirurgicale, il ressort une nette préférence pour l'IVG médicamenteuse à domicile (60-70 %). Cette préférence s'explique par un désir d'intimité, d'autonomie et d'une meilleure confidentialité.

Une étude prospective menée aux États-Unis (20) entre septembre 1997 et mai 1999 a permis de prendre en charge 1137 femmes dont 829 avaient une grossesse âgée de moins de 56 jours. Le protocole consistait en l'administration de 200 mg de mifépristone à l'hôpital et la prise de 800 µg de misoprostol par voie vaginale soit à domicile soit à l'hôpital. L'efficacité de la méthode est de 98 % dans les grossesses de moins de 49 jours, de 97 % dans les grossesses âgées entre 50 et 56 jours et de 96 % dans les grossesses âgées entre 57 et 63 jours. La prise de misoprostol est jugée acceptable par 90 % des femmes dont la grossesse est âgée de moins de 56 jours et par 88 % des femmes dont la grossesse est entre 57 et 63 jours.

Un autre travail (21) a cherché à évaluer l'impact du délai entre la prise de mifépristone (200 mg) et de misoprostol (800 µg) pris 24, 48 ou 72 heures plus tard à domicile. Sur 2295 IVG, on ne note aucune hospitalisation initiale, ni aucune transfusion. Les effets secondaires sont ceux classiquement décrits : crampes, nausées et douleurs abdominales. L'avortement a été complet dans 98 % des cas où la prise

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

de misoprostol s'est faite 24 ou 48 heures après la mifépristone et de 96 % des cas quand le misoprostol a été pris 72 heures plus tard.

Une étude multicentrique réalisée en Tunisie et au Vietnam par Elul et coll. (8) donne un taux de succès compris entre 91 et 93 % après 200 mg de mifépristone et prise de misoprostol à domicile. Les femmes tunisiennes et vietnamiennes ont préféré cette prise en charge qui leur permettait de préserver leur vie familiale et professionnelle.

MAIS ATTENTION AUX PERDUES DE VUE !

Prendre en charge des patientes pour IVG ambulatoire nécessite de la part du corps médical une certaine rigueur. Toutes les femmes qui le demandent ne sont pas éligibles pour ce mode de prise en charge.

Tant les recommandations de l'ANAES que les décret de 2002 et de 2004 prévoient un contrôle clinique et idéalement échographique 14 à 21 jours après la prise médicamenteuse. Outre le risque de poursuite d'une grossesse évolutive malgré la prise de médicaments, plusieurs auteurs attirent l'attention sur le risque tératogène encouru.

Sitruk-Ware R et coll. (22) relèvent 71 cas d'échec d'IVG médicamenteuses entre 1987 et 1998 pour un total de 405 000 IVG précoces réalisées en Grande-Bretagne, en France et en Suède. Le protocole français associe mifépristone et misoprostol alors qu'en Grande-Bretagne et en Suède il associe mifépristone et Gemeprostat[®] par voie vaginale. Les taux d'échecs sont respectivement de 1,5 et 0,3 % (18, 23). Dans 21 cas la mifépristone a été utilisée seule. Elle a été associée au misoprostol per os (400 µg) dans 22 cas, au sulprostone 0,25-0,5 mg en intramusculaire dans 4 cas, au gemeprostat (1 mg) par voie vaginale dans 10 cas et à une prostaglandine non spécifiée dans 14 cas. Des malformations sont notées chez 8 fœtus ou nouveau-nés.

Le laboratoire Exelgyn (Paris, France), qui commercialise la Mifégyne[®] (mifépristone), fait état de 146 grossesses non interrompues après échec de Mifégyne[®] qui ont été signalés par les équipes médicales depuis la commercialisation du produit.

Dans 50 cas après prise de Mifégyne[®] seule, on relève 14 grossesses menées à terme avec naissance d'enfants normaux, 1 cas de malformation fœtale sévère à type de « fœtus sirène » ayant fait l'objet d'une interruption médicale de grossesse (IMG) à 18 semaines d'aménorrhée, 5 cas d'avortements spontanés secondaires, 6 cas d'IMG sans notion de malformation, 23 perdues de vue et enfin 1 cas de naissance

malgré un diagnostic prénatal avant la prise de Mifégyne® ayant décelé une trisomie 13. Le nouveau-né présentait comme seule anomalie un rein polykystique.

