

Interruptions volontaires de grossesses chirurgicales en dehors des centres hospitaliers

D. HASSOUN*
(Paris)

Résumé

Dans le cadre de la loi santé, une modification de la loi Veil devrait être votée fin 2015 et porterait sur la possibilité de faire des IVG chirurgicales dans les centres municipaux de santé (CMS) et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Ces structures pourront ainsi proposer aux femmes de faire des IVG précoces jusqu'à 7/8 SA et des aspirations pour rétention après échec d'un avortement médicamenteux. Les IVG chirurgicales du premier trimestre ont des risques de complications immédiates très faibles, minimisés par les conditions de réalisation dans ce contexte (absence d'anesthésie générale, terme précoce).

Les CMS et les CPEF ont l'avantage d'une pluridisciplinarité des professionnels de santé permettant une prise en charge globale de qualité. La pratique des IVG médicamenteuses a donné aux personnels de ces centres une expérience et un savoir-faire pour une grande part transposables à la pratique des IVG chirurgicales.

* Correspondance : d.hassoun@orange.fr

Les aspirations précoces ne justifient pas l'utilisation d'un bloc opératoire et peuvent être pratiquées dans un cabinet de consultation soit avec un aspirateur électrique soit avec des seringues spéciales avec dispositif de blocage pour pouvoir faire le vide. Si la technique n'est pas indolore, la gestion de cette douleur est possible pour en diminuer l'intensité et la rendre acceptable.

Donner la possibilité aux CMS et au CPEF de pratiquer des IVG chirurgicales précoces permettrait d'offrir aux femmes une offre de soin de proximité dans de bonnes conditions de sécurité et donnerait un choix réel entre IVG chirurgicale et médicamenteuse. Cela implique de former les médecins, de tester la faisabilité pour les centres et l'acceptabilité auprès des femmes.

Mots clés : aspiration, IVG, centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Remerciements

Dr Ines Périn pour l'aide à l'élaboration de cet article et pour sa relecture attentive

La France offre théoriquement le choix de la méthode aux femmes demandant une interruption volontaire de grossesse (IVG). L'IVG peut se faire par la méthode chirurgicale (aspiration) en milieu hospitalier jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA), soit sous anesthésie générale (AG) soit sous anesthésie locale (AL) ou par la méthode médicamenteuse (mifépristone plus misoprostol) jusqu'à 7 SA en ville et jusqu'à 9 SA à l'hôpital. En pratique, le rapport *Gallup* de l'ARS en 2012 constate que l'offre de soins des différentes méthodes d'IVG n'est pas bien répartie sur le territoire [1]. 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). Par ailleurs, 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 [2].

Autoriser l'IVG chirurgicale hors des centres hospitaliers comme cela se pratique dans d'autres pays, implique une modification de la loi *Veil* de 1975 puisque celle-ci n'autorisait les IVG chirurgicales qu'en milieu hospitalier et que la révision de la loi de 2001 n'a rendu possible hors de l'hôpital, que l'IVG médicamenteuse. Les législateurs, en juin 2015 ont suivi la proposition du gouvernement et modifient la loi afin que ces centres de proximité puissent pratiquer des IVG chirurgicales.

Elargir à ces sites la pratique des IVG chirurgicales, implique de définir les indications, de s'assurer de la sécurité de la méthode dans ces conditions ainsi que de la faisabilité et de l'acceptabilité tant pour les femmes que pour les professionnels de santé.

LES INDICATIONS

Les IVG qui pourraient être faites dans les CMS et les CPEF le seront sans anesthésie générale, avec ou sans anesthésie locale. Théoriquement possible jusqu'à 12 SA, il est plus réaliste dans le contexte de la ville, de les faire jusqu'à 7/8 SA.

Les CMS/ CPEF pourraient également proposer cette procédure aux femmes ayant une rétention en lien soit avec un échec d'avortement médicamenteux soit avec une grossesse arrêtée (œuf clair ou rétention). Offrir une solution rapide aux femmes dans cette situation où elles sont le plus souvent obligées de passer par les urgences pourrait être également une réelle amélioration pour les patientes.

1. Sécurité : les complications immédiates

Faire des aspirations hors établissement hospitalier implique un très faible taux de complications immédiates et la possibilité d'une prise en charge rapide si besoin.

Deux types de complications peuvent survenir au décours d'une aspiration : des complications mécaniques et des complications hémorragiques.

1.1 Les complications mécaniques

Elles sont souvent liées à une difficulté de dilatation et les études relativement anciennes ne prennent pas en compte l'utilisation des dilateurs dont on peut penser qu'ils diminuent ce risque.

a) Les plaies du col

Dans 1 % des cas [3] peuvent survenir des plaies du col en lien avec la pince de traction. Elles ne nécessitent dans la majorité des cas qu'une compression afin de faire cesser le saignement. Il est exceptionnel que la déchirure nécessite une suture chirurgicale [4].

b) Les perforations

Le taux de perforations est de 0,09 à 19,8 ‰ [3] certaines passant très probablement inaperçues. Les plaies des organes adjacents sont beaucoup plus rares. La survenue ou la suspicion d'une perforation quelle qu'en soit l'importance justifie un transfert dans un service de gynécologie-obstétrique. Ces accidents, très rares impliquent qu'une organisation en réseau avec l'hôpital rende possible un transfert rapide dans de bonnes conditions.

