



HAL
open science

Rôle et connaissances du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville

Alexia Autin

► **To cite this version:**

Alexia Autin. Rôle et connaissances du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01637898

HAL Id: dumas-01637898

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01637898>

Submitted on 18 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2016

THESE
pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2016

par

AUTIN Alexia

Née le 27 décembre 1991 à Evreux

***Rôle et connaissances du pharmacien d'officine dans la
prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville***

Président du jury : *Gargala Gilles, MCU-PH*

Membres du jury : *Dubuc Isabelle, Directrice de thèse*

Yrles Jeanne-Claire, Co-directrice de thèse

Remerciements

A Madame Jeanne-Claire Yrles,

Merci d'avoir cru en ce projet et de m'avoir fait partager votre expérience. Merci pour votre disponibilité, et votre implication pour cette thèse.

A Madame Isabelle Dubuc,

Pour avoir encadré ce travail et accepté sa direction.

A Monsieur Gille Gargala,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

A Monsieur et Madame Gaillot,

Merci de m'avoir acceptée chaleureusement dans votre officine. Je suis reconnaissante de profiter de vos connaissances et de votre expérience, que vous partagez avec passion et rigueur.

A Amélie et toute l'équipe de la pharmacie,

Merci de votre gentillesse. C'est un réel plaisir de venir travailler dans cette ambiance conviviale.

A mes parents,

Pour l'amour que vous me portez au quotidien. Merci pour votre soutien sans faille durant ces années d'études. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir donné les moyens de faire un métier que j'aime. Je suis fière des valeurs que vous m'avez transmises, « je veux, je peux ».

A ma famille,

Pour vos encouragements et votre soutien dans mes études. Je suis reconnaissante d'avoir une famille soudée et aimante comme la notre.

Un remerciement particulier à Magali, ma sœur de substitution.

A mon grand père qui portait tant d'intérêt à mes études, je te dédie ce travail.

A mes amis,

A Pauline, à notre amitié sincère. Merci pour ta présence dans les bons comme dans les mauvais moments. Pour tes bons petits plats que j'ai savourés ! A nos aventures durant toutes ces années et à celles qui nous attendent.

A Malia, ma belle rencontre de ces dernières années. Merci pour ton écoute attentive. A nos soirées, nos fous rires ... et ceux à venir.

A Nadège, Ségolène et Paul, pour ces belles années d'études passées ensemble. Je suis fière de nous les amis !

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier BOYER	UFR Immunologie
Mr François CARON	HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent COMPERE	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédiopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile

Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie

Mr Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHAYOT	Bactériologie
-----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**

Biochimie

Mme Hanane **GASMI**

Galénique

Mme Caroline **LAUGEL**

Chimie organique

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES AMI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE AMI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRESDECONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ - Saint Julien Roue

Table des matières

<u>Table des matières</u>	1
<u>Liste des tableaux et figures</u>	4
<u>Liste des abréviations</u>	6
<u>Introduction</u>	8
<u>PARTIE 1</u>	10
I. Contexte	10
I.1 Historique de l'IVG en France	10
I.2 Le développement de l'IVG médicamenteuse	15
I.3 L'IVG dans le monde.....	17
I.4 L'IVG en Europe.....	20
I.5 Epidémiologie en France.....	22
II. Protocole et réglementation française	28
II.1 Législation	28
II.2 Réseau ville-hôpital.....	30
II.3 Recommandations	32
II.4 Tarification.....	38
<u>PARTIE 2 : Méthode médicamenteuse</u>	40
I. Mifépristone	40
I.1. Structure et mécanisme.....	40
I.2. Pharmacocinétique.....	42
I.3. Contre-indications et mise en garde	43
I.4 Interactions médicamenteuses.....	44
I.5. Grossesse et allaitement.....	45
I.6. Fertilité.....	45
II. Misoprostol	46
II.1. Structure et mécanisme	46
II.2. Pharmacocinétique	47
II.3. Contre-indications et mise en garde.....	47
II.4 Interactions médicamenteuses.....	48
II.5. Grossesse et allaitement	48

III. Protocole	49
III.1. Intérêt de l'association mifépristone misoprostol.....	49
III.2. Intérêt des doses de mifépristone.....	51
III.3. Choix de la prostaglandine	53
III.4. Misoprostol et voie d'administration	54
III.5. Etudes complémentaires.....	55
III.6. Lieu de prise du misoprostol.....	56
III.7. Intérêts de la méthode médicamenteuse.....	56
IV. Effets secondaires et prise en charge.....	58
IV.1. La douleur	58
IV.2 Les saignements.....	59
IV.3. Les troubles digestifs	59
IV.4 Les troubles de la thermorégulation.....	60
IV.5 Autres.....	60
V. Complications et signes d'alerte	61
V.1. La douleur.....	61
V.2. Les saignements.....	61
V.3. Les infections	62
V.4. Les complications psychologiques	62
VI. Contre indications de la méthode et précautions d'emploi	63
<u>PARTIE 3 : Place du pharmacien d'officine</u>	65
I. Accueil et orientation en Haute Normandie	65
II. Rappel des règles de délivrance des ordonnances à usage professionnel.....	67
III. Enquête sur l'état des connaissances actuelles des pharmaciens.....	69
III.1 Présentation de l'enquête	69
III.1.1 Intérêt.....	69
III.1.2. Matériels et méthode.....	70
III.1.3. Le questionnaire.....	71
III.2. Résultats et discussion	74
III.2.1. Situation professionnelle	74
III.2.2 Connaissances législatives	75
III.2.3 Expérience professionnelle.....	76
III.2.4 Orientation	77
III.2.5. IVG médicamenteuse	79

III.2.6 Délivrance	80
III.2.7 Effets indésirables	83
III.2.8 Signes d'alerte	85
III.2.9 Connaissances	86
III.2.10 Clause de conscience	88
IV. Fiche pratique pour l'exercice officinal	89
ANNEXES	92
BIBLIOGRAPHIE	98
SERMENT DE GALIEN	102

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Motifs pour lesquels l'avortement est autorisé (% des pays) OMS 2009

Tableau 2 : Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville

Tableau 3 : Tableau comparatif des différentes posologies de mifépristone dans l'IVG médicamenteuse

Figure 1 : Degrés des lois sur l'avortement dans le monde en 2015

Figure 2 : Carte du droit à l'avortement en Europe, Libération, article du 4 février 2014

Figure 3 : Evolution du nombre d'IVG depuis 1990 en France.

Figure 4 : Proportion de grossesse non prévue et fréquence de recours à l'IVG

Figure 5 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge

Figure 6 : Evolution du nombre d'IVG médicamenteuse en France

Figure 7 : Répartition des IVG entre établissements de santé, médecins conventionnés, CPEF et centre de santé par région en 2011.

Figure 8 : Similarités entre les molécules de progestérone et mifépristone

Figure 9 : Structure chimique du misoprostol

Figure 10 : Mécanisme d'interruption de grossesse par mifépristone et prostaglandine

Figure 11 : Concentrations plasmatiques du misoprostol par administration sublinguale, orale, vaginale et vaginale humidifiée

Figure 12 : Répartition des participants de l'étude selon leur situation professionnelle

Figure 13 : Répartition des pharmaciens selon la fréquence des questions sur l'IVG au comptoir

Figure 14 : Répartition des professionnels réalisant l'IVG médicamenteuse en Normandie

Figure 15 : Répartition des pharmaciens selon leur fréquence de dispensation d'ordonnance d'IVG

Figure 16 : Proportion de prescription de médecins conventionnés

Figure 17 : Sources des connaissances des officinaux sur l'IVG

Liste des abréviations

AINS :	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AME :	Aide Médical de l'Etat
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
APA :	American Psychological Association
ARS :	Agence Régionale de Santé
βHCG :	Beta hormone gonado-chorionique
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
CRAT :	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DIU :	Diplôme Inter-Universitaire
DOM :	Département d'Outre-Mer
DPC :	Développement Professionnel Continu
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU :	Diplôme Universitaire
EICCF :	Etablissement d'Information de Consultation et de Conseil Familial
HAS :	Haute Autorité de Santé

HCEfh :	Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
IMC :	Indice de Masse Corporelle
IMG :	Interruption Médical de Grossesse
INED :	Institut National d'Etudes Démographiques
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
JO :	Journal Officiel
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS :	Organisation Mondial de la Santé
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PACES :	Première Année Commune des Etudes de Santé
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RCP :	Résumé des Caractéristiques du Produit
SA :	Semaine d'Aménorrhée
SAE :	Statistiques Annuelles des Etablissements de santé

Introduction

L'avortement est défini par l'OMS comme une « interruption de grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est à dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante ». (OMS 1970) Cet avortement peut être spontané ou provoqué.

Dans les avortements provoqués il convient de distinguer IVG et IMG. L'IMG est défini comme l'interruption d'une grossesse réalisée, sans restriction de délai, pour un motif médical : soit parce que la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la mère, soit pour anomalie grave du fœtus. (Ministère de la Santé 2016) Cet avortement provoqué répond à des règles bien définies par la loi, article L2213-1. (Code de la santé publique 2011)

L'interruption volontaire de grossesse doit respecter un délai légal de recours. En France l'IVG est autorisée depuis la loi Veil du 17 janvier 1975. Elle doit être pratiquée avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse.

Une femme sur 3 aura recours à l'IVG au moins une fois dans sa vie. (INED 2015). Depuis la loi de juillet 2001 les femmes ont la possibilité de pratiquer l'IVG médicamenteuse avant 7 SA en ville. Les médecins et sages femmes ayant passé une convention avec un établissement de santé, peuvent accompagner et aider leurs patientes à avorter sans subir d'hospitalisation.

Le gouvernement français n'a cessé de faciliter l'accès à l'IVG. La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique se fixe pour objectif d'« assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ». L'ouverture de l'IVG à la médecine de ville répond aux problématiques d'offre de soin de certaines zones territoriales.

Cette nouvelle offre de soin entraîne une nouvelle mission pour le pharmacien d'officine. L'approvisionnement en médicaments abortifs des praticiens libéraux

conventionnés est sous la responsabilité du pharmacien. Mais connaissent ils leurs règles de dispensation ?

L'IVG étant devenu un acte de soin réalisé en ville, le pharmacien y est de plus en plus confronté. Il est le premier interlocuteur que ces femmes peuvent consulter simplement en poussant la porte d'une officine. Mais quelles sont ses connaissances sur le sujet ? Quel rôle peut il jouer pour orienter ces femmes ? Sait il prendre en charge les effets secondaires des femmes ayant réalisé une IVG en ville ?

Cette thèse va essayer de répondre à ces questions. Le but étant de faire un point sur les connaissances et le rôle actuel du pharmacien dans l'IVG. Une fiche synthétique à destination des pharmaciens sera rédigée. Elle permettra de résumer les informations recueillies dans ce travail. Cette dernière pourra être un outil pour le pharmacien afin de répondre aux questions des femmes ayant fait le choix de l'IVG.

PARTIE 1

I. Contexte

I.1 Historique de l'IVG en France

Chaque année dans le monde 208 millions de femmes tombent enceinte. L'OMS estime que 41% de ces grossesses, soit 85 millions sont des grossesses non désirées. On estime en 2008 que 26 grossesses sur 1000 mènent à un avortement. Malheureusement 22 millions de ces avortements sont non sécurisés. L'OMS définit l'avortement non sécurisé comme « une interruption de grossesse pratiquée par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales ou les deux. » Ce qui entraîne chaque année 47000 décès à travers le monde, la majorité dans les pays en développement.(OMS 2013)

Que l'avortement soit légal ou non dans leur pays, le besoin de ces femmes à recourir à l'IVG est le même. Le statut légal de l'avortement leur permet d'accéder à l'avortement sécurisé et diminue considérablement les risques de morbi-mortalité.

L'avortement n'est pas un concept moderne. Dans l'Antiquité il permettait de contrôler les naissances. Hippocrate élaborait même plus de cent recettes abortives. (Jean Claude Pons et al 2004) Dès l'arrivée du Christianisme la contraception et l'avortement sont interdits. Henri II condamna l'avortement, et appliqua la peine de mort pour toute femme y ayant recours, ainsi que pour son avorteur.

Après la crise démographique de la première guerre mondiale, le gouvernement français mit en place une politique de repeuplement de la France. Avec l'appui de l'Eglise catholique et de nombreux courants politiques, la loi du 23 juillet 1920 fut créée. Cette dernière réprime l'avortement et la « propagande anticonceptionnelle ». L'avortement devient un crime passible de 6 mois à 3 ans de prison. La contraception est alors interdite, exception faite pour le préservatif qui protège des maladies

vénériennes.

Mais le gouvernement de l'époque trouve alors que les jurys populaires siégeant en cours d'assise font preuve de trop d'indulgence. La loi du 27 mars 1923 fut alors prononcée. L'avortement devient un délit et sera jugé par un jury de magistrats, plus sévère.

Le gouvernement de Vichy en 1942 renforce la pénalisation de l'avortement et le qualifie de « crime contre l'Etat et la race ». Il est alors passible de la peine capitale. Le 30 juillet 1942 Marie Louise Giraud sera exécutée. Il s'agit de la dernière femme condamnée en France pour avoir pratiqué des avortements. Après la guerre la loi du Code pénal des années 20 fit son retour.

Le 8 mars 1956 Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé fonde l'association Maternité heureuse, qui deviendra en 1960 le Mouvement pour le planning familial. Elle revendique l'accès à la contraception comme moyen de prévention de l'avortement et l'idée d'une maternité choisie. Il s'ensuit des années de campagne pour les associations féministes. Elles sensibilisent l'opinion publique en dénonçant les dangers des avortements clandestins.

En 1967 le député Lucien Neuwirth fait voter l'abrogation des articles de la loi de 1920 pénalisant la contraception. Cependant le consentement des parents reste obligatoire pour les mineurs, les contraceptifs doivent être inscrits sur des carnets à souches et la publicité en est interdite. Les contraceptifs sont inscrits sur un tableau spécial. Le texte de loi prévoit que pour la délivrance : « (l')ordonnance ou (le) certificat de non contre-indication sera nominatif, limité quantitativement et dans le temps, et remis, accompagné d'un bon tiré d'un carnet à souches, par le médecin au consultant lui-même. »(Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967)

Le 5 avril 1971, "le Nouvel Observateur" publie le « Manifeste des 343 ». Cet article regroupe 343 signatures de femmes déclarant avoir avorté. On y retrouve des personnalités comme : Simone de Beauvoir, Françoise Sagan, Jeanne Moreau, Brigitte Fontaine, Nadine Trintignant. Ces femmes s'exposent alors à des poursuites pénales voir l'emprisonnement. Le texte suivant précède leurs signatures : « *Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions*

dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médicale, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre ». **ANNEXE 1**

En 1972 le procès de Bobigny permettra une nouvelle avancée vers la légalisation de l'avortement. Une jeune fille de 16 ans, Marie Claude Chevalier est accusée d'avortement clandestin par son violeur. Son avocate Gisèle Halimi, qui avait participé à l'écriture du manifeste, décide de mener un procès politique de l'avortement en attaquant l'injustice de la loi de 1920. A l'issue de son jugement la jeune fille ne sera pas condamnée, mais sa mère écopera d'une amende pour complicité d'avortement et l'avorteuse d'un an de prison avec sursis. On peut y voir les prémices de la loi Veil et la première reconnaissance de l'IVG.

Un nouveau texte paraît en 1973 de nouveau dans le Nouvel Obs. Il s'agit du Manifeste des 331. Cette fois ce sont des médecins qui s'accusent d'avoir pratiqué l'avortement. Ils affirment leur conviction éthique de pratiquer l'IVG.

Tous ces éléments amènent le président Valéry Giscard d'Estaing à réfléchir sur une loi légalisant l'avortement et à nommer Simone Veil pour cette mission.

Le 17 janvier 1975 la loi Veil est votée. Elle dépénalise l'avortement et suspend les lois de 1920 et 1923, avec une mise à l'essai de 5 ans. La liberté de recourir à l'IVG est néanmoins soumise à certaines conditions. Selon l'article L162-1 de la loi n°75-17 : *« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse. »* (Code de la santé publique 1975). La loi sera confirmée et complétée par la loi Pelletier en 1979.

L'IVG doit être pratiquée par un médecin en établissement de santé agréé au cours d'une hospitalisation. Un dossier guide d'information, une attestation d'entretien et un certificat médical attestant que le médecin s'est référé aux dispositions légales, sont remis lors de la première consultation. L'information sur la contraception est

obligatoire. Un entretien social est systématiquement réalisé, et la demande d'IVG doit être confirmée par écrit lors d'une seconde consultation au moins une semaine après la première. Grâce à la loi de 1979 ce délai peut être réduit à deux jours si les dix semaines de grossesse risquent d'être dépassées.

Les mineures doivent obtenir le consentement de leurs parents ou du représentant légal. Et leur propre consentement doit être obtenu en dehors de la présence parentale ou des représentants. Les femmes étrangères doivent attester d'une résidence d'au moins 3 mois sauf pour les réfugiés politiques, afin d'éviter le « tourisme abortif ».

Grâce à la « clause de conscience », les praticiens sont en mesure de refuser de réaliser une IVG. Cependant ils doivent en informer la patiente, au plus tard lors de la première consultation.

L'IVG est à déclaration obligatoire auprès du médecin inspecteur régional de la santé. Un quota de 25% pour les actes relatifs à l'IVG est imposé aux établissements.

Les peines encourues en cas de réalisation d'avortement illégal deviennent plus lourdes pour les avorteurs. La publicité des produits ou méthodes abortives est interdite.

En 1982, Yvette Roudy, ministre des Droits de la femme permet le remboursement par la sécurité sociale de l'IVG à 80%. Et en 1993 avec la loi Neiertz le délit d'entrave à l'IVG est instauré. Ceci permettra de réprimer les actions des groupes contre l'avortement. En 2000 l'obligation de résidence est supprimée pour les femmes étrangères.

La loi Veil sera améliorée en 2001 suite au rapport Nisand. Il dénonçait les difficultés que les femmes rencontraient pour accéder à l'IVG. Le Code de la santé publique prévoit alors un allongement du délai d'avortement qui passe à 12 semaines de grossesse. L'entretien préalable pour les majeurs devient facultatif. Les mineurs n'ont plus besoin de l'autorisation parentale. Ils doivent juste être accompagné par un adulte de leur choix. Le délit d'information sur l'avortement est supprimé. Les quotas des établissements de santé sont abrogés également.

Les médecins, couverts par la clause de conscience, doivent en cas de refus orienter la femme vers un autre praticien réalisant l'IVG. L'avortement médicamenteux devient réalisable en médecine de ville sous certaines conditions, grâce à la prescription du RU 486 par les médecins de ville.

Par la suite, des décrets successifs furent publiés pour appliquer cette loi. L'hospitalisation n'est donc plus obligatoire. Les médecins de ville peuvent réaliser des IVG médicamenteuses dans le cadre du réseau ville-hôpital qui a été mis en place. L'IVG médicamenteuse est étendue aux centres de planification et d'éducation familiale, et aux centres de santé (Code de la santé publique 2007).

Depuis le 31 mars 2013 l'IVG est pris en charge à 100% par l'assurance maladie dans le cadre d'un forfait. Toutes les assurées sociales sont remboursées à 100% qu'elles soient mineures ou majeures, que l'IVG ait lieu à l'hôpital, en clinique ou en ville.

Enfin en 2014 dans le cadre du projet de loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, la notion de « détresse » pour recourir à l'IVG est supprimée. En effet la loi Veil de 1975 stipulait le droit à l'avortement pour toute « femme enceinte que son état place en situation de détresse ». Cette notion a été remplacée par « le droit des femmes à choisir ou non de poursuivre une grossesse ».(LOI n° 2014-873 du 4 août 2014)

A partir du 1^{ier} avril 2016 tout le parcours lié à l'IVG est remboursé. Ceci comprend les consultations, les examens biologiques et les échographies en plus du forfait lié à l'acte. Le délai de réflexion est également supprimé. Toutefois, il persiste un délai de 48 heures après la consultation psychosociale, facultative pour les femmes majeures et obligatoires pour les femmes mineures.

I.2 Le développement de l'IVG médicamenteuse

On définit l'avortement médicamenteux comme l'induction médicamenteuse d'une interruption volontaire de grossesse sans geste chirurgical. (Jean Claude Pons et al 2004). La méthode médicamenteuse permet d'éviter un geste chirurgical souvent mal vécu par les femmes. L'IVG médicamenteuse fut autorisée en France en 1989 mais tout comme la légalisation de l'IVG son histoire fut semée d'embûches.

En 1980 les chercheurs du laboratoire Roussel Uclaf découvrent une nouvelle antihormone : le RU 486. Cette molécule se révèle avoir des propriétés abortives. Son développement est alors freiné par la direction qui craint une implication politique importante. Cependant grâce aux chercheurs et au Professeur Baulieu, des études cliniques sont menées, tout d'abord en Suisse en 1982, puis en France en 1983.

En 1988 la mifépristone Mifégyne® obtient son AMM dans l'indication d'interruption de grossesse en association avec des prostaglandines jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. De nombreuses études cliniques internationales ont ensuite permis l'élaboration de protocoles efficaces et la bonne tolérance de leur utilisation.

Mais sous la pression des mouvements anti avortements et craignant un boycott de ses produits, le laboratoire décide de retirer la Mifégyne® du marché. Ceci déclencha la fronde des mouvements féministes.

Claude Evin, alors ministre de la santé, décide par arrêté du 28 décembre 1988, d'obliger le laboratoire à commercialiser la molécule. Le laboratoire décide alors de distribuer le médicament sous le nom du laboratoire Exelgyn, qui fut créé en 1992 pour cette occasion.

La France fut le premier pays occidental à utiliser le RU 486, suivit par la Grande Bretagne en 1990, puis la Suède en 1991. En 1997 une autorisation européenne de mise sur le marché fut accordée. Ceci ne signifie pas pour autant que tous les pays de l'Union européenne ont adopté cette méthode.