Cinquante-six cas de grossesses évolutives ont été signalés après association mifépristone-misoprostol, dont 20 grossesses ont été interrompues (IMG) et dont 1 cas de poly-malformation associant une dysmorphie faciale, une oligodactylie, une monodactylie, et une méningo-encéphalocèle. Dans 1 cas est survenue une mort in utero en 22^e semaine d'aménorrhée à la suite d'une décollement placentaire.

Après échec de l'association Mifégyne® et Gemeprostat®, 8 cas de malformations ont été rapportés sur 12 grossesses évolutives en Grande-Bretagne et en Suède, dont 1 anomalie de 3 ongles d'une main, 2 cas de pieds varus équins bilatéraux, 1 cas de malformation cardiaque, 1 cas d'acheirie (absence de mains) associée à un pied bot bilatéral, 1 cas d'atrophie cérébelleuse et un cas de malposition des pieds associée à une fente palatine et à une cyclopie.

Enfin le misoprostol semble impliqué dans la survenue de malformations graves notamment le syndrome de Moebius (7, 10, 17, 24). Ce syndrome décrit en 1884 est caractérisé par une paralysie faciale et oculaire, secondaire à une atteinte des nerfs crâniens.

Pastuszak et al. (17) retrouvent la notion de prise de misoprostol chez 49 % des 96 femmes ayant accouché d'un enfant atteint d'un syndrome de Moebius.

Ces constatations confirment la nécessité d'une information complète et rigoureuse et doivent nous inciter à ne pas accepter la prise en charge en ambulatoire de femmes susceptibles de changer d'avis ou risquant de ne pas revenir au contrôle 2 semaines après la prise médicamenteuse.

LES COMPLICATIONS POSSIBLES

L'association mifépristone-misoprostol comporte très peu de risques y compris chez les femmes tabagiques âgées de plus de 35 ans. La mifépristone est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale chronique, d'asthme sévère non équilibré et de porphyrie héréditaire.

Le risque de rétention partielle ou complète oscille entre 2,5 et 6 % selon les études (2, 9).

Le risque d'infection est faible et est significativement plus bas par rapport à l'IVG chirurgicale (5).

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

Le misoprostol peut être responsable d'un état subfébrile, de nausées, de vomissements et de diarrhée. Ces troubles sont moins fréquents quand les comprimés sont pris par voie vaginale.

Le risque de rupture utérine est exceptionnel avec 1 cas rapporté lors d'une IVG du premier trimestre sur utérus cicatriciel (14).

EN CONCLUSION

À la fin de la rédaction de ce chapitre, les média viennent de nous apprendre que les décrets d'application relatifs à la pratique de l'IVG ambulatoire viennent d'être signés par le ministre de la santé (*Le Monde*, 23 juillet 2004). Cette nouvelle permet enfin aux médecins de prendre en charge les patientes pour IVG ambulatoire sans être « hors la loi ».

En pratique, les médecins libéraux signent une convention avec l'établissement hospitalier de leur choix, ce qui leur permet de gérer les IVG de moins de 7 semaines d'aménorrhée sans hospitalisation (Annexe 1). Les modalités de prise en charge sont reprises et résumées dans les annexes 2, 3, 4 et 5.

Les médecins hospitaliers peuvent également prendre en charge les femmes qui souhaitent une IVG en ambulatoire, en respectant la procédure qui est résumée dans l'annexe 2 et en fournissant les documents nécessaires (Annexes 3, 4, et 5).

Avoir la possibilité de faire son IVG en dehors de l'hôpital représente pour les femmes un pas vers une plus grande liberté dans leur choix des modalités et du lieu de l'IVG mais aussi vers une meilleure qualité de la prise en charge de la grossesse non désirée.

Résumé

La pratique de l'IVG sans hospitalisation entre en toute logique dans la droite ligne des avancées faites en matière pharmacologique. Ainsi le développement et l'utilisation de la mifépristone et du misoprostol permettent aux femmes de bénéficier de l'avortement qu'elles souhaitent avec le minimum de risques.

