

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

**LA PRISE EN CHARGE DES INTERRUPTIONS MEDICALES DE
GROSSESSE : COMPARAISON ENTRE TROIS HOPITAUX DES PAYS
DE LOIRE DANS LE CADRE DU RESEAU SECURITE-NAISSANCE**

Violaine RIVIERE

Née le 15 mai 1983

Directeur de mémoire : Docteur BRANGER

Promotion 2002-2007

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
<i>I Généralités</i>	2
1. Rappel historique	2
2. Cadre légal	3
3. Cadre administratif	4
4 Ethique	6
5. Epidémiologie	7
6. Techniques d'interruption de grossesse et cas particuliers pour les différents établissements.	8
6.1 Méthodes médicales et chirurgicales	8
6.2 Méthode chirurgicale	11
6.3 Geste foeticide	12
6.4 Méthodes analgésiques et anesthésiques.	12
6.6 L'examen foetopathologique	14
<i>II Première étude : analyse de 90 dossiers médicaux d'IMG dans 3 centres des Pays de La Loire.</i>	15
1 Matériel et méthode	15
1.1 Sélection de dossiers	15
1.2 Méthode de recueil des données	15
1.3 Données recueillies	15
2. Résultats	16
2.1 La population étudiée	16
2.3 Les modalités des interruptions de grossesse	21
2.3 Durée du travail	27
2.4 Echec de déclenchement	32
2.5 Rencontre avec l'enfant	32
2.6 Autopsie et obsèques	33
2.7 Le retour à domicile.	33
3. Discussion	34

3.1 Le diagnostic anténatal _____	34
3.2 La durée du travail _____	35
3.3 La méthode chirurgicale _____	38
3.4 Le geste foeticide _____	38
3.5 Les modalités anesthésiques. _____	38
3.6 Les complications obstétricales _____	39
<i>III Deuxième étude : Satisfaction des patientes</i> _____	42
1 Matériel et méthode _____	42
1.1 Méthode _____	42
1.2 Données étudiées _____	42
2 Les résultats _____	42
2.1 La prise en charge au diagnostic anténatal _____	43
2.2 Le jour de l'interruption de grossesse. _____	44
2.3 Consultation avec le médecin et le psychologue: _____	46
2.4 Les moments les plus difficiles à vivre. _____	47
2.6 Remarques et suggestions : _____	48
3. Discussion _____	49
<i>IV. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge d'une interruption de grossesse</i> ____	52
1. Au centre de diagnostic anténatal _____	52
2. Au bloc obstétrical _____	55
3 Les suites de couches _____	56
CONCLUSION _____	57

INTRODUCTION

Nous parlons constamment d'un terme impropre qui consiste à parler d'interruption médicale de « grossesse » alors qu'en réalité nous avons à anticiper la mort d'un fœtus ou d'un enfant. Le sujet de l'interruption médicale de grossesse est particulièrement délicat, propice à des analyses ambiguës et passionnées. Il s'agit cependant d'une situation de plus en plus fréquente, conséquence de progrès considérables du diagnostic anténatal au cours des dernières années. La réalisation des interruptions médicales de grossesse a bénéficié d'énormes progrès techniques au cours des deux dernières décennies, le plus marquants étant probablement l'utilisation des prostaglandines et la généralisation de l'analgésie péridurale. Il aura fallu des années d'efforts et de réflexion pour faire évoluer nos pratiques et en mesurer la différence et il reste indispensable de porter un regard critique sur la prise en charge médicale et psychologique apportées à ces couples afin d'assurer un accompagnement optimum considéré comme l'affaire de l'ensemble de l'équipe médicale.

Afin d'évaluer au mieux, de la manière la plus objective possible, l'ensemble de la prise en charge des IMG, il a été décidé de comparer trois centres hospitaliers des Pays de la Loire faisant partis du réseau sécurité-naissance « naître-ensemble » dans leur pratique quotidiennes d'IMG.

Dans un premier temps est abordé le point de vue médical proprement dit en analysant les dossiers obstétricaux des trois centres puis la prise en charge psychologique est étudiée en réponse à des questionnaires envoyés au domicile des patientes. Les données des différents centres sont confrontées entre elles afin d'améliorer la prise en charge et terminer ce mémoire par l'élaboration de 10 propositions apparaissant comme intéressantes et donnant quelques pistes de réflexion aux professionnels investis dans l'accompagnement des IMG.

I Généralités

1. Rappel historique

Sur le plan historique, l'interruption médicale de grossesse est récente : elle n'est guère attestée scientifiquement avant le XIX^{ème} siècle. Cependant les civilisations antiques pratiquaient l'avortement et l'infanticide comme moyen de régulation des naissances et même pour des motifs tels que le choix du sexe. A l'arrivée du christianisme, l'avortement commence à être sanctionné, comme contraire au commandement « tu ne tueras point ».

Au Moyen Age, obligation est faite aux filles enceintes de déclarer leur état et si l'enfant vient à mourir sans sépulture ni baptême, elles sont passibles de la peine de mort. Ce n'est qu'après la révolution que les peines vont s'adoucir. Au XIX^{ème} siècle, la sévérité reprend et sera renforcée au début de XX^{ème} siècle en raison des problèmes démographiques induits par la première guerre mondiale.

Cependant, l'avortement « thérapeutique » dans le seul but de sauver la vie de la mère commence à être timidement pratiqué à partir de 1830. En 1852, l'Académie de Médecine engage un débat sur l'avortement médical. Celui-ci est accepté malgré une forte réprobation de la plupart de ses membres dans le cas extrême où il faut sauver la vie de la mère. Il semble alors avoir été très peu pratiqué. La demande populaire en faveur d'avortement médical est alors beaucoup plus importante que ce que veulent en assumer les médecins.

La pratique est légalisée par le code de la famille en 1930. Initialement l'interruption médicale de grossesse était toujours liée à la santé de la mère. Depuis 1974, avec l'apparition des premières échographies de dépistage des malformations fœtales et le développement du diagnostic prénatal les indications d'interruption de grossesse se sont profondément modifiées. Actuellement elles sont motivées par la volonté de ne pas laisser naître un enfant atteint d'une pathologie grave reconnue comme incurable.

2. Cadre légal

L'interruption de grossesse n'est rendue possible que par des lois de dépénalisation dans un cadre législatif strict. Le premier article de la loi française prévoit que « la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie ».

Initialement l'interruption de grossesse a été régie par la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite loi Veil ; modifiée le 31 décembre 1979. Le journal officiel de la république française du 07 juillet 2001 l'a remplacée par la loi n°2001-588 du 04 juillet 2001. Elle distingue les notions d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dont le terme maximal est de 14 semaines d'aménorrhée et d'interruption médicale de grossesse (IMG), anciennement dénommée « thérapeutique ».

Les alinéas 1 et 2 de l'article L.2213 stipulent que l'IMG est possible en cas de mise en péril grave de la santé de la mère ou ***de forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.*** Deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire doivent attester du respect des conditions :

- l'un doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou privé satisfaisant aux éditions imposées pour pratiquer l'interruption de grossesse.
- l'autre doit être inscrit sur une liste d'expert auprès de la cour de cassation ou d'une cours d'appel.

Il n'y a pas de limite d'âge gestationnel, contrairement à d'autres pays européens. En France l'interruption médicale de grossesse peut être réalisée quel que soit l'âge gestationnel, tout comme en Grande Bretagne ou aux Pays Bas.

Dans le cadre d'une IMG pour motif fœtal, l'un des deux médecins doit exercer son activité dans un centre de diagnostic anténatal pluridisciplinaire. Pour une IMG de motif maternel l'équipe doit se composer d'au moins trois médecins qui sont un médecin gynécologue obstétricien, un médecin choisi par la femme et une personne tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les médecins doivent fournir une attestation écrite comme affirmant que la femme se trouve dans l'une des deux situations autorisant le recours à une IMG.

Le cadre réglementaire s'accompagne également du décret n° 97-578 du 28 mai 1997 relatif aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et modifiant le code de la santé publique. Il précise ses missions, ses conditions de fonctionnement ainsi que la composition de ses membres.

Trois centres pluridisciplinaires ont l'agrément en Pays de Loire : Nantes, Angers et Le Mans. Pour les couples et les médecins, les demandes d'IMG doivent être présentées au comité local et les IMG sont réalisées dans la maternité du choix de la parturiente et des équipes médicales. Le décret n°2002-778 du 3 mai 2002 relatif à l'interruption de grossesse pour motif médical pris pour application de l'article L.2213-3 du code de la santé publique stipule que « lorsqu'une femme enceinte envisage de recourir à une interruption de grossesse au motif que la poursuite de sa grossesse met en péril grave sa santé, elle en fait la demande auprès d'un médecin spécialiste qualifié en gynéco-obstétrique ... »

Le code de la santé publique encadre l'activité du diagnostic anténatal, l'article L.2131-1 précise que « le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon et le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale adaptée à l'affection recherchée. »

3. Cadre administratif

La loi 93.22 du code civil du 8 janvier 1993, reprécisée par l'article 79.1 en novembre 2001 permet la déclaration de naissance à l'officier d'état civil non plus en fonction de sa vitalité au moment de la déclaration, mais au moment de sa naissance. Donc un enfant décédé mais dont le certificat médical mentionne « né vivant et viable » aura un acte de naissance et un acte de décès quel que soit son âge gestationnel. La vitalité s'entend en terme de durée de gestation (supérieur à 22 SA) ou de poids minimum (supérieur à 500g) et non en terme d'aptitude à vivre. L'enfant est soit né vivant et viable (c'est-à-dire ≥ 22 SA) ou mort-né et alors cela dépend du terme et du poids de naissance (c'est-à-dire ≥ 22 SA ou < 22 SA mais poids ≥ 500 g, on parle alors d'enfant mort-né ou < 22 SA et < 500 g et on parle de fœtus).

Tableau 1 : Cadre administratif entourant les IMG.

	FŒTUS (mort-né) < 22 SA	ENFANT MORT-NE ≥22 SA
Personnalité juridique	NON	NON
Déclaration à l'état civil	NON : PAS D'ACTE (produit innomé)	ACTE D'ENFANT SANS VIE (=acte de décès seul) sans Contrainte légale de délai
Inscription sur le livret de famille	NON	Si un livret existe : mention dans la partie basse du livret si les parents le demandent.
Dotation d'un prénom	NON	POSSIBLE
Autorisation parentale d'autopsie	+/- actuellement demandée dès 14 SA à Nantes	OUI
Autorisation parentale de conservation de l'ADN	OUI obligatoire	OUI obligatoire
Funérailles par la famille	Rarement faits mais POSSIBLE Si autorisation du maire	POSSIBLES
Elimination du corps en cas de prise en charge par le CHU (abandon du corps)	Incinération collective dans un crématorium de l'établissement.	Si non réclamation du corps dans un délai de 10j, inhumation dans les 2j suivants (si autopsie 4sem maximum)
Transport du corps	Non réglementé non soumis à la législation des 24h (bon de transport)	Non réglementé avant mise en bière (après, obligation véhicule conforme)
Droits de filiation donation succession	NON	NON
Remboursement de l'hospitalisation	Risque maladie	Risque maternité (100%)
Congés de maternité	NON congés maladie	Congés de maternité Congés supplémentaires pour 3 ^{ème} enfant
Congés de paternité	NON	Variables
Protection contre le licenciement	NON	OUI
Parité et retraite	NON	Variable selon les caisses

La loi de bioéthique du 29 juillet 1994 (L94-653-2) édicte en principe la garantie du « respect de l'être humain dès le commencement de la vie ». Dans plusieurs villes une démarche collective des soignants et des directeurs administratifs des maternités avec les élus municipaux ont abouti à la création de lieux d'inhumation pour les fœtus non déclarés. L'existence de ce lieu se révèle très importante pour les parents, qui peuvent ainsi se recueillir et exister en tant que père et mère.

4 Ethique

La loi de bioéthique se compose de quatre grands principes : en premier lieu le principe d'autonomie. En effet la demande est faite par les parents. Ils sont vus séparément et en couple afin de juger du caractère « libre » de la demande, ils sont considérés capables. Puis le principe de bienfaisance et de non-malfaisance qui consiste à faire, à produire ou à réaliser le bien et à ne pas faire de mal. Le quatrième grand principe est celui de la justice définissant les règles justes d'attribution des ressources en santé dans une perspective d'ensemble. On peut ainsi se demander quel impact le handicap exerce sur la société et quelles en sont les répercussions pour les parents ?