Quant aux Etats Unis, ils autorisèrent l'utilisation de la mifépristone qu'en 2000. Ce retard s'explique par la présence des mouvements anti-avortement très importante dans les états conservateurs. Enfin la Chine autorisa son utilisation en 1987.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 ont permis la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville, jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée en France.

Le 6 mai 2009 un décret permet d'étendre l'IVG médicamenteuse aux centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale.

I.3 L'IVG dans le monde

Selon l'OMS 40% des femmes en âge de procréer dans le monde, vivent dans un pays où les lois sur l'avortement sont extrêmement restrictives ou difficiles d'accès. On classe ces pays selon leur degré de droit à l'avortement.

Tout d'abord, il existe le droit à l'avortement lorsque la vie de la mère est en danger. Celui-ci concerne presque tous les pays, en accord avec le droit de tout être humain à la vie.

Le droit à l'avortement lorsque la santé de la mère est en danger, intervient aussi bien pour la santé physique, que mentale de la mère. Beaucoup de pays ne précisent pas ces deux aspects de la santé.

Cependant tous les pays membres de l'OMS acceptent la description de la santé comme : « un état de complet bien être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »(OMS 2013). L'interprétation de leur loi sur l'avortement pour protéger la santé de la femme devrait tenir compte implicitement de cette notion de santé mentale.

Pratiquement 50% des pays autorisent l'avortement en cas de viol ou d'acte criminel comme l'inceste. Certains pays réclament cependant des preuves comme des témoignages, des expertises médico-légales ou des enquêtes de police, ceci retardant l'accès à l'avortement.

On évoque l'avortement pour des raisons économiques et sociales lorsque la poursuite de la grossesse impacterait sur les conditions de vie de la femme. Certains pays évoquent dans leur texte de loi la grossesse hors mariage, l'échec de la contraception ou encore la déficience intellectuelle pour s'occuper d'un enfant.

Environ un tiers des Etats membres des Nations Unies autorise l'avortement sur simple demande de la femme, avec dans la plus part des cas un délai limite fixé.

L'OMS a répertorié les pays selon leurs conditions pour accéder à l'avortement. Ces pourcentages sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Motifs pour lesquels l'avortement est autorisé (% des pays) (OMS 2009)

Motifs pour lesquels l'avortement est autorisé	Pour sauver la vie de la mère	Pour préserver sa santé physique	Pour préserver sa santé mentale	En cas de viol ou inceste	Raisons économiques ou sociales	Sur demande
Pourcentage de pays (selon l'OMS)%	97	67	63	49	34	29

Jusqu'en 1936 l'avortement était interdit dans le monde, à l'exception de deux pays. L'ex URSS autorisa l'IVG dès 1920, puis l'interdit sous une politique nataliste puis l'autorisa à nouveau. De même l'Islande l'autorisa dès 1935.

Au Canada l'avortement a été décriminalisé en 1988. Mais il n'existe à l'heure actuelle aucune loi fédérale sur l'avortement au Canada. Il n'existe donc pas de délai maximum à la pratique de l'IVG, seules les contraintes techniques imposent un délai maximum.

La carte suivante permet de visualiser les disparités entre les pays du monde sur le droit à l'avortement.

LES DEGRÉS DU DROIT À L'AVORTEMENT

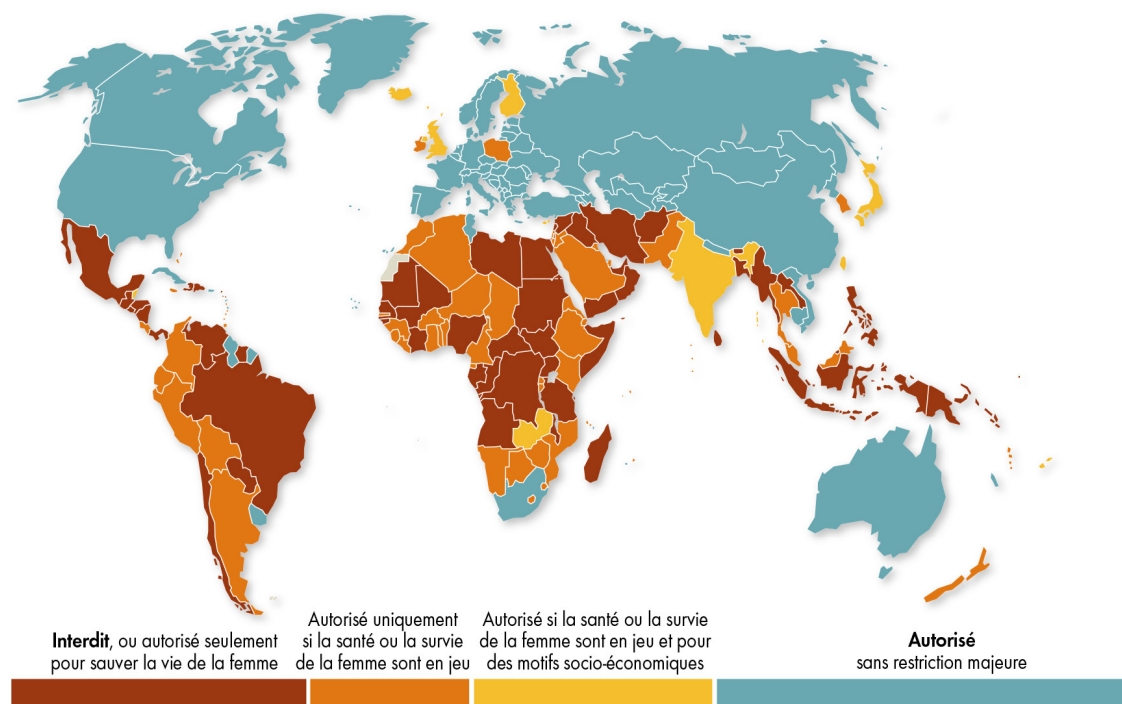


Figure 1 : Degrés des lois sur l'avortement dans le monde en 2015 (Isabelle Attané et Al. 2015)

Le Chili vient d'autoriser l'avortement, qui était jusque là interdit, en cas de viol, de malformation fœtale et de risque pour la santé de la mère, ceci depuis mars 2016.

I.4 L'IVG en Europe

En Europe la législation sur l'IVG est très hétérogène. Par exemple à Malte et Andorre, l'avortement est strictement interdit, même en cas de viol ou de danger pour la vie de la mère. En Irlande l'avortement est également illégal sauf pour sauver la vie de la mère.

Pour les pays où l'avortement est légal, les délais limites sont également hétéroclites. En effet au Danemark le délai maximal pour avorter est de 12 semaines d'aménorrhée. En Belgique, Allemagne, Autriche et Luxembourg ce délai est de 14 semaines d'aménorrhée tout comme en France.

La loi autorise même l'avortement jusqu'à 24 semaines d'aménorrhée, c'est à dire jusqu'à viabilité fœtale, en Grande Bretagne et aux Pays-Bas. Cependant au Royaume-Uni l'IVG est justifiée pour des raisons socio économiques, de viol ou de santé.

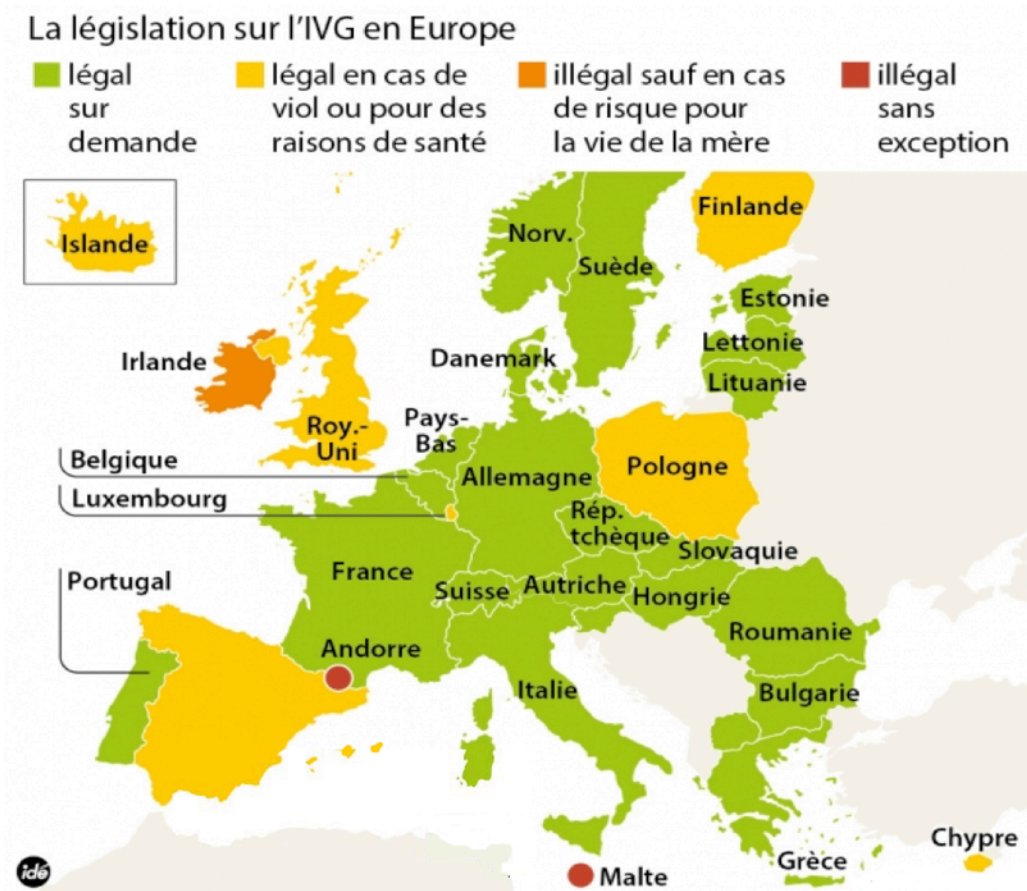


Figure 2 : Carte du droit à l'avortement en Europe, Libération, article du 4 février 2014

Le taux d'avortement en France se situe dans la moyenne européenne, avec 0,51 avortement par femme en 2002. On avorte moins en France qu'en Suède, Europe de l'Est, Royaume-Uni ou aux Etats-Unis. En revanche en Allemagne ou en Hollande les femmes avortent le moins, avec un taux de 0,3 avortement par femme.

On note que 72 % des IVG réalisées en Suède sont médicamenteuses, contre 11% aux Pays-Bas et environ la moitié en France. Cependant, aux Pays-Bas l'IVG chirurgicale précoce avant 7 SA est très répandue, son accès est rapide et ambulatoire.

I.5 Epidémiologie en France

Les statistiques publiées sur la pratique de l'IVG en France sont majoritairement recueillies à partir de trois sources, avec tout d'abord les bulletins statistiques de déclaration. Ces bulletins sont remplis par les médecins, ils sont anonymes et renseignent sur l'âge, la durée de la grossesse, la technique employée, la situation sociale... **ANNEXE 2**

Les Statistiques Annuelles des Etablissements de santé SAE permettent également de recueillir des chiffres réguliers et fiables. Elles permettent une estimation globale et l'élaboration de chiffres régionaux.

Enfin les données issues du PMSI, Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie renseignent sur l'âge des patientes hospitalisées.

Ainsi en 2013 selon la DRESS, on dénombre 229 000 IVG réalisées en France.(DREES 2015) Ce chiffre est relativement stable depuis les années 90. Malgré une population croissante, il reste quand même inférieur à celui de 1976. En effet l'INED estime qu'à l'époque 246 000 IVG ont été réalisées au lendemain de la légalisation de l'avortement. Le nombre d'IVG a ensuite baissé grâce à une meilleure diffusion de la contraception.

Le recours à l'avortement a diminué depuis 1975. A l'époque on comptait 0,66 IVG par femme, contre 0,55 en 2013 selon la DRESS. Cependant la part des femmes ayant recours à l'avortement le pratique de façon plus répétée. En 2007, 34% des femmes ayant choisi une IVG en avaient déjà eu au moins une auparavant.

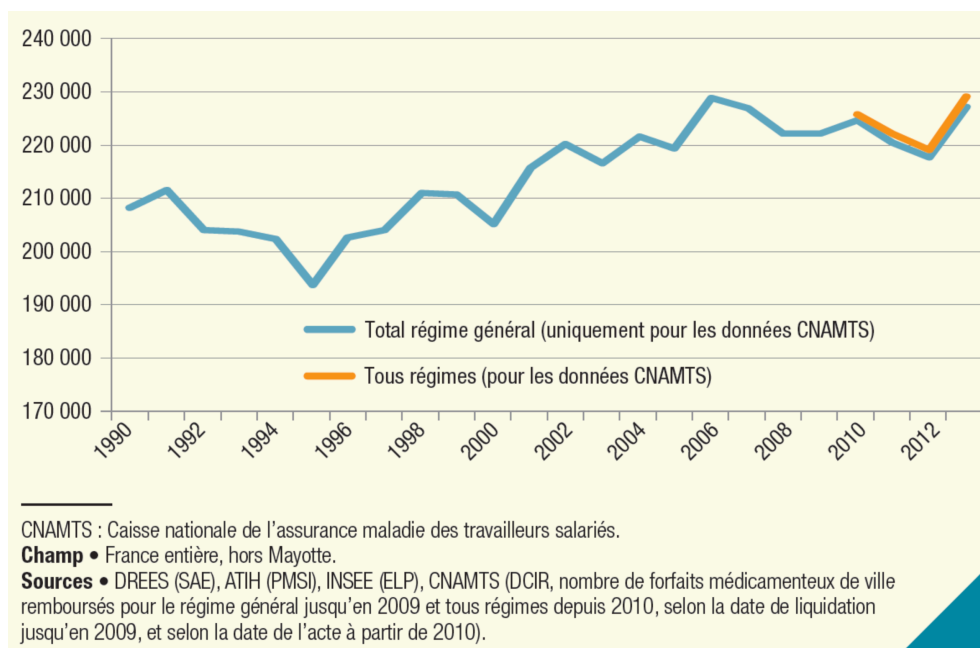


Figure 3 : Evolution du nombre d'IVG depuis 1990 en France.(DREES 2015)

On remarque un léger pic du nombre d'IVG début 2013. Cette hausse selon certains professionnels de santé fait suite au scandale médiatique sur les pilules de dernières générations.(Europe 1 2015) Cette affaire mettait en lumière le risque plus élevé d'accident thrombo-embolique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

Au fil de l'évolution de l'accès à l'IVG, on note que même si le nombre d'avortement est stable ces vingt dernières années, il n'est plus pratiqué pour les mêmes raisons. Les grossesses non désirées finissent plus sur une IVG qu'auparavant. En effet, quatre grossesses non prévues sur dix (41 %) aboutissaient à une IVG en 1975, contre six sur dix (62%) aujourd'hui. Selon l'INED cette évolution serait due à l'évolution du statut des femmes en terme de scolarisation et d'activité professionnelle. (Nathalie Bajos et al. 2004)

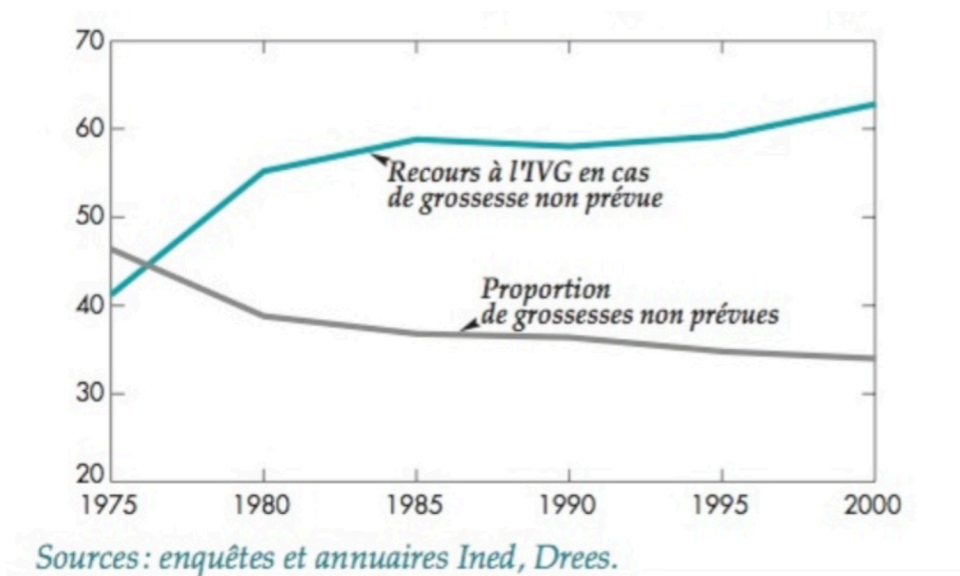


Figure 4 : Proportion de grossesses non prévues et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 femmes)

Cependant les chiffres démontrent un recours à l'IVG plus important aux âges extrêmes au fil du temps. En effet dans les années 80-90, les femmes d'âges élevés avaient d'avantage recours à l'IVG. Or à l'heure actuelle se sont les femmes les plus jeunes qui sont touchées. Ainsi les 20-24 ans font parties de la tranche d'âge ayant le plus recours à l'IVG. L'âge moyen de recours à l'IVG à l'heure actuelle est de 27,5 ans.

On remarque néanmoins depuis 2010, une légère baisse des IVG chez les moins de 20 ans. En 2013, 26 000 femmes de moins de 20 ans ont réalisé une IVG en Métropole. Ceci représente 14 femmes sur 1000, contre 28 sur 1000 dans les DOM.

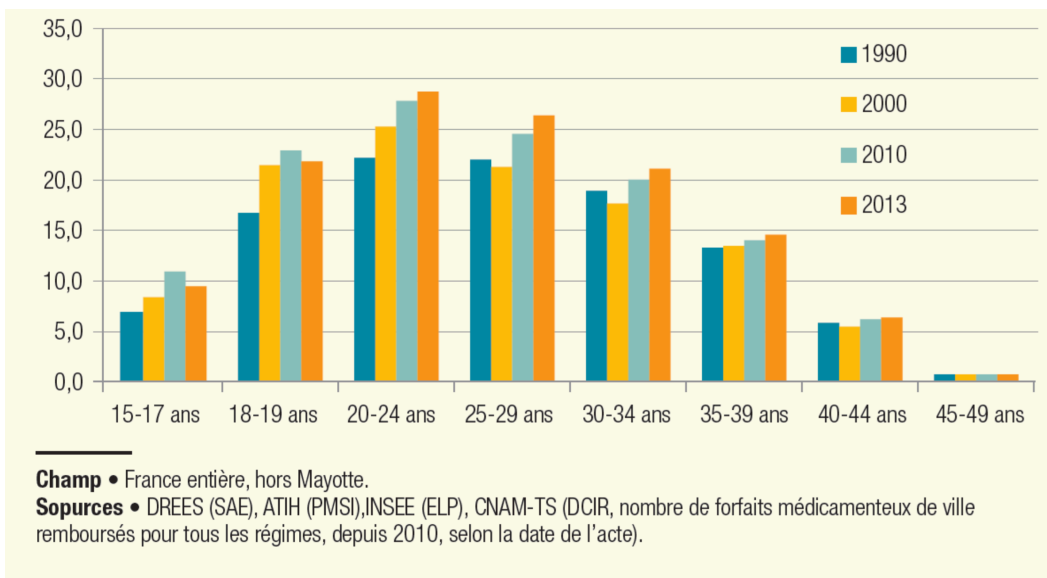


Figure 5 : Evolution du taux de recours à l'IVG selon l'âge(DREES 2015)

Le recours à l'IVG est très disparate selon les régions. Les DOM, l'Ile de France et le Sud sont les régions ayant le plus recours à l'IVG. Ce taux d'IVG varie du simple au double selon les régions. En métropole, les taux de recours sont inférieurs à 15 IVG pour 1000 femmes, sauf en PACA, Corse, Midi Pyrénées, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Ile de France. La Haute Normandie est dans la moyenne basse avec 13,2 IVG pour 1000 femmes. En métropole la région PACA possède le plus haut taux d'IVG avec 22,3 IVG pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans.

Les statistiques révèlent également que la proportion d'IVG pratiquée par méthode médicamenteuse est en nette augmentation, après une lente progression durant les 20 premières années de son apparition. En effet 58% des IVG sont réalisées de manière médicamenteuse en métropole, alors que la pratique d'IVG chirurgicale est en baisse. L'IVG médicamenteuse est plus fréquente dans le secteur public que privé, en établissement hospitalier.

En 2013, 31 771 IVG médicamenteuses ont été réalisées en ville en métropole et 3 103 aux DOM. Ce qui représente presque une IVG sur six. Ce chiffre ne cesse d'augmenter depuis 2005. La diffusion de l'IVG médicamenteuse en ville se fait progressivement, mais reste très inégale selon les régions.

