



**Interruptions  
volontaires de  
grossesse  
Instrumentales  
« en Ville »**



**Danielle Hassoun**

CEGORIF

27 janvier 2017

# + Evolutions législatives pour l'IVG 2013-2016

- Remboursement à 100% de l'acte d'IVG (loi du 17/12/2012 mise en œuvre en mars 2013)
- Suppression de la condition de « détresse »
- Suppression du délai de réflexion maintenue à 48h après l'entretien social si la femme est mineure (entretien obligatoire) ou si elle est majeure mais a souhaité cet entretien social (non obligatoire mais qui doit être systématiquement proposé)

# + Evolutions législatives pour l'IVG 2013-2016

- Les sages femmes sont autorisés à faire des IVG médicamenteuses à l'hôpital et en ville
- Remboursement à 100% des actes afférents à l'IVG
- Extension du délit d'entrave à l'IVG aux sites internet ( voté le 26 janvier 2017)
- **Possibilité de pratiquer des IVG instrumentales hors des structures hospitalières en CMS/CPEF**



# Choix des méthodes et extension de l'offre de soin

(Vilain, DRESS, 2016)

- 83% des IVG hospitalières sont faites dans le secteur public
- 58% des IVG sont médicamenteuses  
dont 18% faites en ville  
1% en CMS/CPEF
- 42% des IVG sont instrumentales  
dont moins de 30% se font sous AL (38% en 2002)

Peu de sites proposent toutes les méthodes (AM, aspiration sous AG ou sous AL)



# Choix des méthodes d'IVG et extension de l'offre de soins

- Le rapport Galaup de l'ARS en 2012 constate que l'offre de soins des différentes méthodes d'IVG n'est pas bien répartie sur le territoire .

« **Il conclut** que la situation pourrait être améliorée en **multipliant les structures** pratiquant l'IVG comme les centres municipaux de santé (CMS) et les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ».

Galaup K. Parcours de santé et interruption de grossesse 2012 ARS.

- En 2014, le programme FRIDA (Favoriser la Réduction des Inégalités d'accès à l'Avortement) en Ile de France a élaboré des axes de réflexion dont l'un s'attache à « maintenir et promouvoir une offre diversifiée des méthodes et des lieux ».

Projet régional pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (FRIDA) en Île-de-France [Internet]. 2014.

# + Une modification de la loi Veil

- Nécessité de modifier la loi Veil de 1975 qui stipulait que l'IVG devait être faite dans une structure hospitalière publique ou privée

En 2001 l'IVG médicamenteuse sort de l'hôpital et peut être faite en ville en cabinet puis en 2009 en CMS/CPEF.

- Vote dans le cadre de la loi santé le 1er décembre 2015 autorisant la pratique des IVG chirurgicales dans les centres de santé (CS) et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

## + Pourquoi maintenant et pas avant comme dans la majorité des pays d'Europe ?

La différence de pratique est liée à l'historique de la légalisation de l'avortement en France et ailleurs.

La Loi Veil en 75 ne souhaitait pas de concentration des IVG en dehors du système hospitalier par crainte de création des "avortoirs".

MAIS l'application de la loi Veil a été très longue les services de gynéco obstétrique se refusant à appliquer la loi...jusqu'à que la loi les oblige à le faire ( en 1979 avec l'obligation hospitalière puis décrets...).

Création des CIVG « autonomes » à l'intérieur de l'hôpital, hors les services de GO et loin du bloc opératoire (AL) avec des médecins militants



# Les abortions clinics

## De la petite clinique à la « petite maison »

- Les anglosaxons plus pragmatiques ont fait le choix de contourner l'obstacle en sortant l'IVG de l'hôpital et en créant les « abortions clinics » et en le confiant à des MG formés au Planning Familial
- Appartiennent le plus souvent à des associations militantes PPF, NAF, aux USA, BPAS en Grande Bretagne (22SA), Stimizzo aux pays Bas (20 SA), GACEHPA en Belgique

87% des IVG instrumentales sont faites dans les « petites maisons » en Belgique

68 % des IVG en Angleterre et pays de Galles sont faites dans des institutions de cet ordre.





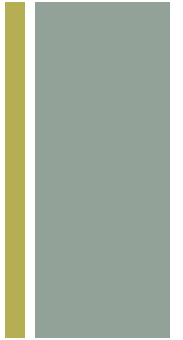
# Les abortions clinics

## De la petite clinique à la « petite maison »

- Locaux +/- élaborés mais pas d'intervention chirurgicale possible  
Ne faisant que de l'IVG ou offrant d'autres « prestations » (vasectomie, stérilisation tubaire, PMA)
- Le plus souvent sous AL ou sous sédation légère
- Aspiration électrique ou aspiration manuelle à la seringue selon les sites
- Transfert vers l'hôpital de référence est exceptionnel

+

## Conditions pour mettre en pratique de cette procédure



Confirmer :

- la sécurité de la méthode dans ces conditions
- la faisabilité et de l'acceptabilité tant pour les femmes que pour les professionnels de santé.

