

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**Volume 2006  
publié le 29.11.2006**



*TRENTIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2006*

## **Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse en ville**

H. MISSEY-KOLB \*  
(Poissy-Saint-Germain)

L'IVG médicamenteuse entre dans le cadre de l'avortement qui est légal en France depuis la loi Veil de janvier 1975.

Depuis 1989, l'avortement médicamenteux par mifépristone (RU486) et prostaglandine est régi par les mêmes décrets de loi,

- mais jusqu'à 49 jours d'aménorrhée ;
- en milieu hospitalier privé ou public agréé.

Le 4 juillet 2001, la loi Aubry prévoit l'IVG médicamenteuse en ville et ce n'est que le 23 juillet 2004 que le ministre de la santé Philippe Douste-Blazy a signé l'arrêté autorisant la prise de cette pilule abortive hors des structures hospitalières. L'IVG par voie médicamenteuse devient ainsi possible en ville.

Les conditions d'utilisation sont très strictes.

L'IVG en ville est un forfait remboursé à 70% par la sécurité sociale avec un tarif fixé à 191,74 euros, comprenant consultations et délivrance de médicaments.

\* UF Orthogénie – Service du Professeur Yves Ville – Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye – 78303 POISSY CEDEX

Selon les chiffres donnés par la DREES de septembre 2006 (Annick Vilain) :

« En 2003, 203 000 IVG avaient été réalisées quelle que soit la méthode ; en 2004, 210 700 ont été évaluées soit une augmentation de 3,6% en 2004.

La légère baisse observée en 2003 ne s'est donc pas confirmée en 2004.

Les IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet libéral ne représentent en 2004 que 1% de l'ensemble des IVG.

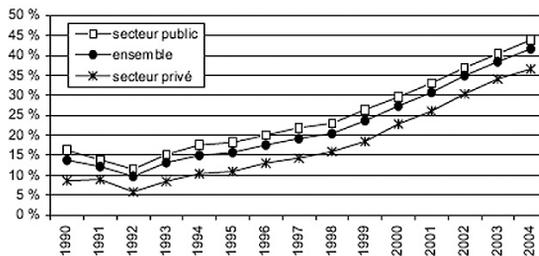
Depuis 1998, les IVG médicamenteuses ont doucement progressé jusqu'à atteindre en 2004 42% de l'ensemble des IVG, contre 20% en 1998.

En 2004, en métropole, le SAE comptabilisait 2 185 IVG médicamenteuses en cabinet. 113 établissements métropolitains sont concernés par ces conventions dont la majorité en Ile-de-France.

Selon la DHOS on comptait moins de cent médecins conventionnés en décembre 2004 et environ cinq cents conventions au 31 décembre 2005, parmi eux 47% sont des obstétriciens, 28% sont des généralistes et 25% des gynécologues médicaux.

En Corse, Lorraine, Picardie, Martinique et Guadeloupe, aucun médecin libéral n'avait signé de convention au 31 décembre 2005. Sur l'ensemble de l'année 2005, 9000 IVG médicamenteuses ont donné lieu à des remboursements mais leur nombre atteignait 1 500 par mois en juin 2006.

		1990	1995	2002	2003	2004
secteur public	nombre d'IVG	118 505	117 316	140 041	138 150	146 994
	part des IVG médicamenteuses	16 %	18 %	37 %	40 %	45 %
secteur privé	nombre d'IVG	78 901	62 332	66 555	65 196	63 670
	part des IVG médicamenteuses	9 %	11 %	30 %	34 %	37 %
ensemble	nombre d'IVG	197 406	179 648	206 596	203 346	210 664
	part des IVG médicamenteuses	14 %	16 %	35 %	38 %	42 %
part des IVG en secteur public		60 %	65 %	68 %	68 %	70 %
* Y compris les IVG médicamenteuses en ville. Source : BIG, SAE (DREES).						