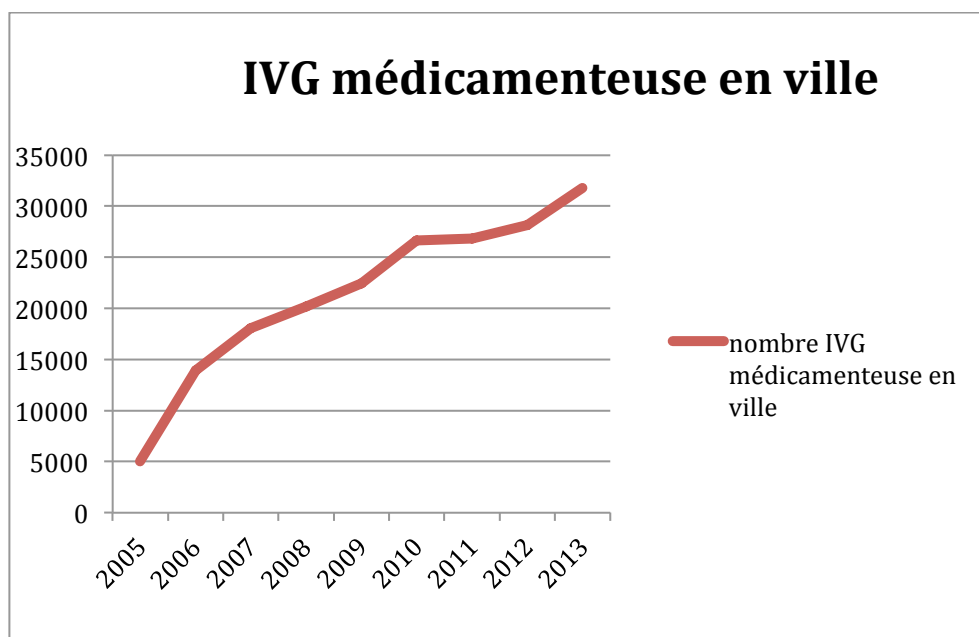


Figure 6 : Evolution du nombre d'IVG médicamenteuse en France source DRESS

En Haute Normandie sur 5 401 IVG réalisées en 2013, 890 étaient pratiquées en ville, soit un peu plus de 16%. Ce qui est encore faible contrairement à certaines régions comme la PACA où une IVG sur quatre est réalisée hors secteur hospitalier.

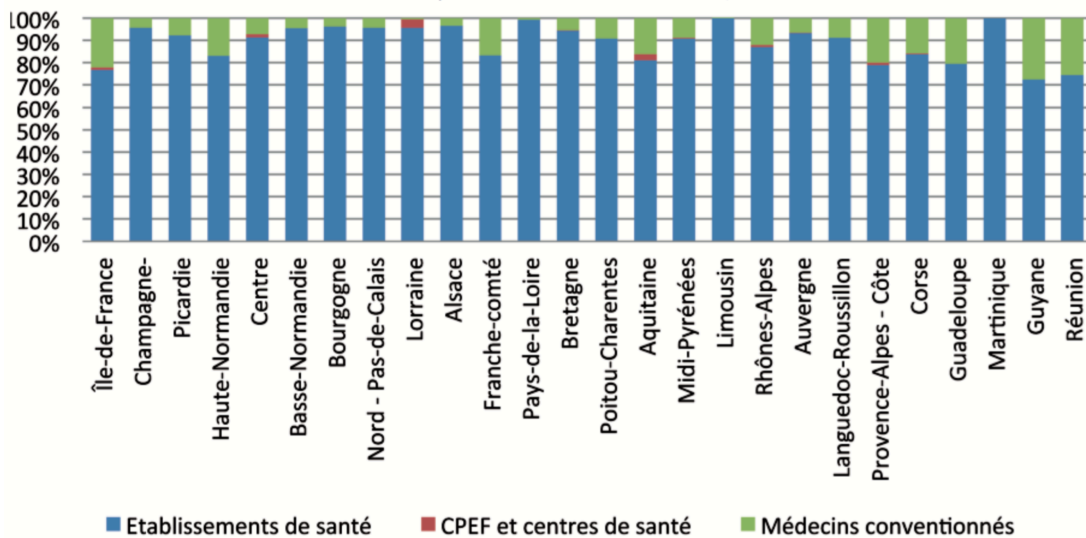


Figure 7 : Répartition des IVG entre établissements de santé, médecins conventionnés, CPEF et centre de santé par région en 2011(Haut Conseil à l’Egalité entre les femmes et les hommes 2013)

Sachant qu’en moyenne les grossesses sont interrompues avant la fin de la 7^{ème} semaine, la méthode médicamenteuse en ville a donc toute sa place dans les protocoles de prise en charge de l’IVG.

II. Protocole et réglementation française

II.1. Législation

Grâce à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique (LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001) et son arrêté du 23 juillet 2004, l'IVG médicamenteuse est réalisable en ville. Elle peut également être exécutée dans un centre de santé ou un centre de planification et d'éducation familiale depuis 2009. Ses conditions d'utilisation sont très strictes et très réglementées.

La technique autorisée pour la pratique de l'IVG en ville est médicamenteuse. Elle est limitée à 7 SA, soit au maximum le 49^{ème} jours d'aménorrhée. Les IVG réalisées par mode chirurgical nécessitent un plateau technique chirurgical ou obstétrical et sont donc exclues.

Les praticiens pouvant réaliser les IVG en villes doivent pouvoir justifier de leur expérience professionnelle. Selon la circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004, les médecins doivent : *« soit avoir une qualification universitaire en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique, soit ils doivent avoir une pratique des IVG médicamenteuse dans un établissement de santé, soit par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé. Cette expérience est attestée par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le médecin, quel qu'ait été son statut, pratique ou a pratiqué des IVG. Le directeur délivre l'attestation au vu du justificatif présenté par le responsable médical de cette activité, qui certifie ainsi des compétences médicales du médecin pour la pratique des IVG médicamenteuses »*.

Depuis la publication du décret n°2016-743 du 2 juin 2016 les sages femmes peuvent désormais réaliser les IVG médicamenteuses hors établissement de santé. Ces dernières devront attester d'une pratique suffisante et régulière de l'IVG médicamenteuse pour réaliser cette activité.(JO 2016)

La clause de conscience permet à tout praticien de refuser de réaliser une IVG s'il ne le souhaite pas. Cependant, il est tenu par la loi d'en informer au plus tôt la patiente et de l'orienter vers un de ses confrères pouvant pratiquer cet avortement.

Pour les mineures non émancipées la loi prévoit de recueillir le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal. Le médecin doit réunir le consentement de la mineure en dehors de la présence de toute autre personne. Cependant si la mineure souhaite garder le secret et ne pas en informer ses représentants légaux, le médecin pourra quand même pratiquer l'IVG. La patiente devra toute fois se faire accompagner dans ses démarches par une personne majeure de son choix.

L'approvisionnement en médicament se fait en officine pour les médecins de ville, grâce à une commande à usage professionnel. Pour les centres de planification ou centre de santé, la responsabilité de la détention, du contrôle et de la gestion des médicaments sont à la charge du pharmacien ou médecin du centre. Ils peuvent ainsi directement être fourni par les entreprises pharmaceutiques.

Dans tous les cas une convention doit être établie avec un établissement de santé.

II.2. Réseau ville-hôpital

Les médecins exerçant en ville doivent établir une convention avec un établissement de santé agréé pour la pratique de l'IVG. Cette convention est établie par le décret du 3 mai 2002. Elle est également valable pour les centres de santé ou centre de planification familiale. Dans ce cas, la convention est rattachée à l'établissement et non au médecin qui y pratique l'IVG.

La convention est établie pour un an et est reconduite tacitement. Cependant elle peut être dénoncée à tout moment par l'une des deux parties, par lettre recommandée. La rupture de la convention prend effet une semaine après réception de la lettre. Néanmoins la convention ne peut être modifiée une fois établie de par sa valeur réglementaire.

Elle est rédigée selon la convention type prévu par le décret **ANNEXE 2**. Le médecin de ville est tenu d'en transmettre une copie au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, et à la caisse primaire d'assurance maladie.

Les établissements de santé avec lesquels sont réalisées ces conventions ont un rôle d'information et de formation des médecins concernés par la pratique de l'IVG. Ils doivent être en mesure de répondre à toutes les questions des médecins conventionnés et leur assurer une formation optimale.

Ces derniers doivent également être en mesure d'accueillir les patientes à tout moment, afin de prendre en charge d'éventuelles complications et échecs de l'IVG médicamenteuse en ville. Pour se faire, selon la loi les établissements de santé doivent disposer de place suffisante en gynécologie obstétrique ou chirurgie. Ceci doit permettre de prendre en charge dans les plus brefs délais toutes complications ou échecs de la méthode.

Ces conventions permettent de créer un véritable réseau de prise en charge entre l'établissement de santé et la médecine de ville. Ainsi un établissement de santé se doit

d'orienter vers un médecin avec lequel il a passé convention, dans le cas où il ne pourrait pas prendre en charge une patiente dans les délais impartis par l'IVG médicamenteuse.

Pour faciliter cet échange ville/hôpital, des fiches de liaison entre médecin et établissement de santé sont transmises. Celles-ci constituent l'essentiel du dossier médical et sont définies par les signataires de la convention. L'établissement de santé s'engage évidemment à respecter la confidentialité de ces données. (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 2015)

Enfin le médecin de ville ou le centre doit adresser à l'établissement de santé les déclarations anonymes concernant les IVG qu'il a pratiquées. Il s'agit de bulletins statistiques, ils permettent de comptabiliser le nombre d'avortement réalisé en ambulatoire dans les statistiques nationales. L'établissement transmet au médecin inspecteur régional de santé publique, les bulletins de déclaration anonyme de son établissement et de ses médecins de centre et de ville conventionnés. Il émet également une synthèse quantitative et qualitative sur son activité d'avortement en ambulatoire.

II.3. Recommandations

La pratique de l'IVG médicamenteuse en ville répond au même ensemble de règles et démarches de consultations médicales que l'IVG en établissement de santé. La séquence des consultations est identique en ville et en milieu hospitalier.(HAS 2010)

La première consultation médicale préalable est définie par la demande d'IVG de la patiente. La femme s'adresse au médecin de son choix. Si le médecin consulté ne pratique pas les IVG, s'il applique la clause de conscience et refuse de pratiquer l'IVG, il doit alors en informer au plus tôt la patiente et l'orienter sans délai vers les praticiens réalisant l'IVG.

À l'issue de cette consultation médicale, le médecin remet à la femme une attestation de consultation médicale. Si le médecin consulté est celui qui pratiquera l'IVG, l'attestation est classée au dossier de la patiente.

Selon les recommandations de l'HAS, la femme doit obtenir ce premier rendez-vous dans les cinq jours suivant son appel. Cette recommandation vise à prendre en charge au plus tôt les demandes d'IVG, car plus une IVG est réalisée précocement moins il y a de risque de complication.

Lors de la première consultation préalable à l'IVG le médecin doit faire le diagnostic de la grossesse et préciser l'âge gestationnel. Le professionnel réalise un interrogatoire et un examen clinique. Les antécédents médicaux personnels et familiaux sont consignés. Les traitements en cours et l'historique gynécologique de la patiente sont demandés. La date des dernières règles est précisée.

Cependant pour établir le diagnostic de grossesse le médecin peut s'appuyer sur le dosage des β HCG, sachant que ce test dans les urines est positif chez 98% des femmes 7 jours après l'implantation.

L'échographie est le plus sûr moyen de confirmer la grossesse. Elle doit être possible dans un délai rapide, sur place ou chez un échographiste correspondant habituel du médecin. Le médecin doit s'assurer également de l'absence de grossesse extra-utérine. Pour la datation le dosage des β HCG dans le sérum n'est pas performant.

Le médecin exposera les différentes méthodes d'IVG : chirurgicale et médicamenteuse. L'information sur les procédures doit être claire et adaptée. Le réseau ville-hôpital sera également expliqué. Le choix de la méthode se fera selon le terme de la grossesse et les contre-indications. Le déroulement et les contraintes de chacune des méthodes seront expliqués, ainsi que leur taux d'échec. On estime entre 95-98% de succès avec la méthode médicamenteuse contre 99% pour la méthode chirurgicale.

En France les demandes d'IVG sont faites suffisamment tôt pour que la plus part du temps le choix entre un avortement chirurgical ou médicamenteux soit possible. En l'absence de contre-indication, la décision finale revient donc à la patiente. La femme prendra sa décision en ayant connaissance des avantages et inconvénients de chacune des méthodes.

Dans un climat bienveillant et attentif, le médecin évaluera l'équilibre psychologique et l'environnement social de la patiente. Pour la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville, il s'assurera que la patiente pourra se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable, de l'ordre d'une heure. Cette précaution est justifiée dans le cas de complications qui entraîneraient une prise en charge hospitalière. Un document écrit est remis à la patiente. Il s'agit d'un « dossier guide IVG ».

Il est également important d'inviter la patiente à se faire accompagner par la personne de son choix, surtout lors des consultations de prise des médicaments abortifs.

Un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit être proposé à toutes les femmes à l'issue de cette première consultation préalable. Il est obligatoire pour les mineures et est réalisé par des professionnels qualifiés, qui accompagneront et identifieront les difficultés psychosociales de la patiente. Il peut être réalisé avant et/ou après l'IVG.

Depuis la loi Santé et la parution au JO de janvier 2016, le délai de réflexion obligatoire de 7 jours entre cette première consultation préalable à l'IVG et la deuxième a été supprimé. L'objectif est de faciliter l'accès à l'IVG en France. Cependant selon la circulaire du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'IVG, un délai de

réflexion de 2 jours est maintenu pour les femmes demandant à bénéficier d'une consultation psychosociale.

A la deuxième consultation préalable de l'IVG le consentement écrit de la patiente est recueilli. Le choix de la méthode contraceptive est abordé. Le but est de comprendre l'échec de la contraception actuelle ou son absence. Une méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG sera donc choisie. C'est aussi le moment de réaliser un dépistage des MST. Ceci dépendra du médecin car selon la loi, aucun examen complémentaire n'est imposé.

Pour les mineures le consentement parental est conservé dans le dossier. Dans le cas où la patiente souhaite garder le secret, ou que le consentement parental n'est pas obtenu, elle devra être accompagnée par un adulte de son choix. Cependant sa demande d'intervention se fera par elle-même en dehors de la présence de toute personne.

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupage sanguin ABO-D. Le rhésus est déterminé et une recherche d'agglutine irrégulière peut être réalisée.

Le médecin rappelle et détaille le protocole de la méthode médicamenteuse choisie. Une fiche explicative de ce protocole est délivrée à la patiente.

Les dates des deux consultations suivantes, comportant la prise des médicaments, sont fixées.

Ensuite vient la première consultation de prise de médicament. Le médecin lui rappelle les informations sur les mesures à prendre en cas d'effets secondaires. Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente. Le médecin lui transmet les coordonnées du service de l'établissement dans lequel elle peut se rendre en cas de complication. Il lui remet également une fiche de liaison avec les éléments essentiels de son dossier médical, qu'elle remettra au médecin de l'établissement de santé si nécessaire.

L'HAS recommande une prescription d'antalgique de palier 1 et 2. Une méthode contraceptive est également prescrite lors de cette consultation.

Dans le cadre de la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez les femmes Rh négatif, le médecin prescrit une dose de gammaglobulines anti D. L'injection par voie intraveineuse ou intramusculaire doit être réalisée au plus tard dans les 72h qui suivent les saignements.

Il s'agit de la première étape de réalisation effective de l'IVG. La prise de mifépristone se fait en présence du médecin.

Le médecin remplit la déclaration « anonymisée » de l'IVG et la transmet à l'établissement de santé avec lequel il a passé convention.

Selon l'arrêté du 23 juillet 2004 la prise de misoprostol doit être effectuée lors d'une consultation médicale. Cependant les recommandations validés par l'ANAES en 2001 et confirmé par l'HAS en 2001 précisent que « les comprimés de misoprostol peuvent être confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard ». Ainsi le misoprostol est délivré à la patiente, si celle-ci a choisi de le prendre à domicile.

La prise à domicile de misoprostol dépend des conditions psychosociologiques de la femme, de sa compréhension de la méthode, de ses risques, ses conditions de logement, et le soutien de l'entourage. Il faut que la distance entre son domicile et le centre hospitalier référent soit parcourue en moins d'une heure de transport. La femme doit pouvoir joindre ou s'y rendre 24h /24.

Le misoprostol est pris entre 36 et 48 heures après celle de mifépristone. Selon l'HAS la surveillance de 3 heures suivant la prise de misoprostol est facultative. Elle n'a plus de raison médicale mais peut être réalisée à la demande de la patiente.

La contraception hormonale (oestroprogestative ou progestative) est débutée le jour de la prise de misoprostol.

Si le misoprostol est pris lors d'une consultation médicale, la femme doit rapporter sa fiche de liaison. Le médecin informe des suites normales de l'IVG et des éventuelles complications. Il rappelle également la possibilité de bénéficier d'une consultation psychosociale. L'importance de la visite de contrôle est expliquée à la patiente.

La consultation de contrôle est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum 21 jours après la prise de mifépristone. Le médecin a l'obligation de contrôler l'efficacité de l'IVG.

Le médecin procède en théorie à un examen clinique de la patiente. Mais pour éviter d'heurter ces femmes après leur IVG, il est rarement réalisé en pratique.

Le but est de savoir si la patiente a expulsé l'œuf. Il interrogera la patiente sur les saignements, la douleur, la visualisation de l'œuf ou encore la disparition des signes sympathiques de grossesse. L'examen clinique évaluera le volume utérin. La visite de contrôle permet également de s'assurer qu'il n'existe pas de complication, comme une infection utérine.

Deux méthodes sont proposées au médecin pour affirmer l'efficacité de l'IVG. Soit le médecin choisira de réaliser une échographie, mais des caillots intra-utérins peuvent perturber l'interprétation. Soit le professionnel de santé réalisera un examen des β HCG.

En effet le taux de β HCG continue de progresser après l'administration de la mifépristone jusqu'à la prise de misoprostol. Après la prise de misoprostol l'élimination des β HCG est bi-phasique. Il y a une chute rapide les 48 premières heures, jusqu'à 60% à J3, puis la chute devient lente. Pour K. Walker, un taux résiduel de β HCG à J14 inférieur à 1 % du taux initial est le signe un avortement complet. Pour C. Fiala, une chute de 80 % du taux initial entre J6 et J18 est la preuve de la réussite de l'avortement, avec une valeur prédictive positive de 99,5 %. (Faucher 2006)

Pour évaluer l'efficacité de l'IVG, le médecin pourra soit comparer ce taux de β HCG au taux initial de la patiente, s'il est connu. Soit il utilisera le seul dosage de β HCG prélevé avant la visite de contrôle.

Le choix entre la méthode échographique ou biologique des β HCG dépend de la qualification du médecin. En effet l'échographie demande un matériel et un niveau de qualification souvent propre aux gynécologues. En pratique les échographies ne sont plus réalisées qu'en cas de saignements anormaux ou de fièvre.

En cas d'échec de la méthode, l'IVG chirurgical par aspiration sera nécessaire.

Cette consultation est également le moment de faire le point sur le retentissement psychologique de l'IVG chez la patiente en proposant un entretien post IVG avec une conseillère familiale.

Enfin le médecin s'assure de la compréhension et de l'observance de la méthode contraceptive de la patiente. Celle ci doit répondre aux besoins de la femme. En cas de vacuité utérine un dispositif intra-utérin pourra être mis en place.

La fiche de liaison est mise à jour lors de cette visite. La patiente garde un exemplaire et une copie est envoyée à l'établissement de santé.

II.4. Tarification

Les modalités de remboursement de l'IVG ont récemment évolué. En effet depuis l'arrêté du 26 février 2016, effectif au premier avril 2016, l'IVG et l'ensemble des examens complémentaires mentionnés dans ce texte sont remboursés à 100%.

Les mineures pour lesquelles le consentement parental à l'IVG n'a pas pu être recueilli, pouvaient déjà avant cet arrêté bénéficier d'un dispositif légal de prise en charge anonyme et gratuit.

Les bases tarifaires sont différentes d'une technique à l'autre, entre l'IVG chirurgicale ou médicamenteuse et en fonction de leur lieu d'exercice : établissement de santé ou en ville.

Concernant l'IVG médicamenteuse en ville, le forfait prévu par l'assurance maladie comprend : la consultation de recueil de consentement, les consultations de prise des médicaments et la consultation de contrôle. Le coût des médicaments est bien entendu compris dans le forfait.

Désormais les investigations biologiques préalables à l'intervention, la vérification échographique pré-IVG et les contrôles biologiques ultérieurs sont également pris en charge par la sécurité sociale.

L'IVG est également prise en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais pour les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire, les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental et les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME).

Les honoraires perçus par les médecins ont diminués depuis cet arrêté. Précédemment le médecin facturait un forfait de 191,74€ à l'assurance maladie. Actuellement il ne perçoit plus que 187,92€. Cette différence de 3,82€ est due à la baisse du prix des médicaments utilisés dans le protocole de l'IVG.

L'assurance maladie a publié de nouvelles bases tarifaires pour l'IVG médicamenteuse en ville. Celles-ci s'appliquent pour les praticiens exerçant en centre de santé, en centre de planification ou d'éducation familiale ou à leur cabinet dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé. Les chiffres détaillés figurent dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville

Code, Prestation	Libellé	Tarifs avant le 01/04/2016	Tarifs actuels
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus dans le forfait	25€
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12€
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65€
FHV	Forfait consultation de ville	100,00€	50,00€
FMV	Forfait médicament de ville	91,74€	87,92€
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28€
IC ou ICS ou IVE	Consultation de contrôle : -sans échographie de contrôle ultérieure	Inclus dans le forfait	25€
	-avec échographie de contrôle ultérieure	Inclus dans le forfait	30,24€

PARTIE 2 : Méthode médicamenteuse

L'avortement médicamenteux est une interruption de grossesse induite par des médicaments, sans geste chirurgical, sauf en cas d'échec.

Actuellement en France le protocole ayant reçu l'AMM repose sur l'association d'un antiprogestérone : la mifépristone Mifégyne®, et une prostaglandine. Il s'agit soit du misoprostol Gymiso® utilisé par voie orale, soit du géméprost par voie vaginale. Le géméprost est réservé à l'usage hospitalier et est très peu utilisé du fait des douleurs abdomino-pelviennes qu'il provoque. Nous nous intéresserons ici à la méthode médicamenteuse réalisée en médecine de ville.