## + Faire des IVG instrumentales en Centre de Santé/Centre de Planification Familiale ....

- Implique un très faible taux de **complications immédiates** et la possibilité d'une prise en charge rapide si besoin
- Nécessité d'une organisation en réseau avec l'hôpital rendant possible un transfert rapide dans de bonnes conditions
- ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001.
- Gelly M, Soulat C. Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. Vol 35, N°2. Avril 2006. pp157-162.
- **Recommandations de bonnes pratiques pour l'Interruption Volontaire de Grossesse. CNGOF décembre 2016**
  - Faucher P. **Complications de l'Interruption Volontaire de Grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2016)**
  - Linet T. **Interruption Volontaire de Grossesse instrumentale. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) (2016)**



# Très faible taux de complications immédiates

- **Plaies du col** (pince de traction) : 1%  
Compression suffit et suture chirurgicale exceptionnelle
- **Perforations** : 1 à 4 pour mille  
Souvent liés à des difficultés de dilatation

Les plaies des organes adjacents sont beaucoup plus rares.

Etudes relativement anciennes, ne prennent pas en compte l'utilisation de dilatateurs médicamenteux

La survenue ou la suspicion d'une perforation quelle qu'en soit l'importance justifie un transfert dans un service de gynécologie obstétrique



# Très faible taux de complications immédiates

Risque hémorragiques : 0 à 3 cas pour 1000

Risque de transfusion: 0,1%

Facteurs favorisants :

- Terme >10SA
- Multiparité
- Fibromes
- Anesthésie générale

L'absence d'anesthésie générale divise par deux le nombre de complications mécaniques et réduit la perte sanguine.

Grimes DA, et all. Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? Am J Obstet Gynecol 1979.

La survenue d'une hémorragie au décours de l'intervention justifie un transfert dans un service de gynécologie obstétrique.

# + Des risques limités quelque soit le lieu de l'intervention

- Taux de complications très bas et une absence de différence dans ce taux entre les aspirations faites en milieu hospitalier et celles faites hors centre hospitalier aux Etats unis, Europe de l'ouest, Scandinavie et Nouvelle Zélande/Australie.

White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. Contraception. 2015

Complications lors d'une IVG du premier trimestre	IVG en centre hospitalier	IVG en centre de santé ou en cabinet privé
Hémorragies ne nécessitant pas de transfusion	0 – 4,1%	0 – 4,7%
Complications graves dont hémorragies avec transfusion Perforations avec geste réparateur	< 0,1%	< 0,1%
Hospitalisation	< 0,5%	0,5%

## + Indication des ces IVG hors établissements hospitaliers

- Théoriquement possible jusqu'à 14 SA, il est plus réaliste dans le contexte de ces centres de santé, de les faire dans un premier temps jusqu'à 7/8 SA.

Aspiration sans anesthésie générale, avec ou sans anesthésie locale.

- Rétention en lien soit avec un échec d'avortement médicamenteux soit avec une grossesse arrêtée (œuf clair ou rétention).



# Etude de faisabilité en centres de planification familiale en Seine Saint Denis.

(D. Hassoun, I. Périn, M. Gelly, M. Horoks)

Novembre 2014-février 2016

## ■ Objectifs

Tester la mise en œuvre d'IVG instrumentale dans un cabinet de consultation sans configuration aucune de type bloc opératoire,

- Evaluer son acceptabilité par les femmes (raisons de leur choix, leur satisfaction et leur vécu de cette méthode dans ces conditions).

