

# **INTERRUPTION DE GROSSESSE : Interruption volontaire de grossesse - Interruption médicale de grossesse**

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

## Table des matières

Préambule.....	3
1. Aspect législatif de l'IVG.....	3
1.1. Généralités.....	3
1.2. Procédure.....	3
1.2.1. Chez l'adulte.....	3
1.2.2. Cas particulier de la mineure.....	4
2. Aspect législatif de l'IMG.....	4
2.1. Généralités.....	4
2.2. Procédure.....	4
3. Aspect éthique.....	5
3.1. Clause de conscience des soignants.....	5
3.2. Versant de la femme.....	5
4. Méthodes médicales.....	6
4.1. Méthodes pour les IVG.....	6
4.1.1. Méthode chirurgicale [2].....	6
4.1.2. Méthode médicamenteuse [2].....	7
4.2. Méthodes pour les interruptions de grossesse pour motif médical.....	8
4.2.1. Déclenchement.....	8
4.2.2. Arrêt de vie foetale.....	8
4.2.3. Expulsion / Délivrance.....	9
5. Bibliographie.....	9
Conclusion.....	9
Annexes.....	9

## Préambule

Selon le code de la santé publique, il existe deux modalités d'interruption de grossesse : les interruptions volontaires de grossesse ou IVG ([art. L2212-1 à L2212-11 du CSP](#)) et les interruptions de grossesse pour motif médical ou IMG ([art. L2213-1 à L2213-3 du CSP](#)).

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste encore, de par le monde, une des principales causes de décès maternels ([13% selon l'OMS](#) en 2010).

L'avortement a toujours existé : légiférer permet de préserver la vie des femmes, permettant ainsi sa réalisation dans une structure sanitaire avec de bonnes conditions sécuritaires.

En France, depuis la loi Veil (Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse), confirmée par la Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 et modifiée par la [loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001](#), l'interruption volontaire de grossesse est autorisée sous certaines conditions. La procédure est très réglementée.

## 1. Aspect législatif de l'IVG

### 1.1. Généralités

Voici les éléments principaux à retenir :

- La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie ([Article 16 du CC](#)).
- Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par le présent titre ([Article L2211-2 du CSP](#))
- La femme enceinte que son état place dans **une situation de détresse** peut demander à un médecin "l'interruption de sa grossesse", et ce jusqu'au terme de 12 semaines de grossesse selon la [Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception](#).
- Seul un médecin est habilité à effectuer cette interruption.

Par situation de "détresse", il faut entendre : souffrance psychologique et/ou sociale.

Le terme de "détresse" est toujours conservé en dépit d'un projet d'amendement présenté à l'assemblée nationale en janvier 2014 qui voulait supprimer cette notion au profit de "*qui ne veut pas poursuivre une grossesse*".

### 1.2. Procédure

#### 1.2.1. Chez l'adulte

La demande d'IVG :

- Cette décision doit être prise après un délai de réflexion (une semaine), de manière libre et éclairée (après une consultation psycho-sociale)
- [Afin de préserver la santé des femmes](#), ce geste ne peut être réalisé que par un médecin, dans un établissement de santé, public ou privé ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ([Article L2212-2](#)).

Les lois de 1975 et 1979 demandaient systématiquement **un entretien particulier** au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de la femme étaient fournis. Des informations concernant les différentes solutions pouvant être apportées dans le domaine social étaient également délivrées. Même si, in fine, la décision est prise par la femme, le couple est encouragé à participer à cet entretien.

La loi IVG a été révisée le 4 juillet 2001 par la Loi n° 2001-588. Cette nouvelle loi a simplement modernisé la loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales mais ne remet aucunement en cause ses grands principes :

- le délai de recours à l'IVG est allongé : il est porté à 12 semaines de grossesse. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens ;
- la loi prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville ;
- les conditions de recours aux consultations psycho-sociales sont modifiées :
  - une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes. Toutefois, le caractère obligatoire de cette consultation est supprimé pour les femmes majeures, mais maintenu pour les mineures ;
  - une 2<sup>ème</sup> consultation psycho-sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

Il reste primordial d'aborder l'information à la sexualité, à la vie affective, et à la contraception dans les établissements scolaires et de soins, l'IVG étant souvent la solution à un échec ou une erreur de ces démarches.

## 1.2.2. Cas particulier de la mineure

Selon [l'article 7 de la Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001](#), les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

Cependant pour les mineures, une deuxième consultation, prévue après l'intervention et ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée.