1.2 Les complications hémorragiques

Le taux de complications hémorragiques est évalué à 1,5 ‰ interventions [3]. Le terme supérieur à 10 SA, la multiparité, l'anesthésie générale et la présence de fibrome sont des facteurs de risque hémorragique.

Les complications hémorragiques impliquent une rapidité d'intervention et un transfert au bloc opératoire. La formation des opérateurs est là importante et la conduite à tenir doit être connue : poursuite de l'aspiration en cas de non vacuité de l'utérus, cause principale de saignement ou utilisation d'utérotonique en cas d'atonie utérine en attendant le transfert si le saignement se poursuit.

1.3 Des risques très limités

Une revue récente de la littérature [5] rapporte un taux de complication très bas des IVG du premier trimestre et une absence de différence dans le taux de complications entre les aspirations faites en milieu hospitalier et celles faites hors centre hospitalier aux États-Unis, Europe de l'Ouest, Scandinavie et Nouvelle-Zélande/Australie (Tableau I).

Tableau 1 - Les complications des IVG précoces dans les centres hospitaliers et hors centres hospitaliers [5]

	IVG en centres hospitaliers	IVG en cabinets ou en centres de santé
Hémorragie ne nécessitant pas de transfusion	0 - 4,1 %	0 - 4,7 %
Complications graves dont hémorragies avec transfusion et perforations avec geste réparateur	< 0,1 %	< 0,1 %
Hospitalisation	< 0,5 %	0,5 %

Par ailleurs, l'absence d'anesthésie générale divise par deux le nombre de complications mécaniques (perforation, plaie du col), et réduit la perte sanguine [6].

L'expérience des opérateurs reste un élément important dans la survenue des complications [7].

2. Faisabilité

La faisabilité correspond aux conditions de réalisation de cet acte en prenant en compte le personnel nécessaire, les locaux et le matériel.

2.1 Pluridisciplinarité du personnel

Les CMS et les CPEF ont l'avantage d'une pluridisciplinarité des professionnels de santé (médecin, infirmière, conseillère conjugale, secrétaire) permettant une prise en charge globale de qualité, dès l'accueil.

Plus de 10 années de pratique des IVG médicamenteuses ont donné aux personnels de ces centres une expérience, des connaissances et un savoir faire pour une grande part transposables aux IVG chirurgicales. Ainsi, l'organisation de ces IVG chirurgicales (accueil téléphonique, discussion sur la choix de la méthode en fonction du terme, programmation des rendez vous) est la même que pour l'IVG médicamenteuse.

Pour les médecins qui n'ont pas la pratique des IVG chirurgicales, une formation théorique mais aussi pratique dans les centres d'IVG référents devra être organisée avant de démarrer cette activité.

2.2 Des locaux adaptés

Les aspirations précoces ne justifient pas l'équipement d'un bloc opératoire et peuvent être pratiquées dans le cabinet de consultation. Le temps nécessaire à une IVG chirurgicale précoce n'excède pas en moyenne le temps d'une consultation. L'aspiration elle-même ne dure que 3 à 5 minutes et un temps de repos de 10 à 30 minutes, sur des fauteuils peut être organisé dans la salle d'attente [8].

Beaucoup de pays européens, mais aussi aux États-Unis, ont une large pratique de ces IVG hors structure hospitalière. En Belgique par exemple, 81 % des IVG dont 87 % des IVG chirurgicales, sont faites dans des « petites maisons » [9, 10] et l'OMS recommande ces structures légères pour les IVG du premier trimestre afin d'en faciliter l'accès [8].

2.3 Le matériel : aspirateur ou seringue ?

Si au bloc opératoire, les aspirateurs électriques font partie du matériel indispensable, en ville, en l'absence de ce matériel, une technique plus légère pourrait être envisagée avec l'utilisation de seringues d'aspiration. L'apprentissage de la méthode est rapide et la manipulation simple. Les kits comprennent une seringue spéciale avec dispositif de blocage pour pouvoir faire le vide et des canules adaptées au terme de la grossesse. Le matériel est facilement stockable, peu coûteux, à usage unique même si certaines seringues peuvent être passées à l'autoclave [11].

De nombreuses études ont été faites et ont montré que la technique d'aspiration manuelle était en terme d'efficacité et de sécurité identique à l'aspiration électrique [12-14].

3. Acceptabilité pour les patientes

L'acceptabilité implique de répondre le mieux possible à la demande de la femme dans une situation et un temps donné. Le rapport *Gallup* [1] souligne que le choix de la méthode repose encore souvent plus sur l'offre de soins que sur le choix réel. Le choix se porte plus souvent actuellement sur l'IVG médicamenteuse (en 2013, 56 % des IVG sont médicamenteuses [15]) mais on peut se demander si ce choix n'est pas un choix par défaut, l'IVG médicamenteuses surtout en ville est plus rapidement accessible que l'IVG chirurgicale. Les délais pour une IVG chirurgicale sont souvent plus longs que les 5 jours recommandés par l'ANAES [2].