Le texte de loi précise que l'IMG peut être acceptée si l'enfant à naître a une forte probabilité d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment de la naissance. On peut premièrement se demander à qui s'adresse la notion de particulière gravité ? Est-ce que c'est pour les parents ? les médecins ?, la société ? ou bien pour l'enfant ?. Deuxièmement peut-on parler d'affection incompatible avec la vie ? et quelle vie ? Est-ce une vie de tous les jours, éloignée des structures de soins, qui ne fait pas trop souffrir, qui n'affecte pas trop le côté affectif, familial, social ... ? Aussi, existe-il des situations où l'on soit sûr du pronostic ? L'affection est définie comme incurable dans la loi et nous en avons des exemples, agénésie des membres ou encore agénésie du corps calleux, mais quelle place accorder à certaines maladies génétiques se déclarant plus tardivement comme la « Chorée de Huntington » par exemple ?

Chaque cas est particulier. Pour une même affection, les parents réagissent en fonction de leurs propres valeurs, de leur histoire personnelle et la réaction peut ne pas être la même si l'histoire se répète. Le danger vient précisément du fait que, dans la plupart des affections fœtales graves, l'interruption de la grossesse se présente comme la solution la « moins pire ». Car en devenant habituelle, cette manière de concevoir le sens de l'accompagnement finit par se systématiser. Elle conduit à nous faire perdre de vue les cas particuliers où il serait peut-être possible d'éviter le traumatisme de l'avortement médical et d'accompagner le couple jusqu'au terme de la grossesse en mobilisant une équipe de soins palliatifs. « L'accueil de l'enfant vivant peut parfois entrelacer ces moments de douleur morale à d'indicibles instants de joie, ce qui jamais ne pourra sa produire dans un cas d'avortement médical. » J.F. Mattei. Le couple dans sa complexité doit être au centre des débats. C'est en fonction de sa perception

et de sa sensibilité qu'il faut l'entourer sans imposer une décision qui pourrait paraître inéluctable

Dans le cas où l'équipe médicale refuse l'interruption médicale de grossesse en pensant à la naissance possible d'un enfant normal, les parents peuvent solliciter l'avis d'une consultation d'éthique clinique. Celle-ci touche toutes les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes auxquels les médecins et les équipes médicales sont confrontés au chevet du patient, en salle d'opération, en cabinet de consultation ou en clinique et même au domicile. L'éthique clinique est centrée d'abord sur le patient, elle tient compte de sa situation médicale, de ses souffrances, de son histoire personnelle, familiale et de ses volontés. Elle s'occupe aussi des souffrances des soignants et des malaises institutionnels. Et enfin elle tient compte des principes et des valeurs sociales en cause afin d'éclairer la situation.

Pour conclure, cette démarche conduit inexorablement à travailler dans un va et vient incessant entre principes et expériences, « une opposition et une co-implication de l'éthique et de la morale ». A entendre le cheminement des personnes malades, des proches, des soignants en situation de souffrance, de tension et de désespoir, l'éthique c'est la vie revisitée. Il est important de cheminer non pas entre le bien et le mal mais entre le mal et le pire.

5. Epidémiologie

Les sources des données épidémiologiques de la région des Pays de Loire sont de plusieurs ordres :

- ✓ SAE : statistiques des activités des établissements, remplies par les administratifs et les directeurs sous tutelles (DRASS et CRAM)
- ✓ Bulletins DRASS remplies par les médecins qui réalisent l'IMG
- ✓ Déclarations des CPDPN (Centres Pluridisciplinaires du diagnostic prénatal) au Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire
- ✓ Déclarations d'activité des maternités au Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire

Les SAE ont déclaré que de 2000 à 2004, le nombre d'IMG dans les Pays de la Loire est passé de 241 (5.51/1000 accouchements) à 334 (7.66/1000 accouchements).

La déclaration des CPDPN compte en 2005, 212 IMG pour le centre 3, 104 pour le centre 2 et 51 pour le centre 1 soit un total de 367 IMG. Ils sont hiérarchisés selon leurs indications. Elles

peuvent être de trois ordres : fœtales, obstétricales et maternelles. En ce qui concerne les indications fœtales, on compte 31 % d'anomalies chromosomiques avec 58 % de trisomie 21, 22 % d'anomalies neurologiques, 16 % de polymalformations, 7.3 % de cardiopathies, 3 % d'anomalies urinaires et 12.5 % d'indications diverses comme par exemple les anomalies des membres ou encore les infections. Les indications obstétricales telles les ruptures prématurées des membranes ou l'anamnios représentent 6.2 % des IMG. Enfin 2 % sont attribuées aux indications maternelles.

Sur 367 IMG en 2005, 57 % ont eu lieu avant 22 SA et 43 % après 22 SA.

6. Techniques d'interruption de grossesse et cas particuliers pour les différents établissements

Les techniques concernant trois centres des Pays de Loire ont été analysées. Pour des raisons d'anonymat, ils sont appelés centre 1, centre 2 et centre 3.

6.1 Méthodes médicales et chirurgicales

Actuellement le déclenchement par l'usage des prostaglandines est la technique la plus utilisée. Depuis 1970 celles-ci sont devenues le moyen le plus efficace et le plus fiable pour réaliser une IMG par voie basse. Le taux d'échec est inférieur à 3 %.

6.1.1 Maturation médicale par mifépristone : RU.486 ou Mifégyne®

Cette molécule fut d'abord proposée pour les interruptions volontaires de grossesse, puis pour l'expulsion des morts in utero et enfin pour faciliter les interruptions médicales de grossesse. C'est en 1987 qu'il a été proposé d'administrer de la mifépristone 24 heures avant de donner des prostaglandines. Les délais entre la première prise des prostaglandines et l'expulsion ont été diminués.

C'est un stéroïde de synthèse qui possède une très forte affinité pour les récepteurs des glucocorticoïdes et de la progestérone, avec une action anti-progestérone. Elle ramollit le col et sensibilise le myomètre à la stimulation des contractions utérines par les prostaglandines. Cet effet se développe sur 24 à 48 heures et constitue la base d'une IMG : mifépristone par voie orale puis 36 à 48 heures plus tard une prostaglandine employée pour déclencher le travail. Les doses de celle-ci se voient diminuer par l'utilisation de la mifépristone.

Elle se présente sous la forme de comprimés dosés à 200mg et est administrée per os à des doses allant de 200 à 600mg. Cette pré-médication est recommandée par les instances officielles telles que l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

En ce qui concerne l’âge et le tabac aucune restriction n’est employée pour les femmes qui fument et qui ont plus de 35ans. Cependant chez les patientes âgées de plus de 35 ans et qui fument plus de 10 cigarettes par jours, bien qu’aucun accident cardiovasculaire ait été apporté, il est recommandé par mesure de précaution, de ne pas recourir à cette méthode. Elle peut entraîner des douleurs abdominales d’intensité légère à modérée, des nausées et vomissements et exceptionnellement des métrorragies.

- Le centre 1 et 2 prescrivent 3 comprimés de mifégyne® à la posologie de 600µg.
- Le centre 3 prescrit 1 comprimé à 200µg.

La loi régleme son administration en imposant aux professionnels de santé de le délivrer en leur présence afin qu’il ne soit pas utilisé de manière abortive dans un tout autre contexte.

6.1.2 Le déclenchement du travail par les prostaglandines

C’est en 1930 que le rôle des prostaglandines dans l’induction des contractions a été reconnu. Elles ont un effet stimulant sur le muscle lisse utérin. Leur action entraîne une contraction du corps utérin associée à un effet relaxant sur le col utérin favorisant ainsi l’expulsion fœtale. Leur efficacité est d’autant plus grande que le terme est proche. Elles induisent une relaxation des muscles bronchiques et vasculaires. Elles possèdent un effet accélérateur sur le transit intestinal pouvant entraîner des diarrhées et peuvent ainsi provoquer des douleurs abdominales ainsi que des nausées et vomissements. Par ailleurs, elles possèdent un effet pyrogène mal expliqué pouvant être pris à tort pour témoin d’une infection débutante.

Les prostaglandines de type 1 (PGE1) sont d’origine synthétique (géméprost : Cervagème® ou misoprostol : Cytotec®), celles de type 2 (PGE2) sont d’origine naturelle (dinoprostone : Prostin E2®, Propess ou sulprostone : Nalador®). Seulement le misoprostol et le sulprostone sont employés dans les trois centres.

Misoprostol (Cytotec®)

Il ne possède pas d’autorisation de mise sur le marché en ce qui concerne son utilisation pour les interruptions médicales de grossesse.

Efficace par voie orale et vaginale, il possède une demi-vie d'une heure et demie. Les effets gastro-intestinaux sont relativement bénins. Il est approuvé et commercialisé dans plus de 60 pays. Il se présente sous la forme de comprimés dosés à 200µg. La posologie employée :

- ✓ Centre 1 : 200µg à renouveler toutes les 6 heures par voie vaginale ou 400mg per os toutes les 3 heures
- ✓ Centre 2 : 400µg à renouveler toutes les 3 heures par voie vaginale ou per os
- ✓ Centre 3 : 400µg à renouveler toutes les 4 heures par voie vaginale

La dose maximale tolérée est de 1200 µg par jour. Si la patiente ne se met pas en travail dans les 24 heures, la même dose est alors renouvelable, aux mêmes posologies ou un changement de protocole est entrepris, c'est ce qu'on appelle : un échec de déclenchement.

Sulprostone (Nalador®)

Elle a une certaine action sélective sur le muscle utérin et provoque donc peu d'effets secondaires gastro-intestinaux. La posologie employée est de 500µg (un maximum de 3 ampoules soit 1500µg) en perfusion continue à la seringue électrique avec un débit de 50 à 100µg par heure. Le débit est progressivement augmenté en fonction de la modification du col (un maximum de 500µg/h).

- Il est prescrit pour le déclenchement des femmes porteuses d'utérus cicatriciels dans les établissements 2 et 3.

6.1.3 Les dilatateurs hydrophiles du col

Les Laminaires (Dilapan®)

Tige de plastique mince recouverte d'un polymère hydrophile de polyacrylonitrile (hydan), il s'insère dans le canal cervical de façon qu'une des extrémités dépasse de l'orifice interne et l'autre dans le haut du vagin. Il se gonfle et se dilate ouvrant le col de 5mm à 12mm en 2 à 4 heures par la force mécanique. La dilatation du canal s'accompagne du ramollissement des tissus cervicaux. La pose a lieu la veille au soir de l'interruption. Celle-ci peut entraîner des douleurs pendant la nuit, ainsi des antalgiques peuvent être prescrits. L'ablation se déroule une fois la péridurale posée, le lendemain matin. Les risques de rupture utérine ou de déchirure cervicale sont réduits. Cependant c'est un geste invasif demandant une asepsie rigoureuse, le risque d'infection est à prendre en compte.

L'avantage est d'avoir accès précocement à la poche des eaux et ainsi de rompre plus rapidement.

- Centre 1 : toutes les interruptions de grossesse sans limite d'âge gestationnel
- Centre 2 : lors de contre-indications à la mifépristone (exemple la femme de plus de 35 ans qui fume) et également pour les utérus cicatriciels
- Centre 3 : ne l'emploie pas

6.1.4 Cas particulier des utérus cicatriciels

En effet les méthodes employées divergent en raison de la plus grande probabilité de rupture utérine.

- Centre 1 : diminution de moitié des doses de Cytotec® soit 1cp toutes les 6 heures
- Centre 2 : Dilapan® puis Nalador®
- Centre 3 : Nalador®

6.2 Méthode chirurgicale

Il s'agit d'une dilatation évacuation utérine par curetage sous anesthésie générale. Afin de faciliter cette dilatation des comprimés de Cytotec® sont administrés par voie orale ou vaginale. Les complications sont essentiellement constituées d'hémorragie par rétention ovulaire ou traumatisme instrumental, de perforation fundique, de synéchie, de lésion cervicale et d'endométrite.

Les techniques sont différentes d'un établissement à un autre :

- Centre 1 : Cette méthode a lieu au bloc obstétrical sous anesthésie péridurale et est précédée d'une pose de Dilapan® pour les termes inférieurs à 14 SA.
- Centre 2 : L'interruption de grossesse a lieu en ambulatoire au bloc opératoire après la prise à domicile d'un comprimé de Cytotec®, 3 heures avant. Le terme limite est également de 14 SA.
- Centre 3 : La patiente est hospitalisée dans le service de gynécologie. On lui administre des comprimés de Cytotec® à intervalles réguliers jusqu' à obtention d'une dilatation cervicale satisfaisante pouvant permettre son passage au bloc opératoire. La patiente bénéficiera d'une anesthésie générale. Elle retournera ensuite dans sa chambre et sortira selon sa convenance le lendemain ou le surlendemain. La limite supérieure du terme est fixée aux alentours de 18 SA.