## ■ 2 sites

- Un CPEF du MFPPF en ville (Saint Denis)
- Un cabinet de consultation au CIVG de l'hôpital Delafontaine à Saint Denis (CHSD)

4 médecins expérimentées qui travaillent et dans des centres d'IVG hospitaliers et en ville





## Etude de faisabilité en centres de planification familiale en Seine Saint Denis.

- Toutes femmes qui se présentent pour IVG  $<$  ou  $=$  7SA et qui choisissent de faire une aspiration programmée le jour même ou au max dans les 5 jours.
- Rétentions après IVG médicamenteuses ou après constatation d'une grossesse arrêtée à l'échographie lors de la demande d'IVG

Un questionnaire comprenant des questions sur le choix de la méthode, la douleur ressentie selon l'échelle visuelle analogique (EVA), la satisfaction et le vécu était proposé le jour de l'intervention et était rempli par la femme

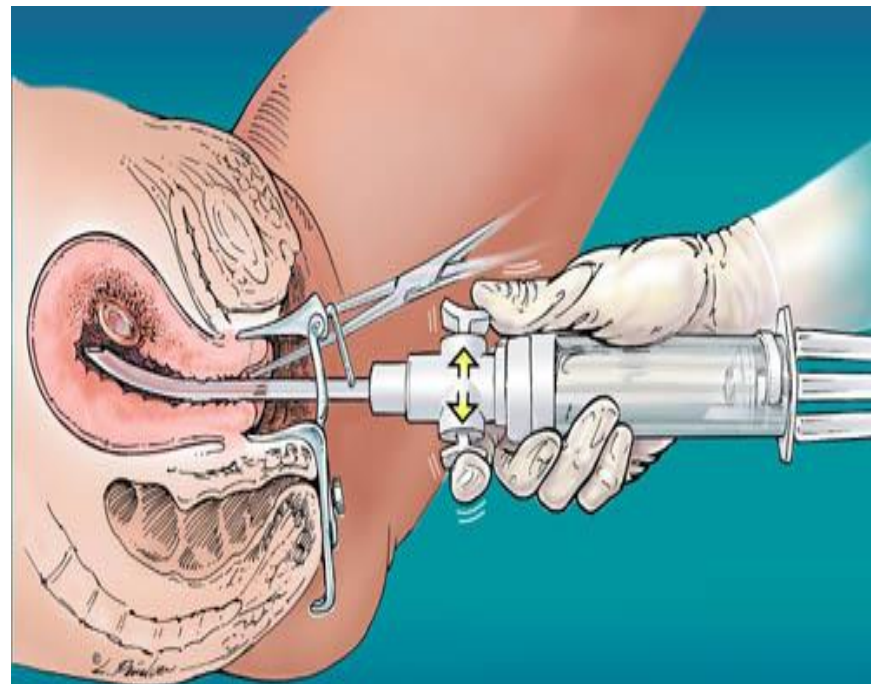
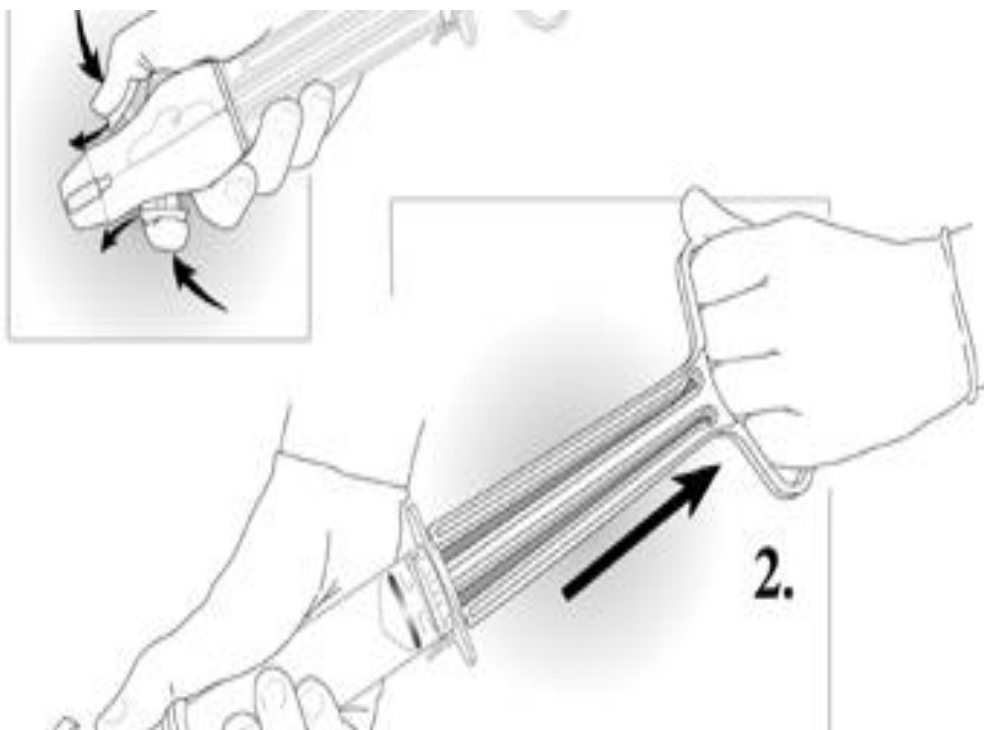


# Etude de faisabilité en centres de planification familiale en Seine Saint Denis.

(D. Hassoun, I. Périn, M. Gelly, M. Horoks)

(article soumis GOF)

- Aspiration manuelle intra utérine (AMIU) seringue développé par une ONG américaine (IPAS) avec dispositif de blocage pour pouvoir faire le vide  
Canules adaptées au terme de la grossesse.