Source :  
SAE (DREES)

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) MÉDICAMENTEUSE EN VILLE

*On observe une progression constante du nombre de médecins libéraux pratiquant effectivement des IVG (5,2 % par mois) entre juin 2005 et juin 2006. 60 % des médecins pratiquent une à deux IVG par mois.»*

Selon le REVHO (réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie), en Ile-de-France jusqu'en mars 2006 : 14 centres hospitaliers, certains centres de planification, 110 médecins : 50 gynécologues médicaux, 17 gynécologues-obstétriciens, 39 médecins généralistes... 2500 femmes prises en charge.

## QUATRE CONSULTATIONS SONT PRÉVUES DANS LE FORFAIT

### 1<sup>re</sup> consultation J0

Demande d'interruption de grossesse.

La grossesse doit être confirmée et son âge précisé par échographie et/ou βhCG. L'âge de la grossesse doit être inférieur à 49 jours d'aménorrhée lors de la prise de Mifégyne®.

Un groupe sanguin est demandé.

On informe la patiente sur les différentes méthodes d'IVG, médicales, chirurgicales et sur le Réseau IVG médicamenteux Ville-Hôpital. Un document écrit est remis à la patiente. Un délai de réflexion de huit jours doit être respecté, et un entretien psychosocial est systématiquement proposé.

### 2<sup>e</sup> consultation J7

La patiente confirme sa demande d'interrompre sa grossesse par écrit. Dans le cadre du Réseau Ville-Hôpital on lui remet un document écrit qui lui réexplique la méthode, ainsi qu'une fiche d'observation qu'elle garde jusqu'à la visite de contrôle. On lui redonne les coordonnées du médecin qui la reçoit (téléphone portable éventuel ainsi que les coordonnées de l'hôpital de référence).

La Mifégyne® est prise en présence du médecin. Une prévention de l'immunisation rhésus sera prescrite si la patiente est rhésus négatif (Rhophylac® 200 IV ou IM).

Des antalgiques de niveau I ou II sont prescrits et une contraception envisagée.

### 3<sup>e</sup> consultation J9

Le texte prévoit que le misoprostol est pris par la patiente en présence du médecin. On rappelle les consignes en cas d'hémorragie et l'obligation de la dernière consultation de contrôle.

### 4<sup>e</sup> consultation entre J14 et J21

Vérification de l'efficacité de la méthode, de la vacuité utérine par échographie ou βhCG.

La fiche de liaison est alors envoyée au centre référent.

## LES PROTOCOLES ACTUELS

AMM 98, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée :

- 3 comprimés de mifépristone (Mifégyne<sup>®</sup> 200 mg x 3 comprimés) à J7 ;
- 2 comprimés de misoprostol (Cytotec<sup>®</sup>, Gymiso<sup>®</sup> 200 mg x 2 comprimés) à J9 par voie orale.

Avec ce protocole : 95% de succès, de 0,5 à 2% de grossesses évolutives, de 3 à 5% de rétentions et 0,5% d'hémorragies.

ANAES en mars 2001, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée :

- 1 comprimé de mifépristone (Mifégyne<sup>®</sup> 200 mg, 1 comprimé) à J7 ;
- 2 comprimés de misoprostol (Cytotec<sup>®</sup>, Gymiso<sup>®</sup> 200 mg x 2 comprimés par voie orale) à J9.

De 88 à 92% de succès, de 3 à 4% de grossesses évolutives.

OMS, jusqu'à 63 jours d'aménorrhée :

- 1 comprimé de mifépristone (Mifégyne<sup>®</sup> 200 mg, 1 comprimé) à J7 ;
- 4 comprimés de misoprostol (Cytotec<sup>®</sup>, Gymiso<sup>®</sup> 200 mg x 4 comprimés) par voie vaginale à J9.

De 96 à 98% de succès, de 0,2 à 0,8% de grossesses évolutives.

Rappelons que le misoprostol (Gymiso<sup>®</sup>, Cytotec<sup>®</sup>) n'a pas d'AMM par voie vaginale. On a rapporté récemment un décès au Canada et cinq aux États-Unis dans ce protocole. Ces événements ont entraîné une suspicion sur le mode d'administration par voie vaginale du misoprostol bien qu'il n'y ait pas de certitude fondée.

*INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) MÉDICAMENTEUSE EN VILLE*

Une lettre de l'AFSSAPS a rappelé ces événements aux médecins en septembre 2005.