Afin de garantir un examen foetopathologique de bonne qualité il est important de préserver au mieux l'intégrité du placenta et du fœtus, ce qui n'est pas toujours facile en pratique.

6.3 Geste foeticide

Interrompre une grossesse, quelque soit le terme, amène à la naissance d'un enfant mort. Ceci impose d'effectuer un geste actif d'euthanasie fœtale, dès que le terme laisse prévoir la possibilité d'une naissance vivante. Les trois équipes le pratique à partir de 23-24 SA. Il a été montré qu'à partir de ces termes, le fœtus possède déjà des structures anatomophysiologiques nécessaires à la perception de la douleur.

En association avec la mifépristone le geste foeticide permet de diminuer la durée du travail.

- Centre 1 et 2 : Le geste a lieu sous anesthésie péridurale.
- Centre 3 : Le geste a lieu sous anesthésie locale. La patiente bénéficie d'une prémédication (1/2cp de Lexomil® et 1 ampoule d'Hypnovel®).

La technique employée est l'injection en première intention dans le cordon d'un morphinique (Sufentanil® ou Fentanyl®) accompagné par certaines équipes par un hypnotique (Pentotal®) pour analgésier le fœtus puis d'un anesthésique puissant provoquant l'arrêt cardiaque (Xylocaïne® 1%). En cas d'échec on utilisera du chlorure de potassium en intra cardiaque.

Des complications sont possibles lors de la réalisation de ce geste :

- La survenue d'un syndrome cave en décubitus dorsal pendant le foeticide, aggravé par la vasoplégie due au bloc sympathique de la péridurale.
- Le passage des produits foeticides dans la circulation maternelle, avec risque de survenue de troubles du rythme (chlorure de potassium, lidocaïne), de troubles neurologiques (lidocaïne) ou troubles provoqués par la prémédication.

6.4 Méthodes analgésiques et anesthésiques.

6.4.1 La douleur

La douleur de l'accouchement est une douleur aiguë, viscérale et somatique mettant en jeu des voies nerveuses spécifiques. Cette douleur est d'intensité variable et augmente durant la première phase de travail pour devenir maximale lors de l'expulsion. Elle est ressentie par les femmes comme la pire douleur jamais endurée.

Dans le cadre d'une interruption médiale de grossesse, l'accouchement est provoqué à l'aide de prostaglandines. La pression utérine mesurée lors des contractions déclenchées et durant les phases d'hypertonie utérine est doublée par rapport à un accouchement spontané à terme. La douleur physique est alors augmentée et de plus elle est potentialisée par la douleur

psychique. Le travail souvent long est dépourvu de tout aspect gratifiant pour la mère par rapport à un accouchement normal. Ceci justifie une prise en charge efficace et systématique de ces patientes sur le plan analgésique.

6.4.2 La consultation d'anesthésie

C'est un temps important de la prise en charge par l'anesthésiste. Le mieux est qu'elle soit effectuée à distance de la consultation de l'obstétricien, durant laquelle l'IMG a été expliquée et décidée. Il est capital que le consultant ait pris connaissance du dossier et de l'indication de l'IMG.

L'anesthésiste procède à l'examen de la patiente et la recherche d'éventuelles contre indications à un mode d'analgésie loco régionale. Il explique les possibilités analgésiques et anesthésiques et recueille les souhaits de la patiente.

6.4.1 Les différentes pratiques selon les établissements:

- Centre 1 et 2 : L'analgésie péridurale est posée en première intention, avant le geste foetocide s'il a lieu. Pour tous les termes dans le centre 1 et à partir de 14 SA pour le centre 2.
- Centre 3 : L'administration des prostaglandines débute en chambre, dans le service de gynécologie. Dès les premières contractions douloureuses ressenties, des antalgiques de première intention sont administrés. Il en existe deux types :
 - Le paracétamol (Perfalgan®) de 1g, en intraveineux, en première intention
 - La nalbuphine (Nubain®) 20mg, en intraveineux, en deuxième intention

L'analgésie est régulièrement évaluée par les infirmières du service et la sage-femme, en demandant par exemple aux patientes de coter leur douleur sur une échelle allant de 0 à 10 (EVA).

Toutes les femmes auront la possibilité d'être soulagées par ces antalgiques de première intention avant l'anesthésie générale pour les termes inférieurs à 18 SA et avant la péridurale pour ceux supérieurs à 18 SA. Celle-ci sera installée quelques heures après le début du travail, une fois le col légèrement ouvert.

L'anesthésie générale est indiquée pour les termes plus précoces où l'interruption de grossesse est réalisée par méthode chirurgicale et lorsqu'une délivrance artificielle/révision utérine est nécessaire, en absence de péridurale ou lorsque celle-ci est insuffisante.

6.6 L'examen foetopathologique

L'examen foetopathologique a comme intérêt médical la confrontation anatomo échographique, le bilan exhaustif des lésions, les prélèvements tissulaires, les photographies et radiologies du squelette, l'inclusion dans des protocoles (immunisation materno-fœtale...) et est donc indispensable dans les centres de diagnostic anténatal. Un intérêt psychologique pour les parents lui est aussi reconnu. L'examen n'est jamais imposé mais proposé aux parents. Des réponses peuvent être données sur la pathologie du fœtus, ce qui permet de déculpabiliser les parents. Les lésions sont vues et donc réelles, ainsi ils sont confortés dans leur décision. Un conseil génétique avec une enquête familiale peut avoir lieu ultérieurement si l'on retrouvait une anomalie au niveau du caryotype. Une étude faite par Lucknow [] (Inde) de 2000 à 2005 montre que l'examen foetopathologique modifie le risque de récurrence de 18 % par rapport au risque attendu.

II Première étude : analyse de 90 dossiers médicaux d'IMG dans 3 centres des Pays de La Loire.

1 Matériel et méthode

1.1 Sélection de dossiers

Dans le centre 1, 15 dossiers ont été recueillis à compter du 1 janvier 2006, 25 dans le centre 2 et 50 dans le centre 3. La liste des patientes a été fournie par les différents secrétariats du service de diagnostic anténatal. Les dossiers ont été pris dans une étagère par ordre alphabétique.

1.2 Méthode de recueil des données

Les données recueillies ont été extraites du dossier de diagnostic anténatal et des courriers entre médecins, de l'hospitalisation, des feuilles de surveillance et de transmissions des différents services (grossesse pathologique ou gynécologie) et enfin l'interruption elle-même extraite du dossier obstétrical.

Elles comprenaient :

- ✓ Indication de l'interruption de grossesse.
- ✓ Examens entrepris.
- ✓ Déroulement de la prise en charge jusqu'au jour de l'interruption de grossesse.
- ✓ Les suites de couches

1.3 Données recueillies

Ont été recueillis :

- ✓ l'âge
- ✓ la gestité et parité
- ✓ les antécédents médicaux et familiaux en lien avec le sujet
- ✓ l'existence ou non d'utérus cicatriciel, de fausse couche, d'interruption volontaire ou médicale de grossesse ou de mort in utero

Au niveau obstétrical :

- ✓ l'examen de dépistage de l'anomalie et celui qui en a fait le diagnostic
- ✓ l'indication

- ✓ le terme de la grossesse le jour de la découverte de l'anomalie et du jour même de l'interruption
- ✓ Les délais (en jours) entre l'annonce de l'anomalie et l'entretien pré-IMG et entre l'entretien pré-IMG et l'hospitalisation.
- ✓ les modalités des protocoles de déclenchement avec les horaires d'administration des prostaglandines et les effets secondaires
- ✓ les modalités du foeticide
- ✓ les modalités des analgésiques et anesthésiques
- ✓ l'horaire de l'expulsion

La durée de l'interruption de grossesse, nommée durée du travail est égale à l'intervalle entre la première prise de prostaglandine et l'expulsion. C'est un paramètre important dans l'analyse de la prise en charge de ces patientes.

- ✓ la pratique de délivrance artificielle et/ou de révision utérine
- ✓ d'éventuelles complications
- ✓ la réalisation d'une autopsie

Au niveau psychologique :

- ✓ l'existence ou non de consultations avec la psychologue du service.
- ✓ la prise éventuelle de photos du fœtus
- ✓ la réalisation ou non d'obsèques.

2. Résultats

2.1 La population étudiée

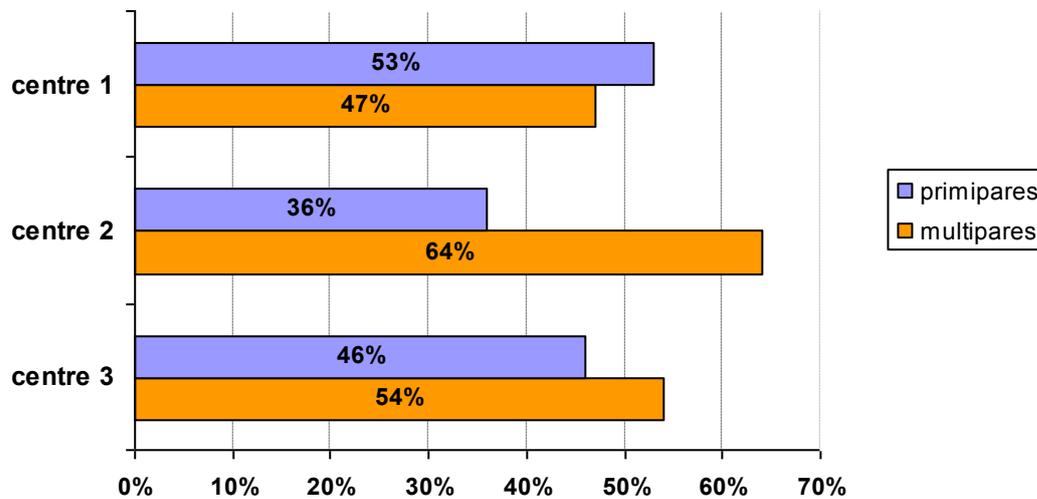
2.1.1 Caractéristiques obstétricales des 90 dossiers

Les caractéristiques de ces patientes ont été les suivantes : leur âge moyen était de 30,2 ans avec un écart type de 5,5 ans et des extrêmes de 19 à 41,5 ans.

Parmi ces patientes, 23 avaient un antécédent d'une ou plusieurs fausses couches, 5 avaient subi une interruption volontaire de grossesse, 1 a vécu une mort in utero et 5 avaient déjà subi une interruption médicale de grossesse. Un utérus cicatriciel est retrouvé chez 18 % des patientes. Parmi celles dont le terme est supérieur à 32 SA, une seule patiente présentait un utérus cicatriciel. Hormis un cas de grossesse gémellaire toutes les grossesses étaient monofoetales.

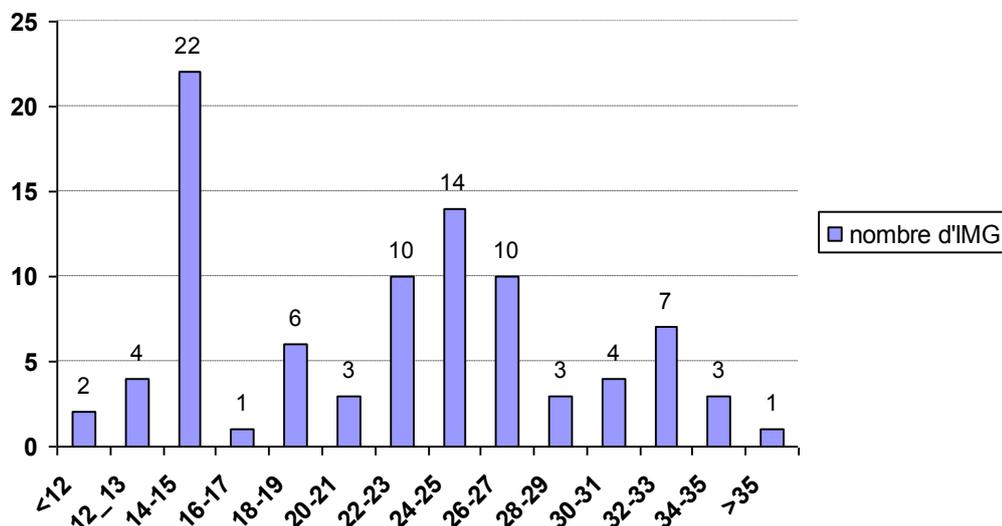
44,4 % des patientes étaient primipares et 55,6 % sont multipares.