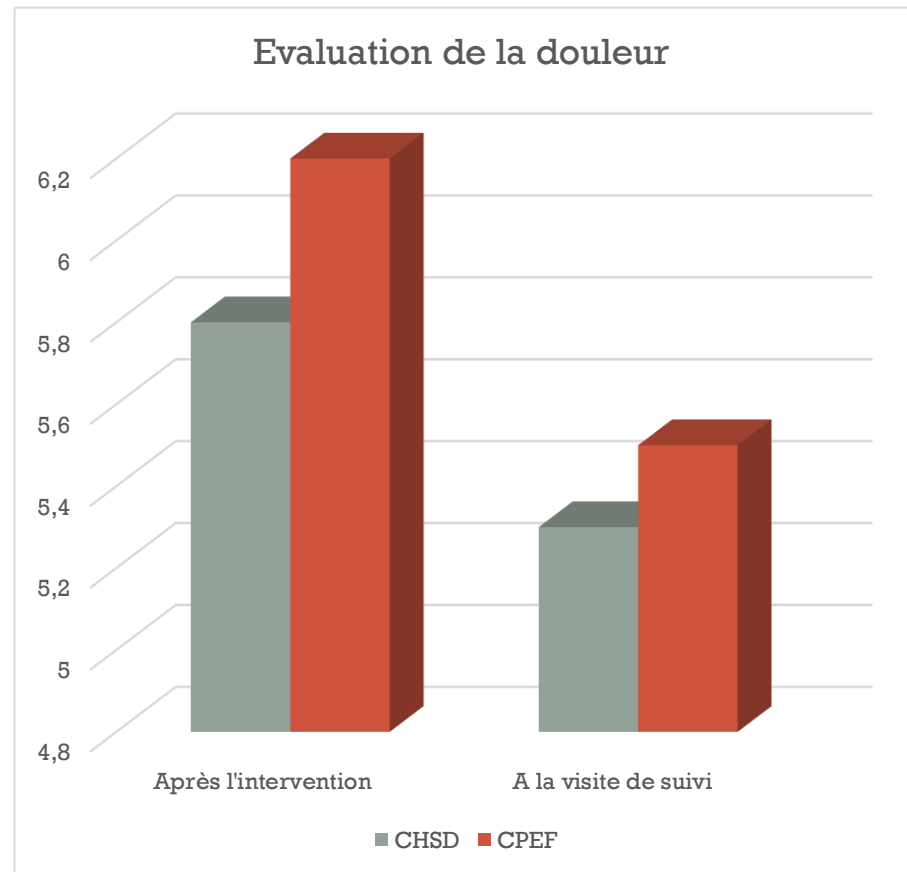
# + Résultats

	Centre Hospitalier de Saint Denis (CHSD)	Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)
<b>Nombre de femmes incluses N=55</b>	<b>28</b>	<b>27</b>
Age moyen	24,4	28,2
Niveau d'étude		
Non scolarisé ou primaire (n)	3	1
secondaire ou supérieur (n)	25	26
Mode de vie (n)		
Vit seule	5	10
Vit en couple	12	9
Vit chez les parents	8	8
Données non disponibles	3	0
Gestité (moyenne)	2,5	3,3
Parité (moyenne)	0,8	1,4
Nombre d'IVG antérieure	0,6	0,8
Données non disponibles	1	0
<b>Echecs N=50</b>	<b>1 rétention</b>	<b>1 rétention</b> <b>1 grossesse évolutive</b>

