



Travail original

L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale

L'expérience d'un réseau ville-hôpital de Seine-Saint-Denis

D. Hassoun, I. Périn

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre d'IVG et de contraception, Hôpital Delafontaine, rue du Docteur-Delafontaine, 93260 Saint-Denis.

RÉSUMÉ

En France, depuis 2001, l'avortement médicamenteux peut se faire en ville dans le cadre d'un réseau avec l'hôpital qui assure la prise en charge des complications et des échecs de la méthode. Cette étude rapporte l'expérience d'un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Mouvement français de planning familial (MFPF) en relation avec l'hôpital Delafontaine. En 2004, le CPEF a pris en charge 161 avortements médicamenteux en utilisant le protocole de 200 mg (1 comprimé) de mifépristone le premier jour, suivi 36 à 48 h plus tard par 400 à 800 ug (2 à 4 comprimés) de misoprostol. La moyenne d'âge des femmes était de 24 ans avec une proportion de jeunes et de femmes en précarité, voire grande précarité. Le choix était offert aux femmes de rester à la maison ou en observation à l'hôpital pour l'expulsion. Le taux de succès défini par l'absence d'intervention chirurgicale atteint 94,5 % et il y a eu une seule complication grave, une hémorragie 40 jours après la prise de misoprostol. Soixante-quinze pour cent des femmes ont choisi de rester chez elle pour l'expulsion. L'acceptation de la méthode est très bonne avec un nombre de consultations supplémentaires très faible par rapport aux 3 visites du protocole. La qualité du suivi est bon, avec 82 % de femmes revenant à la visite de contrôle ; cette observance est sans relation avec l'âge, les antécédents obstétricaux ou le niveau socio-économique. L'avortement médicamenteux peut être réalisé en toute sécurité en ville y compris pour des femmes en précarité. Des centres comme celui du MFPF avec une équipe multidisciplinaire impliquant des conseillères conjugales et familiales et des médecins peuvent offrir un service de grande qualité aux femmes de la région.

Mots-clés : *Avortement médicamenteux • Centre de planification familiale • Réseau • Précarité.*

SUMMARY: Ambulatory medical abortion performed in a family planning center.

In France, since 2001, medical abortion can be performed in ambulatory conditions, provided an agreement is signed with a hospital serving as referral for complications or failures of the method. This study, reports on the experience of a family planning center (NGO MFPF, *Mouvement français de planning familial*) in partnership with Delafontaine Hospital in Saint-Denis. In 2004, the MFPF has managed 161 cases of ambulatory medical abortion using a protocol of 200mg of mifepristone on day 1 and 400 to 800ug of misoprostol on day 3, with possibility for the women to stay at home or go to the hospital for the expulsion. The average age of the women was 24 years and the proportion of young and vulnerable women quite high. The rate of success, defined as the absence of surgical intervention, approached 94.5 % and only one case of severe complication was reported, massive hemorrhage 40 days after the initial intake of misoprostol. 75 % of women chose to stay home. Acceptance of the method was very good with minimal request for more consultations than the three visits proposed in the protocol. The quality of the follow-up was high with 82 % of women attending the medical check, with no difference being observed with regard to age, obstetrical history or socio-economic groups. Ambulatory medical abortion was successful and safe even among vulnerable women. NGOs with multidisciplinary staff involving counsellors, nurses and doctors can offer high quality preparation and follow-up.

Mots-clés : *Medical abortion • Family planning center • Network vulnerability.*

La pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé, est autorisée en France depuis juillet 2001 (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001). Mais il a fallu attendre plus de 3 ans après la promulgation de la loi initiale pour que soit possible

la mise en œuvre effective du dispositif, avec la publication du décret définissant les conditions de réalisation de cette IVG [1], puis dans un deuxième temps, celle de l'arrêté relatif aux forfaits de prise en charge [2].

Correspondance : D. Hassoun, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 11 janvier 2006. Avis du Comité de Lecture le 17 février 2006. Définitivement accepté le 8 mars 2006.

Ce texte est déjà paru sous la référence *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006 ; 35 : 483-489.