Figure 1 : Parité en fonction des établissements



Les interruptions médicales de grossesse ont été réalisées au terme moyen de 22.4 SA avec un écart type de 7.2 SA. Le plus petit terme était de 7 SA et le plus grand de 38.5 SA.

Figure 2 : Le nombre d'IMG en fonction de l'âge gestationnel



:

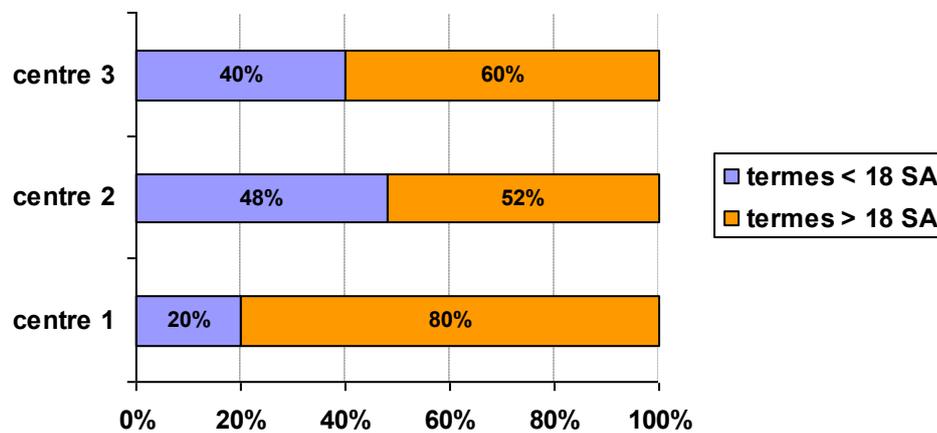
On observe 3 pics, vers 14-15 SA, 24-25 SA et 32-33 SA : cela correspond aux IMG dont la découverte de l'anomalie s'est faite lors des échographies de 12, 22 et 32 SA.

Tableau II : Age gestationnel en fonction des centres (SA)

	Terme moyen	Minimum	Maximum
Centre 1 (15)	24	12	38.5
Centre 2 (25)	22	13.5	34.3
Centre 3 (50)	22.3	7	35.3

Il serait intéressant de regarder la proportion des femmes accouchant au bloc obstétrical, ce qui sous-entend d'exclure les méthodes chirurgicales. Pour cela la limite est fixée à 18SA car dans le centre 3, on transfère les patientes au bloc obstétrical à partir de ce terme-là.

Figure 3 : Proportions des termes avant et après 18 SA



80 % des patientes du centre 1 avaient un terme supérieur à 18SA.

2.2.2 Les indications des IMG

Les indications ont été séparées en 3 groupes :

- ✓ Fœtales : 82 IMG soit 91 %
- ✓ Obstétricales : 6 IMG soit 7 %
- ✓ Exogènes : 2 IMG soit 2 %

Cette étude ne comprenait pas d'interruption de grossesse pour raison maternelle.

- Les indications fœtales

Elles constituaient la principale indication de cette série. Ces indications comprenaient les malformations fœtales sans anomalie du caryotype, les anomalies chromosomiques, les maladies infectieuses et génétiques.

Tableau III : Les anomalies foetales

Malformations (n=45) 55 %	
Cérébrales	20
Dont les agénésies du corps calleux	7
Cardiaques	8
Syndromes polymalformatifs	9
Rénales	2
Spina bifida	2
Arthrogrypose	1
Coelosomie	1
Hernie diaphragmatique	1
Anasarque	1
Anomalies chromosomiques (n=27) 33 %	
Trisomie 21	13
Trisomie 18	5
Trisomie 13	3
Syndrome de Turner	3
Triploïdie	2
Syndrome de Klinefelter	1
Maladies infectieuses (n=3) 3.6 %	
CMV	3
Maladies génétiques (n=7) 8.4 %	
Sclérose Tubéreuse de Bourneville	3
Mucoviscidose	2
Myopathie de Duchenne	1
Maladie orpheline	1

- Les indications obstétricales

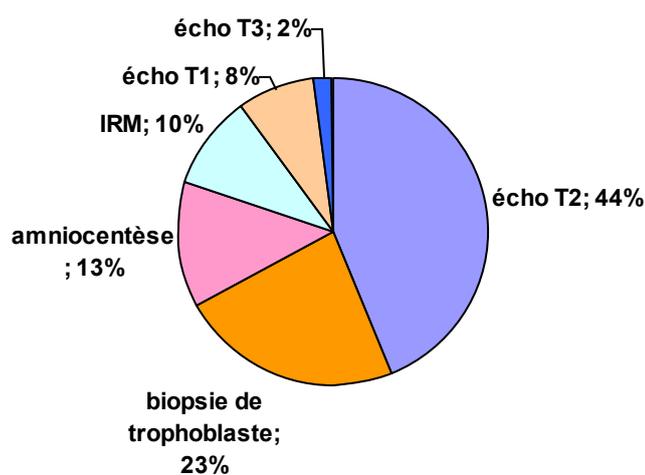
6 IMG avaient une indication obstétricale et réparties de la manière suivante : 2 anamnios, 2 retards de croissance sévères, 1 rupture prématurée des membranes et 1 hématome du trophoblaste.

- Les indications exogènes

Il s'agissait essentiellement de deux indications médicamenteuses tératogènes découvertes précocement (7 SA et 10 SA). Les patientes ignoraient leur grossesse au moment de la prise des médicaments.

2.2.3 Les examens diagnostiques

Figure 4 Les examens diagnostiques:



L'examen en amont qui nous a alerté le plus sur d'éventuelles anomalies est l'échographie du premier trimestre, pratiquée à 47 %. Elle permet le dépistage des anomalies chromosomiques pour la plupart et dirige donc les patientes vers des examens plus approfondis comme la biopsie de trophoblaste ou encore l'amniocentèse réalisant un caryotype fœtal. Ensuite l'échographie du deuxième trimestre dépistait 23 % d'anomalies, le double test, 18 % et enfin l'échographie du troisième trimestre avec 12 % d'anomalies reconnues.

2.2.4 Les délais

La durée entre le moment de la découverte de l'anomalie, donc de l'annonce aux parents et le jour de l'hospitalisation a été relevée : elle était en moyenne de 19 jours avec un maximum de 87 jours et un minimum de 3 jours.

Le délai entre le jour de l'annonce de l'anomalie aux parents et l'entretien pré-IMG (c'est-à-dire approximativement le moment où la décision d'interrompre la grossesse a été prise) était de 13 jours dans le centre 1, 18 jours dans le centre 2 et 21 jours dans le centre 3. Le deuxième délai est compris entre l'entretien pré-IMG et le jour de l'hospitalisation. Il était évalué à 9 jours pour le centre 1, 6 jours pour le centre 2 et 9 jours pour le centre 3.

2.3 Les modalités des interruptions de grossesse

2.3.1 Protocole de déclenchement du travail

- Mifépristone ou RU (Mifégyne®)

Toutes les patientes à l'exception de deux d'entre elles ont reçu de la mifégyne® 48 heures avant l'administration des prostaglandines pour faciliter l'induction des contractions utérines.

Une patiente présentait une contre-indication, âgée de plus de 35 ans et fumeuse, et l'autre s'est mise en travail spontanément la veille de l'interruption.

En ce qui concerne la posologie, les centres 1 et 2 administrent 3 comprimés soit 600mg de mifégyne® contrairement au centre 3 où 1 comprimé soit 200mg est donné.

- Les différents protocoles de déclenchement :

Les prostaglandines ont été utilisées pour toutes les patientes, deux types différents ont été retrouvés

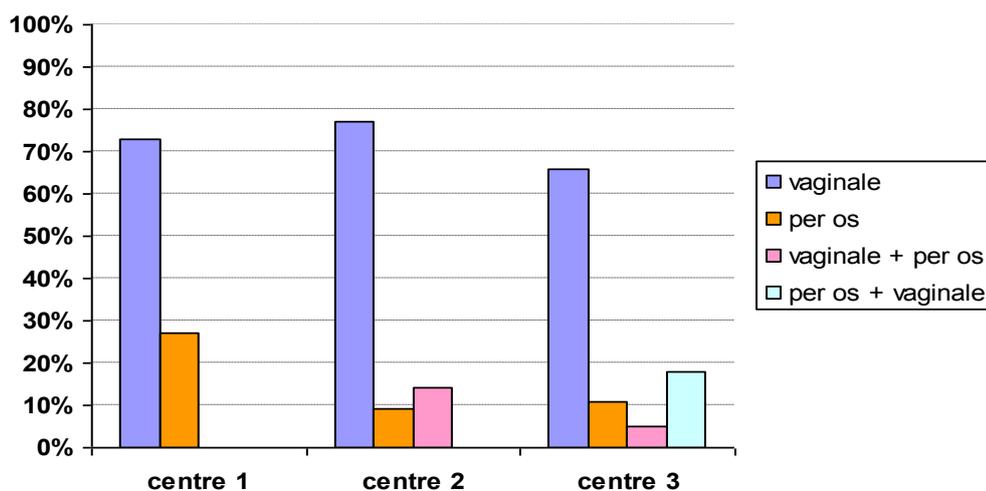
Misoprostol (Cytotec®)

Administré à 92 %, il était utilisé par toutes les équipes mais de façon variable.

Le mode d'administration :

La voie vaginale était privilégiée dans 70 % des cas, puis la voie per os seule (13 %), et enfin des administrations combinées existaient ; deux premiers comprimés en vaginal suivis du reste en per os (7 %) et à l'inverse la voie per os en premier lieu suivie de l'administration vaginale (10 %).

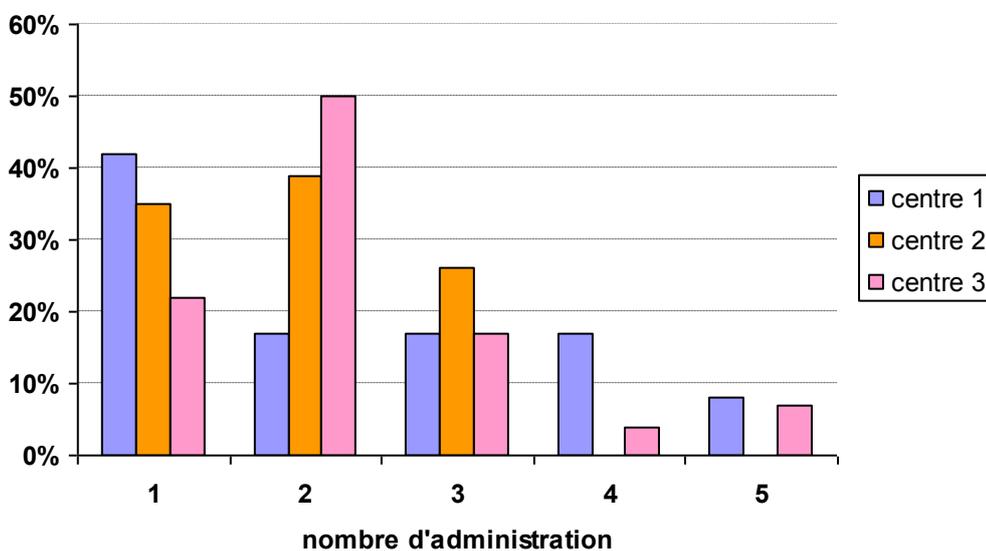
Figure 5 : Voie d'administration du misoprostol en fonction des établissements



Le centre 1 utilisait l'administration sublinguale dans 27 % des cas.

Le nombre d'administration de comprimés de Cytotec® :

Figure 6 : Proportion du nombre d'administration allant de un à cinq comprimés de misoprostol en fonction des établissements



42% des patientes du centre 1 ont bénéficié d'1 administration de comprimés de Cytotec®

La posologie :

Dans 90 % des cas 2 comprimés de Cytotec® étaient donnés à la fois soit 400µg. Le centre 3 utilisait cette posologie à 100 %, le centre 2 à 87 % et le centre 1 prescrivait à 50 % la posologie à 2 comprimés et 50 % à 1 comprimé.

L'intervalle d'administration :

Il était de 3 heures pour les centres 1 et 2, de 4 heures pour le centre 3.

Quatre patientes ont manifesté des effets secondaires suite à la prise de misoprostol, il s'agissait essentiellement de nausées et vomissements. Deux d'entre elles avaient reçu le Cytotec® par voie vaginale et deux autres en prise combinée, per os puis vaginale. L'élévation de la température maternelle était retrouvée chez 7 % des patientes, sans cause évidente diagnostiquée.