I. Mifépristone

I.1. Structure et mécanisme

La mifépristone est un stéroïde de synthèse dérivé de la progestérone puis de la noréthindrone auquel on a ajouté une chaîne sur le carbone 17 et sur le carbone 11. (Faucher 2006) Son affinité pour les récepteurs à la progestérone est cinq fois supérieure à celle de la progestérone elle même. Cependant elle n'active pas les récepteurs et ne possède donc pas les effets spécifiques de la progestérone, comme maintenir le col fermé ou inhiber la contraction utérine.

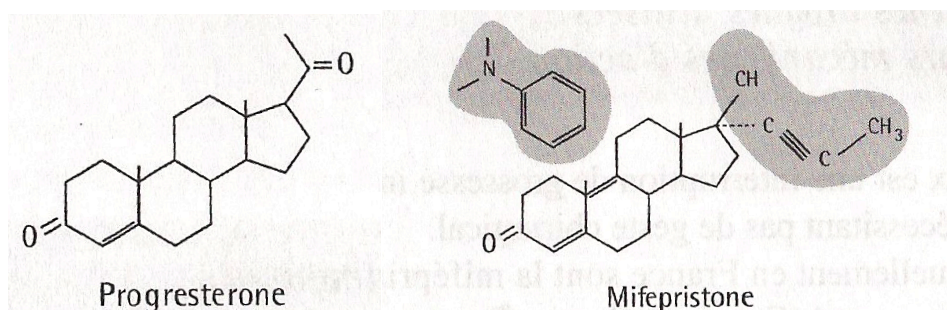


Figure 8 : Similarités entre les molécules de progestérone et mifépristone(Faucher, Hassoun)

La mifépristone est un antagoniste de la progestérone. C'est à dire que grâce à son affinité très forte, elle occupe préférentiellement les récepteurs de la progestérone et inhibe ainsi l'action de cette dernière. Cette inhibition a été rapportée par des études sur différentes espèces animales (rat, souris, lapin et singe) à des doses de 3 à 10mg/kg par voie orale. Chez la femme enceinte la mifépristone démontre ses effets antagonistes sur les récepteurs de la progestérone de l'endomètre et du myomètre à des doses supérieures ou égales à 1mg/kg.

Lors du premier trimestre de grossesse elle permet la dilatation du col utérin. Elle stimule la production de prostaglandines au niveau utérin, qui est normalement inhibée au niveau de l'endomètre par la progestérone. Les prostaglandines provoqueront une activité contractile et l'ouverture du col utérin.

De plus la mifépristone potentialise l'effet de ces prostaglandines. C'est ainsi que les chercheurs ont mis en place le protocole actuel d'IVG médicamenteuse associant des prostaglandines à la prise de mifépristone.

Les indications répertoriées dans les RCP du Mifégyne® découlent du mécanisme d'action de la mifépristone. La molécule possède une AMM dans l'interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive, mais également dans le ramollissement et la dilation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse du premier trimestre, la préparation à l'action des analogues des prostaglandines dans l'interruption de grossesse pour raisons médicales, et l'induction du travail lors de mort fœtale *in utero*. En France la mifépristone est commercialisée sous le nom de Mifégyne®, à la dose de 200mg par comprimé.

La mifépristone se lie à d'autres types de récepteurs d'hormones stéroïdes. On note ainsi une affinité trois fois supérieure à la dexaméthasone pour les récepteurs glucocorticoïdes. Il existe une faible, voir négligeable affinité pour les récepteurs androgéniques, minéralocorticoïdes et oestrogéniques.

I.2. Pharmacocinétique

Par voie orale la mifépristone est rapidement absorbée. Pour une dose de 600mg la concentration maximale de 1,98 mg/L est obtenue après 1h30. (ANSM 2015)

La mifépristone est liée à 98% aux protéines plasmatiques dans le plasma, essentiellement l'albumine et l'acide alpha-1-glycoprotéine. Cette liaison est saturable.

Des études ont rapporté que la concentration sérique après 72 heures était la même chez des patientes ayant reçu 200 mg ou 600 mg de mifépristone. En effet pour des doses élevées entre 100 et 800 mg de mifépristone, la C max est pratiquement la même. Ceci s'explique par la saturation de la liaison de la mifépristone dans le sérum.(Heikinheimo et al. 2003)

La molécule subit une biotransformation au niveau hépatique, par N-déméthylation et hydroxylation terminale de la chaîne 17-propynyle.

Après une phase de distribution, son élimination est dans un premier temps lente. La concentration diminue de moitié entre 12 et 72 heures. Puis elle devient plus rapide pour aboutir à une demi vie de 18 heures. La demi vie terminale serait de 90 heures.

Les métabolites sont majoritairement éliminés dans les fèces à 90% et à 10% dans les urines.

I.3. Contre-indications et mise en garde

La mifépristone ne doit pas être prescrite en cas :

- d'insuffisance surrénale chronique
- d'allergie connue à la mifépristone ou à l'un des excipients de la spécialité (silice colloïdale anhydre, amidon de maïs, povidone, stéarate de magnésium et cellulose microcristalline)
- d'asthme sévère non contrôlé par le traitement
- de porphyrie héréditaire (ANSM 2015b)

En raison de son action sur les récepteurs glucocorticoïdes, la mifépristone est contre indiquée en cas d'asthme sévère non contrôlé. L'efficacité des traitements chroniques par corticostéroïdes, y compris ceux par voie inhalée, pourrait être diminuée pendant 3 à 4 jours après la prise mifépristone. Chez l'asthmatique équilibré un ajustement thérapeutique peut être nécessaire.

De même en cas de porphyrie héréditaire la molécule est contre indiquée en lien avec l'anémie qu'elle pourrait entraîner. En effet en cas d'hémorragie il serait plus difficile de contrôler son abondance.

Les RCP de la mifépristone nous rappellent le contexte de prescription de la molécule. Elle ne doit pas être utilisée en cas de :

- grossesse non confirmée par échographie ou biologiquement,
- grossesse de plus de 63 jours d'aménorrhée,
- suspicion de grossesse extra-utérine
- contre-indication à l'analogue de prostaglandine utilisé.

Concernant les précautions d'emploi, en l'absence d'études spécifiques la mifépristone est déconseillée chez la patiente souffrant de :

- malnutrition,
- insuffisance hépatique
- insuffisance surrénale.

Si la grossesse est survenue malgré la présence d'un dispositif intra utérin, celui-ci devra être retiré avant l'administration de la mifépristone.

I.4 Interactions médicamenteuses

La mifépristone est métabolisée par la CYP 3A4, par conséquent d'après des données in vitro, la molécule peut entraîner une augmentation des taux sériques des médicaments substrats du CYP 3A4 sur une durée prolongée. Cette interaction doit être prise en compte, particulièrement avec les médicaments à intervalle thérapeutique étroit.

Il est possible de constater une interaction avec les principaux inhibiteurs et inducteurs du CYP 3A4 mais aucune étude n'a été réalisée à ce sujet.

Enfin l'efficacité du mifépristone peut théoriquement être diminuée par les anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS y compris l'aspirine, du fait de leurs propriétés inhibitrices des prostaglandines. Cependant selon les RCP du Mifégyne® l'administration d'AINS le jour de la prise de mifépristone n'a aucune influence négative sur l'efficacité de la méthode. En pratique les AINS peuvent être prescrits car ils ne bloquent pas les analogues de la prostaglandine exogène. Leur action est limitée à cette synthèse exogène.

I.5. Grossesse et allaitement

Les données sont insuffisantes pour déterminer le caractère malformatif de la mifépristone. C'est pourquoi les RCP précisent que la patiente doit être informée du risque d'échec de la méthode et de l'intérêt de la visite de contrôle. En cas d'échec diagnostiqué une autre méthode d'IVG est proposée à la patiente si elle le souhaite. Cependant si elle désire poursuivre la grossesse, un suivi accru doit être mis en place par échographie prénatale. Une surveillance particulière sera apportée à l'évolution des membres et du cervelet du fœtus.

En cas d'allaitement des études ont rapporté que la mifépristone était éliminée dans le lait maternel en petites quantités. L'enfant reçoit moins de 1% de la dose maternelle pour 600 mg. Le CRAT considère ainsi qu'il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement lors d'une prise unique de mifépristone.(CRAT 2016a)

I.6. Fertilité

La mifépristone n'a pas d'effet sur la fécondité. La patiente pourra ainsi débiter une nouvelle grossesse dès que l'IVG a été réalisée. (ANSM 2015b)

II. Misoprostol

II.1. Structure et mécanisme

Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 (PGE1). Il se fixe aux récepteurs spécifiques du myomètre et stimule la contractilité utérine.

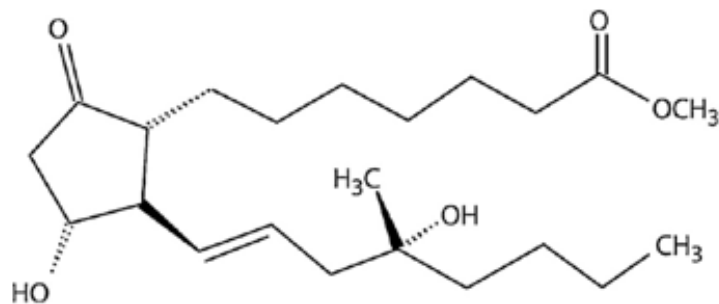


Figure 9 : Structure chimique du misoprostol (J. Aubert et al. 2014)

Aux doses recommandées le misoprostol provoque une contraction des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin. Ses propriétés utéro-toniques facilitent l'ouverture du col utérin et l'expulsion de l'œuf. (ANSM 2015a)

Les prostaglandines agissent également sur la contraction intestinale, et provoquent des effets secondaires digestifs (diarrhées, nausées, vomissements).

Le misoprostol a une action anti sécrétoire et cytoprotectrice. Il est également commercialisé dans la prévention des ulcères gastriques chez les patients sous AINS au long cours. Il possède une AMM dans cette indication sous la spécialité Cytotec®. Il est prescrit à la dose de 400 à 800 μ g par voie orale à répartir en 2 à 4 prises.

Le misoprostol est la prostaglandine la plus utilisée et étudiée dans l'IVG. Le Gymiso® est la spécialité du misoprostol utilisée en gynécologie. Il est dosé à 200 μ g par comprimé. Cette molécule n'a pas d'action délétère sur les coronaires, ni d'effet indésirable hépatique ou rénal aux doses recommandées.

Initialement d'autres prostaglandines ont été utilisées dans l'IVG médicamenteuse. La sulprostone était administrée par voie injectable. Elle a rapidement été abandonnée suite à deux accidents ischémiques mortels.

La mifépristone potentialise les effets du misoprostol. Leur action conjointe entraîne une interruption de grossesse dans 92 à 98% des cas où le misoprostol a été administré 36 à 48 heures après la prise de mifépristone.

II.2. Pharmacocinétique

Le misoprostol est rapidement absorbé et métabolisé, par voie orale. Les concentrations plasmatiques sont maximales à la 30^{ème} minute. Ce pic sérique diminue rapidement en deux heures. Ainsi les contractions utérines augmentent et atteignent leur apogée au bout d'une heure.

L'ingestion simultanée de nourriture diminue sa biodisponibilité. Son métabolisme principal se fait au niveau du foie. Moins d'un pourcent de misoprostol acide est excrété dans les urines.(ANSM 2015a)

II.3. Contre-indications et mise en garde

Le misoprostol est contre indiqué en cas :

- d'hypersensibilité au misoprostol ou à l'un des excipients contenus dans le Gymiso®, dont l'huile de ricin
- d'antécédents d'allergie aux prostaglandines
- de grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie
- de suspicion de grossesse extra-utérine.

Les facteurs de risques cardiovasculaires comme le tabagisme chronique sont à prendre en compte. Cette précaution se rapporte aux risques d'accidents cardiovasculaires potentiels des prostaglandines en général.

II.4 Interactions médicamenteuses

Il n'existe pas d'interaction médicamenteuse connue. Selon les RCP du Gymiso® aucune induction enzymatique du CYP3A4 n'a été observée.

Cependant l'association aux AINS est à prendre en compte. En effet le misoprostol est susceptible de voir son action diminuée par la prise d'AINS. Si nécessaire on préférera la prise d'antalgique type paracétamol.

II.5. Grossesse et allaitement

Selon le CRAT (CRAT 2016b) plusieurs études mettent en évidence un effet malformatif du misoprostol. Par conséquent, comme pour la mifépristone en cas d'échec diagnostiqué une autre méthode d'IVG est proposée à la patiente si elle le souhaite.

Cependant si elle désire poursuivre la grossesse un suivi accru doit être mis en place par échographie prénatale. Une surveillance particulière sera apportée à l'évolution des membres, la motilité fœtale, le système nerveux central et le massif facial.

En cas d'allaitement l'enfant reçoit moins de 0,2% de la dose maternelle toujours selon le CRAT. Par conséquent il confirme l'utilisation du misoprostol pendant l'allaitement. Cependant les RCP du Gymiso® recommande d'éviter d'utiliser ce médicament au cours de l'allaitement.

III. Protocole

III.1. Intérêt de l'association mifépristone misoprostol

En France pour les grossesses de moins de 7SA, soit maximum 49 jours d'aménorrhée, le protocole recommandé est celui ayant obtenu l'AMM en 1992. Il s'agit d'une prise de mifépristone en une seule dose de 600mg (soit 3 comprimés à 200mg) par voie orale, suivie de 36 à 48 heures plus tard de l'administration de misoprostol 400 μ g par voie orale.

La mifépristone administrée seule chez la femme enceinte de moins de 49 jours induit une interruption de grossesse dans 80 à 85% des cas. Pour améliorer ces chiffres les chercheurs ont développé un protocole intégrant l'adjonction de prostaglandines. En effet la mifépristone sensibilise le myomètre à l'action des prostaglandines par privation de progestérone. La synergie d'action du mifépristone à un analogue des prostaglandines provoque dans 95% des cas l'arrêt de la grossesse et l'expulsion de l'œuf.

L'association mifépristone et prostaglandines permet le blocage de la progestérone qui induit :

- sur l'endomètre : la séparation du chorion et du trophoblaste, aboutissant à une baisse de β HCG avec une lutéolyse, c'est à dire la destruction du corps jaune.
- sur le myomètre : l'augmentation de sa contractilité par la mifépristone et par l'ajout de prostaglandines.
- sur le col : le ramollissement du col par le même mécanisme. (CNGOF 2004)

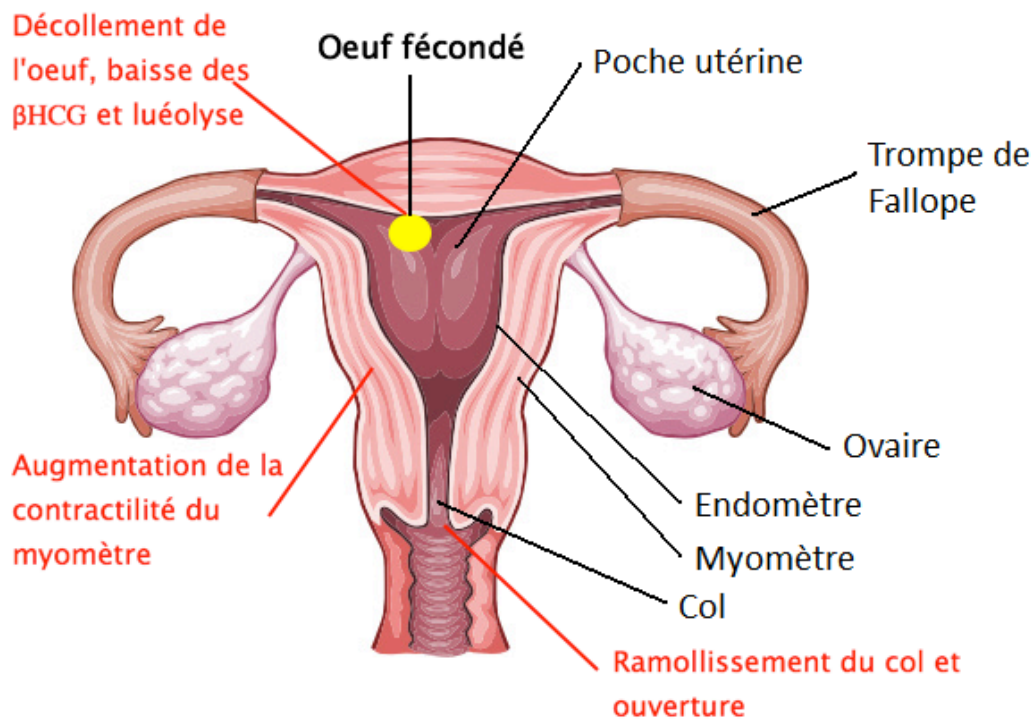


Figure 10: Mécanisme d'interruption de grossesse par mifépristone et prostaglandine

L'association mifépristone et misoprostol a démontré une efficacité de 92 à 97% dans le cadre d'une IVG avant 7 SA. Pour cela 3 études ont été réalisées, l'efficacité étant définie par l'absence d'aspiration chirurgicale. Au delà de 7 SA on remarque l'existence de grossesses évolutives, l'efficacité diminue. Ces trois grandes études utilisent 600 mg de mifépristone et 400 μ g de misoprostol par voie orale. Il s'agit des études de Peyron et al. en 1993, d'Aubeny et al. en 1995 et de Spitz et al. en 1998.

Pour mettre au point ce protocole plusieurs études ont été publiées pour définir les molécules, les doses, le moment de prise et les voies d'administrations permettant un taux d'échec minimal.

III.2. Intérêt des doses de mifépristone

Une étude de l'OMS a testé l'efficacité de 200, 400 et 600 mg de mifépristone, suivis 48 heures plus tard par le misoprostol. Elle démontre une efficacité semblable pour les 3 dosages. (Faucher 2006)

Dans un rapport de 2001, l'ANES étudie l'efficacité du protocole à différentes doses de mifépristone. Elle en conclut que l'efficacité est la même pour des doses de 200 et 600 mg de mifépristone. L'efficacité de la méthode médicamenteuse s'évalue selon deux critères : le taux de succès et le taux de grossesses évolutives ou persistantes. Le succès est défini comme l'obtention d'un avortement complet, sans nécessité d'intervention chirurgicale quelle que soit l'indication. Les résultats de cette étude sont consignés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Tableau comparatif des différentes posologies de mifépristone dans l'IVG médicamenteuse (Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé 2001)

Auteur, année (réf.)	Âge gestationnel	Protocole	n	Succès (%)	Conclusions
McKinley, 1993 (64)	< 63 j	Mifépristone 600 mg voie orale 48 h plus tard : 600 µg misoprostol voie orale	110	93.6	La dose de mifépristone peut être réduite de 600 à 200 mg sans perte d'efficacité
		Mifépristone 200 mg voie orale 48 h plus tard : 600 µg misoprostol voie orale	110	93.6	
WHO, 1993 (52)	7-28 j	Mifépristone 200 mg voie orale 48 h plus tard : géméprost 1 mg voie vaginale	388	93.8	Pour les âges gestationnels précoces, une dose de 200 mg de mifépristone est aussi efficace que la dose couramment recommandée de 600 mg, en association avec 1 mg de géméprost par voie vaginale.
		Mifépristone 400 mg voie orale 48 h plus tard : géméprost 1 mg voie vaginale	391	91.8	
		Mifépristone 600 mg voie orale 48 h plus tard : géméprost 1 mg voie vaginale	389	94.3	
Sang, 1994 (55)	< 49 j	Mifépristone 50 mg voie orale puis 25 mg toutes les 12 h (total 150 mg) 48 h plus tard : 600 µg misoprostol voie orale	301	94.4	Les doses de 150 ou de 200 mg de mifépristone ont une efficacité équivalente
		Mifépristone 200 mg voie orale 48 h plus tard : 600 µg misoprostol voie orale	149	94.6	
Baird, 1995 (57)	< 63 j	Mifépristone 200 mg voie orale 48 h plus tard : géméprost 0,5 mg voie vaginale	391	96.7	La dose de 200 mg de mifépristone est efficace avec le géméprost ou le misoprostol pour les grossesses < 63 j
		Mifépristone 200 mg voie orale 48 h plus tard : misoprostol 600 µg voie orale	386	94.6	

Le succès a été défini comme un avortement complet n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale.

Dans son rapport de 2001, l'HAS admet qu'un certain nombre de sociétés savantes dont l'OMS, recommandaient une dose de 200 mg de mifépristone. Ces dernières s'appuyant sur des études démontrant l'équivalence entre une dose 200 et 600mg de mifépristone avec une tolérance identique. Cependant en 2007 l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments a remis en cause ces conclusions et a donc refusé l'utilisation des doses de 200 mg de mifépristone. Au cours de la révision des RCP de la Mifégyne®, les études ont montré un taux de grossesse évolutive de 1,8% et 0,8% respectivement avec les doses de 200 et 600 mg de mifépristone. Cependant le taux de succès entre les deux doses a lui été confirmé.

Ainsi selon leur calcul ceci représenterait une augmentation annuelle pouvant aller jusqu'à 360 cas supplémentaires de grossesse évolutives après le délai légal de l'IVG de 14 SA pour la dose de 200 mg. La visite de contrôle après deux semaines prévue par la réglementation française, doit permettre d'identifier ces grossesses persistantes, et d'avoir recours dans ce cas à une méthode chirurgicale. Cependant, cette visite de contrôle n'est pas toujours réalisée, et les femmes peuvent ne pas être conscientes de la poursuite de la grossesse. En conclusion l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments, n'a pas autorisé l'utilisation d'une dose de 200 mg de mifépristone, en association au misoprostol avant 7 SA dans l'AMM de la Mifégyne ®. L'HAS a donc conclu à un rapport bénéfice/risque moins favorable pour la dose de 200 mg, pour les grossesses de moins de 7SA.

III.3. Choix de la prostaglandine

Selon les recommandations de l'HAS en 2010, il n'existe pas d'études cliniques comparant l'efficacité de la séquence mifépristone/misoprostol avec la séquence mifépristone/géméprost. Les taux de succès vont de 92 à 98 %, sans différence notable selon la prostaglandine utilisée (le géméprost ou le misoprostol) pour les IVG avant 7SA.