Chacune des méthodes a ses avantages et ses inconvénients (Tableau II [16]) et le rôle des professionnels de santé est d'aider la femme dans son choix en tenant compte de son souhait, de l'histoire clinique et psychologique.

Tableau II - Comparaison des deux méthodes d'IVG [16]

Avortement médicamenteux	Avortement chirurgical
À partir de 4 SA	À partir de 6-7 SA
N'est pas invasif	Technique invasive
Évite l'anesthésie	Anesthésie locale ou générale
Durée de l'évacuation va de quelques heures à quelques jours	Durée de l'évacuation rapide
Succès : 95-98 %	Succès : 99 %
Les complications sévères (hémorragie, infection) sont rares	Les complications sévères sont rares mais peuvent inclure des complications mécaniques (plaie du col, perforation)
Durée du saignement : 10-13 jours	Durée du saignement : 8-10 jours
Douleur + à +++ sur quelques heures	Douleur + à +++ quelques minutes
Suivi +++ nécessité d'une visite de contrôle	Suivi + contrôle non indispensable
La patiente a un meilleur contrôle de la méthode	Le praticien a un meilleur contrôle de l'acte

Certaines femmes peuvent être réticentes en l'absence d'anesthésie générale et craindre la douleur de l'intervention. Si la technique n'est pas indolore, la gestion de cette douleur est possible pour en diminuer l'intensité et la rendre acceptable. L'accompagnement du personnel soignant durant l'intervention, la musique sont des éléments importants pour réduire l'anxiété, source d'aggravation de la douleur [17]. Les AINS, l'anesthésie locale ont également leur place.

Une étude indienne qui comparait la satisfaction après une IVG chirurgicale sous AG et sous AL, concluait à la plus grande satisfaction des femmes après une IVG sous AL, les femmes préférant une intervention rapide sans être endormies et sans les effets secondaires de l'anesthésie générale. Elles recommandaient plus volontiers à une amie l'AL que l'AG (95 % *versus* 85 %) [18].

Afin de tester la faisabilité et l'acceptabilité de cette technique légère dans des conditions extra hospitalières, un essai clinique multicentrique est en cours dans les CMS/CPEF en coordination avec l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis (93).

CONCLUSION

Donner la possibilité aux centres de santé et de planification familiale de pratiquer des IVG chirurgicales précoces permettrait d'offrir aux femmes une offre de soin de proximité dans de bonnes conditions de sécurité et offrirait un choix réel entre IVG chirurgicale et médicamenteuse. 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. Cela implique de prendre le temps de fournir aux femmes des explications claires afin de les aider à choisir la méthode et de former les médecins tant sur le plan théorique que pratique. Faisabilité et acceptabilité doivent être maintenant testées auprès des centres et des femmes.

Bibliographie

- [1] Galaup K. Parcours de santé et interruption de grossesse 2012 ARS.
- [2] Projet régional pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (FRIDA) en Île-de-France [Internet]. 2014. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/Projet_FRIDA_avril_2014.pdf
- [3] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001.
- [4] Faucher P. Diagnostic et modalités thérapeutiques des complications de l'IVG instrumentale. Mises à jour en gynécologie médicale. Volume 2006, publié le 29.11.2006. Trentième journée du CNGOF.
- [5] White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*. 2015 Aug 1.
- [6] Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr, Tyler CW Jr. Local *versus* general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? *Am J Obstet Gynecol* 1979 Dec 15; 135(8): 1030-5.
- [7] Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. *Hum Reprod* 2001 May; 16(5) :875-8
- [8] Balakrishnan S. Méthodes chirurgicales pour l'interruption de grossesse au cours du premier trimestre: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour : 1^{er} juin 2010). Bibliothèque de santé génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la santé.
- [9] Glorie C. La pratique de l'interruption volontaire de grossesse en structures extra hospitalières en Belgique. Mémoire de DIU régulation des naissances. Septembre 2013.
- [10] Rapport de la commission d'évaluation de l'avortement 2012. <http://www.ieb-eib.org/fr/document/rapport-de-la-commission-devaluation-avortement-2012-316.html>
- [11] IPAS. <http://www.ipas.org/> (Seringues commercialisées en France par pharmasciences).
- [12] Edwards J, Creinin MD. Surgical abortion for gestation of less than 6 weeks. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil*. 1997;20(1):11–19.
- [13] Westfall JM, Sophocles A, Burggraf H, Ellis S. Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Arch Fam Med*. 1998;7: 559-62.
- [14] 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.
- [15] Vilain A., 2015, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 », Études et Résultats, DREES, n° 9244, juillet.
- [16] Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Édition ESTEM. 2011
- [17] Kulier R, Cheng L, Fekih A, Justus Hofmeyr G, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Fertility Regulation Group* 23 OCT 2001. Assessed as up-to-date: 21 FEB 2009
- [18] Clark S, Krishna U, Mandlekar A, Raote V, Ellertson C. Women preferences for general or local anesthesia for pain during first trimester surgical abortion in India. *Contraception* 2002 ;66 :275-9.