Sulprostone (Nalador®)

Il a été utilisé dans 8 % des cas (7 patientes) comme inducteur de contractions utérines. Son utilisation première est employée pour les patientes porteuses d'utérus cicatriciel. Les termes étaient compris entre 20 et 38.5 SA. On remarque que 4 patientes avec utérus cicatriciels n'ont pas été déclenchées par Nalador®. Leur terme variait de 10 SA à 23 SA.

Les Dilapans®

Le centre 1 l'employait quasi systématiquement (13 patientes sur 15) au nombre de 2 pour 84 % des cas. Le centre 2 l'utilisait lors de contre indication à la mifégyne et pour les utérus cicatriciels, ce qui représente environ 20 % des IMG. Les termes variaient de 12 SA à 33.5 SA. Le centre 3 ne l'employait pas.

Autres moyens obstétricaux

La rupture de la poche des eaux : Le centre 1 utilisant des Dilapans®, pratiquait un taux de rupture de la poche des eaux de 66.7 %, contre 47.8 % dans le centre 2 et 46.9 % dans le centre 3.

Le Syntocinon® : 9 patientes sur 90 ont reçu du Syntocinon® en perfusion : 5 soit 15.5 % dans le centre 3 et 4 soit 26.7 % dans le centre 1. Le terme moyen était de 32.8 SA avec des extrêmes allant de 23 à 38.5 SA.

2.2.2 La méthode chirurgicale

Elle se traduit par Dilatation/Evacuation/Curetage sous anesthésie générale.

- Centre 1 : Termes < 14 SA, sous APD, 13 % des IMG.
- Centre 2 : Terme < 14 SA, sous AG, 16 % des IMG
- Centre 3 : Terme < 18 SA, sous AG, 36 % des IMG. Cependant 45 % des patientes expulsent dans le service de gynécologie puis montent au bloc opératoire pour le curetage sous AG afin de garantir l'intégrité du fœtus et permettre un examen anatomopathologique fiable.

2.2.3 Le geste foeticide

Un geste foeticide est réalisé dans 41 % des interruptions médicales de grossesse. Le plus petit terme était de 23 SA et le terme moyen de 28.3 SA. Les modalités de la ponction foeticide apparaissaient dans 77 % des cas par une injection intra funiculaire de lidocaïne provoquant l'arrêt de l'activité cardiaque et pour 30 % des cas elle a eu lieu en intra cardiaque par l'injection de chlorure de potassium. Aucun incident n'a été enregistré suite à ce geste.

2.2.4 Les modalités anesthésiques et analgésiques

Plus le terme de la grossesse avance, plus la proportion d'analgésie péridurale augmente et plus la proportion d'anesthésie générale diminue. Au total, la péridurale a été posée dans 83 % des IMG. 3 patientes sur 90 ont eu recours à une anesthésie générale après avoir eu la péridurale pour une délivrance artificielle et une révision utérine.

En ce qui concerne les antalgiques de première intention, ils sont utilisés seulement dans le centre 3.

Tableau IV : Utilisation des antalgiques de première intention en fonction du lieu d'accouchement

	Antalgique de 1ère intention		AG	APD
	Perfalgan®	Perfalgan® + Nubain®		
Bloc opératoire	29.4 %	70.6 %	94 %	
Bloc obstétrical	46.7 %	53.3 %	9.4%	75 %

➤ Centre 3

La péridurale était réalisée plus rapidement que l'anesthésie générale car un pourcentage moins important de patientes ont reçu du Nubain® dans le groupe bloc obstétrical. Cependant une proportion plus importante de patientes ont bénéficié de l'anesthésie générale dans le groupe bloc opératoire. Sur le total des patientes, 40 % ont reçu du Perfalgan® seul et 60 % ont reçu du Perfalgan® en première intention suivi du Nubain®.

94 % des patientes ont reçu ces antalgiques et 64 % d'entre elles ont bénéficié par la suite de la péridurale.

Les patientes accouchant au bloc obstétrical, ont bénéficié de la péridurale dans 75 % des cas soit 24 patientes sur 32. Parmi les 8 patientes restantes, pour 4 d'entre elles, l'anesthésiste n'était pas disponible, 4 autres ont eu un travail trop rapide pour avoir le temps de la poser et enfin une patiente avait une contre-indication à la péridurale. Le terme moyen des patientes bénéficiant de la péridurale était de 26.6 SA.

Le temps passé dans la chambre du service de gynécologie était évalué à 47 % du temps total jusqu'à expulsion avant le passage au bloc obstétrical.

➤ Centre 2 :

79.2 % des patientes ont bénéficié de l'anesthésie péridurale. 3 patientes ne la souhaitaient pas et 2 patientes ont eu une anesthésie générale au bloc opératoire.

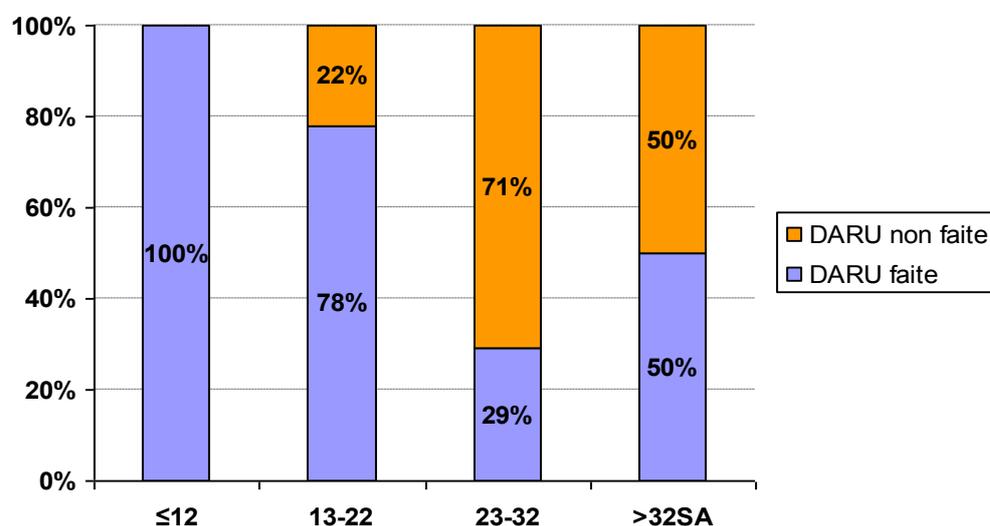
➤ Centre 1 :

100 % des patientes ont bénéficié de la péridurale. 1 patiente a eu une anesthésie générale.

2.2.5 Délivrance artificielle et révision utérine (DA-RU)

Une délivrance artificielle et /ou une révision utérine était nécessaire chez 54.4 % des patientes. Ce chiffre est bien entendu dépendant du terme.

Figure 7 : Pourcentage de DA-RU en fonction du terme



Plus le terme de la grossesse est avancé et plus le taux d'évacuation utérine diminue : 61.2 % des DA-RU ont eu lieu entre 12 et 22 SA, 24.5 %, entre 22 et 32 SA et enfin, 10.2 % survenaient pour des termes supérieurs à 32 SA.

50 % des primipares ont eu besoin d'une évacuation artificielle et 58 % pour les multipares.

- Centre 1 : 40 % de DA-RU et 33,3 % pour les termes ≥ 18 SA
- Centre 2 : 56 % de DA-RU et 43 % pour les termes ≥ 18 SA
- Centre 3 : 49 % de DA-RU et 36,4 % pour les termes ≥ 18 SA

2.2.6 Les complications obstétricales

Deux types de complications ont été enregistrées : 5 hémorragies de la délivrance représentant 5.5 % des patientes et 1 pyélonéphrite qui s'est manifestée une semaine après l'interruption. Aucune patiente n'a présenté de rupture utérine.

Parmi les patientes qui ont eu une hémorragie de la délivrance aucune n'a nécessité de transfusion. Plus le terme de la grossesse est avancé et plus la proportion des hémorragies augmente (absente jusqu'à 22 SA, 7.3 % de 22 à 32 SA et 10 % >32 SA.).

Une hyperthermie maternelle supérieure à 38.5°C apparaissait chez 7 % des patientes. Les bilans sanguins réalisés par la suite n'ont pas montré d'infection avérée et la fièvre a diminué après l'administration de Perfalgan® et d'antibiotiques en préventifs.

Une césarienne a eu lieu chez une patiente, deuxième pare, porteuse d'un utérus cicatriciel à 31 SA. Le diagnostic de l'IMG était un anasarque évolutif. Le déclenchement s'est fait par sulprostone. A 5cm de dilatation elle est passé en salle d'accouchement, a bénéficié de la péridurale et après 20h de travail une décision de césarienne a été prise pour présentation du siège et non engagement.

2.3 Durée du travail

La durée du travail considérée est égale à l'intervalle de temps entre la première administration de prostaglandine et l'expulsion.

La durée moyenne du travail de ces 87 patientes était égale à **9h12** avec un écart type de 6H47 et des extrêmes allant de **1h18 à 36h30** (Il manquait des informations dans trois dossiers pour pouvoir calculer la durée du travail).

Un dossier du centre 1 présentant une longue durée de travail (51h) a été retiré pour calculer la moyenne. Celui-ci entraînait un biais important compte tenu du petit nombre de dossiers (15).Cependant La médiane n'est ni affectée ni inchangée.

Tableau V : Pourcentage des patientes ayant une durée de travail inférieure à 6, 12, 24, 36, 48h

<6h	<12h	<24h	<36h	<48h
27.59 %	80.45 %	94.25 %	97.7 %	100 %

2.3.1 En fonction des établissements

Tableau VI : La répartition de la durée de travail dans les différents centres

	MOYENNE	MEDIANE	ECART TYPE	MINIMUM	MAXIMUM
CENTRE 1	7h15	6h	5h21	1h45	22h
CENTRE 2	6h31	6h29	3h23	1h24	15h
CENTRE 3	10h58	9h	7h47	3h45	36h30

Il existe une différence de la durée de travail entre le centre 2 et les centres 1 et 3 (p<0.05) mais non entre le centre 1 et 3 (p=0.0979).

2.3.2 En fonction du terme

La durée moyenne du travail augmente en fonction du terme. Pour les termes < 12 SA la durée du travail est de 6h, de 12 à 22 SA, elle est de 6h36, de 22 à 32 SA de 10h36 et enfin >32 SA, de 11h44 (p<0.05).

2.3.3 En fonction de la parité

Les primipares ont une durée du travail plus longue que les multipares (10h52 contre 7h55 avec p<0.05).

2.3.4 En fonction du protocole de déclenchement :

Tableau VII: Durée et terme en fonction des protocoles de déclenchement (nombre de patientes).

	Durée du travail	Moyenne des termes
Misoprostol seul (67)	9h41	22.3 SA
Dilapan®+misoprostol (13)	7h14	20.9 SA
Sulprostone seule (3)	12h55	31.1 SA
Dilapan®+sulprostone (4)	4h48	27.6 SA

Le misoprostol seul a été utilisé dans le centre 2 et 3. La durée moyenne de travail était de 9H41. L'association Dilapan® et misoprostol pratiquée par le centre 1 permettait un travail de 7h14 en moyenne. Cependant le centre 2 avait la durée de travail la plus courte. On peut alors en déduire que d'autres facteurs sont mis en jeu pour expliquer la différence des durées de travail.

En ce qui concerne les protocoles pour les utérus cicatriciels, l'association Dilapan® et sulprostone (protocole du centre 2) assurait un temps de travail plus court que le sulprostone seul (protocole du centre 3). A noter cependant le nombre restreint de patientes incluses dans ces deux protocoles.

Etude plus précise sur le misoprostol :

Tableau VIII : Durée du travail en fonction du mode d'administration du misoprostol

Mode	Temps de travail	Nombres de patientes
Vaginal	8h47	50 (70.4 %)
Per os	8h53	9 (12.7 %)
Vaginal+per os	16h	5 (7. %)
Per os+vaginal	8h07	7 (9.86 %)

Il n'existe pas de différence de temps de travail entre l'administration vaginale ou sublinguale du misoprostol.

2.3.4 En fonction de la péridurale

D'un point de vue général, les patientes bénéficiant de la péridurale avaient une durée du travail de 10h et celles qui n'en bénéficient pas, de 7h44 ($p>0.05$). La différence de terme rentre probablement en cause dans cette analyse car dans le centre 2, la péridurale est proposée à partir de 14 SA et 18 SA dans le centre 3. En effet, comme on le sait, plus le terme est précoce plus le travail est court.