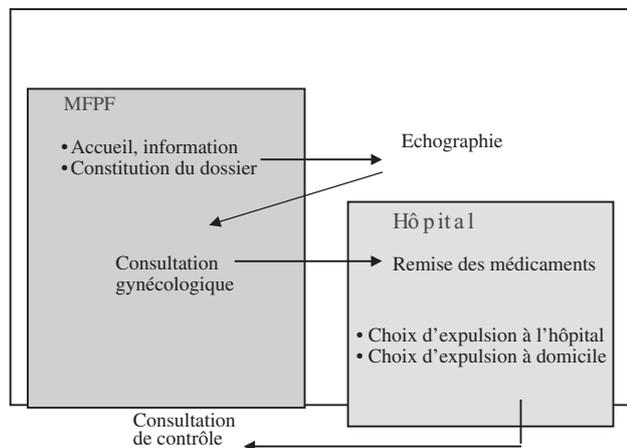


Figure 1 Mise en œuvre de l'IVG médicamenteuse dans le cadre du réseau informel de Seine-Saint-Denis pour l'année 2004.

Implementation of ambulatory medical abortion in the informal network instituted in Seine-Saint-Denis for 2004.

Les délais dans la définition des modalités d'application ont amené certains réseaux ville-hôpital à anticiper sur les dispositions légales et à initier une pratique informelle de l'IVG médicamenteuse en collaboration avec des médecins de ville.

L'expérience en ce sens du réseau de Seine-Saint-Denis est doublement intéressante. D'une part parce que le réseau informel permet de contribuer au recueil de données sur la fiabilité et la sécurité de la méthode dans le cadre des nouvelles dispositions légales et ce, d'autant plus que le recrutement de Saint-Denis concerne largement des femmes en grande précarité. D'autre part, parce que ce réseau a inclus des médecins d'un centre de planification du Mouvement français de planning familial (MFPF) ce qui permet d'étudier le rôle du secteur associatif puis, par extension d'envisager le rôle du secteur public puisque, en termes de planification familiale, les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) jouent un rôle comparable. Or, cette contribution du secteur associatif et des CPEF n'a pas été clairement envisagée par les dispositifs légaux dans les modalités de l'IVG de ville. Cette revue de l'expérience du réseau de Seine-Saint-Denis a pour but de réaliser un descriptif de la population ayant eu recours à ce réseau, de quantifier et d'analyser les résultats des 161 IVG médicamenteuses réalisées par le centre de planification familiale du MFPF sur l'année 2004, en terme de succès, d'échecs, de complications minimes ou majeures, adéquation du suivi ou perte de vue des patientes.

LE RÉSEAU VILLE-HÔPITAL DE SAINT-DENIS SUR L'IVG MÉDICAMENTEUSE

La Seine-Saint-Denis dispose d'un important dispositif de prévention et de prise en charge des besoins de la mère et de l'enfant au travers de structures départementales ou associatives où travaillent en collaboration, médecins, travailleurs sociaux et conseillères familiales.

LES PARTENAIRES

Le centre d'orthogonie de l'hôpital Delafontaine fait partie du service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital. En 2004, ce centre d'orthogonie a pris en charge, avec une équipe de médecins, infirmières, conseillères et assistante sociale, 1323 IVG dont 330 chirurgicales sous anesthésie générale, 310 chirurgicales sous anesthésie locale et 668 IVG médicamenteuses. Il assure, outre les IVG, des consultations de planification familiale avec une consultation spécialisée pour les adolescents.

Le MFPF est une association non gouvernementale représentée dans toute la France qui se définit comme un mouvement féministe d'éducation populaire, un lieu de parole où hommes et femmes peuvent trouver écoute, conseil et aide sur des questions de la sexualité [3]. Il est financé par le Conseil général de Seine-Saint-Denis pour ces activités de planification familiale mais aussi par la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales et par des subventions municipales. Les médecins du centre partenaire du réseau ont signé une convention avec l'hôpital telle que prévue par les textes.

ORGANISATION

La *figure 1* résume les étapes de la mise en œuvre de l'IVG dans le cadre de ce réseau. Dans le protocole utilisé, la femme est, hors complications, vue en moyenne trois fois. Une première fois par les animatrices du MFPF pour information, soutien psychologique, constitution du dossier et qui, le cas échéant, les réfèrent à une structure pouvant effectuer l'échographie de datation de la grossesse.