La recherche du protocole optimum se poursuit. Lorsqu'on diminue la Mifégyne® il semble qu'il faille augmenter le misoprostol pour conserver l'efficacité. Les effets secondaires sont alors majorés.

**SI LA FEMME APRES AVOIR ÉTÉ INFORMÉE A CHOISI  
UNE IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE, LE MÉDECIN  
VA ALORS RÉALISER :**

*Un examen gynécologique* appréciant la taille de l'utérus (peu significative à cet âge de grossesse), va rechercher une infection éventuelle, des signes de grossesse extra-utérine.

On aura précisé avec la patiente la date des règles, la régularité des cycles et ses antécédents.

La patiente signera une demande d'interruption volontaire de grossesse après informations, que le médecin conservera dans son dossier

Si la patiente est mineure elle devra être accompagnée dans sa démarche soit par un de ses parents ayant autorité parentale soit par un adulte référent de son choix.

***Recherchant une contre-indication :***

1. Médicale absolue :
  - insuffisance surrénalienne chronique ;
  - corticothérapie au long cours ;
  - asthme décompensé ;
  - trouble connu de l'hémostase ;
  - porphyrie ;
  - allergie connue à la Mifégyne® ou au Cytotec®.
2. Précautions d'emploi à prendre en compte :
  - insuffisance rénale, hépatique ;
  - DIU en place (il pourra être retiré permettant alors l'IVG médicamenteuse) ;
  - les fumeuses de plus de 35 ans.
3. Une contre-indication psychosociale :
  - dysménorrhée sévère ;
  - femme vivant seule ;
  - habitant trop loin du centre de référence ;

- ne comprenant pas les consignes ou étant peu compliant ;
- les adolescentes seront souvent mieux en milieu hospitalier.

### ***L'échographie***

Pour préciser l'âge de la grossesse, pour éliminer une GEU.

En début de grossesse l'échographie par voie vaginale est préférable, le sac ovulaire est visible à partir de 1 000 UI/hCG. On va préciser l'âge de la grossesse inférieur à 49 jours d'aménorrhée.

La localisation intra-utérine est essentielle à préciser et il faut différencier l'image d'une grossesse débutante d'un pseudo-sac.

En effet :

- forme ronde ou elliptique sur les coupes longitudinales ou transversales ;
- réaction chorio-déciduale apparaissant comme un nuage floconneux autour du sac ;
- image située entre le milieu et l'extrémité supérieure de l'utérus ;
- image supérieure à 4 mm ;
- excentrée par rapport à la ligne médiane ;
- la présence d'une vésicule vitelline.

On recherche une pathologie gynécologique associée.

*L'évolutivité de la grossesse sera observée avec tact.*

Si l'échographie est trop précoce pour être parlante, on répétera l'examen quelques jours plus tard.

### ***Un bilan biologique***

- groupe sanguin, facteur rhésus avec prescription de Rhophylac® chez les femmes rhésus négatif ;
- un éventuel dépistage d'IST (recherche de chlamydiae, sérologie HIV) si la patiente le souhaite.

### ***Un entretien psychosocial est proposé***

La femme aura été vue seule ou en couple ; s'ils le souhaitent les parents d'une mineure seront reçus ; le partenaire également.

Les mineures seront obligatoirement vues. Elles peuvent garder le secret et se faire accompagner dans leurs démarches d'un adulte référent. L'entretien n'intervient pas, bien sûr, sur la décision d'IVG sauf peut-être à en éclaircir les différents éléments.

C'est une écoute de chaque personne telle qu'elle est, de sa souffrance dans ce moment de crise (parler de soi, être écoutée sans jugement ni conseil).

*INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) MÉDICAMENTEUSE EN VILLE*

Parler de l'échec ou de l'absence de contraception, de ses blocages, de la signification que peut avoir cet acte manqué.

Parler de l'angoisse, de l'ambivalence, de chercher un sens à cette grossesse.

De vérifier sa fécondité, de se sentir femme adulte plus vite ou encore fertile (40 ans et plus).

De tester son partenaire, son engagement dans la relation, de s'interroger sur la place de l'homme, de cet homme-là, dans cette relation-là.