Tableau IX : Comparaison des termes moyens chez les patientes avec et sans péridurale

	Effectif	Terme moyen en SA	Ecart-type
Sans péridurale	29	17.5	5.3
Avec péridurale	58	25.3	6.2

($p<0.001$)

Dans un premier temps la population dont le terme est inférieur à 18 SA est étudiée dans les trois centres séparément afin de soustraire l'impact du terme et de se rendre compte si réellement la péridurale a un effet sur la durée de travail. En effet les centres 1 et 2 posent la péridurale contrairement au centre 3.

Tableau X : Durée moyenne de travail pour les termes < 18 SA dans chaque centre

	Durées du travail	Ecart-types	Médianes
Centre 1	3h25	1h38	4h
Centre 2	5h08	2h38	5h
Centre 3	7h47	4h26	7h

Il est important de préciser que l'on se trouve en présence d'un petit échantillon dans le centre 1 avec 3 patientes, contre 10 dans le centre 2 et 20 dans le centre 3. La différence entre les établissements n'est pas significative dans ce tableau-ci ($p > 0,005$). On ne peut pas affirmer que la péridurale soit en lien avec une diminution de la durée du travail mais seulement montrer une tendance.

Dans un deuxième temps la population dont le terme est supérieur ou égale à 18 SA est étudiée. En effet les centres 1 et 2 installent une péridurale avant même le début du travail et le centre 3, une fois les contractions installées et le col ouvert.

Tableau XI : durée moyenne de travail pour les termes > 18 SA dans chaque centre

Etablissements	Temps de travail	Ecart types	Médianes
Centre 1	8h56	5h45	6h15
Centre 2	7h35	3h59	7h47
Centre 3	13h07	8h47	10h

A partir de 18 SA, la durée du travail est significativement plus longue dans le centre 3 par rapport aux deux autres centres. On peut donc penser que l'effet de la pose précoce de la péridurale raccourcit la durée du travail.

Existe-t-il une influence de la péridurale en fonction de différents termes dans la durée du travail ?

Tableau XII: durée moyenne du travail en fonction du terme et de l'analgésie péridurale

		<12 SA	12 SA-22 SA	22 SA-32 SA	>32 SA	TOTAL
Sans péridurale	Nombre	2	21	5		28
	Durée	6h	7h51	8h21		7h44
Avec péridurale	Nombre		11	36	10	57
	durée		4h25	10h56	11h44	10h

P = 0.054

Les 11 patientes dont le terme est compris entre 12 et 22 SA et bénéficiant de la péridurale, avaient une durée de travail moyenne de 4h25 et celles n'en bénéficiant pas, de 7h51. La durée du travail est influencée par la péridurale aux mêmes termes et également par des termes bien distincts avec ou sans péridurale. On peut alors se demander s'il existe entre la péridurale et le terme un facteur plus déterminant que l'autre sur la modification de la durée du travail.

2.3.5 Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux

Tableau XIII : influence de la RAPDE précoce dans la durée du temps de travail

	Durée moyenne du travail	Termes moyen en SA
RAPDE précoce (20)	10h06	26.3
RAPDE non fait (37)	8h10	23.7

(p>0.05)

Précisons qu'il s'agit de la population où l'interruption de grossesse a lieu au bloc obstétrical. La RAPDE précoce (toucher vaginal évalué à 1 ou 2 doigts) est pratiquée dans 53 % des cas dans le centre 1, 32 % dans le centre 2 et 20 % dans le centre 3. Celle-ci ne semble pas être en lien avec une diminution de la durée de travail.

Parmi les quatre variables suivantes :

- L'établissement
- L'analgésie péridurale
- La parité
- Le terme

L'analyse ANOVA multivariée permet de dire que seul l'établissement (et en l'occurrence la pratique de l'établissement) est en lien avec la durée du travail (Une étude plus précise sur les dossiers permettrait peut-être de mettre à jour d'autres facteurs non identifiables ici.

2.4 Echec de déclenchement

La définition est la non mise en travail après 24h : un renouvellement ou un changement de protocole peuvent être décidé par la suite.

7% des dossiers soit 6 patientes avaient une durée de travail > 24h. Leur âge gestationnel moyen était de 25.3 SA.

Deux échecs de déclenchement avec des changements de protocoles sont retrouvés pour des durées de travail de 51h et 36h30 :

L'une d'elles était une primipare, âgée de 35 ans présentant un DES syndrome. Cette patiente a eu recours à une FIV ICSI pour débuter sa grossesse. A l'échographie de 22 SA, une hydrocéphalie majeure est mise en évidence. L'IMG a été marquée par la pose de 2 Dilapan®, la réalisation d'un foeticide, une pose de péridurale, la mise en place d' 1cp de Cytotec® toutes les 6 heures en intravaginal à trois reprises et une RAPDE à un centimètre de dilatation. Ce protocole est arrêté durant la nuit et remplacé par du Syntocinon® le lendemain. Ne suffisant toujours pas, une seringue de Nalador® lui est administrée. Elle a accouché à 23 SA+4 jours au bout de 51 heures de travail. Par la suite elle a eu une hémorragie de la délivrance perdant un litre de sang, stoppée par du Nalador®.

4 autres dossiers présentaient des durées de travail > 24h. Les protocoles ont été suspendus pendant la nuit et repris le lendemain à la même posologie.

2.5 Rencontre avec l'enfant

Tableau XIV : Evolution de l'avis des parents concernant le souhait de voir leur enfant

	OUI	NON	REFLEXION	NON MENTIONNE
Souhait de rencontrer l'enfant	41%	22%	21%	22%
La rencontre proprement dite	65%	16%		12%

La question quant à la possibilité de voir l'enfant était posée lors de l'entretien pré-IMG, quelques jours avant l'hospitalisation. Ces quelques jours se sont avérés nécessaires pour prendre la meilleure décision, respectable et propre à chaque parents.

2.6 Autopsie et obsèques

L'autopsie est réalisée dans 64 % des interruptions médicales de grossesse.

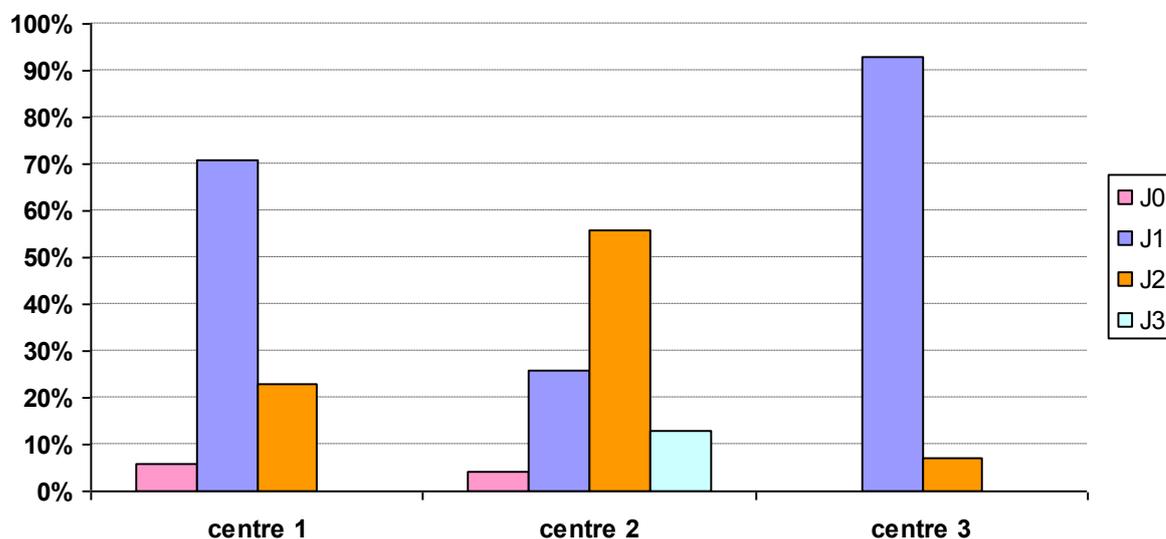
- Centre 1 : 100 %
- Centre 2 : 52 % (20 % de refus)
- Centre 3 : 59 % (34 % de refus par les parents)

19 % des couples ne souhaitent pas faire le don du corps de leur enfant à l'hôpital lorsque la suggestion leur a été faite en anténatal et dans 8 % des dossiers, une cérémonie religieuse avait été décidée.

2.7 Le retour à domicile.

Il a eu lieu au bout d'un jour soit le lendemain de l'intervention pour 62 % des patientes, 2 jours pour 28 %, 3 jours pour 3 % et 7 % sortent le jour même de l'interruption médicale de grossesse.

Figure 7 : Pourcentages de patientes et nombres de jours d'hospitalisation en fonction des trois hôpitaux



($p < 0.01$)

3. Discussion

3.1 Le diagnostic anténatal

Dans toutes les études recensées sur les IMG, la majorité des interruptions sont d'indication fœtale avec un taux de l'ordre de 72 % à 95 % []. Les progrès dans le diagnostic échographique et la multiplication des examens au moindre doute font, des malformations, la cause principale (représentant plus de la moitié des indications fœtales avec 45 % d'anomalies cérébrales) suivies par les anomalies chromosomiques (1/3 des indications avec 50 % de trisomie 21) dépistées grâce au caryotype fœtal.

D'après le registre des malformations congénitales de Paris, de 1981 à 2000 [], le diagnostic anténatal dépiste davantage de malformations (7 fois plus). Par exemple la détection de la trisomie 21 est passée de 25.1 % à 86.9 %. Cependant la fréquence des malformations fœtales augmente (2 % à 3.7 %) ainsi que l'âge maternelle (11.1 % à 26 % des femmes sont âgées de plus de 35 ans). Tout ceci augmentant le nombre d'IMG passent de 38 à 423 en 20 ans à Paris.

Les examens principaux et incontournables sont tout d'abord l'échographie du 1^{er} trimestre, examen performant dans le dépistage des premiers signes plus ou moins spécifiques d'anomalies fœtales (très souvent chromosomiques). Puis l'échographie du 2^{ème} trimestre qui diagnostique un peu moins de la moitié des malformations (44 %) parmi tous les autres marqueurs prénatals. Une étude européenne appelée Eurofetus réalisée de 1990 à 1993 dans 61 centres européens [] détermine la sensibilité de l'échographie à 61 %. Les malformations majeures sont dépistées dans 73.7 % des cas au terme moyen de 24.2 SA et les malformations mineurs dans 45.7 % des cas au terme moyen de 27.6 SA.

Rappel sur les différents protocoles :

Centre 1 : Mifégyne 600µg, 36h après Dilapan®, 12h après APD, +/-foeticide, Cytotec® (1cp /6h ou 2cp/3h) Tous les termes

Centre 2 : Mifégyne 600µg, 48h après APD, +/- foeticide, Cytotec® (2cp/3h) Termes > 14SA

Centre 3 : Mifégyne 200µg, 48h après +/- foeticide, Cytotec® (2cp/4h), APD Termes > 18SA

3.2 La durée du travail

La durée du travail est significativement **plus courte dans le centre 2** par rapport aux centres 1 et 3 (**6H31** contre **7H15** pour le centre 1 et **10H58** pour le centre 3). En revanche on ne peut pas affirmer que le centre 1 ait une durée de travail plus courte que le centre 3. Essayons de comprendre quels sont les facteurs mis en jeu dans le raccourcissement du temps de travail ?

- Le terme

Le terme est un facteur important à prendre en considération. En effet plus le terme est précoce et plus le travail est court. **Le centre 2 possède le terme moyen le plus bas avec 22 SA** (contre 22.3 SA pour le centre 3 et 24 SA pour le centre 1). Egalement on note **dans le centre 2 que la proportion de termes inférieurs à 18 SA est la plus grande avec 48 %** (40 % pour le centre 3 et 20 % pour le centre 1). On peut penser que le terme joue un rôle dans l'explication de cette différence de temps de travail entre les trois centres. Mais ce n'est certainement pas le seul facteur car on remarque que le centre 1 avec la moyenne des termes la plus élevée a une durée de travail plus courte que le centre 3.

- La parité

Elle influence la durée du travail. **C'est dans le centre 2 que la proportion de multipares est la plus importante avec plus de deux tiers des patientes.**

- La péridurale

En englobant tous les termes, on ne peut pas conclure en disant que les patientes sans péridurale accouchent plus vite que celles qui en bénéficient (7H55 contre 10H52 mais différence non significative). On peut cependant expliquer cette différence par le terme moyen, qui est significativement plus petit pour la population sans péridurale.