Les prostaglandines utilisables sont : le misoprostol par voie orale ; le géméprost, par voie vaginale. Cependant le géméprost est réservé à l'usage hospitalier et est très peu utilisé en France, du fait de l'intensité des douleurs abdomino-pelviennes qui lui sont attribuées, et des difficultés de stockage par congélation.

III.4. Misoprostol et voie d'administration

L'administration de 800 µg de misoprostol par voie vaginale (hors AMM) est plus efficace (taux de grossesse évolutive de moins de 1 %) que par voie orale. Mais il entraîne plus fréquemment des douleurs abdomino-pelviennes que la voie orale. Le pic plasmatique est retardé et l'exposition est au moins 2 à 3 fois plus importante. Cependant la voie vaginale est soumise à une plus forte variabilité interindividuelle que la voie orale. Les variations dépendent de la quantité et du pH des sécrétions vaginales. De très rares cas de chocs septiques fatals à *Clostridium sordeli*, survenus après utilisation de misoprostol par voie vaginale et prise de mifépristone, ont été déclarés.

La voie sublinguale possède le plus court délai d'action, le plus haut pic de concentration plasmatique et la plus grande biodisponibilité. Mais les diarrhées, vomissements, fièvres et frissons sont plus fréquents avec la voie sublinguale qu'avec les voies vaginales et orales. Les douleurs abdomino-pelviennes sont quasiment systématiques et perçues de façon comparable pour les voies sublinguales, buccales et vaginales, et sont supérieures par rapport à la voie orale.

Pour des termes supérieurs, après 7SA, l'efficacité est améliorée avec des doses de misoprostol augmentées.

Trois études françaises ont évalué l'efficacité d'une administration répétée de misoprostol. Une prise de 600 mg de mifépristone était suivie d'une première administration de 400 µg de misoprostol par voie orale. Puis une seconde prise de 200 µg ou 400 µg, 3 à 4 heures plus tard selon les études, était admise uniquement chez les femmes qui n'avaient pas évacué de produits ovulaires pendant cette période. Les taux de succès avec cette séquence étaient avant 7 SA de 95,5 %, de 98,7 % avec une dose supplémentaire de 200 µg et de 99,2 % avec une dose supplémentaire de 400 µg. D'autres études n'ont pas par la suite confirmé ces résultats.

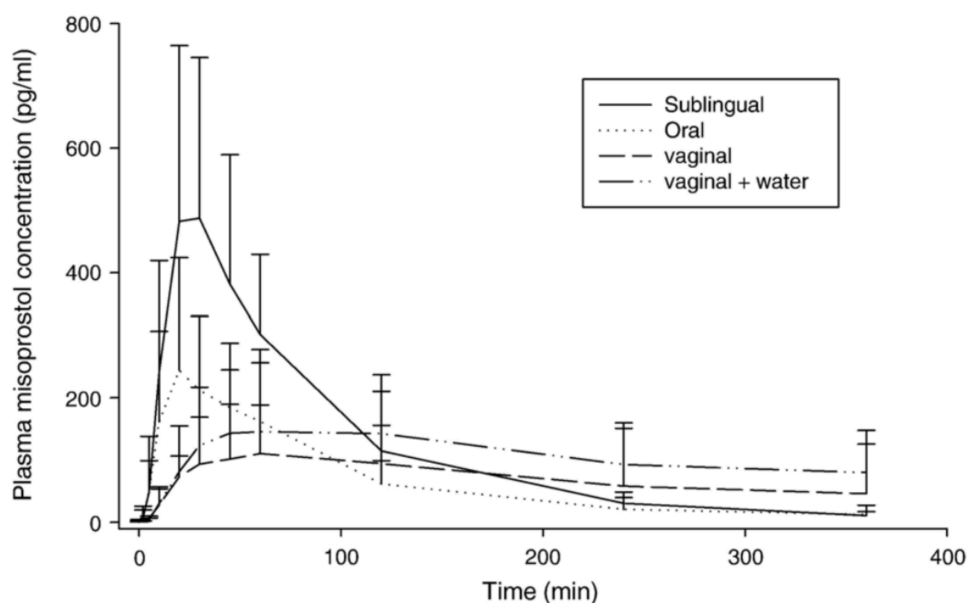


Figure 11 : Concentrations plasmatiques du misoprostol par administration sublinguale, orale, vaginale et vaginale humidifiée

III.5. Etudes complémentaires

Les études se sont également portées sur le choix du méthotrexate. Le méthotrexate est connu et utilisé depuis une dizaine d'années pour ses propriétés abortives dans le traitement médical de la grossesse extra-utérine.

Les résultats en terme de pourcentage d'expulsion complète, paraissent sensiblement comparables à ceux de l'association mifépristone/prostaglandines.

Néanmoins les délais d'expulsion après administration des prostaglandines sont supérieurs à ceux observés après mifépristone. Il n'existe pas d'étude randomisée comparant ce protocole avec le protocole mifépristone/prostaglandine à l'heure actuelle. (Moullier et Mesle 2006)

III.6. Lieu de prise du misoprostol

Initialement le protocole prévoyait de garder la femme en observation après la prise de misoprostol. Cette décision était justifiée par la dangerosité cardiaque des prostaglandines utilisées. Cependant l'intérêt du misoprostol est justement son absence d'effet délétère sur les coronaires.

Il a également été démontré que le risque hémorragique survenait au delà des 3 heures d'hospitalisation recommandées. L'hospitalisation n'est donc plus justifiée si la patiente préfère être chez elle pour la prise de misoprostol.

III.7. Intérêts de la méthode médicamenteuse

En règle générale en France les demandes d'IVG sont faites suffisamment tôt pour que la femme puisse décider de sa méthode d'IVG. Pour les deux méthodes (médicamenteuse ou chirurgicale), les complications sont rares dans les règles sanitaires françaises. Mais celles-ci augmentent avec l'âge gestationnel, notamment à partir de 12 SA. Les données publiées ne permettent pas de distinguer les complications des IVG médicamenteuses et celles des IVG chirurgicales.

L'IVG médicamenteuse semble avoir un taux un peu plus élevé d'hémorragie et d'échec que l'IVG chirurgicale. Le risque relatif d'avoir une aspiration, selon le résultat de l'échographie est trois fois plus élevé dans la procédure médicamenteuse. Cependant de nombreuses publications privilégient l'IVG par méthode médicamenteuse avant 63 jours d'aménorrhée. (Moullier et Mesle 2006)

À l'inverse l'IVG médicamenteuse est dépourvue de risque traumatique cervical ou utérin, et semble présenter moins de risque infectieux.

Les données actuelles suggèrent l'absence de conséquence à long terme de l'IVG, hormis en ce qui concerne le risque de fausse couche. Ce risque semble augmenter au

cours des grossesses survenues dans les 3 mois suivant une IVG. Il n'y a pas d'argument pour penser que ces données soient influencées par la technique utilisée.

La satisfaction des patientes dépend de facteurs multiples. Les patientes qui n'ont pas d'opinion à priori ont des chances de mieux tolérer l'aspiration endo-utérine que l'IVG médicamenteuse. Dans la majorité des cas les patientes qui ont pu choisir leur méthode d'IVG, semblent a posteriori satisfaites de leur choix. Ceci conforte les recommandations qui obligent les médecins à expliquer toutes les méthodes qui s'offrent à la femme et à lui laisser libre choix. Cependant plus l'âge gestationnel est élevé, moins il existe de choix de technique d'IVG possible, d'où l'importance de faciliter et de simplifier l'accès des femmes à l'IVG.

Cette liberté de choix doit se faire en connaissance des inconvénients de chacune des méthodes. Il s'agit majoritairement d'un choix affectif et émotionnel. Certaines femmes préfèrent un acte chirurgical ponctuel, où elles seront passives. Elles peuvent redouter également les douleurs et les saignements induits par les médicaments.

D'autres préféreront la méthode médicamenteuse, refusant l'acte chirurgical, considéré comme invasif. La méthode médicamenteuse leur permet d'avoir le contrôle sur les événements. De plus, la présence d'un proche lors de l'accompagnement de cette méthode peut les rassurer, tout comme le fait d'être chez elle pour la prise de misoprostol. L'IVG médicamenteuse représente 58% du total de IVG réalisée en France selon un rapport de la DRESS en 2015.

IV. Effets secondaires et prise en charge

Selon l’OMS, un effet indésirable est : « Une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l’homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d’une maladie ou la modification d’une fonction physiologique. »

Dans l’avortement médicamenteux ces effets secondaires sont peu importants et sont souvent de courte durée.

IV.1.La douleur

L’intensité de la douleur est variable d’une femme à l’autre, allant d’un degré faible voir nul à sévère.

Selon le collège national des gynécologues et obstétriciens français, les facteurs de risque de survenue de douleurs intenses sont : le jeune âge, la peur de l’acte, un utérus retroversé, les antécédents de dysménorrhée, l’hypoplasie cervicale et les antécédents de conisation.

L’intensité de la douleur est proportionnelle au terme de la grossesse, à la dose de misoprostol et son mode de prise.

On observe un pic d’intensité de la douleur juste après la prise de misoprostol, de 1 à 3 heures, ce qui correspond à la cinétique de la molécule. Ensuite la douleur décroît jusqu’à disparaître après expulsion complète de l’œuf. Il peut apparaître des périodes de douleurs et des coliques d’expulsion les jours suivants. L’expulsion peut se parfaire sur plusieurs jours.

La prescription d’antalgiques est systématique. Ces derniers seront pris soit à la demande, soit en systématique lors de l’administration du misoprostol. Deux antalgiques seront prescrits : un de palier I et un de palier II.

L’HAS recommande la prise en charge anticipée de la douleur par la prise d’antalgique de palier 1 (ibuprofène ou fénopofène Nalgésic® à doses antalgiques), et

2 (paracétamol associé à l'opium, la codéine, le tramadol seul ou en association au paracétamol).

Une bouillotte chaude ou des massages abdominaux pourront également soulager la patiente.

IV.2 Les saignements

Les saignements sont l'élément le plus important de la surveillance post IVG. Ils sont systématiques, et démarrent dans la majorité des cas entre une demi-heure et 10 heures après la prise de misoprostol. Ils peuvent débuter après la prise de mifépristone, et dans 5% des cas l'expulsion peut se faire avant la prise de misoprostol. L'expulsion de l'œuf se fait dans 60% des cas, dans les 4 heures qui suivent le misoprostol. Et dans 40% des cas l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise du misoprostol, selon l'HAS. Leur abondance est variable, et des caillots peuvent être perçus. La période des saignements dure 10 à 13 jours, voir jusqu'aux règles suivantes. Au delà de 15 jours ce saignement est très léger. L'abondance de ces métrorragies doit être surveillée pour éviter toute complication.

L'absence de saignement est le signe probable d'un échec de la méthode. Cependant la présence de saignement n'est pas la preuve que la grossesse est arrêtée. La visite de contrôle est essentielle pour s'assurer de la réussite de l'avortement.

IV.3. Les troubles digestifs

Les nausées sont présentes dans 43% des IVG médicamenteuses, 17% des patientes présentent des vomissements, et 14% des diarrhées. Ces effets sont dus à l'action du misoprostol. Il contracte les fibres intestinales.

Les effets surviennent dans l'heure qui suit la prise de misoprostol. Ils sont de faible intensité et de courte durée, environ une à deux heures. Des antiémétiques peuvent être pris 15 à 20 minutes avant la prise du Gymiso®.

Il est recommandé en cas de vomissements dans les 2 heures suivant la prise de mifépristone de reprendre la prise.

Pour limiter ces effets secondaires il est conseillé de déjeuner avant la prise de misoprostol et de boire abondamment pour éviter la déshydratation.

IV.4 Les troubles de la thermorégulation

La fièvre, les frissons sont liés à la prostaglandine. Ils sont de courte durée entre une à 3 heures.

IV.5 Autres

Des céphalées et malaises, ont été décrits par moins d'un quart des patientes. Il est difficile d'en déterminer l'origine. Ils sont généralement limités et de courte durée. Un traitement symptomatique sera conseillé.

V. Complications et signes d'alerte

V.1. La douleur

La persistance de la douleur ou l'apparition à distance d'une douleur associée doit faire rechercher une complication. De même si les douleurs persistent malgré la prise d'antalgique, la patiente doit contacter son médecin de ville ou l'établissement de santé du réseau ville/hôpital.

V.2. Les saignements

Un saignement est dit « normal » si la période de saignement très abondant n'excède pas 2 à 4 heures.

Au delà de deux serviettes hygiéniques « maxi » en une heure et ceci durant plus de deux heures la patiente doit consulter en urgence.

De même si aucun saignement survient dans les 24 heures suivant la prise de misoprostol, la patiente consultera son médecin. Il peut s'agir d'une grossesse extra utérine non diagnostiquée, ou d'une grossesse évolutive.

L'hémorragie et les saignements prolongés font partie des complications du protocole. Les aspirations pour métrorragies sont de l'ordre de 0,3 à 2,6%. On estime qu'une transfusion est nécessaire dans 0-0,2% des cas. Les hémorragies surviennent généralement à distance de la prise de misoprostol. Ce sont des saignements prolongés, abondants. L'hospitalisation après administration du misoprostol n'est plus justifiée car ce risque apparaît souvent 3 à 4 heures après la prise misoprostol, donc en dehors du délai d'hospitalisation conseillé auparavant.

Les signes d'alerte sont des saignements anormaux, la présence de signes d'hypovolémie (malaise, lipothymie), et un saignement hémorragique.

V.3. Les infections

Le risque d'infection représente autour de 0,9% des cas. Les cas d'infection sont mal documentés. Quatre cas d'infection mortelle à *Clostridium sordellii* ont été rapportés en Californie, ainsi qu'un cas mortel au Canada. Ils ont été rapportés suite à la prise de misoprostol aux doses de 800 μ g par voie vaginale. La voie vaginale serait incriminée mais sans certitude scientifiquement prouvée.

L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée. Une antibiothérapie peut être prescrite en cas d'antécédents connus d'infection génitale haute. Il est rappelé aux femmes que toute température au dessus de 38°C au delà de 3 heures, ou survenant plus de 12 heures après la prise de misoprostol doit faire consulter. L'absence d'infection doit être vérifiée.

V.4. Les complications psychologiques

L'augmentation du risque de survenue de complications psychologiques après une IVG est très controversée sur le plan scientifique. Certaines études démontrent l'impact de l'IVG sur le risque de séquelles psychiques et d'autres prouvent qu'aucun lien de causalité n'a été établi. (Merg-Essadi et al. 2015)

Une étude de l'APA American Psychological Association, indique que le risque de complications mentales de l'IVG n'est pas dû à l'avortement en lui même, mais aux prédispositions psychologiques de la femme avant cet évènement.

Tout l'intérêt de l'entretien de soutien et d'écoute proposé à toutes les patientes, est mis en évidence par cette étude. Les recommandations de l'ANAES précisent que le personnel qui les réalise doit être qualifié pour accompagner et identifier les difficultés psychologiques de la patiente.

VI. Contre-indications de la méthode et précautions d'emploi

Il existe en dehors des contre-indications propres à chaque molécule utilisée dans l'IVG médicamenteuse, des contre-indications liées à la méthode elle-même. Ainsi le protocole d'IVG médicamenteuse est contre indiqué en cas de trouble de la coagulation ou de prise de traitement anticoagulant. En fonction du type de trouble de l'hémostase les professionnels de santé choisiront la méthode la plus adaptée.

L'anémie profonde de la patiente est une contre indication de la méthode médicamenteuse. Cette contre-indication s'applique par la difficulté plus importante de contrôler rapidement l'abondance de l'hémorragie sous une technique médicamenteuse. Du point de vue du risque de perte sanguine, il est le même pour la méthode chirurgicale que médicamenteuse. Cependant le dosage systématique de l'hémoglobine n'est pas justifié avant une IVG médicamenteuse.

Le dispositif intra utérin est contre indiqué avant la prise de mifépristone. S'il ne peut être retiré, la méthode chirurgicale sera privilégiée.

En cas de grossesse extra-utérine le protocole médicamenteux sera inefficace. La mifépristone n'a pas d'action thérapeutique sur les grossesses ectopiques, car il n'existe pas de récepteurs aux prostaglandines au niveau des trompes utérines. Il est donc très important d'écarter ce diagnostic. Le plus sûr moyen de confirmer une grossesse intra-utérine en début de grossesse est l'échographie. Elle permet l'acceptation de la méthode médicamenteuse. (CNGOF 2004)

Les contre indications psychosociales de la méthode sont :

- une patiente ne comprenant pas les informations fournies,
- une patiente ambivalente ayant besoin d'un délai de réflexion plus long,
- une patiente isolée,
- une patiente sans hébergement,
- une patiente dans l'impossibilité d'une visite de contrôle (voyage...).

Selon l'ANAES il existe des restrictions d'utilisation du misoprostol à domicile. Le terme de la grossesse ne doit pas être supérieur à 7 SA, d'où l'intérêt de l'évaluation

de l'âge gestationnel. Ceci est justifié par des douleurs plus importantes pour des âges gestationnels plus avancés. Le risque hémorragique n'est pas plus important, mais en cas d'hémorragie elle pourrait être plus sévère.

De même la distance entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référent de la convention ville-hôpital, doit être de moins d'une heure de transport. La personne doit également être assistée par un proche à domicile.

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français précise que la prise en charge des adolescentes sera plus confortable en milieu hospitalier.

Le cas d'une grossesse gémellaire ne contre indique pas la méthode médicamenteuse, le protocole est identique. L'efficacité et le risque de complication restent les mêmes.

Enfin une femme obèse, avec un IMC supérieur à 30, se verra suivre le même protocole, aux mêmes doses qu'une femme ayant un IMC inférieur à 30.

PARTIE 3 : Place du pharmacien d'officine

I. Accueil et orientation en Haute Normandie

L'orientation et l'information des femmes désirant réaliser une IVG sont essentielles à leur prise en charge. En effet si ces patientes sont insuffisamment informées ou tardivement orientées elles risquent de ne plus avoir la possibilité de choisir leurs modalités d'IVG. Les professionnels de santé qu'elles consultent doivent donc avoir les connaissances suffisantes sur la pratique de l'IVG. Le pharmacien fait parti des premiers acteurs de santé disponibles pour répondre aux questions de ces femmes. Il existe différents moyens officiels d'information sur lesquels il peut s'appuyer pour orienter ces patientes.

La dernière circulaire du 28 juillet 2016 du ministère des affaires sociales et de la santé a pour objectif d'améliorer l'accès à l'IVG. Elle prévoit un plan régional IVG devant être réalisé par chaque ARS. Depuis 2012 le gouvernement a tenté d'améliorer le parcours des femmes souhaitant avorter en créant le site www.ivg.gouv.fr et en faisant en sorte d'être toujours le premier site apparaissant sur l'IVG dans les moteurs de recherche. Il s'agit d'un outil d'information officiel sur l'IVG. Il répond aux questions que peuvent se poser ces femmes et les oriente vers les professionnels agréés. Il est construit de façon intelligible et simple d'utilisation, avec des illustrations pour faciliter l'orientation des femmes. **ANNEXE 4**

Un numéro vert « Sexualités, contraception, IVG » a également été créé. Il s'agit du 0800 08 11 11. Ce numéro renvoie les patientes sur des plateformes régionales. Il est accessible en métropole et dans les DOM. Il est anonyme, gratuit et accessible 6 jours sur 7, du lundi au samedi et de 9h à 20h et 22h le lundi.

Le pharmacien peut également orienter la patiente vers le centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche. Ils ont un rôle d'information et d'écoute essentiel dans l'IVG, et certains d'entre eux pratiquent l'IVG médicamenteuse.

La liste par département des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) est également disponible sur le site ww.ivg.gouv.fr.

Enfin le « Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie » est une association constituée de professionnels. Son site internet www.reseaux-perinat-hn.com donne le nom des professionnels agréés à la pratique de l'IVG qui acceptent d'être diffusés.

L'ARS Haute Normandie diffuse sur son site internet la liste des établissements publics et privés habilités à pratiquer les interruptions volontaires de grossesse.

Enfin le pharmacien doit sensibiliser à la désinformation disponible sur internet. Il est préférable de privilégier les sites d'information officiels édités par le ministère de la santé ou ses partenaires. Le gouvernement précise à ce sujet que : « Certains sites Internet que vous trouverez via/par les moteurs de recherche vous indiqueront qu'ils proposent une information neutre et médicale mais sont en réalité édités par des militants contre l'avortement. Il en va de même pour les forums où certains témoignages sont montés de toutes pièces par des opposants au droit à l'interruption volontaire de grossesse. Ils sont parfois difficiles à reconnaître mais méfiez vous systématiquement des sites et numéros verts consacrant par exemple une grande part de leur contenu à la maternité et aux soi-disant complications et traumatismes liés à une IVG. »

II. Rappel des règles de délivrance des ordonnances à usage professionnel

Le pharmacien d'officine peut délivrer les médicaments dans le but de pratiquer une IVG médicamenteuse uniquement aux médecins ou sages femmes ayant passé une convention avec un établissement de santé. Ces médicaments ne peuvent donc pas être délivrés directement à la patiente, ni à un professionnel non conventionné.

Le nom de l'établissement de santé avec lequel le médecin ou la sage femme a conclu sa convention doit être indiqué au pharmacien lors de sa commande, ainsi que la date de la convention.

Le médecin agréé doit donc passer une commande à usage professionnel à l'officine. Il doit être identifié par son nom, sa qualité, son numéro d'inscription à l'Ordre, son adresse et sa signature. La date doit être inscrite sur l'ordonnance ainsi que la mention « usage professionnel ».

Le praticien doit indiquer la dénomination du médicament ainsi que les quantités exigées.

