

# IVG

## LA NOUVELLE BATAILLE

Si aujourd'hui l'IVG médicamenteuse doit être réservée aux premières semaines de grossesse, certains médecins l'utilisent jusqu'à la limite légale. Une pratique inquiétante : **les femmes se verront-elles imposer cette méthode au détriment de l'IVG par aspiration** ou auront-elles encore le choix ? Enquête.

**Les jours de l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale sont-ils comptés ?** Alors que les centres IVG ferment à la faveur de restructurations hospitalières (110 centres ont été supprimés en sept ans), que les grands centres hospitaliers sont saturés et que les listes d'attente s'allongent, faisant courir aux femmes le risque de se retrouver en dehors du délai légal, celles-ci et les militantes du droit à l'avortement ont de nouvelles raisons de s'alarmer : l'IVG par voie médicamenteuse est de plus en plus présentée comme la méthode idéale, répondant à toutes les situations, y compris pour les grossesses avancées, entre la neuvième et la quatorzième semaine d'aménorrhée (absence de règles). Contre l'avis des autorités de santé. Et au détriment du choix des femmes.

A la tête de ce mouvement, le très influent Pr Israël Nisand, chef du département de gynécologie obstétrique des hôpitaux universitaires de Strasbourg (2 000 IVG par an) et président de l'Observatoire de l'IVG en Alsace, promeut activement cette méthode. « De nombreux chefs de service d'obstétrique viennent voir, discrètement, ce que nous faisons », se vante ce grand ponton, défenseur de l'IVG depuis trente ans, mais parfois controversé : opposé en 2001 à l'allongement du délai légal pendant lequel une femme peut avorter, il s'est le premier affranchi des recommandations officielles sur l'IVG médicamenteuse. Alors que la

Page 21 / 60

Haute Autorité de santé préconise de laisser le choix entre cette méthode et la chirurgicale jusqu'à la neuvième semaine, elle recommande, au-delà, l'IVG par aspiration du contenu utérin, sous anesthésie générale ou locale. Conséquence : si la moitié des IVG sont médicamenteuses en France, celles-ci sont quasiment toutes effectuées dans les premières

semaines. Or, à Strasbourg, le chiffre explose tous les records : 95 % des femmes subissent une IVG sous médicament, quels que soient leur âge, le terme, leur histoire, leur rapport au corps...

**Le protocole médical est bien connu :** prise d'un premier médicament, la mifépristone (RU 486), qui interrompt la grossesse, provoque des contractions de l'utérus et l'ouverture du col, puis 48 heures après, cette fois à l'hôpital, prise d'un second comprimé, le misoprostol, qui augmente les contractions et provoque l'expulsion du fœtus. Convoquées à 7 h 30, les patientes sont installées dans une chambre et visitées régulièrement par une infirmière, ou une sage-femme, qui surveille les effets secondaires (nausées, vomissements, diarrhées), la douleur des contractions – prise en charge par des antalgiques –, les saignements, et vérifie que l'expulsion du fœtus a bien lieu. « Si ce n'est pas le cas, nous effectuons une aspiration en fin de journée. Soit dans 2 % des cas », assure le Pr Israël Nisand.

« La mifépristone a actuellement une autorisation de mise sur le marché jusqu'à 9 semaines, mais j'estime qu'elle est caduque, estime le Pr Israël Nisand. D'ailleurs, on utilise ce médicament lors des interruptions médicales de grossesse, jusqu'à 40 semaines. Or, aujourd'hui, la plupart des établissements contraignent les femmes à une IVG chirurgicale au-delà de 9 semaines. Celles-ci n'ont pas le choix. Mais lorsqu'on leur propose les deux méthodes, elles préfèrent la médicamenteuse. Elles sont alors mieux entourées, mieux prises en charge psychologiquement.

L'intervention chirurgicale, elle, crée un blanc, plus traumatisant. » Mais comment expliquer que 95 % des patientes fassent le même choix ? « A cause du bouche-à-oreille : quand une femme se renseigne autour d'elle et qu'on lui dit que ça s'est bien passé, elle est rassurée », assure le Pr Nisand.

Ce chiffre fait pourtant bondir l'Ancic, l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception. « Comment peut-on parler de choix avec un taux de République bananière ?, interroge sa coprésidente,

« Au-delà de 9 semaines, les risques d'échec sont plus élevés. »

Marie-Laure Brival, chef de service aux Lilas.

# IVG

## LA NOUVELLE BATAILLE

Sophie Eyraud. On est en droit de se poser la question ! Et ce, d'autant plus que toutes les études montrent que plus la grossesse est avancée et plus les femmes optent pour une intervention chirurgicale. » Le 7 mars dernier, veille de la Journée internationale des droits de la femme, l'Ancic, mais aussi la Cadac, collectif national pour le droit des femmes, et le Mouvement français pour le planning familial n'ont cessé d'interpeller le Pr Nisand, président d'une journée de débat sur l'IVG, financée par... Nordic Pharma, le laboratoire fabriquant la mifépristone. « Sous prétexte du choix des femmes, on risque de leur imposer une méthode qui relève, entre la neuvième et la quatorzième semaine, de la maltraitance des femmes », dénonce Sophie Eyraud.