Pour les termes supérieurs à 18 SA, on peut conclure en disant que la durée du travail est plus courte dans le centre 2 (7H35 contre 8H56 pour le centre 1 et 13H pour le centre 3). Ces

patientes accouchent toutes au bloc obstétrical et **une différence de prise en charge existe entre les établissements 1, 2 et l'établissement 3. Cette différence réside dans la pose de péridurale, précoce pour les centres 1 et 2. Peut-être joue-t-elle un rôle ?**

- Le protocole de déclenchement

La posologie de Mifégyne varie selon les établissements (200mg pour le centre 3 et 600mg pour les centres 1 et 2). Une étude faite par Webster, Penney et Templeton en 1996 portant sur 70 IMG du second trimestre [1] a montré que la dose de RU 486 pouvait être réduite de 600mg à 200mg.

Le misoprostol est la prostaglandine la plus utilisée dans cette étude.

Le mode d'administration par voie vaginale est privilégié par de nombreuses équipes : elle présente les avantages conjugués d'un effet local renforcé, d'une plus longue durée d'action et aucun accident n'a été décrit. Les études pharmacocinétiques ont montré que la biodisponibilité du Misoprostol, administré par voie vaginale, est 3 fois plus élevée que lors de son administration orale, avec des pics retardés mais maintenus environ 4 heures. Le centre 1 l'utilise per os dans 27 % des cas en association avec des lamineaires. Dans une étude comparant l'administration orale et vaginale au 2^{ème} trimestre, le Misoprostol par voie vaginale s'est avéré plus efficace (71). Aussi, Templeton, and Coll [2] ont conclu que la voie sublinguale était plus à risque d'effets secondaires avec davantage de problèmes digestifs, de fièvre et de « mauvais goût » dans la bouche.

L'intervalle d'administration diffère entre les établissements puisqu'il est de 3 heures pour le centre 1 et 2 et de 4 heures pour le centre 3. Nous pouvons nous demander si cette différence influence la durée du travail.

Hormis ces quelques points énoncés précédemment dans l'utilisation des prostaglandines, il n'existe pas de réelles différences entre les établissements. C'est-à-dire qu'ils utilisent en majorité du misoprostol, 2cp à la fois et la plupart du temps par voie vaginale. Les quelques disparités retrouvées sont essentiellement dues à la pratique de chaque médecin. Par exemple dans le centre 1, il a été retrouvé comme protocoles de Cytotec® : 1cp toutes les 6h ou 2cp toutes les 3h. Il n'existe pas de réelle pratique commune à ce sujet.

D'autres prostaglandines (géméprost ou Cervagème®, dinoprostol ou Prostin®) sont utilisées dans le cadre des IMG par d'autres équipes. Aux Etats-Unis, la PGE2 ou

dinoprostone est largement employée avec 95 % d'expulsion en 24h (et un délai moyen de 13h) mais les effets secondaires gastro-intestinaux restent très fréquents (jusqu'à 50%). Jain et Mishell [] ont conduit un essai prospectif, randomisé comparant l'efficacité et la tolérance du misoprostol (200ug intravaginal/12h) et de la PGE2 (20mg intravaginal/3h). Le taux de succès (avortement en moins de 24h) était de 81% avec la PGE2 et 89 % avec le misoprostol. L'intervalle moyen d'expulsion était similaire entre les 2 groupes (10,6h avec la PGE2 et 12h avec le misoprostol) mais les effets secondaires ont été moins fréquents parmi les femmes recevant le misoprostol. L'efficacité, la tolérance, la facilité d'administration et de conservation du misoprostol font que ce produit va probablement supplanter, dans cette indication, les autres analogues de prostaglandines dans les années à venir.

Ce qui diffère réellement dans la prise en charge médicale c'est la mise en place de Dilapan® dans le centre 1 principalement. La durée de travail semble être diminuée lors de son utilisation avec du misoprostol. Les auteurs ne sont pas unanimes qu'en à la diminution de la durée de travail. Jain n'a pas trouvé ce bénéfice contrairement à Hoffer []

Dans une étude monocentrique portant sur 83 patientes de 15 à 39SA, Hoffer et coll. ont étudié le protocole suivant : mifépristone 600mg le premier jour, pose de laminaires le deuxième jour, (36h après) puis le troisième jour, analgésie péridurale, rupture de la poche des eaux et misoprostol 400µg per os toutes les 3 heures. Les délais moyens du travail constatés ont été de 4h45 pour les nullipares et 3h pour les multipares. Il s'agit du même protocole que celui pratiqué dans le centre 1. La différence avec notre étude réside peut-être dans le faible échantillon de dossiers étudiés ici. Cependant le centre 2 possédant la durée moyenne de travail la plus courte n'utilise pas dans sa pratique courante de Dilapan®. Cela conforte l'hypothèse selon laquelle la différence de durée de travail entre les 3 centres est multifactorielle.

Concernant le protocole de déclenchement pour les utérus cicatriciels, l'association Dilapan® – Sulprostone s'est avérée plus efficace que Sulprostone ou Cytotec® seul. De plus Schneider D. et coll [] ont montré que l'utilisation de Laminaires ne semblait pas augmenter le risque de rupture de la cicatrice utérine.

L'analyse ANOVA multivariée n'a permis de dire que seul l'établissement, et en l'occurrence ses pratiques et protocoles bien définis, sont en lien avec la différence des durées de travail. Le faible nombre de facteurs significatifs dans le raccourcissement du temps de travail peut certainement s'expliquer par l'insuffisance du nombre de dossiers enregistrés.

3.3 La méthode chirurgicale

L'aspiration suivie du curetage sous anesthésie générale est pratiquée à différents termes en fonction des hôpitaux (14 SA pour les centre 1 et 2, 18 SA pour le centre 3). Cette méthode présente plusieurs inconvénients. Tout d'abord, l'examen anatomopathologique ne peut être réalisé convenablement après une aspiration. Le fœtus n'étant plus dans son intégralité, l'examen semble difficile. De plus davantage de risque on été décrit après une analgésie générale. L'aspiration également a montré des complications comme la déchirure cervicale par exemple. Le protocole le mieux adapté semblerait être le suivant : aspiration/curetage pour les termes < 14 SA. A partir de cet âge gestationnel, les patientes seraient admises dans une salle d'accouchement, pourraient bénéficier de la péridurale, voir « le corps de l'enfant » ou prendre des photos.

3.4 Le geste foeticide

La plupart des équipes le réalisent à partir de 22 ou 24 SA, idéalement le jour de l'expulsion (évitant ainsi la macération rapide et la lyse neuronale rendant difficile l'examen foetopathologique). En ce qui concerne l'interruption de l'activité cardiaque, deux produits sont utilisés : le chlorure de potassium et la lidocaïne de façon plus récente. L'étude réalisée par Senat, Fisher, Bernard et Ville [] prouve que la lidocaïne s'avère tout aussi efficace et comporte beaucoup moins d'effets nocifs en cas de passage dans la circulation maternelle.

Deux sites d'injection sont utilisés : L'injection intra cordonale en première intention puis intra cardiaque si celle-ci échoue. En effet Senat et coll. montrent l'efficacité égale des deux sites en terme d'objectifs et de sécurité maternelle. Par contre, le volume de chlorure de potassium nécessaire pour interrompre l'activité cardiaque semble plus faible lors de l'injection funiculaire. L'injection intra cardiaque est supposée être plus douloureuse et les mêmes auteurs recommandent donc l'injection dans le cordon.

3.5 Les modalités anesthésiques.

Il existe des différences de pratiques entre le centre 3 et les centres 1 et 2.

Le meilleur soulagement au point de vue de la douleur est la pose de péridurale. Celle-ci installée précocement, avant le début du travail semble montrer plusieurs avantages : 1- toutes les femmes en bénéficient (excluant un travail trop rapide ou une activité trop importante au bloc obstétrical empêchant la pose de celle-ci.) 2-elle semble être en lien avec un travail plus

court, 3-elle permet un confort lors de la ponction foeticide et 4-elle n'autorise aucune douleur lors du travail, de l'accouchement ou encore de la révision utérine.

Cependant, celle-ci oblige les patientes à rester dans une salle d'accouchement pendant toute la durée du travail. L'occupation d'une salle de travail par une patiente sous péridurale dont le travail peut durer plus d'une journée, ne va pas sans poser de soucis d'organisation au sein du bloc d'accouchement.

A Lille, Ducloy et coll. [] prônent depuis 1992 le retour de la patiente en chambre après la pose du cathéter péridural. Cette pratique associerait les deux prises en charges des centres 1,2 et 3. Une étude rétrospective entre 1997 et 1998 portant sur 169 patientes a mis en évidence que toutes les patientes ont bénéficié d'une surveillance satisfaisante et montre l'adhésion des soignants à ce protocole d'analgésie. Il s'agissait de sages-femmes ayant reçu une formation théorique sur l'utilisation et la surveillance de l'analgésie auto contrôlée. Et depuis 1992, aucun accident en rapport avec cette surveillance en chambre n'est survenu. En dépit de la contrainte liée à la formation du personnel, le retour en chambre de la patiente présente plusieurs avantages : un confort meilleur, dans son lit, la non occupation d'une salle d'accouchement et éviter à la patiente d'entendre les cris des nouveau-nés des salles d'accouchement voisines. Dans cette étude les patientes passent 86 % de la durée de l'IMG dans leur chambre.

Certains anesthésistes hésitent à réaliser une analgésie péridurale chez une patiente dont le travail n'a pas encore débuté, et plus encore à la perspective d'une expulsion parfois différée de 24 heures ou plus. Ces réticences s'expliquent par la crainte du bloc sympathique prolongé, des risques d'accumulation et de tolérance des anesthésiques locaux avec une diminution de l'efficacité analgésique et du risque infectieux lié à la présence prolongée du cathéter de péridurale.

3.6 Les complications obstétricales

Le geste conduisant à l'interruption de grossesse représente-t-il un danger supplémentaire pour la mère en terme de complications graves immédiates (rupture utérine, hémorragie, hystérectomie) ou de complications moins graves à plus long terme (rétention utérine, infection) ? Une méta-analyse récente [], portant sur 10 ans et sur près de 60 000 dossiers s'est attachée à répondre à cette question. Le but de cette étude est de fournir des données (applicables en France et aux autres pays ayant une pratiques identiques) sur les complications médicales après une IMG lors du 2^{ème} ou du 3^{ème} trimestre, puis de les comparer aux taux des

mêmes complications après un accouchement hors interruption de grossesse. Cette étude s'inscrit également dans le cadre de l'information qu'un médecin est tenu de donner à ses patientes.

La complication la plus redoutée est la rupture utérine. Ses facteurs sont clairement identifiés : multiparité, utérus distendu, disproportion foetopelvienne, association d'ocytociques et de prostaglandines et surtout la présence d'un utérus cicatriciel. Cette étude a retrouvé un taux de survenue de l'ordre de 0.25 %. L'analyse de la littérature donne un risque ne dépassant pas 1,7 % pour 1000 IMG mais il serait plus élevé si l'on considérait uniquement les IMG chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciels. Par comparaison, la fréquence de rupture utérine chez une femme à terme en travail est estimée entre 0.3 % à 4 %. Dans notre étude on ne retrouve pas de rupture utérine.

Le protocole employé pour déclencher les patientes porteuses d'utérus cicatriciel est l'utilisation de Sulprostone à la place du Misoprostol dans le centre 3 et 2. Le centre 2 a également recours à la mise en place de lamineaires au préalable. Le Centre 1 diminue les doses de Misoprostol et administre 1 comprimé à la fois. Les études montrent qu'au second trimestre, il n'existe pas plus de complications avec l'utilisation de misoprostol 200mg ou 400mg (Shammas et Momani [1]) contrairement au 3^{ème} trimestre où la diminution des doses est recommandée (Mazouni et coll.[2]). Cependant toutes affirment qu'il existe un taux d'expulsion incomplète plus élevé pour les femmes porteuses d'utérus cicatriciels avec une perte de sang un peu plus importante. C'est pourquoi une révision utérine s'impose dans ces cas précis.