Elle est, dans un deuxième temps, et si possible le même jour, reçue par le médecin du MFPF, pour une consultation de gynécologie qui s'accompagne d'une information complète sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles (comme le stipule la loi). Le médecin remet la feuille d'infor-

mation sur la méthode qui détaille les différentes étapes et fait signer la feuille de consentement à l'IVG. Dans le cadre du MFPPF, la femme est adressée à l'hôpital où la mifépristone sera prise devant les infirmières, sous la supervision de l'équipe médicale. Le misoprostol et l'ibuprofène sont fournis aux patientes si celles-ci choisissent de faire l'IVG à domicile. Les femmes qui choisissent d'expulser à l'hôpital bénéficient d'un contact supplémentaire avec une équipe médicalisée.

La troisième visite correspond à la consultation médicale de contrôle, prévue dans les 15 jours ou 3 semaines qui suivent la prise médicamenteuse pour contrôle clinique et biologique et suivi de la contraception envisagée.

Cet accès informel, qui a prévalu avant que ne soit publié le décret d'application de 2004, est obligatoirement plus lourd, les patientes étant suivies cliniquement par les médecins du MFPPF pour leur IVG, mais devant passer par l'hôpital pour l'obtention des médicaments. Elles sont aussi obligées de régler le forfait hospitalier faute de cotation disponible pour ce genre de prestation dans le système hospitalier. Depuis juin 2005, le MFPPF assure la totalité de la prise en charge.

■ FORMATION DES PARTENAIRES

Tous les partenaires du réseau, médecins et non-médecins ont bénéficié d'une journée de formation théorique délivrée par l'équipe du centre d'orthogénie et de plusieurs sessions de stage pratiques leur permettant d'intégrer les différentes étapes et composantes de la prise en charge tant médicale que d'accompagnement (*tableau I*).

■ LE PROTOCOLE D'IVG MÉDICAMENTEUSE UTILISÉ PAR LE RÉSEAU

Les doses de médicaments

Il existe un protocole officiel validé par une autorisation de mise sur le marché (AMM) comprenant 600 mg de mifépristone, suivi de 400 ug de misoprostol administrés par voie orale. Le protocole utilisé dans ce réseau est celui recommandé par l'ANAES [4-7] à savoir, 200 mg (un comprimé) de mifépristone suivi de 400 ug (2 comprimés) de misoprostol administré par voie orale entre la 36^e et la 48^e heure après la prise de mifépristone. Deux autres comprimés de

Tableau I Thèmes de la formation.
Training themes.

-
- Pharmacologie et mécanisme d'action des médicaments
 - Difficultés du diagnostic précoce de la grossesse normale et pathologique et conséquences pour l'avortement médicamenteux
 - Protocoles scientifiquement validés
 - Indications et contre-indications des produits et de la méthode
 - Prise en charge des effets secondaires et des complications
 - Contrôle de l'efficacité de la méthode
 - Information et conseils à la femme
 - Le réseau ville-hôpital : devoirs et obligations des partenaires
-

misoprostol peuvent être donnés deux heures après si aucun saignement n'est constaté. Le nombre de patientes ayant eu une deuxième dose n'a pas été noté dans les dossiers.

Il est également donné des comprimés d'ibuprofène comme antalgique, à prendre à la demande en fonction des douleurs.

Les examens complémentaires

Le protocole utilisé demande une échographie initiale de détermination de l'âge gestationnel et une détermination du groupe sanguin. S'il s'agit d'un rhéus négatif, une injection de sérum anti-D sera faite le jour de la prise du mifépristone.

L'expulsion

Les femmes peuvent choisir d'expulser à domicile ou à l'hôpital et dans ce cas, viennent prendre le misoprostol à l'hôpital et restent en observation entre 2 et quatre heures.

Le contrôle de l'efficacité

Il s'est fait dans un premier temps (entre janvier et mai 2004) par échographie. Devant la fréquence de rétentions minimales, génératrice d'inquiétude chez la patiente et le médecin, il a été décidé de modifier le protocole et de contrôler l'efficacité de la procédure par dosage des bêta-HCG plasmatiques quantitatifs entre le 15^e et le 21^e jour après l'IVG. Une échographie est demandée si le taux de bêta-HCG plasmatique est jugé trop élevé et/ou si l'état clinique évoque un échec de la méthode.

■ MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective utilisant les données contenues dans les dossiers des patientes ayant eu recours au réseau informel à travers le MFPPF entre janvier et décembre 2004. Elle concerne 161 observations. L'étude n'était pas prévue lors de la mise en place du réseau et par conséquent aucun cadre de recueil des données n'était élaboré. Il existe, cependant au MFPPF un dossier standardisé permettant un recueil rétrospectif.

La fiche d'analyse des dossiers s'est basée sur les informations disponibles incluant les critères suivants, déclinés en 24 items :

— paramètres socio-démographiques : âge, département de domicile, couverture sociale, situation professionnelle ;

— antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, nombre d'IVG antérieures, nombre d'enfant ;

— grossesse en cours : semaines d'aménorrhée, mode de diagnostic (bêta-HCG, échographie) ;

— réalisation de l'IVG : lieu d'expulsion choisi (domicile ou hôpital), constatation de l'expulsion, symptomatologie signalée lors de la visite de contrôle, prise en charge des symptômes, complications ;

— résultat : mode de contrôle (bêta-HCG, échographie), revue ou perdue de vue, résultat, examen clinique à la visite de contrôle ;

— nombre de consultations et existence d'une contraception au moment de la grossesse.

Ces différents paramètres ont fait l'objet d'analyses croisées dans le but de déterminer des relations éventuelles entre profil socio-démographique, modalités, efficacité, sécurité de la méthode. Les données ont été analysées grâce au logiciel SAS.

■ RÉSULTATS

Les données recueillies couvrent l'année 2004 qui correspond à la première année de fonctionnement du réseau, soit 161 dossiers.

Le profil socio-démographique de l'échantillon montre que la très grande majorité des femmes vient de Seine-Saint-Denis. L'âge moyen des femmes, 24,9 ans, avec des extrêmes de 15 à 43 ans, correspond aux données connues sur la France [8]. Les mineures entre 15 et 17 ans représentent 11 cas, soit 6,83 % de l'échantillon, ce qui est un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (5,1 %) ce qui semble logique pour un centre tel que le MFPPF très orienté vers l'accueil des

jeunes. Du point de vue de la situation professionnelle, les femmes sans travail, celles qui travaillent et les étudiantes représentent chacune approximativement un tiers de l'échantillon.

En termes de couverture sociale, environ 52 % des femmes ont une sécurité sociale, 28 % dépendent de la CMU, 14 % de l'AME et 9 % sont prises en charge directement par la DDASS.

En termes d'antécédents obstétricaux et de la grossesse en cours, il s'agit dans près de 45 % des cas, d'une première grossesse. Dans 18 % des cas, il s'agit d'une deuxième grossesse, dans 20,5 % des cas d'une troisième grossesse et dans environ 6 % d'une quatrième grossesse. La catégorie cinq grossesses ou plus n'est pas négligeable puisqu'elle représente 10,5 % de l'échantillon. Il n'y a pas d'IVG antérieure dans plus de 66 % des cas. Les IVG multiples (définies comme plus d'une IVG) ne concernent que 9 femmes.

L'âge moyen de la grossesse est de 5,85 semaines d'aménorrhée avec des extrêmes de 4,10 à 7,50.

Conditions et déroulement de l'IVG

La majorité des femmes sur l'ensemble de l'échantillon soit 73,2 % choisissent le domicile. Lorsque l'hôpital est choisi, l'expulsion est constatée par l'infirmière pour près de 64 % des cas pendant la période de surveillance de 4 heures prévue par le protocole.

L'analyse croisée entre âge et le choix du lieu d'expulsion montre une augmentation statistiquement très significative de la proportion de femmes choisissant le domicile en relation avec l'âge ($p < 0,001$) : 52 % pour les 18-19 ans jusqu'à 100 % pour les plus de 35 ans. En excluant les femmes mineures pour qui le protocole prévoyait l'expulsion à l'hôpital, les proportions de celles qui choisissent le domicile diffèrent encore très significativement. Le choix du domicile comme lieu d'expulsion augmente régulièrement avec le nombre de grossesses ($p < 0,001$), avec des proportions passant de 54,17 % pour une grossesse à 91,67 % pour trois grossesses ou plus. En revanche, il n'y a pas de relation significative entre le choix d'expulsion et le nombre d'IVG antérieures, ni entre le choix d'expulsion et le mode de couverture sociale.