# + Résultats

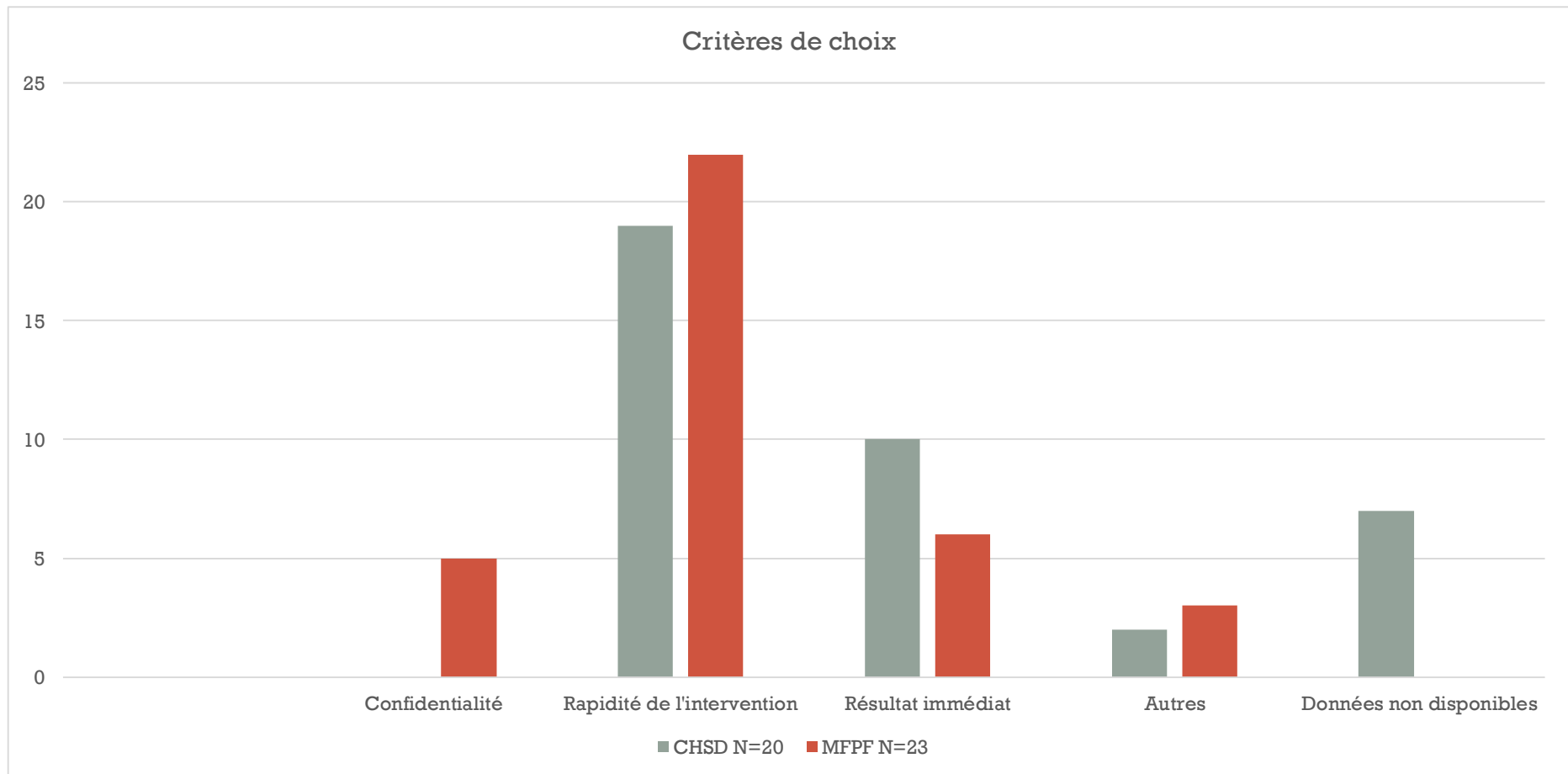
Prémédication	CHSD	CPEF
Sans	3	0
Ibuprofène	23	23
Parac/codeine/opium	20	20
AL	2	7
Temps moyen N=21	6,5	6,4