## 2. Aspect législatif de l'IMG

### 2.1. Généralités

Un cas à part : l'interruption volontaire pour motif médical. L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe ait rendu son avis consultatif, soit que « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic» [Article L2213-1 du CSP](#).

### 2.2. Procédure

Cette procédure est très réglementée ([Article L2213-1 du CSP](#)).

Selon le motif de la demande, la composition de l'équipe pluridisciplinaire sera différente.

S'il s'agit d'un péril grave pour la santé de la mère, l'équipe comprendra au moins quatre personnes :

- un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique devant exercer son activité dans un établissement de santé ;
- un membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;
- un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte la femme, devant exercer son activité dans un établissement de santé ;
- un médecin choisi par la femme ;
- une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue.

S'il s'agit d'une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe sera composée de :

- l'équipe d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;
- un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

Hors l'urgence médicale, la femme dispose d'un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse.

Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe.

### 3. Aspect éthique

La France se distingue des pays voisins par le fait que le fœtus n'est pas reconnu, sur le plan législatif, comme une personne. Ceci modifie les différentes approches éthiques qui abordent les intérêts de la mère ou du fœtus.

#### 3.1. Clause de conscience des soignants

Selon l'[article L. 2212-8 du CSP](#), un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'[article L. 2212-2 du CSP](#).

Il en est de même pour les sages-femmes, infirmiers ou infirmières ou auxiliaires médicaux, qui ne sont tenus de concourir à une interruption de grossesse.

Ces dispositions s'appliquent également aux interruptions de grossesse pour motif médical. ([Article L2213-2 du CSP](#)).

#### 3.2. Versant de la femme

Dans le cadre d'une approche éthique, nous constatons tout d'abord, la protection de la vie par la société :

- L'IVG ne doit pas être banalisée.
- L'IVG est une décision lourde, laissée à la conscience de la femme, hors de toute pression (même en cas de désaccord du conjoint).

La loi sur l'IVG a bouleversé les valeurs traditionnelles de la médecine, puisque le médecin doit défendre la vie et ne peut donner la mort. D'autres dimensions apparaissent : le droit des femmes à la santé, le respect de ce droit, le respect du choix et de l'autonomie de la femme.

Face à la pratique de l'avortement que la morale réprouve et en même temps confronté aux complications des avortements clandestins, le législateur s'est donc décidé à voter cette loi qui est bien une loi de santé publique et non une loi morale.

Mais déjà des questions surgissent :

- Qu'est-ce qu'une situation de détresse ? Où commence-t-elle ?
- Quel est le risque de recours abusifs dans le cadre des IVG "médicales" avec la découverte échographique de certaines malformations compatibles avec la vie ?
- Alors que la contraception est largement diffusée et fiable, pourquoi le nombre des IVG reste-t-il stable ?

Il est donc primordial d'aborder l'information à la sexualité et la vie affective, ainsi qu'à la contraception dans les établissements scolaires et de soins, l'IVG étant souvent la solution à un échec ou une erreur de ces démarches.

- Mais surtout, quelle définition donner au commencement de la vie humaine ?

Sur ce dernier point, il existe **un consensus biologique de la vie humaine**, il s'agit de l'œuf fécondé.

Par contre, **le début de la personne humaine** fait l'objet de nombreux débats et controverses.

Selon les religions, celle-ci va de la fécondation jusqu'à la fin de la morphogénèse et les limites de la viabilité.

Pour la loi et l'état civil, seule la naissance donne une existence juridique à la personne : à ce titre, l'embryon

n'est pas une personne juridique.

La loi autorisant l'IVG procède d'une médecine qui protège la femme, puisque dès le début de la grossesse, la femme refuse son état. Ce refus est à prendre en compte dans tous ses aspects signifiants, car porteur de "détresse" :

- Détresse face à l'ambivalence du désir d'enfant et/ou du désir de grossesse,
- Détresse face à la représentation de cet homme comme futur père : "père impossible" du fait de la situation de conflit, de violences conjugales, de viol ?
- Détresse psychologique/sociale : incapacité psychologique et/ou matérielle à accueillir l'enfant.

Cette médecine choisit la personne présente, en médicalisant un acte qui présente de nombreux risques (infections, infertilité, souffrance, voire décès), elle devient garante du respect des droits universels de l'homme, dont le droit à la santé et la liberté individuelle.

Face au dilemme éthique où le médecin doit défendre la vie, il n'est pas inutile de rappeler la définition de la santé soit un état complet de bien-être physique, psychique et social. S'agit-il de la santé de la femme ou de la santé de l'enfant qui n'est pas né ?