Visite de contrôle

L'étape essentielle du suivi de l'IVG est la consultation de contrôle. Près de 82 % des femmes (soit 132 femmes) sont revues lors d'une visite de contrôle. Les patientes non revues à la consultation de contrôle ont été relancées par téléphone. Pour 14 d'entre-elles,

qui ont pu effectivement être contactées, il y a donc confirmation du résultat mais sans examen clinique. Au total, il existe donc un suivi pour 146 cas (91,3 %) et seules 15 femmes sont totalement perdues de vues (9,3 %). Pour ces quinze patientes non revues à la consultation de contrôle ni contactées, il a été recherché s'il y a eu une consultation aux urgences et/ou une admission à l'hôpital Delafontaine.

L'analyse croisée entre la venue à la visite de contrôle et l'âge ne montre pas de corrélation significative. Les femmes les plus jeunes reviennent autant que les plus âgées. Il n'existe pas, non plus, de relation significative entre la couverture sociale et la venue à la visite de contrôle. La proportion des femmes revues se répartie assez également dans les trois catégories de couverture sociale. Aucun des autres paramètres (profession, nombre de grossesses ou le nombre d'IVG antérieures, constatation de l'expulsion à l'hôpital, lorsque ce lieu est choisi) ne semblent influencer sur la venue à la visite de contrôle.

Résultats de l'IVG

Le succès de la méthode se définit comme l'absence d'intervention chirurgicale par aspiration à quelque moment de la procédure. Sont considérés comme des échecs les cas de rétention avec ou sans hémorragie suivie d'un geste d'aspiration ainsi que les grossesses évolutives.

Pour 138 cas aucun geste chirurgical n'a été nécessaire, ce qui correspond à 94,5 % de succès et 8 cas d'échec soit environ 5 % (tableau II).

Chez 7 patientes (4,79 %), il a été constaté une rétention minimale inférieure à 15 mm mais qui n'a entraîné aucune intervention. Deux d'entre-elles ont eu

une dose supplémentaire (400 ug) de misoprostol. Il a simplement été conseillé d'attendre les prochaines règles. Il est, en effet, admis qu'un épaississement de la muqueuse égal ou une rétention inférieure à 15 mm après un avortement médicamenteux peut-être considéré comme un succès de la méthode, en l'absence de signes cliniques [9]. L'expérience a montré que des rétentions peuvent s'éliminer spontanément à distance, sans nécessiter pour autant un geste chirurgical. C'est également l'expérience de ce réseau et qui a motivé le changement de protocole avec dosage des bêta-HCG comme critère d'efficacité plutôt que l'échographie. Dans cette série, deux patientes (1,37 %) ont eu une rétention inférieure à 15 mm suivie d'un geste d'aspiration. Il n'y a pas, chez les femmes revues dans cette série, de cas de grossesse évolutive.

DISCUSSION

IVG médicamenteuse et précarité

Si l'on considère qu'un mode de couverture sociale tel que la CMU, AME et la DDASS reflète une situation de précarité, au moins 42,9 % (69/161) des femmes ayant eu recours au réseau sont en situation précaire. Si l'on considère que, pour les données manquantes (22/161), la répartition était identique, près de la moitié des femmes seraient en situation de précarité (49,6 %). Ce taux paraît élevé en regard de la proportion de CMU recensée dans le département qui est d'environ 12 % [10].

Cependant, proposer des femmes précaires une IVG médicamenteuse ne semble pas poser de risques majeurs puisque l'on retrouve la même proportion d'échecs, complications et pertes de vues que dans une population bénéficiant de la sécurité sociale. On peut même noter que les patientes les plus précaires, c'est à dire celles prises en charge par la DDASS, ont toutes été revues. La précarité n'est pas une contre-indication de l'IVG médicamenteuse y compris à domicile sous réserve d'une bonne prise en charge financière et d'une bonne préparation et information. Les équipes du MFPP sont particulièrement bien entraînées à ce type de prise en charge.

Modalités de l'IVG

Les études ont largement démontré la sécurité de la méthode à domicile puisque, lorsqu'il y a complication, celle-ci survient bien à distance de la prise du misoprostol [7, 8]. Dans cette série, la seule complication grave (hémorragie) est survenue à 40 jours de

Tableau II Résultat de l'IVG.
Outcome of ambulatory medical abortions.