Celles qui ont eu une AL ont un score à 3



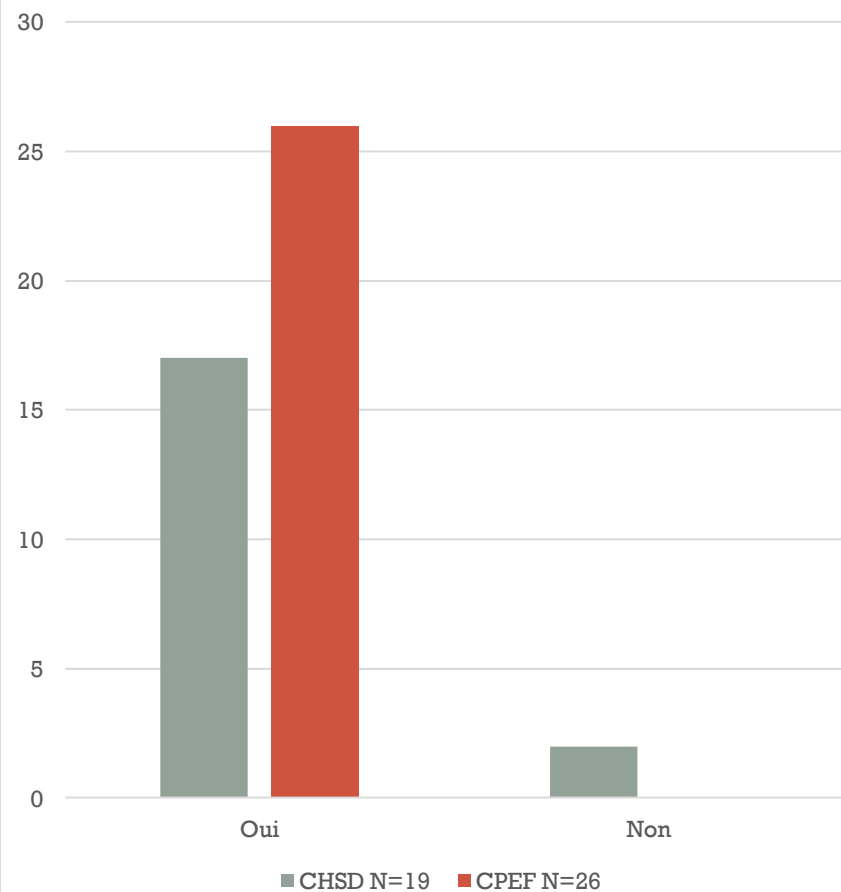
# + Résultats

« Le faire dans un lieu que je connais déjà, c'est plus facile » « C'est confidentiel, ça me rassure »