**Qu'on ne s'y trompe pas.** Comme les autres défenseurs du droit à l'avortement, l'Ancic a applaudi des deux mains l'arrivée de la méthode médicamenteuse : elle a permis aux femmes réticentes à subir une anesthésie et à passer au bloc opératoire d'interrompre une grossesse non voulue, à l'hôpital ou chez elles, sans délais et en toute discrétion. « Une IVG médicamenteuse sur six se fait aujourd'hui en ville, par l'intermédiaire du gynécologue ou du médecin », explique le D<sup>r</sup> Sophie Eyraud. Depuis 2004, elle anime en Ile-de-France un réseau (REVHO) pour former les médecins libéraux à accompagner leurs patientes qui vivent les contractions et l'expulsion à domicile. « Mais c'est très différent de le vivre à 12 ou 14 semaines, explique-t-elle. La taille de l'œuf et le risque de complications ne sont pas les mêmes. »

Marie-Laure Brival, chef de service du centre d'orthogénie de la maternité des Lilas, pratiquant 1 300 IVG par an, est bien placée pour expliquer la différence. « Mon expérience depuis trente ans et la littérature scientifique anglo-saxonne montrent que la méthode médicamenteuse est acceptable par les femmes jusqu'à 9 semaines, tant sur le plan de la douleur que de l'hémorragie, explique-t-elle. Elle s'apparente à une fausse couche. Mais, au-delà, on inflige à la femme un mini-accouchement : les douleurs sont importantes, l'attente est longue – jusqu'à 8 heures d'hospitalisation – et les hémorragies sont conséquentes. Les risques d'échec sont plus élevés. Dans une étude de 2006, le Pr Nisand indiquait lui-même qu'il avait 36,8 % d'échec à 12-14 semaines. Un tiers, c'est énorme. Enfin, les femmes expulsent non plus un œuf, mais un fœtus formé, de 7 à 8 cm. Pour toutes ces raisons, il est malhonnête d'imposer cette technique, alors que, avec une anesthésie locale, l'intervention est terminée en 10 ou 15 minutes. »

Le Pr Nisand rejette ces accusations de « maltraitance » des femmes comme « des attaques idéologiques de professionnels de l'IVG » en voie de disparition. « Dans cinq ans, estime-t-il, les centres IVG auront fermé. » A sa décharge, un protocole de prise en charge de la douleur a été mis en place en Alsace : en même temps que les médicaments abortifs, des antalgiques (jusqu'aux dérivés morphiniques)

sont systématiquement donnés. Une péridurale est proposée aux mineures. Et le personnel a été formé à être attentif. Une étude interne, menée par la gynécologue Anne-Laure Schillinger sur 275 patientes, estime que 39 % des femmes ont ressenti des « douleurs importantes » et 13 % des « douleurs insupportables », soulagées à 71 % par les antalgiques.

**Mais un tel protocole n'existe pas dans d'autres régions** où l'on pratique, sur le modèle alsacien, l'IVG médicamenteuse pour ne pas avoir à faire d'IVG chirurgicale. « C'est écrit ici noir sur blanc », dénonce la gynécologue-obstétricienne Sophie Gaudu, responsable de l'unité d'orthogénie de l'hôpital Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, à Paris. Elle brandit un document distribué aux femmes dans un hôpital de province : « Vous pourrez demander un antidouleur », mais rien ne dit qu'on le leur donne. « Je ne comprends pas cette volonté d'imposer l'IVG médicamenteuse à ce terme, on va faire un mal fou aux femmes. Elles doivent se rebeller contre ça pour protéger les autres, les plus jeunes. »

A Strasbourg, « en général, cela a l'air de bien se passer, estime Amina Laurent, du Planning familial et membre de l'Observatoire de l'IVG. Mais nous nous posons la question du choix des femmes : ont-elles vraiment la possibilité de choisir la méthode chirurgicale si elles ne souhaitent pas vivre les contractions, l'expulsion, et voir le fœtus ? » Cette question est primordiale : l'IVG est mieux vécue si la femme a pu choisir la méthode et a été informée sur ce qui va se passer.

**« Les médecins ne veulent plus faire d'avortements, ils s'en débarrassent sur le personnel hospitalier. »**

Marie-Pierre Martinet, du Planning familial.

« Même avant les neuf semaines, nous passons notre temps à expliquer que prendre un médicament n'est pas forcément plus simple que d'aller au bloc, explique la gynécologue Danièle Gaudry, du Planning familial. Mais certaines ne veulent pas risquer de subir un échec, d'autres veulent interrompre la grossesse au plus vite, ne rien voir, ne rien sentir... » Peu d'enquêtes ont étudié ce qui influence la décision des femmes. « Mais quand on leur dit, voilà, c'est la seule méthode disponible ou c'est ce que tout le

monde fait, elles y vont », explique Sophie Eyraud. « Dans cette situation de détresse, les femmes sont prêtes à accepter n'importe quoi pour qu'on leur fasse une IVG », ajoute Sophie Gaudu.

**Alors, pourquoi vouloir à tout prix promouvoir cette méthode ?** Pour la même raison qu'il est difficile, dans certaines régions aujourd'hui, d'accéder à l'IVG chirurgicale : les gynécologues ne s'intéressent pas à l'interruption volontaire de grossesse, une activité dévalorisée et peu valorisante. « Ils refusent de faire des aspirations, et encore plus à un terme avancé », explique Marie-Laure Brival. Par ailleurs, cela nécessite un bloc opératoire, cela coûte cher. Alors que la technique médicamenteuse ne mobilise que du personnel soignant, des antidouleurs, et un médecin si nécessaire, pour évacuer ce qu'il reste du placenta après expulsion. « Ce n'est pas le même positionnement pour un médecin de venir en aide à une femme qui a une hémorragie que d'aspirer un fœtus », souligne Marie-Laure Brival. « Les médecins ne veulent plus faire d'IVG, ils s'en débarrassent sur le personnel hospitalier. Or, ce dernier est de moins en moins disponible, alerte Marie-Pierre Martinet, secrétaire générale du Planning familial. On a l'impression que le pouvoir médical renvoie l'IVG à la sphère privée. Aux femmes de se débrouiller avec leur problème. »

ISABELLE DURIEZ