Le pharmacien délivre la commande en apposant sur l'ordonnance : le timbre de l'officine, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier, la dénomination du médicament, la date d'exécution ainsi que la quantité délivrée.

D'autre part il doit être enregistré le nom et l'adresse de l'auteur de la commande, la date de délivrance, la dénomination du médicament, la quantité délivrée, et apposé de la mention « usage professionnel ».

Le Mifégyne® et le Gymiso® répondent à ces règles de dispensation. Ils sont tous les deux classés liste 1. Le Mifégyne® est commercialisé par la laboratoire Nordic Pharma, sous la forme de boîte de 3 plaquettes d'un comprimé de mifépristone de 200mg. Le Gymiso® est fabriqué par le laboratoire Linepharma France. Une boîte de Gymiso® contient deux comprimés de 200 μ g de misoprostol.

Le Cytotec® ne possède pas encore d'AMM dans l'IVG médicamenteuse. Il ne répond pas aux règles de dispensation des médicaments réservés à usage professionnel. Il est classé liste 1. Il est commercialisé par le laboratoire Pfizer sous la forme de boîte contenant 60 comprimés de misoprostol à 200 μ g. Il est donc économiquement plus rentable au vu du nombre de comprimé par boîte.

III. Enquête sur l'état des connaissances actuelles des pharmaciens

III.1 Présentation de l'enquête

III.1.1 Intérêt

Le pharmacien est un des professionnels de santé le plus accessible et disponible pour écouter les femmes en doute sur l'IVG. Celles-ci peuvent lui poser leurs questions juste en poussant la porte d'une officine, elles n'ont pas à prendre de rendez-vous.

Il délivre également les ordonnances d'IVG médicamenteuse à usage professionnel. A l'heure où la part d'IVG médicamenteuse en ville est en augmentation, le pharmacien semble jouer un rôle important dans leur prise en charge en ville. Mais quelles sont ses connaissances sur le sujet ? Quelle est son aptitude à conseiller et orienter une femme en demande d'IVG ou l'ayant déjà réalisée ?

L'enquête a pour but de faire un point sur les connaissances du pharmacien d'officine. Ce questionnaire traite des connaissances législatives de l'IVG. Cette partie est importante car la législation de l'IVG a beaucoup évolué ces dernières années.

L'étude permet également d'évaluer la capacité du pharmacien à prendre en charge les effets secondaires de l'IVG.

Le but est de créer en fonction de ces résultats, une fiche synthétique sur la prise en charge et les connaissances du pharmacien nécessaires dans la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

III.1.2. Matériels et méthode

La diffusion du questionnaire s'est faite en ligne. Il a été émis par l'intermédiaire de Pharmagest sur le logiciel de gestion officinale LGPI.

La société Pharmagest Interactive est le leader français de l'informatique officinale, avec 43 % de parts de marché, 9 800 clients et 700 collaborateurs. Partenaire privilégié des pharmaciens depuis plus de 30 ans, Pharmagest Interactive conçoit des solutions informatiques innovantes à destination des officines et met à disposition des pharmaciens des services permettant de répondre au double enjeu de leur profession : renforcer l'accompagnement thérapeutique et assurer la pérennité de leur officine.

La diffusion a débuté le samedi 23 avril 2016 et s'est arrêtée 5 jours plus tard. L'export ressort 1001 formulaires exploitables, provenant de 905 pharmacies. Les résultats sont bien sûr anonymes au vu de la loi informatique et libertés du CNIL. Le logiciel Excel a été utilisé pour exploiter les données collectées.

III.1.3. Le questionnaire

Le questionnaire se veut concis et rapide afin d'obtenir le maximum de réponse possible et donc des statistiques exploitables.

1) Vous êtes :

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Etudiant(e) en pharmacie
- Préparateur(trice)
- Élève préparateur(trice)

2) Connaissez vous les délais légaux pour l'IVG instrumentale?

- oui non

3) Et pour l'IVG médicamenteuse ?

- oui non

4) Vous arrive-t-il de devoir répondre à des interrogations sur l'IVG au comptoir ?

- a. Jamais
- b. Rarement
- c. Souvent
- d. Très souvent

5) Savez vous rediriger vos patients vers les professionnels agréés pour réaliser l'IVG autour de votre officine?

- oui non

6) Connaissez vous le protocole d'IVG médicamenteuse en ville ?

- oui non

7) Connaissez vous les règles de dispensation du mifépristone et du misoprostol ?

oui non

8) Avez vous déjà délivré une ordonnance d'IVG médicamenteuse ?

oui non

9) Si oui à quelle fréquence :

a. Plusieurs fois par mois

b. Tous les 2 mois

c. Quelques fois par an

d. Il y a quelques années

10) S'agit il systématiquement de prescriptions destinées à des médecins conventionnés ?

oui non

11) Connaissez vous la prise en charge des effets indésirables post IVG suivants?

Douleur oui non

Saignements oui non

Troubles gastro- intestinaux oui non

Fièvre oui non

12) Connaissez vous les signes qui doivent faire consulter en urgence une femme ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ville ?

oui non

13) Pensez vous avoir les connaissances suffisantes sur l'IVG médicamenteuse ?

oui non

14) Avez vous reçu une formation sur ce sujet ?

oui non

15) Si oui, précisez :

A la fac lors de votre cursus universitaire

Formation en ligne

DU

Autre, précisez :

III.2. Résultats et discussion

III.2.1. Situation professionnelle

Dans un premier temps le but est de répertorier les questionnaires selon la qualification et la situation professionnelle des participants. Ainsi sur 1001 réponses les pharmaciens adjoints sont majoritaires (450 participants), suivis par les pharmaciens titulaires (229 participants).

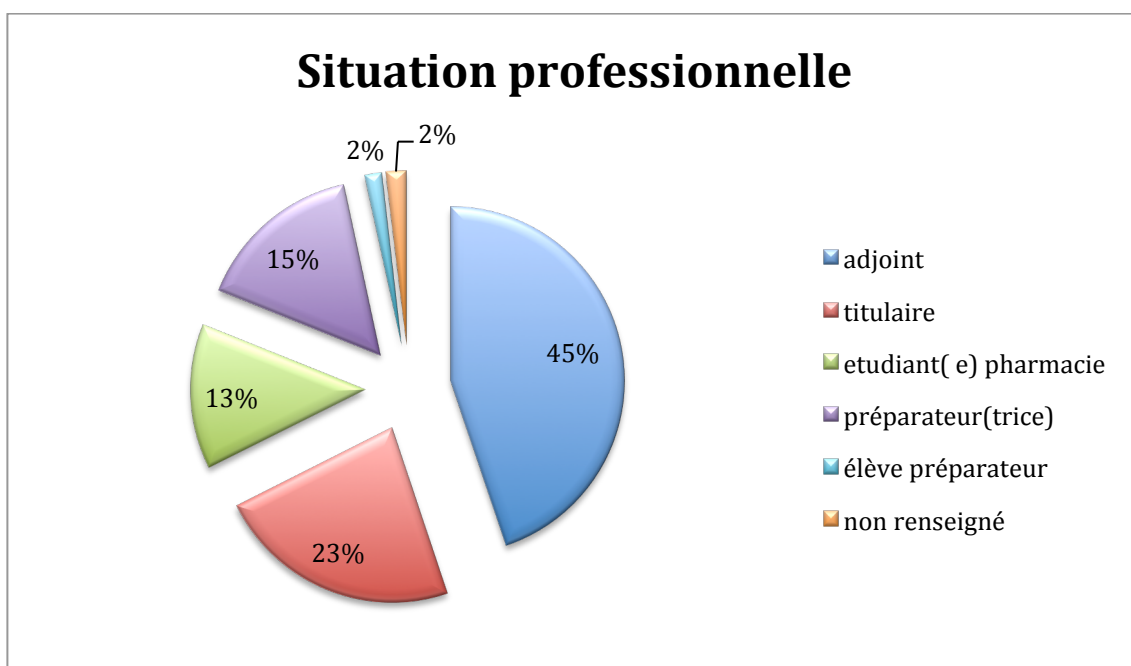


Figure 12 : Répartition des participants de l'étude selon leur situation professionnelle

Notre travail sera ainsi centré principalement sur les connaissances des pharmaciens, titulaires et adjoints.

III.2.2 Connaissances législatives

La suite du questionnaire porte sur les connaissances législatives des participants.

Le délai légal de l'IVG instrumentale en France est de 12 semaines de grossesse, soit 14 SA. De manière globale les participants pensent connaître ce délai à 55,7%. Cependant en s'intéressant à l'opinion des pharmaciens titulaires 50,6% pensent avoir la bonne information contre 54% des adjoints.

La différence est encore plus flagrante avec le délai de l'IVG médicamenteuse. Les pharmaciens titulaires avouent à 57% ne pas connaître ce délai, contre 50,7% des adjoints. Sachant que l'IVG médicamenteuse est la méthode autorisée en ville, les officinaux sont donc essentiellement confrontés à cette technique.

Une IVG médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à 7 semaines de grossesse, soit 9 SA en établissement de santé. En ville le délai maximum est de 5 semaines de grossesse, soit 7 SA.

De manière globale les réponses sont nuancées. Les délais légaux de l'IVG ne sont pas clairement connus des pharmaciens. Or il s'agit de la première information que les femmes recherchent. Ce délai est le premier élément pour orienter les femmes souhaitant avorter.

III.2.3 Expérience professionnelle

Les participants devaient ensuite indiquer à quelle fréquence il leur arrivait de répondre à des interrogations sur l'IVG au comptoir. Sur l'ensemble des questionnaires 53,7% des participants ont rarement à devoir répondre aux questions des femmes sur l'IVG.

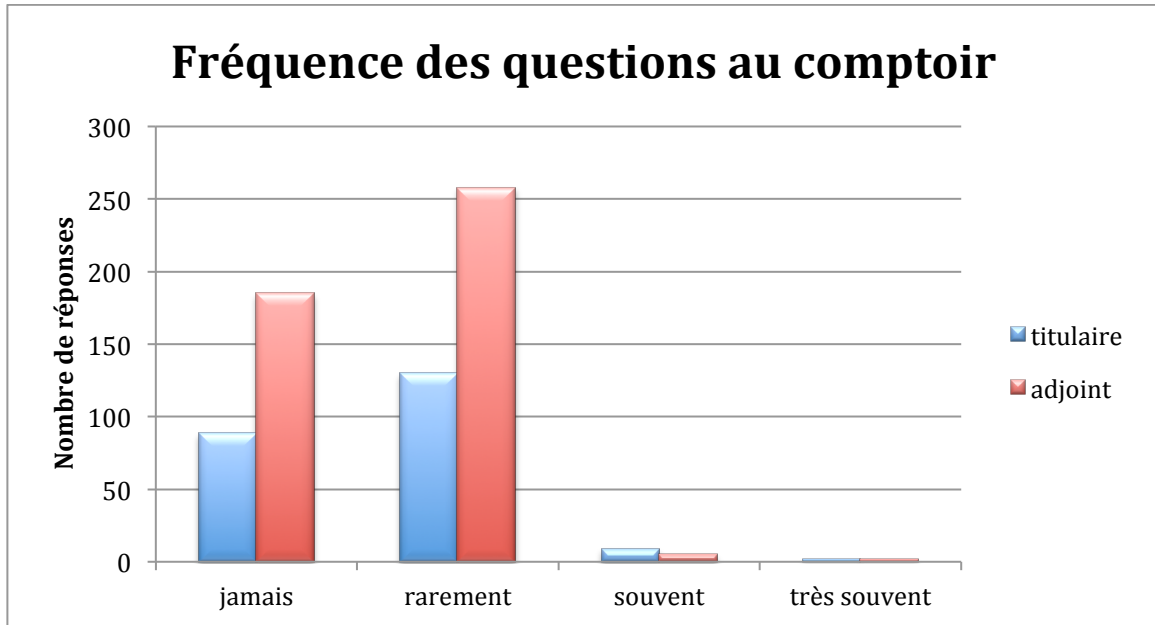


Figure 13 : Répartition des pharmaciens selon la fréquence des questions sur l'IVG au comptoir

De manière globale les pharmaciens sont peu confrontés aux questions des femmes sur l'IVG. Est-ce parce que les femmes pensent que le pharmacien n'est pas qualifié sur ce sujet ? Les femmes se sentent elles libres de parler de ce sujet avec le pharmacien au comptoir ? Les pharmaciens mettent ils en confiance les femmes en matière d'IVG ?

III.2.4 Orientation

L'efficacité de la prise en charge de l'IVG repose sur une bonne collaboration entre professionnels de santé. Ainsi nous demandions aux pharmaciens s'ils savent vers quels professionnels agréés orienter leurs patientes autour de leurs officines. Une large majorité a répondu oui, à 70% pour les titulaires et 72% pour les adjoints.

Les pharmaciens ont donc connaissance de l'environnement médical de leurs officines. Ils connaissent leurs collaborateurs qui pourront prendre en charge ces femmes.

En ville l'IVG est principalement réalisée par des gynécologues. D'après le rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes relatif à l'accès à l'IVG, 42% des médecins conventionnés sont des généralistes et 57% sont gynécologues obstétriciens ou médicaux. (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes 2013)

Cependant la prise en charge des femmes dans le cadre d'une IVG est très disparate. Par exemple, en Normandie les professionnels de santé réalisant les IVG médicamenteuses sont très inégalement réparties sur le territoire comme en témoigne la carte suivante.

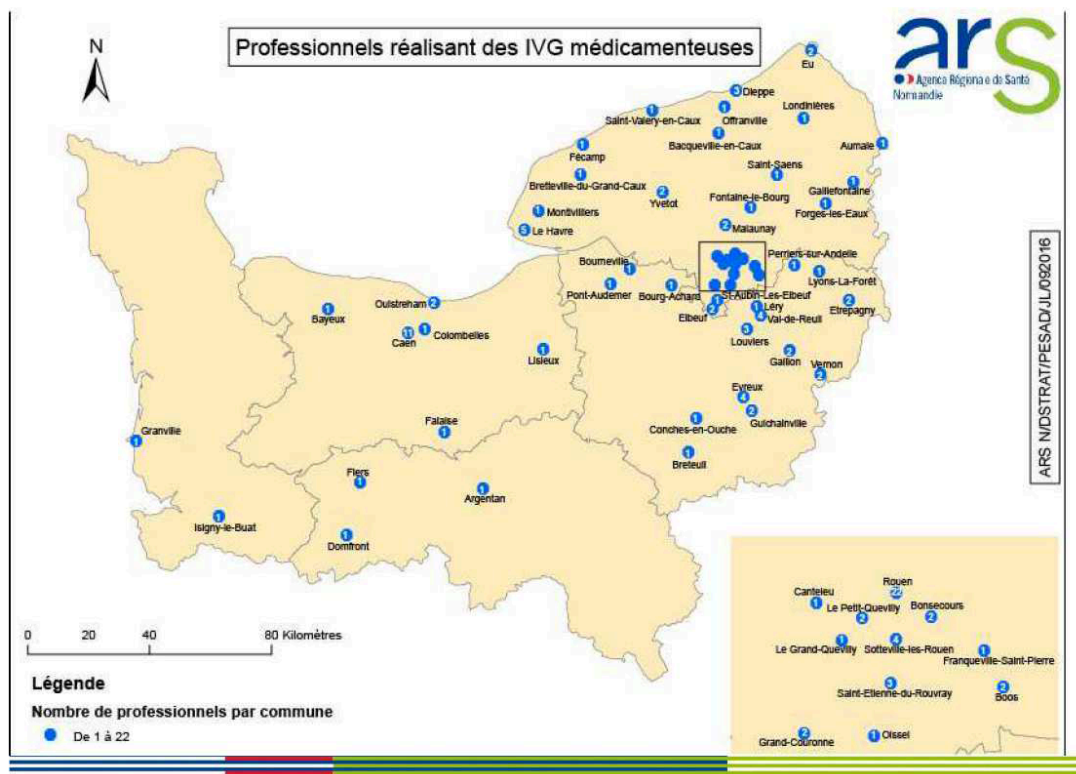


Figure 14: Répartition des professionnels réalisant l'IVG médicamenteuse en Normandie

C'est dans ce contexte que le gouvernement vient d'autoriser la réalisation d'IVG médicamenteuse aux sages-femmes, dans le but de palier au défaut d'offre de soins de certains territoires.

Le pharmacien doit donc s'adapter à l'environnement de son officine. Il doit connaître les établissements de santé de sa région réalisant les IVG, ainsi que les professionnels libéraux exerçant dans son environnement. Une bonne coopération entre professionnels de santé est essentielle pour une prise en charge optimale des patientes.

III.2.5. IVG médicamenteuse

La suite du questionnaire évoque plus particulièrement l'IVG par méthode médicamenteuse. Il s'agit de la méthode pour laquelle le pharmacien est le plus susceptible d'être confronté. En effet en ville la seule technique pratiquée est l'IVG médicamenteuse. Rappelons également que cette pratique est en constante augmentation. En 2013, 58% des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole.

Nous avons demandé aux pharmaciens s'ils connaissaient le protocole d'IVG médicamenteuse. De manière générale leurs réponses sont nuancées. 52,8% des pharmaciens titulaires avouent ignorer ce protocole. Tandis que 52,2% des adjoints pensent connaître la méthode médicamenteuse.

Cette désinformation peut être expliquée par le caractère « nouveau » de cette technique en ville. En effet l'IVG hors établissement de santé est autorisée que depuis 2004. La diffusion de l'IVG médicamenteuse en ville s'est faite de manière progressive. Cependant elle devient la technique de plus en plus choisie par les femmes.

Mais les médecins restent encore peu nombreux à pratiquer l'IVG en ville. Les praticiens libéraux jugeraient cette pratique peu valorisante, car chronophage, peu rémunératrice et lourde sur le plan administratif. (IGAS 2009) L'HCEfh affirme que cet acte médical n'est pas valorisé et valorisable dans la carrière d'un professionnel de santé. (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes 2013)

Pour les médecins qui pratiquent l'IVG dans leurs cabinets leurs motivations sont d'aider les femmes, de faciliter leur accès à l'IVG et de réduire les délais souvent trop longs, tout en soulageant les services hospitaliers débordés.(DREES 2009)

III.2.6 Délivrance

La partie suivante porte sur la dispensation du misoprostol et du mifépristone. En effet le pharmacien a pour rôle de délivrer aux professionnels de santé les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en ville. Ces spécialités répondent à des règles de délivrance bien particulières.

Là encore les réponses des participants sont partagées. De façon globale, 51,8% des personnes interrogées ne connaissent pas ces règles de dispensation. La majorité des pharmaciens titulaires, à 60% ne savent pas dispenser ces médicaments particuliers. Globalement nous pouvons affirmer que la méthode de dispensation du Mifégyne® et du Gymiso® n'est pas clairement acquise par la majorité des pharmaciens.

Par la suite les participants étaient interrogés sur leur expérience personnelle de délivrance. 53,2% des titulaires n'ont jamais délivré de commande à usage dans le but d'une IVG médicamenteuse. A l'inverse, 52% des pharmaciens adjoints ont déjà délivrés ces médicaments.

En tout sur 672 pharmaciens ayant répondu à cette question, 339 ont déjà délivré des ordonnances d'IVG médicamenteuses. Parmi ces derniers, la grande majorité dispense ce type de produit de façon occasionnelle, quelques fois par an globalement.

Fréquence de dispensation

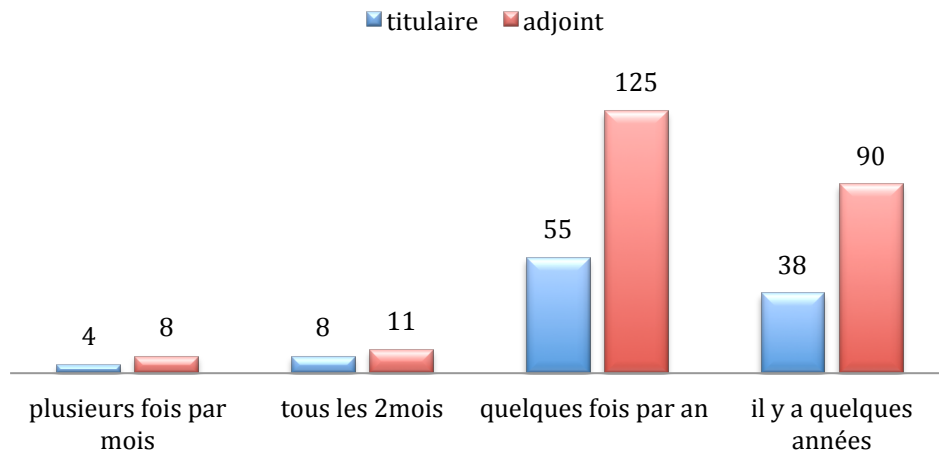


Figure 15: Répartition des pharmaciens selon leur fréquence de dispensation d'ordonnance d'IVG.

Selon le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, 25% des médecins conventionnés n'ont jamais « activé » leur convention, c'est à dire qu'ils n'ont jamais pratiqué d'IVG. De plus parmi les 75% réalisant des IVG, ils en pratiquent en moyenne 5 par mois. Ce chiffre peut expliquer la faible fréquence de dispensation par les pharmaciens.

Ces ordonnances émanent systématiquement de médecins conventionnés pour 62,2% des participants de notre étude.

**S'agit il systématiquement de prescriptions de
médecins conventionnés?**

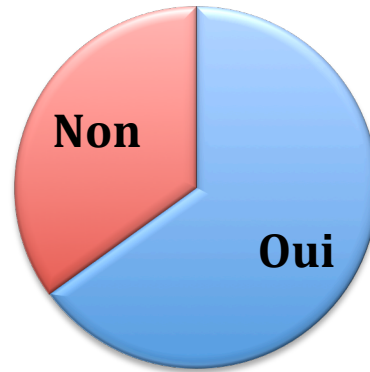


Figure 16 : Proportion de prescriptions de médecins conventionnés

III.2.7 Effets indésirables

❖ Douleur

La douleur est l'effet indésirable quasiment systématique lors d'une IVG. Son intensité varie d'une femme à l'autre mais sa prise en charge est la même que ce soit lors d'une IVG en ville ou à l'hôpital.