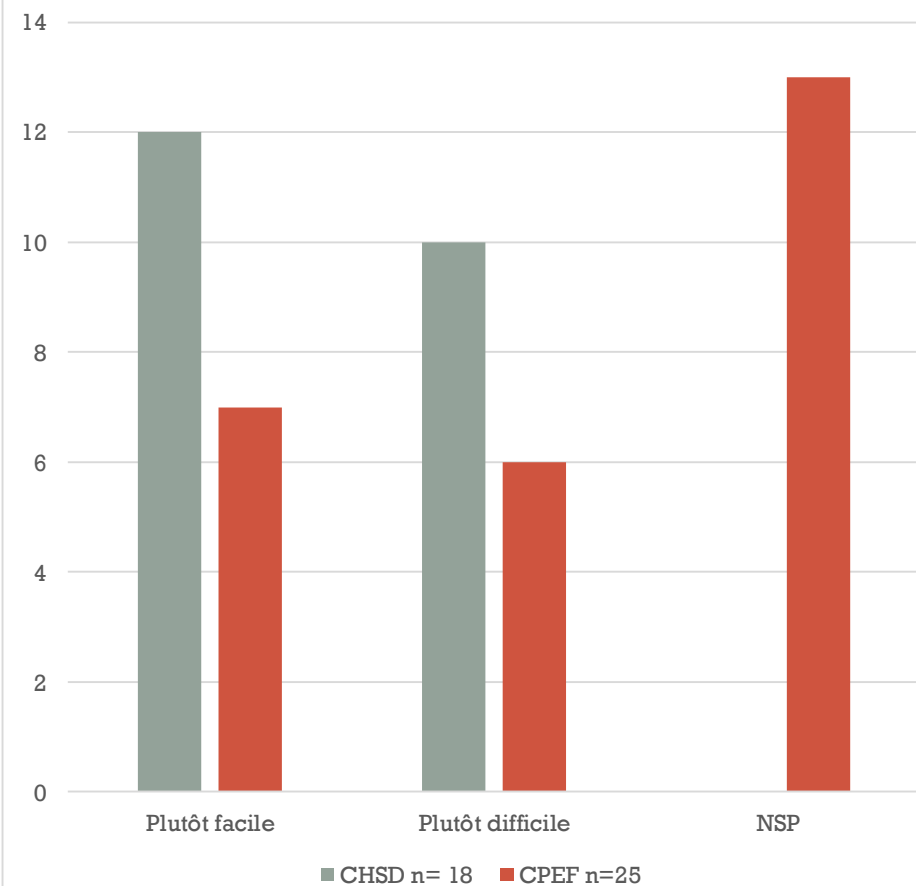


# + Résultats

### Satisfaction sur le choix de la méthode

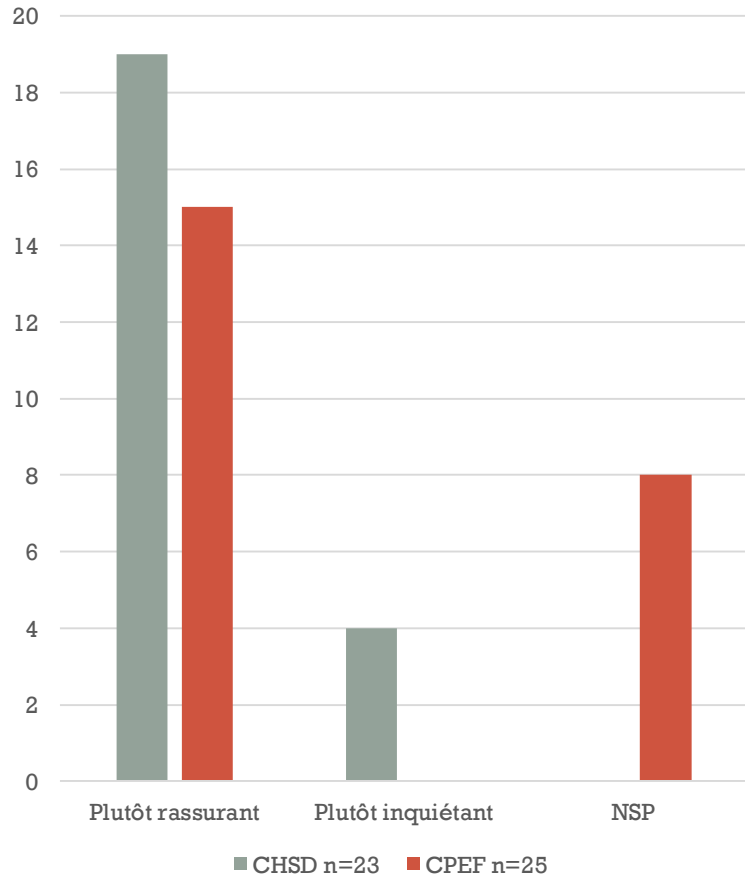


### Vécu de l'acte

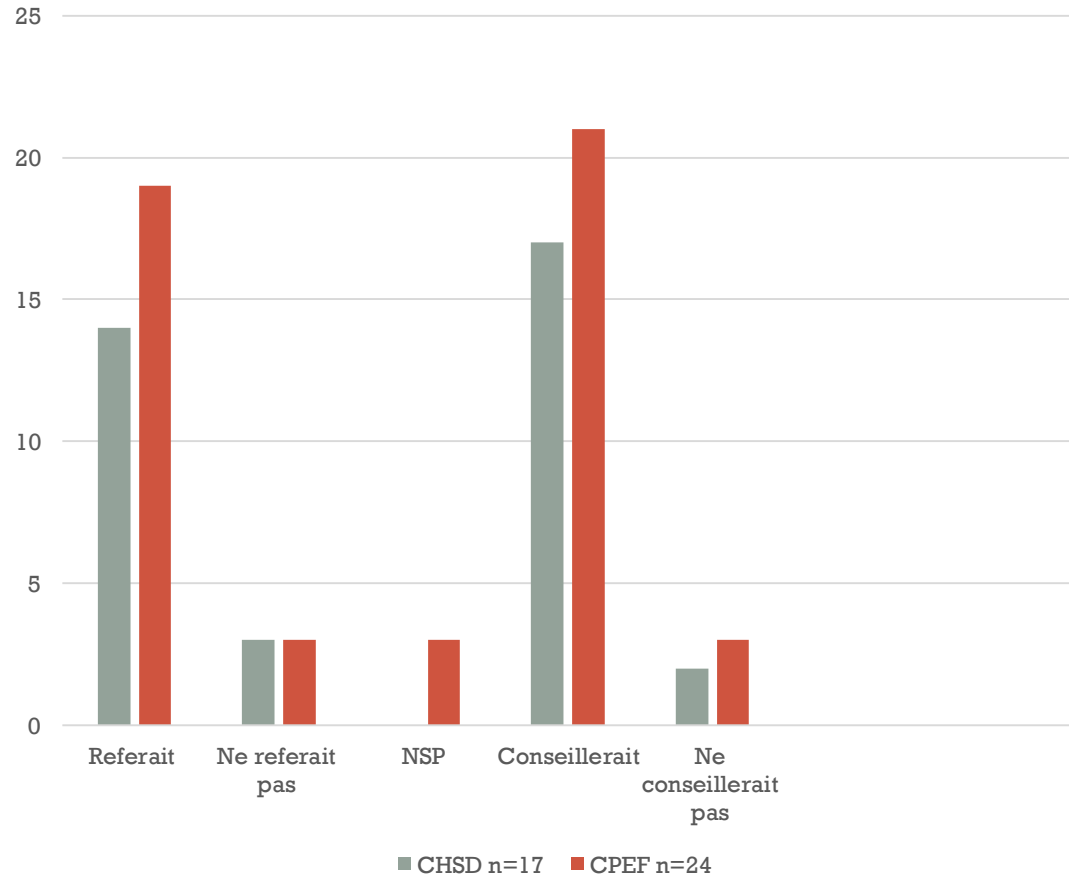


# + Résultats

### Perception de l'acte



### Referait, conseillera la méthode ?





# Faisabilité

- Bloc opératoire non indispensable
  - Expérience dans les CIVG en France /autres pays
- Aspiration électrique (AEIU) ou manuelle (AMIU)  
Efficacité et sécurité identiques

° Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, Ellis S. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. Arch Fam Med. 1998;7:559-62.

° Goldberg AB, Dean G, Kang MS, Youssof S, Darney PD. Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. Obstet Gynecol. 2004 Jan;103(1):101-7

° Samal SK, Rathod S, Padhi M. A comparative study between manual vacuum aspiration and electrical vacuum aspiration for the first trimester medical termination of pregnancy. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2014; 3(1): 139-143.





# Faisabilité

- Temps pour une aspiration = temps d'une consultation  
Temps de repos : 10 à 30 mn en salle d'attente  
(fauteuil à prévoir)

L'OMS recommande ces structures légères pour les IVG du premier trimestre afin d'en faciliter l'accès

Balakrishnan S. Méthodes chirurgicales pour l'interruption de grossesse au cours du premier trimestre: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er juin 2010). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.



# Acceptabilité pour les femmes

- Réticences des femmes en l'absence d'anesthésie générale et crainte de la douleur.

Les réticences parfois aggravées par la façon de présenter la méthode.

- Gestion de cette douleur est possible (Cochrane 2009, RCOG 2011).

réduit la douleur en per  
opératoire

Anesthésie locale

Accompagnement par le personnel soignant

- La musique sont des éléments importants po  
réduire l'anxiété, source d'aggravation de la  
douleur





# Acceptabilité pour les femmes

- Répondre le mieux possible à la demande de la femme dans une situation et un temps donné, chacune des méthodes ayant avantages et inconvénients.