	Fréquence	%
Succès		
– Expulsion complète	131	89,73
– Rétention minimale sans aspiration	7	4,79
Total	138	94,52
Échecs		
– Aspiration pour rétention et/ou hémorragie	8	5
– Grossesse évolutive suivie d'IVG instrumentale	0	0
Total	8	5,48

l'IVG. Le temps d'observation qui est proposé à l'hôpital est une option laissée aux femmes qui ont besoin d'être sécurisées. Il apparaît clairement cependant que les femmes choisissent préférentiellement le domicile (près de 75 %).

Le choix du lieu d'expulsion est significativement lié à l'âge et aux antécédents obstétricaux. La totalité des femmes mineures expulsent à l'hôpital, ce qui correspond à une règle décidée dans ce réseau qui pense que, en particulier chez ces jeunes femmes dont la grande majorité sont sans autorisation parentale, il est plus confortable d'être entourée.

Le protocole prévoit une observation à l'hôpital de deux à quatre heures, ce qui semble suffisant puisque ainsi, dans près de 64 % des cas, l'expulsion est constatée par l'infirmière.

Qualité du suivi

La proportion de femmes totalement perdues de vues, soit 9,32 % (n = 15) est probablement inférieure à celle retrouvée dans la pratique des centres d'orthogénie. La raison en serait que le protocole implique pour l'équipe de rappeler, avec leur accord, les femmes si celles-ci ne se présentent pas à la visite de contrôle. Le résultat est ainsi obtenu par téléphone pour 14 d'entre-elles. Dans tous les cas, l'expulsion a été complète, sans complication et sans avoir recours à une consultation médicale supplémentaire.

L'absence chez ces femmes d'échecs ou de complications tend à faire supposer qu'une femme non-revue, sauf preuve du contraire, va bien. Le fait que le registre des entrées des urgences de l'hôpital ne retrouve aucune des perdues de vues dans les deux mois qui ont suivi l'IVG, tend à confirmer ce constat. Il ne peut cependant être exclu qu'elles aient consulté en dehors de ce réseau ville-hôpital.

Sur les 8 patients ayant eu recours aux urgences, 6 correspondaient à des rétentions supérieures à 15 mm. Dans cette série, les femmes gèrent bien l'IVG, et ses symptômes, estiment correctement le degré de gravité de leur ressenti et il n'est pas observé de recours injustifié aux urgences. Par ailleurs, le nombre de consultations en dehors du protocole est resté très faible.

En ce qui concerne la venue à la visite de contrôle, l'adhésion au protocole de suivi n'est reliée ni à l'âge, ni aux antécédents obstétricaux. Il n'y a pas, par ailleurs, de relation significative entre la constatation de l'expulsion et l'absence à la visite de contrôle, bien

qu'une tendance en ce sens soit constatée. Cela tend à faire penser que la visite de contrôle n'est pas seulement motivée par le résultat.

Analyse des échecs et complications

Pour 138 cas, aucun geste chirurgical n'a été nécessaire, ce qui correspond à plus 94,5 % de succès et 8 cas d'échec soit environ 5 %.

Parmi les échecs, un cas est à la fois un échec et une complication. Il s'agissait d'une femme de 26 ans, primipare deuxième geste, à 5 SA au moment de la prise des médicaments et qui a eu une aspiration en urgence pour une hémorragie massive à distance de l'IVG (J40) et ceci malgré un examen de contrôle à J14 satisfaisant avec un bêta-HCG à 2100 UI. Il s'agissait d'une complication majeure ayant nécessité une transfusion devant une hémoglobine à 6,9 g/l.

Dans la littérature, le taux d'hémorragie, nécessitant une transfusion, est estimé à 0-0,2 %, et celui d'hémorragie nécessitant une aspiration à 0,3-2,6 %. La plupart des hémorragies surviennent à distance de la prise du misoprostol [11-13].

Un cas était une complication mineure d'infection avec probable endométrite rapidement résolutive après antibiothérapie de couverture et dont l'origine ne peut être formellement reliée à l'IVG.