La grande majorité des pharmaciens interrogés se sentent capable de prendre en charge la douleur de ces femmes. En effet 65% des titulaires et 71,8% des adjoints connaissent la prise en charge de la douleur liée à l'IVG médicamenteuse.

Dans une étude publiée en 2005 sur 433 patientes ayant réalisé une IVG sans hospitalisation, 22,8% de ces femmes ont trouvé intolérable l'intensité de la douleur. Il s'agit de l'effet indésirable le moins bien toléré par les patientes.(Faucher et al 2005)

❖ Saignements

Cependant pour la prise en charge des saignements, les participants semblent plus nuancés. Les titulaires se détachent des résultats et estiment à 60,7% être capable de prendre en charge les saignements des femmes ayant subi une IVG. Tandis que les adjoints sont 51,3% à savoir prendre en charge cet effet secondaire.

Pourtant les saignements constituent un point essentiel de la surveillance post IVG. Ils sont quasiment systématiques mais leur abondance et leur durée peuvent être le signe de complication.

❖ Troubles gastro-intestinaux

Les troubles gastro-intestinaux sont liés directement au mode d'action des molécules utilisées dans l'IVG. Notre étude montre que 49,8% des personnes interrogées ne connaissent pas la prise en charge de ces effets indésirables. Les réponses des participants sont partagées. Nous ne pouvons pas en conclure sur leur

aptitude à gérer au comptoir les troubles gastro-intestinaux des femmes ayant subi une IVG.

❖ Fièvre

La fièvre est un effet secondaire lié à la prostaglandine administrée. Les réponses des participants sont nuancées. En effet 47,6% des titulaires et 50,4% des adjoints connaissent la prise en charge de cet effet. Il est difficile de conclure que la fièvre serait correctement prise en charge au comptoir dans le cadre d'un avortement.

III.2.8 Signes d'alerte

Savoir reconnaître et prendre en charge les effets secondaires précédemment cités permet au professionnel de santé de définir les signes d'alerte nécessitant une consultation. La patiente doit connaître ces symptômes et leur durée. Elle doit savoir à partir de quand contacter le médecin ou les urgences. Cependant le pharmacien peut être consulté pour être rassuré, et déterminer le degré d'urgence de la prise en charge.

Les pharmaciens interrogés déclarent en large majorité ne pas connaître les signes d'alerte nécessitant une consultation après une IVG : 64,9% des adjoints et 53,7% des titulaires.

Pourtant la connaissance de ces signes d'alerte permettrait d'éviter les complications. Au cours de l'IVG médicamenteuse les complications sont l'hémorragie nécessitant un geste hémostatique, voir une transfusion, et l'infection. Ces complications sont très rares. Leur prise en charge est d'ailleurs la même que pour un avortement spontané.

On estime entre 0 et 0,2% le taux d'hémorragies nécessitant une transfusion et 0,3-2,6% celui d'hémorragies nécessitant une aspiration au cours de l'avortement médicamenteux. L'infection survient dans 0,9% des cas. (CNGOF 2004)

L'IVG médicamenteuse est donc une méthode sûre et efficace pour les femmes l'ayant choisi. Elles sont d'ailleurs 88 à 97% à avoir déclaré être très satisfaite de cette méthode. (Faucher et al 2005) Une étude française de I. Dagousset publie que 78,8 % des femmes recommanderaient la prise du misoprostol à domicile pour un autre avortement médicamenteux.

Cependant les femmes n'étant pas hospitalisées au cours de leur IVG doivent être prise en charge le plus rapidement possible si l'un de ces signes d'alerte apparaît. En effet il est important de rester vigilant sur l'abondance et la durée des saignements. Ces limites critiques peuvent être considérées comme des signes d'alerte mais les femmes ne les détectent pas toujours. L'IVG médicamenteuse en ville est une méthode sûre à condition que les signes d'alerte soient reconnus suffisamment tôt.

III.2.9 Connaissances

Les réponses souvent nuancées aux questions précédentes trouvent une explication dans la dernière question du questionnaire. 87% des participants reconnaissent ne pas avoir les connaissances suffisantes sur l'IVG médicamenteuse.

Ce constat est encore plus flagrant chez les pharmaciens. 84,3% des titulaires et 89,3% des adjoints ont déclaré avoir des lacunes sur le sujet.

Ce manque de connaissance s'explique par l'absence de formation. 85% des titulaires n'ont pas reçu d'enseignement sur l'IVG.

Parmi les 1001 participants, seulement 185 confirment avoir eu une formation. Ces derniers ont, à 75%, été formé sur le sujet à la fac. En deuxième position apparaît les DPC. Ils permettent aux pharmaciens et à leur équipe de continuer à mettre à jour leurs connaissances.

Les participants ont déclaré consulter les revues scientifiques à ce sujet. Ils ont cité la revue Prescrire et le Vidal reco entre autre.

Enfin les intervenants médicaux forment les officinaux sur le sujet. Des soirées à thème sont organisées, ainsi que des conférences de gynécologues.

Sources des connaissances

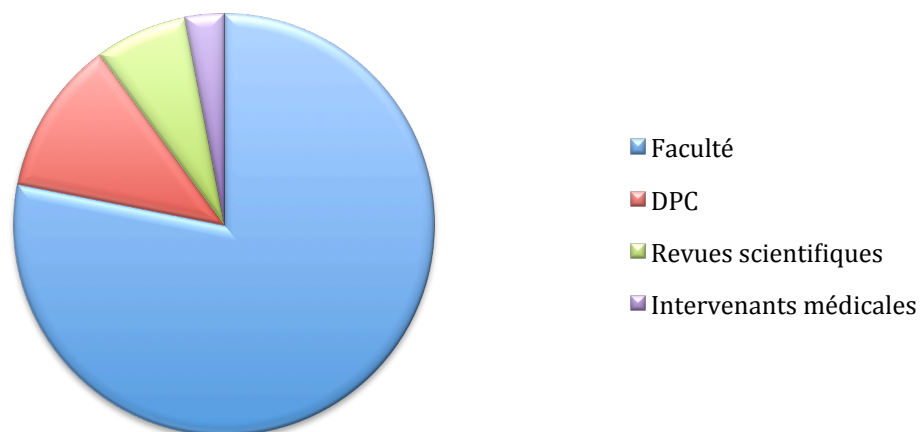


Figure 17 : Sources des connaissances des officinaux sur l'IVG

Ce manque de formation des professionnels de santé est souligné dans le rapport sur l'IVG du Haut Conseil à l'Égalité. Il affirme que les professionnels sont nombreux à ne pas maîtriser le cadre légal de l'IVG. Ceci mènerait à une mauvaise orientation de ces femmes.

Ce rapport rappelle que les médecins au cours de leur cursus universitaire n'ont que quelques heures d'enseignement dédiées à la santé sexuelle et reproductive.

Comme leurs confrères, les participants pharmaciens de notre questionnaire parlent de formation « express » au cours de leurs études. En PACES seulement 1,5h est dédiée à la question de l'IVG dans l'UE7 à la Santé, Société et Humanité.

Ce même rapport recommande d'inscrire l'IVG dans les formations des médecins, les DPC et les DIU.

Cette recommandation pourrait être appliquée aux études de pharmacie. Une formation approfondie des pharmaciens sur le sujet leur permettrait de disposer des bonnes informations pour orienter ces femmes, les écouter et répondre à leurs inquiétudes. Selon l'IGAS le manque de formation des professionnels peut entraîner des attitudes culpabilisantes et moralisatrices envers ces femmes. (IGAS 2009)

III.2.10 Clause de conscience

Certains participants au questionnaire ont émis quelques remarques sur le coté éthique du sujet. Le scandale médiatique autour de la clause de conscience pourrait concerner l'IVG. En effet selon une étude du conseil national sur 3 000 pharmaciens interrogés 85 % désiraient l'instauration d'une clause de conscience.

Le projet d'article du gouvernement sur la question était le suivant : « Sans préjudice du droit des patients à l'accès ou à la continuité des soins, le pharmacien peut refuser d'effectuer un acte pharmaceutique susceptible d'attenter à la vie humaine. Il doit alors informer le patient et tout mettre en œuvre pour s'assurer que celui-ci sera pris en charge sans délai par un autre pharmacien. Si tel n'est pas le cas, le pharmacien est tenu d'accomplir l'acte pharmaceutique.».

Certains y ont vu une menace pour le droit à l'avortement et l'accès à la contraception notamment. Cette clause aurait pu être une excuse légale de certains pharmaciens pour ne pas délivrer de moyens contraceptifs ou pour refuser la délivrance de substances abortives.

Certains participants au questionnaire diffusé ont déclaré être favorable à cette clause de conscience dans le cadre de l'IVG, déclarant cet acte de soin « criminel ». Bien que l'accès à IVG soit une obligation de service public, cette dernière est encore décriée.

Finalement le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens a renoncé à introduire une clause de conscience explicite, dans son projet de refonte du code de déontologie des pharmaciens.

IV. Fiche pratique pour l'exercice officinal

Après avoir ciblé l'état des connaissances des pharmaciens sur l'IVG médicamenteuse, voici une fiche synthétique à destination des pharmaciens pour améliorer leur pratique.

Le but est d'accueillir, orienter et prendre en charge les patients souhaitant réaliser une IVG, tout en ayant les bonnes informations à disposition. Cette fiche a pour objectif de pouvoir répondre à leurs questions après une IVG et optimiser la prise en charge de leurs effets secondaires.

IVG : Connaissances pratiques pour le pharmacien

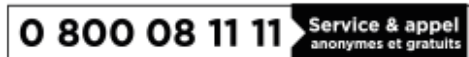
Information et orientation :

www.ivg.gouv.fr

Centre de planification et professionnels conventionnés

Numéro vert

Numéro vert :



Sexualités - Contraception - IVG

Protocole IVG médicamenteuse en ville

- J0 : 600 mg de mifépristone, 3 cp de Mifégyne
- 36 à 48 h après : 400 μ g 2 cp de misoprostol Cytotec Gymiso

Délais :

- IVG instrumentale **12 semaines** de grossesse, (14 SA)
- IVG médicamenteuse en ville : **5 semaines** de grossesse, (7 SA) en établissement de santé : **7 semaines** de grossesse (9 SA)

Règles de dispensation du Gymiso et Mifégyne

A qui : Médecins et sages-femmes conventionnés

Sur ordonnance, en précisant : le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse, datée et signée

Mentions obligatoires : usage professionnel, le nom des médicaments et la quantité désirée, le nom de l'établissement de santé avec lequel le prescripteur a conclu une convention et la date de celle-ci

Mentions à apposer : le timbre de l'officine, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier, la dénomination du médicament, la date d'exécution, la quantité délivrée.

Prise en charge des principaux effets secondaires

Douleur : paracétamol, AINS, paracétamol-codéiné

Conseiller une bouillote chaude, des massages abdominaux

Saignements : la période ne doit pas excéder 2 à 4 heures

Troubles gastro-intestinaux : Pour limiter ces effets, déjeuner avant la prise de misoprostol, boire abondamment pour éviter la déshydratation

En cas de vomissement dans les 2 heures suivant la prise de mifépristone reprendre la prise

Signes d'alerte :

- Imprégner plus de deux serviettes hygiéniques « maxi » en une heure et ceci durant plus de 2 heures
- Fièvre supérieure à 38°C persistante ou apparaissant plus de 6 à 8 heures après la prise de misoprostol
- Aucun saignement survenant dans les 24h suivant la prise de misoprostol

Conclusion

L'IVG est un droit que les femmes ont acquis en France depuis 1975. Cependant il est de nos jours souvent remis en question dans de nombreux pays. C'est pourquoi le gouvernement français s'efforce depuis des années à faciliter son accès et garantir son droit.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de 2004 sur l'IVG médicamenteuse en ville sont une avancé considérable pour ces femmes. Cette loi leur permet de choisir le professionnel de santé et l'environnement qu'elles souhaitent pour leur avortement.

Cette pratique se démocratise de plus en plus en médecine de ville. Le pharmacien d'officine est donc de plus en plus susceptible d'y faire face au comptoir. Cependant d'après notre étude la formation des pharmaciens sur le sujet n'évolue pas pour autant.

Les pharmaciens ne sont pas à l'aise pour orienter ces femmes au comptoir. La prise en charge des effets secondaires de l'IVG (douleur, saignements, fièvre...) n'est pas toujours claire.

De plus, nous avons vu que la délivrance à l'officine des substances abortives répond à des réglementations bien particulières, qui malheureusement ne sont pas connues pour la majorité des pharmaciens.

Notre fiche synthétique rédigée à l'issu de cette thèse vise à donner quelques connaissances de base pour répondre aux maximums de questions sur l'IVG au comptoir. Son intérêt pratique pourra être étudié quelques mois après sa diffusion en officine.

Les pharmaciens ont un rôle important à jouer afin de démocratiser l'IVG en ville et de sécuriser sa pratique. Ils sont des interlocuteurs de première ligne pour ces femmes.

Avortement

NOTRE VENTRE,
NOUS APPARTIENT

● La liste de signatures de la page précédente est un premier acte de révolte. Pour la première fois, les femmes ont décidé de lever l'interdit qui pèse sur leur ventre : des femmes du Mouvement de Libération des Femmes, du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement, des femmes qui travaillent, des femmes au foyer.

Au Mouvement de Libération des Femmes, nous ne sommes ni un parti, ni une organisation, ni une association, et encore moins leur filiale féminine. Il s'agit là d'un mouvement historique qui ne groupe pas seulement les femmes qui viennent au M.L.F., c'est le mouvement de toutes les femmes qui, là où elles vivent, là où elles travaillent, ont décidé de prendre en main leur vie et leur libération.



Avortement

Mot qui semble exprimer et limiter une fois pour toutes le combat féministe. Etre féministe, c'est lutter pour l'avortement libre et gratuit.

Avortement

C'est une affaire de bonnes femmes, quelque chose comme la cuisine, les langes, quelque chose de sale. Lutter pour obtenir l'avortement libre et gratuit, cela a l'air dérisoire ou mesquin. Toujours cette odeur d'hôpital ou de nourriture, ou de caca derrière les femmes.

La complexité des émotions liées à la lutte pour l'avortement indique avec précision notre difficulté d'être, le mal que nous avons à nous persuader que cela vaut le coup de se battre pour nous. Il va de soi que nous n'avons pas comme les autres êtres humains le droit de disposer de notre corps. Pourtant notre ventre nous appartient.

L'avortement libre et gratuit n'est pas le but ultime de la lutte des femmes. Au contraire il ne correspond qu'à l'exigence la plus élémentaire, ce sans quoi le combat politique ne peut même pas commencer. Il est de nécessité vitale que les femmes récupèrent et réintègrent leur corps. Elles sont celles de qui la condition est unique dans l'histoire : les êtres humains qui, dans les sociétés modernes, n'ont pas la libre disposition de leur corps. Jusqu'à présent, seuls les esclaves ont connu cette condition.

Les scandales persistent. Chaque année 1 500 000 femmes vivent dans la honte et le désespoir, 5 000 d'entre nous meurent. Mais l'ordre moral n'en est pas bouculé. On voudrait crier.

L'avortement libre et gratuit c'est :

- cesser immédiatement d'avoir honte de son corps, être fière et fière de son corps comme tous ceux qui jusqu'ici en ont eu le plein emploi;
- ne plus avoir honte d'être une femme. Un ego qui fout le camp en petits morceaux, c'est ce qu'éprouvent toutes les femmes qui doivent pratiquer un avortement clandestin;
- être soi à tout moment, ne plus avoir cette crainte ignoble d'être « prise », prise au piège, d'être double et impuissante avec une espèce de tumeur dans le ventre;
- un combat enthousiasmant, dans la mesure où, si je le gagne, je com-

mence seulement à m'appartenir en propre et non plus à l'Etat, à une famille, à un enfant dont je ne veux pas;

● une étape pour parvenir au contrôle complet de la production des enfants. Les femmes comme tous les autres producteurs ont de fait le droit absolu au contrôle de toutes leurs productions. Ce contrôle implique un changement radical des structures mentales des femmes et un changement non moins radical des structures de la société.

1. Je ferai un enfant si j'en ai envie, nulle pression morale, nulle institution, nul impératif économique ne peut m'y contraindre. Cela est mon pouvoir politique. Comme tout producteur, je peux, en attendant mieux, faire pression sur la société à travers ma production (grève d'enfants).

2. Je ferai un enfant si j'en ai envie et si la société dans laquelle je le fais naître est convenable pour moi, si elle ne fait pas de moi l'esclave de cet enfant, sa nourrice, sa bonne, sa tête de Turc.

3. Je ferai un enfant si j'en ai envie, si la société est convenable pour moi et convenable pour lui, j'en suis responsable, pas de risques de guerres, pas de travail assujéti aux cadences.

Lutter contre notre oppression c'est faire éclater toutes les structures de la société et, en particulier, les plus quotidiennes. Nous ne voulons aucune part ni aucune place dans cette société qui s'est édifiée sans nous et sur notre dos. Quand le peuple des femmes, la partie à l'ombre de l'humanité, prendra son destin en main, c'est alors qu'on pourra parler d'une révolution.

Un Mouvement pour la Liberté de l'Avortement s'est constitué, qui regroupe toutes celles et ceux qui sont prêts à lutter jusqu'au bout pour l'avortement libre. Ce mouvement a pour but de susciter des groupes de quartier et d'entreprise, de coordonner une campagne d'explication et d'information, de se transformer en mouvement de masse seul capable d'imposer notre droit à disposer de nous-mêmes.

Les dix
commandements
de l'Etat bourgeois

● Fœtus plutôt qu'être humain choisiras quand cet être humain est femelle.

● Femme point n'avorteras tant que Debré réclamera 100 millions de Français.

● 100 millions de Français tu auras, tant que ça ne te coûte rien.

● Particulièrement sévère seras avec femelles pauvres ne pouvant aller en Angleterre.

● Ainsi volant de chômage tu auras pour faire plaisir à tes capitalistes.

● Très moraliste tu seras, car Dieu sait ce que « nos » femmes feraient si libres.

● Fœtus tu préserveras, car plus intéressant de les tuer à 18 ans, âge de la conscription.

● Grand besoin tu en auras car politique impérialiste tu poursuivras.

● Toi-même contraception utiliseras, pour envoyer rares enfants à Polytechnique ou l'E.N.A. parce qu'appartient 10 pièces seulement.

● Quant aux autres, pilule dénigreras, car il ne manquerait plus que ça.

Non à la
liberté surveillée

La bataille qui s'est engagée autour de l'avortement se passe au-dessus de la tête des principales intéressées, les femmes. La question de savoir si la loi doit être libéralisée, la question de savoir quels sont les cas où l'on peut se permettre l'avortement, en bref la question de l'avortement thérapeutique ne nous intéresse pas parce qu'elle ne nous concerne pas.

L'avortement thérapeutique exige de « bonnes » raisons pour avoir la « permission » d'avorter. En clair cela signifie que nous devons mériter de ne pas avoir d'enfants. Que la décision d'en avoir ou pas ne nous appartient pas plus qu'avant. Le principe reste qu'il est légitime de forcer les femmes à avoir des enfants.

Une modification de la loi, en permettant des exceptions à ce principe, ne ferait que le renforcer. La plus libérale des lois réglementerait encore l'usage de notre corps. L'usage de notre corps n'a pas à être réglementé. Nous ne voulons pas des tolérances, des bribes de ce que les autres humains ont de naissance : la liberté d'user de leur corps comme ils l'entendent. Nous nous opposons autant à la loi Peyret ou au projet A.N.E.A. qu'à la loi actuelle comme nous nous opposerons à toute loi qui prétendra régler d'une façon quelconque notre corps. Nous ne voulons pas une meilleure loi, nous voulons sa suppression pure et simple. Nous ne demandons pas la charité, nous voulons la justice. Nous sommes 27 000 000 rien qu'ici. 27 000 000 de « citoyens » traités comme du bétail.

Aux fascistes de tout poil — qu'ils s'avouent comme tels et nous matraquent ou qu'ils s'appellent catholiques, intégristes, démographes, médecins, experts, juristes, « hommes responsables », Debré, Peyret, Lejeune, Pompidou, Chauchard, le pape — nous disons que nous les avons démasqués. Que nous les appelons les assassins du peuple. Que nous leur interdissions d'employer le terme « respect de la vie » qui est une obscénité dans leur bouche. Que nous sommes 27 000 000. Que nous luttons jusqu'au bout parce que nous ne voulons rien de plus que notre dû : la libre disposition de notre corps.

J'ai signé parce que...

J'ai signé parce que j'ai perdu trop de sang et vous voudriez en plus que je me taise. C'est fini ça. Maintenant on parle. Monsieur le législateur qu'est-ce que tu as comme sang sur les mains et tu ne t'en aperçois même pas, tu te promènes comme ça. Mais on va te mettre le nez dedans. La loi dit, tous sont égaux devant la loi. Et puis ta loi frappe sélectivement une seule catégorie. Et puis tu prends des airs de moraliste. Tricheur. Tu codifies mes fonctions physiologiques. Tu décris en détail ce qui se passe à l'intérieur de mon ventre. Tu mets ça dans le « Journal officiel ». Quelle indécence. Et c'est de moi que tu exiges de la pudeur. C'est comme ça que tu appelles mon silence qui t'arrange bien. Hypocrite. Mais le silence est rompu. On te montre du doigt. Et tout le monde va voir ton vrai visage. Quelle horreur.

Une signataire.

Des signataires, des femmes du Mouvement de libération des femmes, du Mouvement pour la liberté de l'avortement.

UN APPEL DE 343 FEMMES

Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre (1).