### L'IVG MÉDICAMENTEUSE PEUT ALORS AVOIR LIEU APRÈS LES 8 JOURS DE RÉFLEXION

La patiente prend alors la Mifégyne® en présence du médecin, puis 48 h plus tard le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®).

Des douleurs viennent dans la demi-heure qui suit cette seconde prise.

Des métrorragies vont survenir, la femme est prévenue de la nécessité de joindre son médecin ou le centre référent, en cas de métrorragies abondantes (on peut proposer 3 grandes protections par heure pendant plus de 2 heures).

Pour 60% des femmes, l'expulsion a lieu dans les 3 heures, pour 80% dans les 24 heures.

3 à 5% des patientes peuvent expulser après la prise de Mifégyne®.

De 0,3 à 2,5% d'aspirations auront lieu pour hémorragie. Les transfusions sont très rares, de 0 à 0,2%.

L'abondance du saignement ne signifie pas forcément expulsion et la femme doit en être prévenue.

Des antalgiques seront pris en même temps que le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®).

Les antalgiques utilisables sont :

- paracétamol (Doliprane®) ;
- phloroglucinol (Spasfon®) ;
- paracétamol + codéine (Efferalgan-codéine®) ;
- anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène 400mg, par exemple) ;
- paracétamol + opium + caféine (Lamaline®) ;
- paracétamol + dextropropoxyphène (Diantalvic®).

On prescrira deux antalgiques : un de niveau I, un de niveau II, que la femme prendra en fonction des douleurs ressenties.

Les saignements peuvent durer plusieurs jours et persister encore à la visite de contrôle (10, 15 jours).

Les autres effets secondaires sont fréquents mais ne nécessitent que rarement un traitement. Les nausées seront présentes chez 43 % des patientes, les vomissements chez 17 %, la diarrhée chez 14 % d'entre elles.

## LA VISITE DE CONTRÔLE

– L'examen gynécologique est peu parlant à ce stade, on recherchera une infection (rare 0,1 à 0,9 %) et surtout on contrôlera l'efficacité de la méthode.

– Selon les habitudes du médecin on demandera :

- soit un taux de BhCG. Sa décroissance de J1 à J14, peut permettre de conclure en sachant qu'un taux modéré peut persister longtemps ;
- soit une échographie.

### ***Succès de la méthode***

On reparlera avec la patiente du déroulement de son IVG, de sa contraception.

### ***Grossesse évolutive***

De 1,5 à 2,5 % des cas.

Une aspiration est systématiquement proposée. La patiente peut parfois décider de laisser évoluer la grossesse. Un suivi en milieu échographique spécialisé lui sera proposé (doute possible d'un effet malformatif du misoprostol à forte dose).

### ***Grossesse arrêtée***

Sans expulsion ou rétention de matériel trophoblastique se traduisant par un mélange d'images liquidiennes et hyperéchogènes à l'échographie.

Le choix de la patiente guidera l'attitude :

- Expectative pure : on renouvellera l'échographie au début du cycle suivant ;
- « Protocole Cytotec® ».

*INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) MÉDICAMENTEUSE EN VILLE*

Arrêt de la contraception orale de façon à provoquer une hémorragie de privation.

Misoprostol (Cytotec® Gymiso® 200 mg x 2 comprimés), puis 2 heures plus tard 2 autres comprimés. Un antalgique sera systématiquement prescrit.

Cette méthode semble plus efficace dans les rétentions non vascularisées au Doppler et de moins de 20 à 25 mm à l'échographie.

Une nouvelle échographie sera pratiquée au cours du cycle suivant et montrera une vacuité utérine dans 70% des cas dans notre expérience personnelle.

- Une aspiration d'emblée si la patiente le souhaite, si l'examen évoquait une infection, en cas d'échec du Cytotec®.

***Les complications sont rares***

- Les infections sont difficiles à évaluer; on traitera au moindre doute.

- Les hémorragies sont rares; les aspirations pour métrorragies de 0,3% à 2,5%.

- Les transfusions de 0 à 0,2%.