L'interruption des grossesses jeunes peut se faire en ambulatoire et les estimations en 2004 font état de 50 000 femmes qui pourraient en bénéficier chaque année. La rigueur dans cette nouvelle pratique est de mise, pour permettre l'accès à l'IVG ambulatoire en toute sécurité pour les femmes.

ANNEXE I : CONVENTION TYPE

Convention type aux articles l. 2212-2 et r. 152-10-6 du code de la Santé publique fixant les conditions dans lesquelles les médecins réalisent, hors établissement de santé, les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse

Entre l'établissement de santé..., sis..., représenté par M. ou Mme..., dûment mandaté en qualité de... et M. ou Mme..., docteur en médecine, dont le cabinet est situé..., il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 152-10-8. L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Article 4

L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attesta-

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

tions de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse. Le médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Article 8

Une copie de la présente convention est transmise, pour information, par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil départemental de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Fait à Paris, le 3 mai 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'Emploi et de la solidarité, Elisabeth Guigou

Le ministre de l'Intérieur, Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la Santé, Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'Putre-Mer, Christian Paul

ANNEXE 2

IVG médicamenteuse à domicile pour les médecins libéraux ayant signé une convention avec l'établissement hospitalier et pour les médecins hospitaliers.***Les conditions :***

- patiente majeure de groupe Rhésus positif ;
- vivant à moins d'une heure du centre hospitalier et disposant de moyens de locomotion pour pouvoir s'y rendre à tout moment ;
- patiente souhaitant et comprenant la méthode ambulatoire ;
- patiente pouvant être accompagnée lors du rendez-vous d'administration de misoprostol et les heures qui suivent cette prise médicamenteuse ;
- grossesse de moins de 7 SA le jour de l'administration de mifépristone, prouvée par échographie montrant un sac gestationnel intra-utérin (obligatoire !) et éventuellement un β hCG positif.

Le protocole :***1^{re} consultation J 1:***

- diagnostic et datation de la grossesse ;
- explications complètes à la patiente et remise de la fiche d'information ;
- choix de la méthode et remplissage du dossier IVG à trois volets ;
- signer le certificat de la première consultation ;
- prescription d'une carte de groupe sanguin valable si la patiente ne la possède pas déjà ;
- donner la feuille avec les dates de RDV prévus.

2^e consultation J 8 :

- confirmer le choix ;
- signer le certificat de 2^e consultation ;
- faire signer le consentement pour IVG ambulatoire ;
- administrer un comprimé de mifépristone.

3^e consultation J 10 à 9 heures du matin :

- encourager la patiente à rester accompagnée durant cette journée ;

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

- administration de deux comprimés de misoprostol per os ;
- prescription d'un traitement antalgique : Diantalvic® 2 gél. × 3 par jour ou Lamaline® 3 à 5 gélules par jour et d'un traitement anti-émétique : Primpéran® suppo. 1 à 3 fois par jour ;
- prescription d'une contraception orale, idéalement remboursée, à débiter le soir même ;
- remise à la patiente de la fiche de liaison et répéter les consignes (expliquer ce qui est normal : douleurs à type de crampes, saignements pendant 1 à 2 semaines, et ce qui est anormal et qui doit amener à consulter en urgence : saignements abondants, malaise, fièvre...). Une consultation rapide est également indiquée en l'absence de saignement ;
- si nécessaire : arrêt de travail ou certificat de consultation ;
- remplir la fiche DDASS anonyme et donner rendez-vous pour le contrôle J 25.

4^e consultation J 25 :

- contrôle échographique ;
- choix et prescription d'une contraception adaptée.

ANNEXE 3

En-tête de l'établissement

Fiche de liaison

Nom Prénom Date de naissance

Adresse

Téléphone

Groupe sanguin : Poids et taille

Antécédents :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

GROSSESSE ACTUELLE

Date des dernières règles :

Contraception

Motif de l'IVG

Échographie :

.....

Date d'administration de la mifépristone

Date d'administration du misoprostol

.....