Il est important de rappeler que la [Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001](#), relative à l'IVG et à la contraception a modernisée la loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales mais ne remet aucunement en cause ses grands principes, précédemment cités :

- L'allongement du délai de recours à l'IVG, porté à 12 semaines de grossesse.
- La possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville.
- L'accès à l'IVG sans autorisation parentale, pour les mineures.
- La modification des conditions de recours aux consultations psycho-sociales
  - une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes, le caractère obligatoire de cette consultation étant supprimé pour les femmes majeures et maintenu pour les mineures ;
  - une 2<sup>ème</sup> consultation psycho-sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

## 4. Méthodes médicales

### 4.1. Méthodes pour les IVG

En France, deux méthodes existent. La technique utilisée dépend du choix des femmes et du terme de la grossesse.

#### 4.1.1. Méthode chirurgicale [2]

La [méthode chirurgicale](#) est possible jusqu'à la 12<sup>ème</sup> semaine de grossesse.

##### → **Méthode**

La technique chirurgicale consiste en une aspiration de l'œuf, précédée d'une dilatation du col de l'utérus :

- L'ouverture du col utérin peut être facilitée par l'administration d'un médicament,
- Une canule de calibre adapté à l'âge de la grossesse, introduite par le médecin dans l'utérus, est reliée à un système permettant l'aspiration du contenu de l'utérus.

##### → **Anesthésie**

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. La femme choisit avec l'aide du médecin le mode d'anesthésie le mieux adapté à sa situation.

##### → **Hospitalisation**

Une hospitalisation de quelques heures est suffisante, le plus souvent, pour une **IVG**, même si elle est pratiquée sous anesthésie générale. L'intervention se déroule dans un bloc opératoire. Elle dure une dizaine de minutes.

## La méthode contraceptive choisie par la femme est prescrite avant la sortie.

### → **Complications**

Les complications après une **IVG** sont rares. Cependant, dans les jours suivant l'**IVG**, la femme peut présenter :

- une hyperthermie supérieure à 38°,
- des métrorragies importantes,
- de fortes douleurs abdominales,
- une sensation de malaise.

La femme doit alors rapidement contacter l'établissement où a eu lieu l'intervention, il peut s'agir d'une complication.

### → **La visite de contrôle**

Elle doit intervenir entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour après l'intervention chirurgicale. Elle permet de s'assurer qu'il n'existe pas de complication, comme par exemple : une infection utérine ou une rétention ovulaire (fragments de grossesse). Lors de la consultation de contrôle, le médecin vérifie que la femme dispose d'un moyen contraceptif adapté à sa situation. Le médecin propose à la femme concernée d'avoir recours, suite à l'**IVG**, à un entretien psycho-social, si elle le souhaite.

### → **L'efficacité de la méthode**

Le risque d'échec d'une **IVG** par aspiration est très faible (taux de succès d'environ 99,7 %).

Une contraception efficace est indispensable dès la réalisation de l'**IVG**.

Une visite de contrôle est absolument nécessaire. Elle permet de s'assurer que la grossesse est bien interrompue et qu'il n'existe pas de complication.

## 4.1.2. Méthode médicamenteuse [2]

L'**IVG médicamenteuse** est pratiquée soit en établissement de santé, soit en cabinet de ville, dans un centre de planification, ou dans un centre de santé.

Elle est pratiquée jusqu'à la fin de la 5<sup>ème</sup> semaine de grossesse, soit au maximum 7 semaines après le début des dernières règles.

En établissement de santé, ce délai peut être prolongé jusqu'à 7 semaines de grossesse (soit 9 semaines après le début des dernières règles). Un protocole médicamenteux spécifique sera utilisé pour ce délai de 2 semaines, plus tardif.

La méthode de l'**IVG médicamenteuse** consiste à prendre deux médicaments différents (comprimés) en présence du médecin au cours de deux consultations, puis, à vérifier que la grossesse est bien interrompue au cours d'une visite de contrôle.

### → **La consultation de prise de la mifépristone (RU 486®, Mifégyne®)**

La mifépristone interrompt la grossesse. Ce médicament bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin.

À l'issue de cette première étape, il peut survenir des saignements plus ou moins importants. Exceptionnellement, l'œuf peut déjà être évacué à ce stade.

**ATTENTION :** Les saignements ne sont pas le signe que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable que la femme se rende comme prévu à la consultation suivante.

### → **La consultation de prise du misoprostol (Cytotec®, Gymiso®), de 36 à 48 heures plus tard**

Ce médicament augmente les contractions et provoque l'**expulsion** de l'œuf. Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles des règles, parfois plus fortes. Des antalgiques sont souvent prescrits.