SIGNATURES

J. ABBA-SIDICK
Janita ABDALLEH
Monique ANFREDON
Catherine ARDITI
Maryse ARDITI
Hélène ARGELLES
Françoise ARNOUL
Florence ASIE
Isabelle ATLAN
Brigitte ALBER
Stéphane AUDRAN
Colette AUDRY
Tina ALJUMONT
L. AZAN
Jacqueline AZIM
Micheline BABY
Geneviève BACHELIER
Cécile BALLIF
Néna BARATIER
D. BARD
E. BARDIS
Anne de BASCHER
C. BATTI
Chantal BAULIER
Hélène de BEAUVOIR
Simone de BEAUVOIR
Colette BEC
M. BÉDIOU
Michèle BÉDOS
Anne BELLE
Lolliè BELLON
Edith BENOIST
Anita BENOIT
Aude BERGER
Dominique BERNABÉ
Jocelyne BERNARD
Catherine BERNHEIM
Nicole BERNHEIM
Tania BESCOMD
Jeanine BEYLOT
Monique BIGOT
Fabienne BIGUET
Nicole BIZE
Nicole de BOISANGER
Valérie BOISGEL
Y. BOISSAIRE
Sylvine BOISSONNADE
Mérine BONZON
Françoise BOREL
Ginette BOSSAVIT
Olige BOST
Anne-Marie BOUGE
Pierrette BOURDIN
Monique BOURROUX
Bénédict BOYSSON-BARDIES
M. BRACONNIER-LECLERC
M. BRAUN
André BRUMEAUX
Dominique BRUMEAUX
Marie-Françoise BRUMEAUX
Jacqueline BUSSET
Françoise de CAMAS
Anne CAMUS
Ginette CANO
Ketty CENEL
Jacqueline CHAMBORD

Josiane CHANEL
Danièle CHASKY
Claudine CHONEZ
Martine CHOSSON
Catherine CLAUDE
M. Louise CLAYE
Françoise CLAVEL
la CLERT
Geneviève CLUNY
Annie COHEN
Florence COLLIN
Anne CORDONNIER
Anne CORNALY
Chantal CORNIER
J. CORVISIER
Michèle CRISTOFARI
Lydia CRUSE
Christiane DANCOURT
Hélène DAKIS
Françoise DARDY
Anne-Marie DAUMONT
Anne DAUZON
Martine DAYEN
Catherine DECHEZELLE
Marie DEDIEU
Lise DEHARME
Claire DELPECH
Christine DELPHY
Catherine DENEUVE
Dominique DESANTI
Geneviève DESCHAMPS
Claire DESHAYES
Nicole DESPINEY
Catherine DEUDON
Sylvie DIARTE
Christine DIAZ
Arlette DONATI
Gilberte DOPPLER
Danièle DREVET
Evelyne DROUX
Dominique DUBOIS
Muguette DUROIS
Dolores DUBRANA
C. DUFOUR
Elyane DUGNY
Simone DUMONT
Christiane DUPARC
Pierrette DUPERRAY
Annie DUPUIS
Marguerite DURAS
Françoise d'EAUBONNE
Nicole ECHARD
Isabelle EHNI
Myrtho ELFORT
Danièle EL-GHARBAOUI
Françoise ELIE
Arlette ELKAIM
Barbara ENU
Jacqueline d'ESTREE
Françoise FABIAN
Anne FABRE-LUCE
Annie FARGUE
J. FOLIOT
Brigitte FONTAINE
Antoinette FOUQUE-GRUGNARDI
J. FRUHLING
Danièle FULGENT
Madeleine GABULA
Yvonne GACON
Lucie GARCIA-VILLE
Monique GARNIER
Miche GARRIGUE
Geneviève GASSEAU

Geneviève GAUBERT
Claude GENIA
Elyane GERMAIN-HORELLE
Dora GERSCHENFELD
Michèle GIRARD
F. GOGAN
Hélène GONIN
Claude GORODESKY
Marie-Luce GORSE
Deborah GORVIER
Martine GOTTLIB
Rosine GRANGE
Rosemonde GROS
Valérie GROSSARD
Lise GRUNDMAN
A. GUERRAND-HERMES
Françoise de GRUSON
Catherine GUYOT
Sisèle HALIMI
Herta HANSMANN
Noëlle HENRY
M. HERY
Nicole HIGELIN
Dorine HORST
Raymonde HUBSCHMID
Y. IMBERT
L. JALIN
Catherine JOLY
Colette JOLY
Yvette JOLY
Hermine KARAGHEUZ
Ugne KARVELIS
Katia KAUPP
Nanda KERIEN
F. KORN
Hélène KOSTOFF
Marie-Claire LABIE
Myriem LABORDE
Anne-Marie LAFALRIE
Bernadette LAFONT
Michèle LAMBERT
Monique LANGE
Maryse LAPERGUE
Catherine LARNICOL
Sophie LARNICOL
Monique LASCAUX
M.-T. LATREILLE
Christiane LAURENT
Françoise LAVALLARD
G. LE BONNIEC
Danièle LEBRUN
Annie LECLERC
M.-France LE DANTEC
Colette LE DIGOL
Violette LEDUC
Martine LEDUC-AMEL
Françoise LE FORESTIER
Michèle LEGUISE-VIAN
M. Claude LEJAILLE
Mireille LEJUVRE
Michèle LEMONNIER
Françoise LENTIN
Joëlle LEQUEUX
Emmanuelle de LESSEPS
Anne LEVAILLANT
Dora LEVY
Irène LHOMME
Christine LINAS
Sabine LODS
Marceline LORIDAN
Edith LOSER
Françoise LUGAGNE
M. LYLEIRE
Judith MAGRE
C. MAILLARD

Michèle MANCEAUX
Bonne de MANDIARGUES
Michèle MARQUAIS
Anne MARTELLE
Monique MARTENS
Jacqueline MARTIN
Milika MARTIN
Renée MARZUK
Colette MASSBOU
Celia MAULIN
Liliane MAURY
Edith MAYEUR
Jeanne MAYNIAL
Odile du MAZAUBRUN
Marie-Thérèse MAZEL
Gaby MEMMI
Michèle MEHIZ
Marie-Claude MESTRAL
Maryvonne MEURAUD
Josiane MEYER
Noëlle MEYNIER
Charlotte MILLAU
M. de MIROSCHOJJI
Geneviève MNICH
Ariane MNOUCHKINE
Colette MOREAU
Jeanne MOREAU
Liliane MOREAU
Michèle MORETTI
Lydia MORIN
Marianne MOULERGUES
Liane MOZERE
Nicole MUCHNIK
C. MUFFONG
Véronique NAHOUM
Elyane NAVARRO
Herviette NIZAN
Liliane de NOBILI
Butte OGIER
J. OLENA
Janine OLIVIER
Wanda OLIVIER
Yvette ORENGO
Ito OSHIER
Gege PARDO
Elisabeth PARGNY
Jeanne PASQUIER
M. PELLETIER
Jacqueline PEREZ
M. PEREZ
Nicole PERROTTE
Sophie PIANKO
Odette PICQUET
Marie PILLET
Elisabeth PIMAR
Marie-Françoise PISIER
Olige POLIAKOFF
Danièle POUX
Micheline PRESLE
Anne-Marie QUAZZA
Marie-Christine QUESTERBERT
Susy RAMBAUD
Gisèle REBILLION
Gisèle REBOUL
Arlette REINERT
Arlette REPART
Christiane RIBEIRO
M. RIBEYROL
Delys RIBES
Marie-Françoise RICHARD
Suzanne RIGAIL-BLAISE
Marcelle RIGAUD
Laurence RIGAUT
Danièle RIGAUT
Danielle RIVA

M. RIVA
Claude RIVIERE
Marthe ROBERT
Christiane ROCHFORT
J. ROGALDI
Chantal ROGEON
Francine ROLLAND
Christiane RORATO
Germaine ROSSIGNOL
Hélène ROSTOFF
G. ROTH-BERNSTEIN
C. ROUSSEAU
Françoise ROUTHIER
Danièle ROY
Yvette RUDY
Françoise SAGAN
Rachel SALIK
Renée SAUREL
Marie-Ange SCHILTZ
Lucie SCHMIDT
Sylvie SFEZ
Scania de SCHONEN
Monique SELIM
Liliane SENDYKE
Claudine SERRÉ
Colette SERT
Jeanine SERT
Catherine de SEYNE
Delphine SEVRIG
Sylvie SFEZ
Liliane SIEGEL
Annie SINTUREL
Michèle SIRIOT
Michèle STEMER
Cécile STERN
Alexandra STEWART
Gaby SYLVIA
Francine TABET
Danièle TARDREW
Annie TERRAMORSI
Arlette TETHARY
Joëlle THEVENET
Marie-Christine THEURKAUFF
Constance THIBAUD
Joy THIBAUT
Rose THIERRY
Suzanne THIVIER
Sophie THOMAS
Nedine TRINTIGNANT
Irène TUNIC
M. PEREZ
Nicole PERROTTE
Sophie PIANKO
Odette PICQUET
Marie PILLET
Elisabeth PIMAR
Marie-Françoise PISIER
Olige POLIAKOFF
Danièle POUX
Micheline PRESLE
Anne-Marie QUAZZA
Marie-Christine QUESTERBERT
Susy RAMBAUD
Gisèle REBILLION
Gisèle REBOUL
Arlette REINERT
Arlette REPART
Christiane RIBEIRO
M. RIBEYROL
Delys RIBES
Marie-Françoise RICHARD
Suzanne RIGAIL-BLAISE
Marcelle RIGAUD
Laurence RIGAUT
Danièle RIGAUT
Danielle RIVA

(1) Parmi les signataires, des militantes du « Mouvement de Libération des Femmes » réclament l'avortement libre et GRATUIT.

Pour l'envoi des signatures, écrire à B.P. : F.M.A. 370.13 Paris.

LIRE, PAGE 40, NOTRE DOSSIER SUR L'AVORTEMENT

ANNEXE 2



N° 12312*03

Ce modèle Cerfa a cours également en bleu

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article L. 2212-10 du Code de la santé publique
Article 5 de la convention type prévue à
l'article R. 2212-9 du même code.

Ce bulletin
ne doit faire
aucune mention de
l'identité
de la femme

Cachet de l'établissement

À remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical, sauf réintervention chirurgicale à la suite d'un échec d'IVG médicamenteuse.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

<input type="checkbox"/> Département	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lieu de l'acte médical	LI	<input type="checkbox"/> Statut de l'établissement	ST
	DEP	Hôpital ou clinique	<input type="checkbox"/> 1	<i>avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte. Ne concerne que les items 1, 2 et 3 du lieu de l'acte médical</i>	
Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976		Cabinet de gynécologie	<input type="checkbox"/> 2	Public	<input type="checkbox"/> 1
		Cabinet de généraliste ou autre	<input type="checkbox"/> 3	Privé à but non lucratif	<input type="checkbox"/> 2
		Centre de planification ou d'éducation familiale ...	<input type="checkbox"/> 4	Privé à but lucratif	<input type="checkbox"/> 3
		Centre de santé	<input type="checkbox"/> 5		

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

<input type="checkbox"/> Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATNAI
	mois année	
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	LNAIS
<i>(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, COM (ex-TOM) = 098, Étranger: Europe = EUR ; Maghreb = AFN, Autres pays d'Afrique = AFR ; Asie = ASI; Autres pays = AUT)</i>		
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de domicile	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DOM
<input type="checkbox"/> Activité professionnelle		ACT
Cocher une case		
Occupe un emploi	<input type="checkbox"/> 1	
Actuellement au chômage	<input type="checkbox"/> 2	
Femme au foyer	<input type="checkbox"/> 3	
Étudiante ou élève	<input type="checkbox"/> 4	
Autre	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Vie en couple	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	VEC
	Oui Non	

C. DONNÉES MÉDICALES

<input type="checkbox"/> Date de l'acte médical	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DA
	jour mois année	
<i>Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale. Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE.</i>		
<input type="checkbox"/> Durée d'aménorrhée	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DSAS DSAJ
	en semaines et en jours	semaines jours
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?		
<i>C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L. 2213-1)</i>		
Oui	<input type="checkbox"/> 1	IMG
Non	<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> Technique employée		
Cocher une ou plusieurs cases		
Chirurgicale avec anesthésie locale	<input type="checkbox"/>	TCL
Chirurgicale avec anesthésie générale	<input type="checkbox"/>	TCG
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	TM
<input type="checkbox"/> Nombre de naissances antérieures	<input type="text"/> <input type="text"/>	GA
<input type="checkbox"/> Nombre d'IVG antérieures	<input type="text"/> <input type="text"/>	IVGA
	<i>Si première IVG coder 00</i>	
<input type="checkbox"/> Année de l'IVG précédente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AIVG

Cachet et signature du médecin

ANNEXE 3

CONVENTION TYPE

CONVENTION TYPE PREVUE AUX ARTICLES L. 2212-2 ET R. 2212-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE FIXANT LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES MEDECINS REALISENT, HORS ETABLISSEMENT DE SANTE.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE PAR VOIE MÉDICAMENTEUSE

Entre l'établissement de santé...

, sis....

représenté par M. ou Mme....

dûment mandaté en qualité de...

et M. ou Mme....

docteur en médecine, dont le cabinet est situé....

il est convenu ce qui suit :

Article 1er

L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11.

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin. Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à l'établissement qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente.

Article 4

L'établissement de santé s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Le médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment, par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée, envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Article 8

Une copie de la présente convention est transmise, pour information, par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Signature Docteur

**Signature du responsable de l'Etablissement et
cachet de l'Etablissement**

ANNEXE 4

IVG

MON CORPS, MON CHOIX, MON DROIT

JE SOUHAITE INTERROMPRE MA GROSSESSE

1 JE PRENDS RENDEZ-VOUS AVEC UN MEDECIN SANS TARDER

2 1^{ERE} CONSULTATION

- Le médecin m'informe et me remet de la **documentation**, je n'hésite pas à lui poser des questions
- S'il ne pratique pas lui-même l'IVG, il me donne une **liste de spécialistes**
- Il me remet une **attestation** de consultation médicale

CONSULTATION PSYCHOSOCIALE

- > Obligatoire pour les mineures
- > Proposée pour les majeures
- > Pour savoir où me rendre et être informée sur mes droits : **0 800 08 11 11** Service à votre écoute

3 2^E CONSULTATION

- Je décide avec mon médecin de la **méthode d'intervention** en fonction de ma situation personnelle et des disponibilités des centres médicaux
- Il me remet une **attestation** de seconde consultation médicale
- Je confirme ma demande d'IVG et remets mon **consentement écrit**

4 JE CHOISIS

Jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse

Jusqu'à la fin de la 12^e semaine de grossesse

LA METHODE INSTRUMENTALE

- Si l'anesthésie générale est préconisée, je prends rendez-vous pour une **consultation pré-anesthésique**
- Au bloc opératoire, l'intervention dure une dizaine de minutes
- Anesthésie locale ou générale : je ne suis hospitalisée que quelques heures

LA METHODE MEDICAMENTEUSE

- Lors de la première consultation, je prends le premier médicament (**mifépristone**) qui interrompt la grossesse
- Dans un délai de 36h à 48h : je prends le deuxième médicament (**misoprostol**) et ce même si j'ai eu des saignements dès la première prise. Ce médicament provoquera l'avortement.
- Les saignements peuvent se poursuivre jusqu'à 10 jours après l'avortement
- > Cette méthode peut être réalisée en établissement de santé ou à domicile

5 CONSULTATION DE CONTRÔLE

> **OBLIGATOIRE**
Afin de m'assurer de la réussite du processus et de l'absence de complications.

Entre 14 et 21 jours plus tard

CONSULTATION PSYCHOSOCIALE
Si j'en ressens le besoin

Bibliographie

- Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé.** Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines [Internet]. 2001 [cité 7 août 2016]. Disponible sur: http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2b_ANAES_texte-long_Prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-Jusqu-a-14-semaines.pdf

- ANSM.** Résumé des Caractéristiques du Produit Gymiso [Internet]. 2015a [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0255775.htm>

- ANSM.** Résumé des Caractéristiques du produit Mifégyne [Internet]. 2015b [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=66422290&typedoc=R&ref=R0272464.htm>

- Assurance maladie.** ameli.fr - L'IVG médicamenteuse en ville [Internet]. 2016 [cité 22 avr 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/l-ivg-medicamenteuse-en-ville_eure.php

- CNGOF.** L'interruption volontaire de grossesse hors établissement de snaté par méthode médicamenteuse, en dix questions [Internet]. 2004 [cité 30 oct 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_181_faucher.pdf

- Code de la santé publique.** Code de la santé publique - Article L162-1. Code de la santé publique janv 17, 1975.

- Code de la santé publique.** Code de la santé publique - Article L2311-3. Code de la santé publique décembre, 2007.

- Code de la santé publique.** Code de la santé publique - Article L2213-1 | Legifrance [Internet]. 2011 [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687544&dateTexte=&categorieLien=cid>

- CRAT.** CRAT Fiche du mifépristone [Internet]. 2016a. Disponible sur: http://lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=12

-**CRAT**. CRAT Fiche du misoprostol [Internet]. 2016b [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=gymiso>

-**DREES**. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG [Internet]. 2009 [cité 8 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er712.pdf>

-**DREES**. Etudes et résultat no924 juillet 2015.pdf [Internet]. 2015 [cité 9 mars 2016]. Disponible sur:
http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/etudes_et_resultat_no924_juillet_2015.pdf

-**Europe 1**. IVG en hausse : la pilule de dernière génération en cause ? [Internet]. 2015 [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.europe1.fr/societe/ivg-en-hausse-la-pilule-de-derniere-generation-en-cause-1366660>

-**Faucher et al**. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes - EM Premium [Internet]. 2005 [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/33658/resultatrecherche/2>

-**Faucher, Hassoun**. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. De boeck Estem. Vol. 2ème édition.

-**Faucher P**. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. EMC - Gynécologie. janv 2006.

-**HAS**. Haute Autorité de Santé - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. 2010 [cité 9 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse

-**Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes**. Rapport relatif à l'IVG [Internet]. 2013 [cité 24 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et/actualites-53/article/remise-du-rapport-ivg-a-la-737>

- Heikinheimo O, Kekkonen R, Lähteenmäki P.** The pharmacokinetics of mifepristone in humans reveal insights into differential mechanisms of antiprogestin action. *Contraception*. déc 2003;68(6):421-6.
- IGAS.** La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse - IGAS - Inspection générale des affaires sociales [Internet]. 2009 [cité 25 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article95>
- INED.** Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété [Internet]. 2015 [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
- Isabelle Attané et Al.** Atlas mondial des femmes - [Internet]. 2015 [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.autrement.com/ouvrage/atlas-mondial-des-femmes-isabelle-attane-carole-brugeilles-wilfried-rault-institut-national>
- J. Aubert et al.** Pharmacologie du misoprostol (données pharmacocinétiques, tolérance et effets tératogènes) - EM Premium [Internet]. 2014 [cité 5 août 2016]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/871750/resultatrecherche/1>
- Jean Claude Pons et al.** L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Masson. 2004.
- JO.** Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. 2016-743 juin, 2016.
- LOI n° 67-1176 du 28 décembre 1967.** Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique - Article 3.
- LOI n° 2014-873 du 4 août 2014.** LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août, 2014.
- LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001.** LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juillet, 2001.

-Merg-Essadi D, Araujo-Attali L, Nisand I. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. [Internet]. 10 juin 2015 [cité 15 mars 2016]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1007299/resultatrecherche/2>

-Ministère de la Santé. IVG : interruption volontaire de grossesse - Ministère de la Santé [Internet]. 2016 [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/>

-Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Guide IVG hors établissement sante 2015 [Internet]. 2015 [cité 1 avr 2016]. Disponible sur: http://www.ivg.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_IVG_hors_etablissement_sante_2015.pdf

-Moullier R, Mesle B. Interruption volontaire de grossesse. EMC - Gynécologie. janv 2006;1(4):1-18.

-Nathalie Bajos et al. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30ans? [Internet]. 2004 [cité 7 nov 2016]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18727/pop.et.soc.francais.407.fr.pdf

-OMS. L'avortement, spontané ou provoqué [Internet]. 1970 [cité 1 nov 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38299/1/WHO_TRS_461_fre.pdf

-OMS. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé Deuxième édition [Internet]. 2013 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



AUTIN Alexia

Rôle et connaissances du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 103 p.

RESUME

La part des IVG médicamenteuses en ville ne cesse de croître depuis son instauration en 2004. L'IVG est donc devenue une pratique de médecine de ville. Le pharmacien acquiert de nouvelles fonctions grâce à cette pratique. Il est en charge de la délivrance des médicaments abortifs auprès de professionnels de santé agréés.

L'IVG en ville a pour but de faciliter l'accès à l'avortement. Nous avons enquêté sur les connaissances des pharmaciens sur cette technique à travers un questionnaire diffusé sur plus de 900 officines sur toute la France.

En effet le pharmacien fait parti des premiers professionnels accessibles en ville pour ces femmes. Il est donc essentiel qu'il sache orienter ses patientes et leur fournir les bonnes informations. Mais dans cette étude 87% d'entre eux estiment ne pas avoir les connaissances suffisantes sur le sujet.

Dans cette thèse nous avons donc rappelé les notions de délais légaux de l'IVG, ainsi que les outils mis à disposition par le gouvernement pour informer ces femmes. Puis les éléments de prise en charge des effets secondaires de l'avortement et les règles de dispensation à l'officine des médicaments abortifs ont été abordés. Enfin ces notions ont été résumées de manière synthétique sous forme d'une fiche.

MOTS CLES : Interruption volontaire de grossesse - Méthode médicamenteuse - Ville - Pharmacien

JURY

Président : Mr GARGALA Gilles, MCU-PH

Membres : Mme DUBUC Isabelle, Maître de conférences

Mme YRLES Jeanne-Claire, Médecin

DATE DE SOUTENANCE : 13 décembre 2016