En cas de problèmes intercurrents, veuillez contacter :

- Numéro de téléphone du service des consultations externes :

- Numéro de téléphone du service d'hospitalisation :

- Le médecin de garde de gynécologie ou numéro du standard téléphonique :

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

ANNEXE 4

Exemple de prescription à donner à la patiente le jour de l'administration du Misoprostol

En-tête de l'établissement

Lamaline, 1 boîte 3 à 5 gélules par jour

ou

Diantalvic, 1 boîte 3 fois 2 gélules par jour

Primpéran, 1 boîte 1 à 3 suppo ou comprimés par jour si nausées

Minidril, 3 plaquettes Débuter la pilule ce soir

ANNEXE 5

Madame

Vous venez de faire une demande d'IVG ambulatoire.

Je souhaite vous revoir le entre 9 h et 12 h.

Une troisième consultation doit avoir lieu le à 9 h.

Une visite de contrôle est obligatoire vers le

Pensez à vous munir de votre carte de groupe sanguin à chaque consultation.

Docteur.....

Bibliographie

1. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 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. Autry A, Jacobson G, Sandhu R, Isbill K. Medical management of non-viable early first trimester pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*, 1999; 67: 9-13.
4. Blayo C, Bourmeau A, Bureau A, Cesbron P, Delbes C, Gaymu J et al. Rapport sur la pratique de l'IVG en France. Paris : secrétariat d'État aux droits des femmes et à la consommation. ANCIC-INED, juin 1992.
5. Cameron ST, Glsier 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.
6. Child TJ, Thomas J, Rees M, Mackenzie IZ. A comparative study of surgical and medical procedures: 932 pregnancy terminations up to 63 days gestation. *Hum Reprod*, 2001; 16: 67-71.
7. Cronemberger MF, De Castro Moreira D, Brunoni D et al. Ocular and clinical manifestations of Mobius' syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 2001; 38: 156-162.
8. Elul B, Hajri S, Ngoc NN et al. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet*, 2001; 357: 1402-1405.
9. Elul B, Ellerston C, Winikoff B, Loyaji K. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception*, 1999; 59: 107-114.
10. Gonzalez CH, Vargas FR, Perez AB, et al. Limb deficiency with or without Mobius sequence in seven brazilian children associated with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *Am J Med Genet*, 1993; 47: 59-67.
11. Gouk EV, Lincoln K, Khair A et al. Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation. *Br J Obstet Gynaecol*, 1999; 106: 535-539.
12. Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellerston C. Mifepristone-Misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 1999; 60: 167-172.
13. Hassoun D. Rapport sur la pratique de l'IVG en France. Dixièmes journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception. Creil : ANCIC, 1993: p. 50- 63.
14. Jwarah E. Rupture of the uterus after 800 micrograms misoprostol given vaginally for termination of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 2000; 107: 807.
15. Manouana M, Janky E. Interruption volontaire en ambulatoire. In : l'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Pons JC, Venditelli F, Lachcar P. Éd Masson, Paris, 2004, pp. 173-181.
16. Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité. 1999.
17. Pastuszak AL, Schuler L, Speck-Martins CE, et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius's syndrome in infants. *N. Engl. J. Med*, 1998, 338: 1881-1885.
18. Peyron R, Aubeny E, Targosz Vet al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*, 1993; 328: 1509-1513.
19. Schaff EA, Eisinger SH, Stadalus LS et al. Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 1999; 59: 1-6.
20. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH et al. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*, 2000; 61: 41-46.
21. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C and al. Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *JAMA*, 2000; 284: 1948-1953.
22. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination pregnancy. *Lancet*, 1998; 352: 323.
23. UK multicentre study group. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK multicentre study-final results. *Contraception*, 1997; 55: 1-5.
24. Vargas FR, Schuler-Faccini L, Brunoni D

IVG MÉDICAMENTEUSE AMBULATOIRE

et al. Prenatal exposure to misoprostol and vascular disruption defects : a case-control study. *Am J Med Genet*, 2000; 95: 302-306.

25. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2001. Etudes et résultats Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des

statistiques, décembre 2003, 279.

26. Wiebe ER. Choosing between surgical abortions and medical abortions induced with methotrexate and misoprostol. *Contraception*, 1997; 55: 67-71.

27. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1995; 27: 142-148.