- Les facteurs de satisfaction les plus importants sont
  - la rapidité d'obtention du rendez vous,
  - la gentillesse de l'équipe
  - la possibilité d'avoir des informations et des réponses aux questions `

Tilles C, Denny A, Cansino C, . Creinin MD. Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion. *Contraception* 93 (2016) 164–169.

# + Cahier des charges

HAS 2016, ARS (régional) 2016

- Femme en bon état général (l'âge n'est pas un facteur d'exclusion)
- au terme de 7-14 SA
- Organisation d'un transfert rapide/ organisation avec un centre hospitalier de proximité.
- Protocole de gestion d'urgence (check list)
- Personnel formé
- Locaux : dissocier zones dites protégées des zones administratives et des zones contaminées  
L'ARS spécifie « salle blanche »  
Oxygénothérapie/ matériel de réanimation CV (HAS)
- Salle de repos (30 mn en moyenne)
- Matériel nécessaire pour l'intervention/ Niveau d'asepsie
- Echographe
- Sous AL ou loco régionale (bloc para cervicale) ou MEOPA



# Recommandations CNGOF (décembre 2016)

« Les données à l'étranger sont rassurantes concernant la faisabilité et la sécurité de la pratique de l'IVG hors système hospitalier (NP2). Cependant, aujourd'hui, nous ne disposons pas de données françaises permettant de comparer le succès ou les risques liés à la pratique de l'IVG chirurgicale entre centre hospitalier et en centre de santé (avis d'expert) ».



# Conclusion

- Donner la possibilité aux centres de santé et de planification familiale de pratiquer des IVG chirurgicales précoces permettrait d'élargir l'offre de soins de proximité dans de bonnes conditions de sécurité.
- La pluridisciplinarité des personnels de ces centres et la pratique des IVG médicamenteuses dans le cadre d'un réseau ville/hôpital a donné à ces structures un savoir faire leur permettant de proposer les deux méthodes.
- Choix de la méthode réel et non par défaut entre IVG chirurgicale et médicamenteuse.
- Nécessité de former les médecins et le personnel de ces centres mais surtout de les convaincre que c'est faisable et sûr.



Merci...

Conflit d'intérêt: consultante pour pharmascience qui commercialise depuis 2015 les seringues IPAS en France