Les saignements peuvent parfois se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- Dans 60 % des cas, l'**avortement** (expulsion de l'œuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise du misoprostol,
- Dans 40 % des cas, l'**avortement** aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise du misoprostol.

Les saignements durent généralement une dizaine de jours.

Cette méthode ne nécessite donc ni anesthésie ni intervention chirurgicale.

La méthode contraceptive choisie par la femme est prescrite lors de cette consultation.

→ **La visite de contrôle**

Elle doit intervenir entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour après la prise de la mifépristone (RU486®, Mifégyne®).

**Elle est absolument nécessaire** pour vérifier que la grossesse est interrompue et s'assurer de l'absence de complication.

L'interruption de la grossesse est généralement contrôlée par un examen de la patiente, souvent complété par une échographie ou un examen sanguin (dosage bHCG). En cas d'échec (si la grossesse se poursuit), il est impératif de recourir à la technique chirurgicale. Le taux de succès de la méthode est d'environ 95 %.

Lors de la consultation de contrôle, le médecin vérifie que la femme dispose d'un moyen contraceptif adapté à sa situation. Le médecin propose à la femme concernée d'avoir recours, suite à l'**IVG**, à un entretien psycho-social, si elle le souhaite.

## 4.2. Méthodes pour les interruptions de grossesse pour motif médical

### 4.2.1. Déclenchement

Au 1<sup>er</sup> trimestre et au début du 2<sup>ème</sup> trimestre, il existe deux options : la méthode médicamenteuse ou la méthode chirurgicale.

A partir de 17-18 semaines, les équipes françaises préconisent le déclenchement médicamenteux.

Au 3<sup>ème</sup> trimestre, le déclenchement se rapproche de celui de l'accouchement habituel.

La réalisation d'une interruption de grossesse pour motif médical, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale dépend des antécédents, utérus cicatriciel, parité, localisation placentaire, maturité cervicale.

Les produits les plus couramment utilisés sont :

- Mifépristone (RU 486®, Méfigyne®),
- Misoprostol (Cytotec®, Gymiso®),
- Sulprostone (Nalador®).

La rupture artificielle des membranes fait partie des moyens efficaces de déclenchement. Pour la plupart des équipes, elle est conseillée dès que l'accès aux membranes est possible.

L'analgésie de la patiente doit être assurée tout au long de l'IMG pour ne pas surajouter une douleur physique à la douleur morale.

### 4.2.2. Arrêt de vie fœtale

L'anesthésie fœticide est recommandée à partir de 22-24 SA, au vu des connaissances sur la douleur chez le fœtus. Les protocoles sont très variables d'une équipe à l'autre.

### 4.2.3. Expulsion / Délivrance

L'expulsion de l'embryon ou du fœtus s'effectue dans un délai plus ou moins long, selon le terme de la grossesse, les conditions locales et le protocole utilisé.

Le risque de rétention placentaire est plus important en cas de grossesse jeune. Tous les auteurs ne s'accordent pas sur la nécessité d'effectuer une révision utérine systématique. En cas de révision utérine non systématique, le taux de révision utérine secondaire serait de 5 à 9% [1].

## 5. Bibliographie

[1] (Bibliographie : [Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, TOME XXXII, Paris, 3.12.2008](#))

[2] (Bibliographie : [IVG.gouv.fr : Toute l'information sur l'IVG](#))

[3] (Bibliographie : [Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Loi Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse](#))

[4] (Bibliographie : [Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'IVG et à la contraception](#))

[5] (Bibliographie : *l'IVG : un enjeu social, des enjeux de santé publique et des enjeux, Laboratoire d'éthique médicale, Faculté de médecine, Université-René Descartes, Paris, 2007*)

## Conclusion

Légalisée depuis bientôt 30 ans, l'IVG suscite toujours des débats autour d'éventuelles dérives tel que le recours "trop" facile, remboursement de l'acte, information sur la contraception insuffisante et/ou mal faite ....

Les interruptions de grossesse pour motif médical sont toujours source de beaucoup de discussions, autant en ce qui concerne les demandes que les décisions.

Le désir d'interrompre une grossesse demeurant un acte toujours aussi troublant, une grande capacité d'écoute et de compréhension est nécessaire de la part de l'ensemble des professionnels de santé qui n'ont, en aucun cas, à juger une décision singulière.

## Annexes

### Glossaire

- **CC** : Code Civil
- **CSP** : Code de la Santé publique
- **IMG** : Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical
- **IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse
- **SA** : Semaine d'Aménorrhée