***La contraception***

Sera systématiquement proposée. Le retour de la fécondité est rapide. Un contraceptif oral peut être commencé le jour du misoprostol.

**QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU MÉDECIN ?**

- Être gynécologue ou avoir une formation à la pratique de l'IVG.
- Avoir signé une convention avec un centre référent:
  - l'avoir adressée au Conseil départemental de l'Ordre des médecins;
  - l'avoir adressée au Conseil départemental de l'Ordre des pharmaciens ;
  - à la CPAM de son département.
- Envoyer une fiche d'observation clinique au centre référent en fin de procédure.
- Conserver dans son dossier la demande d'IVG.
- Remplir la fiche statistique anonymisée et l'adresser au centre référent.
- Facturer les 4 consultations et les médicaments:

## MISSEY-KOLB

- FHV/FMV 191,74 euros sur la feuille de soins ;
- ce forfait ne comprend pas la préconsultation (hors forfait), les examens complémentaires ;
- pour les mineures, gratuité et anonymat sont possibles par prise en charge CPAM AME.
- Aller chercher lui-même chez le pharmacien avec une ordonnance :
  - la Mifégyne<sup>®</sup>, le Cytotec<sup>®</sup> et le Gymiso<sup>®</sup> ;
  - spécifier « médicaments à usage professionnel » ;
  - et convention conclue avec l'hôpital de :.....  
le :.....
- Participer aux réunions de synthèse organisées par le centre référent.
- Répondre aux appels éventuels de sa patiente (très peu fréquents dans notre expérience).

## QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU CENTRE RÉFÉRENT ?

- Envoyer la convention à l'ARH et à la DDASS dont il relève.
- Répondre aux demandes d'information des médecins sur l'IVG médicamenteuse.
- Recueillir les fiches de liaison.
- Recueillir les feuillets statistiques anonymisés.
- Organiser la formation des médecins et l'actualisation des connaissances sur les méthodes d'IVG médicamenteuse par au moins une réunion annuelle de synthèse.

## DANS NOTRE EXPÉRIENCE PERSONNELLE

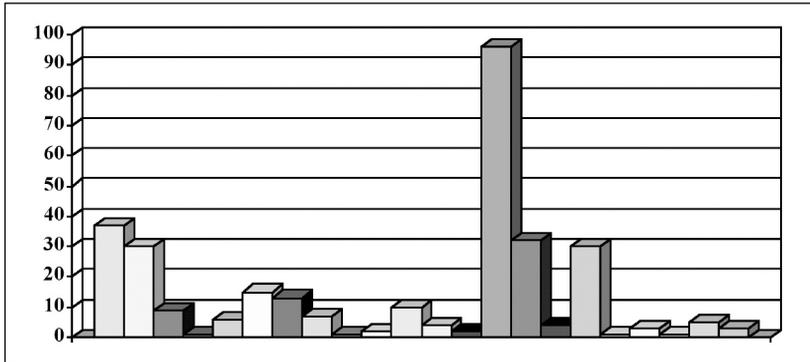
- **35 médecins ont passé une convention avec nous : 34 gynécologues, 1 généraliste.**

Deux conventions ont été annulées, une pour éloignement, une car le gynécologue désirait interrompre l'activité.

Nous avons actuellement 33 médecins en convention : 12 participent aux réunions mais adressent leurs patientes dans le service. 21 sont actifs.

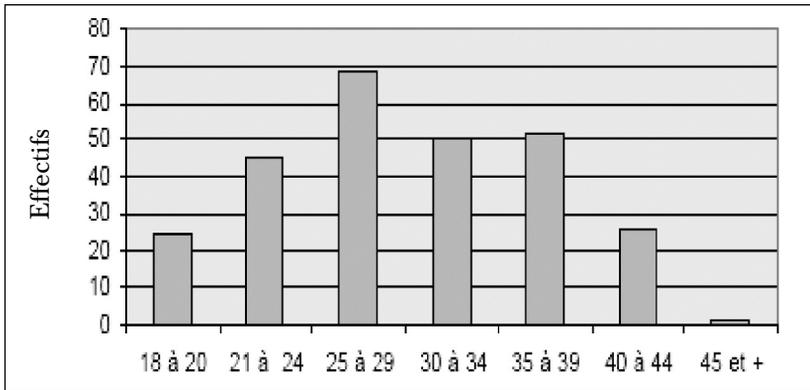
*INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) MÉDICAMENTEUSE EN VILLE*

– Le nombre de patientes incluses par médecin est très variable.