Les autres échecs étaient des rétentions pour lesquelles le geste d'aspiration était discutable au moins pour deux d'entre-eux, l'image échographique de rétention inférieure à 15 mm aurait permis une simple surveillance en l'absence de signes cliniques inquiétants. Mais il faut prendre en compte que certaines femmes ne souhaitent pas cette surveillance et préfèrent, au moindre doute, une solution plus radicale. Certains de ces échecs pourraient être liés à la préférence des patientes plutôt qu'à une raison médicale évidente, mais aussi à la méconnaissance des techniques médicamenteuses parmi les internes des urgences de la maternité. Pour quatre d'entre-elles, l'échographie montre des images de rétention vraie pour lesquelles il était concevable de réaliser une aspiration d'autant que s'associaient des métrorragies persistantes.

Au total, bien que les effectifs de cette série soient limités, les taux d'échecs et de complications s'avèrent comparables aux données d'autres études. Il n'est observé qu'un seul cas de complication hémorragique sévère (0,68 %) et un cas d'infection mineure. Il n'y a pas dans cette série de grossesse évolutive.

■ CONCLUSION

Même si l'échantillon est limité dans cette série, la méthode apparaît efficace (138 succès sur 146 soit 94,5 %) et sûre, puisqu'une seule complication grave est survenue (0,68 %). L'IVG médicamenteuse n'offre pas plus de risque dans une population de femmes en situation de précarité, à condition que soit mise en place une bonne préparation et information.

Ce cadre associatif, où se retrouvent conseillères et médecins, permet de consacrer un temps important et de qualité à la préparation et l'information et explique cette relative « faible » médicalisation de l'IVG tout en gardant une excellente sécurité. En ce sens, cela représente une alternative à l'hôpital extrêmement intéressante, permettant une prise en charge plus personnalisée et plus rapide des femmes souhaitant interrompre leur grossesse. De plus, il confirme la faisabilité de l'IVG médicamenteuse en dehors de structures hospitalières et en l'absence d'une permanence médicale ceci à condition d'une bonne organisation du réseau ville-hôpital. Des études sont maintenant nécessaires pour connaître la satisfaction des patiente et leur vécu par rapport à ce type de prise en charge.

En mai 2005, le Conseil général de Seine-Saint-Denis a, après délibération, autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse dans les CPEF du département et approuvé la passation de convention entre les médecins de ces centres et les établissements de santé pratiquant l'IVG.

Depuis cette date, le réseau fonctionne maintenant de façon formelle, le centre s'est procuré les médicaments et assure donc l'intégralité de la procédure, l'hôpital Delafontaine assurant la prise en charge des complications et des échecs comme stipulés par les textes. L'extension dans l'ensemble des CPEF et centre de planification familiale se fait progressivement avec la mise en place des formations.

Le choix qu'a fait la Seine-Saint Denis d'intégrer progressivement la pratique de l'IVG médicamenteuse, dans les CPEF qui le souhaitent, pourrait servir d'exemple pour d'autres départements. Ce choix implique une bonne formalisation du réseau avec respect pour les partenaires des devoirs et obligations de chacun.

Cette expérience montre que cette pratique peut contribuer à l'amélioration du service rendu dans des conditions de sécurité tout à fait satisfaisantes.

■ RÉFÉRENCES

1. Décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004, paru au Journal Officiel du 2 juillet 2004.
2. Arrêtés du 1^{er} et du 28 juillet 2004, parus au Journal Officiel du 13 juillet et du 28 juillet 2004.
3. Mouvement français de planning familial. Site : www.mfpf.org
4. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001.
5. WHO. Task-Force on post ovulatory methods of fertility regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. *BJOG* 2000; 107: 524-30.
6. WHO. Multinational study of three misoprostol regimens after mifépristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG* 2003; 110: 808-18.
7. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Editions ESTEM, 2005.
8. Villain A. Les interruptions volontaires de grossesses en 2002. Etudes et résultats, DREES, n°279, décembre 2003.
9. Harwood B, Mechstroth KR, Mishell DR, Jain JK. Beta human chorionic gonadotropin levels and endometrial thickness after medical abortion. *Contraception* 2001, 63: 255-6.
10. Statistiques de la Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale en Ile-de-France en 2003. Site : www.cr-ile-de-France.fr
11. Staff EA, Sydalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administrated at home after mifépristone for abortion. *J Fam Pract* 1997; 44: 353-60.
12. Creinin MD, Edwards J. Early abortion: surgical and medical options. *Gynecol Fertil* 1997; 20: 1-32.
13. Henshaw RC, Najj SA, Russel IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion (using mifépristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical saquelae. *Hum Reprod* 1994; 11: 2167-72.