268 patientes ont été incluses de janvier 2005 à juin 2006

– Répartition par classes d'âge des patientes.



– Âge de la grossesse : 41,2 jours d'aménorrhée en moyenne.

*Succès du protocole*

	Effectifs	Fréquence
Échecs	36	13,4
Succès	213	79,5
Perdus de vue	19	7,1
<b>TOTAL</b>	<b>268</b>	<b>100 %</b>

***Échecs***

Sur les 36 patientes que nous avons été amenés à revoir, 2 grossesses évolutives ont été interrompues par aspiration. Sur les 34 patientes restantes :

- 4 ont choisi l'aspiration ;
- 30 ont eu un « protocole Cytotec® » :
  - succès: 21, soit 70 % ;
  - échecs: 9 soit 30 %.

15 patientes ont eu une aspiration dans les suites de leur IVG médicamenteuse.

**Aucune aspiration pour hémorragie.**

***Appels des patientes***

Nombre d'appels	Effectifs	%
0	185	87,7
1	43	10,1
2	11	1,9
3	5	0,4
4	2	
5	1	
6	3	
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100 %</b>

***Satisfaction des patientes***

6 patientes ont été déçues ou peu satisfaites du protocole, qu'il s'agisse de succès ou d'échecs.

Les autres patientes ont apprécié l'IVG dans leur cadre personnel, entourées de leurs proches sans regard extérieur.

**EN CONCLUSION**

L'IVG médicamenteuse en ville constitue pour les femmes une liberté supplémentaire.

Avant 49 jours d'aménorrhée, elles peuvent choisir d'avorter chez elles, entourées de leurs proches. Il ne faudrait pas que les femmes qui

ont besoin d'être sécurisées par le milieu hospitalier n'y trouvent plus d'accueil.

Les médecins qui décident d'accompagner leurs patientes dans ces moments d'incertitude et de détresse ont une grande gratitude de la part de ces femmes; elles se sentent respectées, elles apprécient la confidentialité et l'intimité dans laquelle se passe leur avortement; elles sont rassurées par le contact possible au téléphone avec leur médecin. Les femmes remercient leur médecin de cette prise en charge.

### Bibliographie

1. 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: 2962-5.
2. Aubeny E. Two-stage increase in the dose of misoprostol improves the efficacy of medical abortion with mifepristone and prostaglandins. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001; 6: 54-5.
3. Aubeny E. Les dispositions médicales de l'IVG médicamenteuse précoce en France. *Réalités en Gynécologie-Obstétrique* 2006; 111: 25-34.
4. Bureau A, Dagoussset I. L'IVG médicamenteuse. *Revue du praticien* 2000; 506: 1377-81.
5. Chervenak FA, Brightman RC, Thornton J, Berkowitz GS, David S. Crown-rump length and serum human chorionic gonadotropin as predictors of gestational age. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 210-3.
6. Peyron R, Aubeny E et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin Misoprostol. *N Engl J med* 1993; 21: 1509-13.
7. Peyron R, Ulman A, Beaulieu EE. La mifépristone (RU486) : Actualités, perspectives. *Press Med* 1995; 24: 295-8.
8. Shannon CS, Winikoff B et al. Multicenter trial of a simplified mifepristone abortion regimen. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 345-51.
9. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004; 70: 183-90.
10. Schaff E, Stadalius L, Eisinger S, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone for abortion. *J Fam Pract* 1997; 44: 365-60.
11. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet* 1998; 352: 323.
12. Sitruk-Ware R. Recommandations médicales pour la sécurité d'utilisation de la mifépristone (ex-RU486). *Ref Gynecol Obstet* 1999; 6: 329-336.
13. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterins RU486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 126-34.
14. Vilain A. Drees, *Études et Résultats* 431; 2005.
15. WHO. Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomised trial. *BJOG* 2000; 107: 524-30.