Les complications infectieuses sont liées aux modalités de l'IMG. En effet, elles sont favorisées par la répétition des manœuvres par voie vaginale, la dilatation mécanique, l'amniotomie précoce, la longueur du travail et les DARU. Cependant Jain et coll.[3] n'ont pas mis en évidence davantage d'endométrites lorsque l'administration de misoprostol par voie vaginale est associée ou non à la pose de lamineaires chez 68 patientes. Leur taux de survenue est très hétérogène en fonction des études et varie de 0,7 % à 8 %. Certains auteurs préconisent une antibioprofylaxie systématique.

La rétention placentaire (en considérant celle < 24h) se rencontrent le plus fréquemment avec un taux pouvant aller de 23 % à 45 %. Dans notre étude, la non délivrance ou la rétention placentaire est retrouvé chez 37.5 % des patientes (\geq 18 SA) où une DARU s'impose. Compte tenu de ces risques, une révision utérine systématique se justifie pour certains auteurs.

L'hémorragie obstétricale est une complication particulièrement redoutée, elle aussi. Son taux varie de 1 % à 10 % (5.5 % dans notre étude). Le taux d'hémorragies nécessitant une transfusion est beaucoup plus faible, de l'ordre de 0.7 %.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, peu de cas sont décrits. Une étude réalisée aux Etats-Unis [], il y a plus de dix ans faisait état de 10.3 décès pour 100 000. Une étude canadienne fait part de 2 décès pour 100000 IMG, mais la technique employée était l'injection intra amniotique de sérum hypertonique qui est reconnue pour sa morbidité. Il est à noter que plusieurs cas d'arrêt cardiaque concomitant à l'administration de sulprostone, dans le cadre d'hémorragies obstétricales graves, ont été décrits.

Les risques de complications graves restent plutôt rares, mais sont à priori supérieurs à ceux observés après un accouchement, hors interruption de grossesse.

III Deuxième étude : Satisfaction des patientes

1 Matériel et méthode

1.1 Méthode

Des questionnaires de satisfaction ont été envoyés aux 90 patientes dont les dossiers médicaux ont été traités précédemment. Le courrier, approuvé et signé par Mr Winer (président du réseau sécurité-naissance) se composait tout d'abord d'une lettre de présentation et expliquant, en quelques mots, le sujet du mémoire et ses objectifs. Le questionnaire était joint dans une enveloppe fermée. Le choix était laissé aux couples de l'ouvrir et d'y répondre. Enfin, une enveloppe timbrée pour le retour du questionnaire était fournie.

1.2 Données étudiées

- ✓ La première consultation au diagnostic anténatal
- ✓ La prise en charge entre l'annonce et l'interruption médicale de grossesse
- ✓ L'entretien avec le médecin et la sage-femme précédant l'interruption (importance de son accompagnement)
- ✓ Le déroulement même de l'IMG, (tolérance des différents protocoles, douleur éventuelle (EVA), péridurale, sentiments sur la durée du travail et rencontre avec l'enfant)
- ✓ D'éventuelles consultations avec le psychologue et le médecin référent
- ✓ Les principaux moments difficiles à vivre
- ✓ Un avis global sur l'accompagnement par le personnel médical
- ✓ D'éventuelles remarques et suggestions

2 Les résultats

65.5 % des questionnaires ont été retournés :

- Centre 1 : 73 % de réponses soit 11 sur 15
- Centre 2 : 76 % de réponses soit 19 sur 25
- Centre 3 : 60 % de réponses soit 29 sur 50

2.1 La prise en charge au diagnostic anténatal

La satisfaction de la première consultation à propos des attentes sur l'information médicale concernait 85 % des couples. Ils estimaient avoir reçu suffisamment d'informations pour 86 % d'entre eux et pour 71 %, cette consultation a participé à la prise de décision d'interrompre la grossesse.

Figure 8 : Satisfaction de la prise en charge entre l'annonce du handicap et la prise de décision

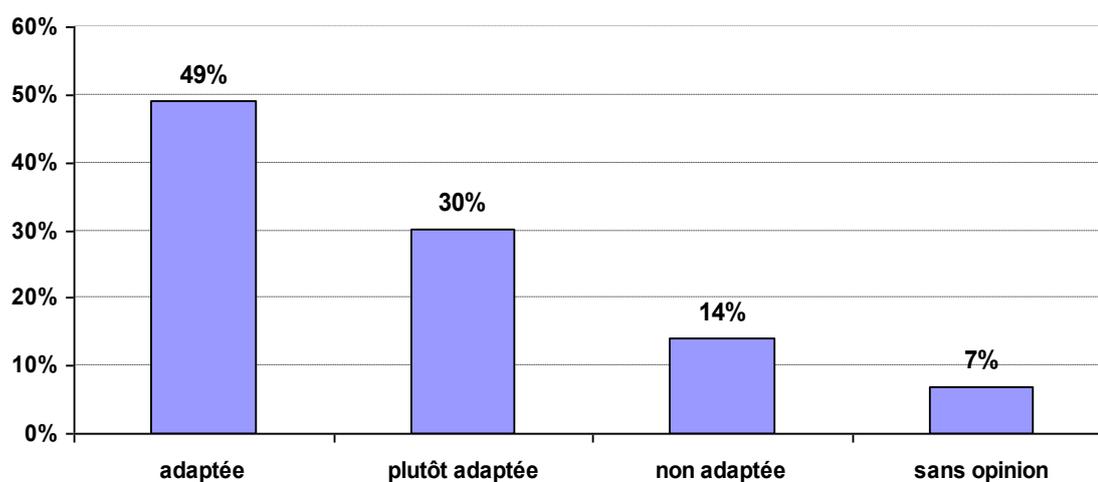


Tableau XV : Evaluation de la satisfaction des patientes à propos du délai entre l'annonce et la prise de décision

Délai annonce-décision	Total des patientes	Centre 1	Centre 2	Centre 3
Suffisant	58 %	36 %	58 %	66 %
Trop long	37 %	46 %	37 %	34 %
Trop court	5 %	18 %	5 %	
Jours (moyenne)	13	11	10	15

Tableau XVI : Evaluation de la satisfaction des patientes à propos du délai entre la décision et l'hospitalisation

Délai décision-hospitalisation	Total des patientes	Centre 1	Centre 2	Centre 3
Suffisant	76 %	76 %	78 %	74 %
Trop long	24 %	24 %	22 %	26 %
Trop court				
Jours (moyenne)	7	4	6	8

Les couples tendaient à être moins satisfaits par le délai entre l'annonce de l'anomalie et la décision d'interrompre la grossesse et le considéraient relativement long dans 37 % des cas, comparé au délai entre la prise de décision et l'hospitalisation où ils ont répondu être satisfaits dans 76% des cas. A noter que ce délai-ci était plus court (7 jours en moyenne contre 13 pour le premier délai).

Ils étaient satisfaits du nombre de consultations avec le médecin dans 80 % des cas.

La consultation pré-IMG :

95 % des couples ont répondu que cet entretien leur était apparu comme clair et 98 % estimaient qu'il a répondu de manière adaptée à leurs questions.

La sage-femme était intervenue dans le prolongement de l'information concernant le déroulement de la prise en charge dans 88 % des situations et 94 % pensaient que son intervention était très importante.

La présence d'un livret regroupant toutes les informations sur la prise en charge, remis à la fin de la consultation, est reconnu comme intéressant pour 70 % des couples.

2.2 Le jour de l'interruption de grossesse.

2.2.1 La pose de Dilapan® (concernant les centres 1 et 2)

A propos de la douleur possible engendrée par la pose, 37 % des patientes ont répondu avoir ressenti une légère douleur et 63 % estimaient n'avoir eu aucune douleur. Aucune n'a coché l'item « très douloureuse ». La douleur a été réévaluée la nuit suivant la pose. Un tiers des femmes a été algique et deux tiers n'ont ressenti aucune douleur durant la nuit. Lorsque la douleur était présente, 2 patientes la cotaient sur l'échelle de la douleur à 4, 2 autres à 5 et une à 6.

2.2.2 La prise des comprimés de Cytotec®

Tableau XVII : Le vécu des patientes sur la prise de Cytotec®

	Très pénible	Pénible	Peu pénible	Sans opinion
La prise de Cytotec®	23 %	28 %	26 %	23 %

La douleur suite au déclenchement du travail a été évaluée (plus particulièrement pour le centre 3 puisque la pose de la péridurale se fait dans un second temps, après le déclenchement par les prostaglandines). Les patientes ont coté leur douleur en moyenne à 6/10 (précisons que seule la moitié des femmes ont répondu à cette question). 52 % considèrent avoir été bien soulagées par les antalgiques, 37 % pensent qu'ils n'ont pas été assez efficaces et 11 % des femmes n'ont pas été soulagées du tout.

2.2.3 La péridurale :

L'IMG s'est déroulée pour 25.5 % des patientes au bloc opératoire et 74.5 % au bloc obstétrical où 70 % ont reçu la péridurale.

Les patientes des centres 1 et 2 où la péridurale est posée précocement avant le début des contractions devaient répondre à la question : « *Auriez-vous préféré rester dans votre chambre au début et avoir la péridurale plus tard une fois le travail avancé ?* »

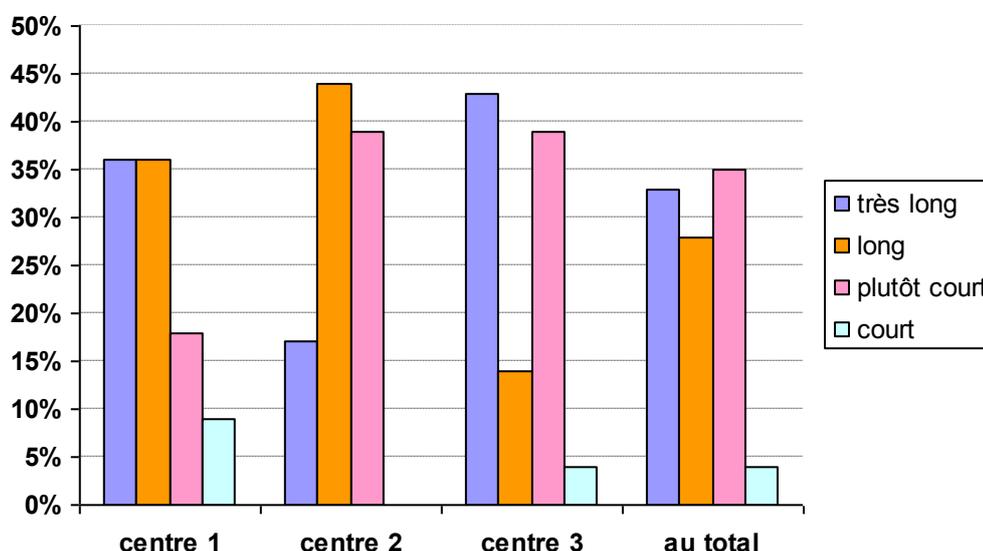
La réponse a été « non » pour 82 % des patientes, 10 % auraient préféré cette solution et 7 % n'ont pas d'opinion à ce sujet.

A l'inverse Les patientes du centre 3, où la péridurale est posée en deuxième intention avaient comme question : « *Si vous avez eu la péridurale auriez-vous préféré l'avoir plus rapidement ? Comme par exemple dès le matin de l'hospitalisation (ce qui sous-entend de passer directement dans une salle de bloc)* ».

53 % étaient favorables pour l'avoir plus rapidement. Cependant 70 % ne préféreraient pas l'avoir dès le début du travail (concernant ces deux questions, seulement 50 % des patientes ont répondu).

2.2.4 Le travail

Figure 9 : L'opinion des couples sur la durée du travail selon les centres et au total



Au total le pourcentage le plus élevé est attribué au travail plutôt court (35 %) mais suivi de très près par un travail très long (33 %).

2.2.5 La rencontre avec l'enfant :

77 % des couples ont vu leur enfant. 84 % d'entre eux ont estimé cette rencontre importante, 57 % l'ont trouvé difficile, 43 % réconfortante et 24 % angoissante (plusieurs réponses étaient possibles).

2.3 Consultation avec le médecin et le psychologue:

40 % ont revu leur médecin référant afin de faire le point et de connaître les résultats de l'autopsie quelques mois après l'interruption et 90 % estimaient être satisfaits par cet entretien.

71 % des couples ont eu un entretien avec la psychologue du service. Il a eu lieu dans 38 % des cas avant et après l'interruption médicale de grossesse, 23 % avant et 36 % seulement après. Cette rencontre a beaucoup aidé les couples pour 45 % d'entre eux, 38 %, un peu et 17 % n'ont pas retenu de bénéfice à cet entretien. Par la suite un tiers des patientes a jugé nécessaire de revoir un psychologue en ville.

2.4 Les moments les plus difficiles à vivre.

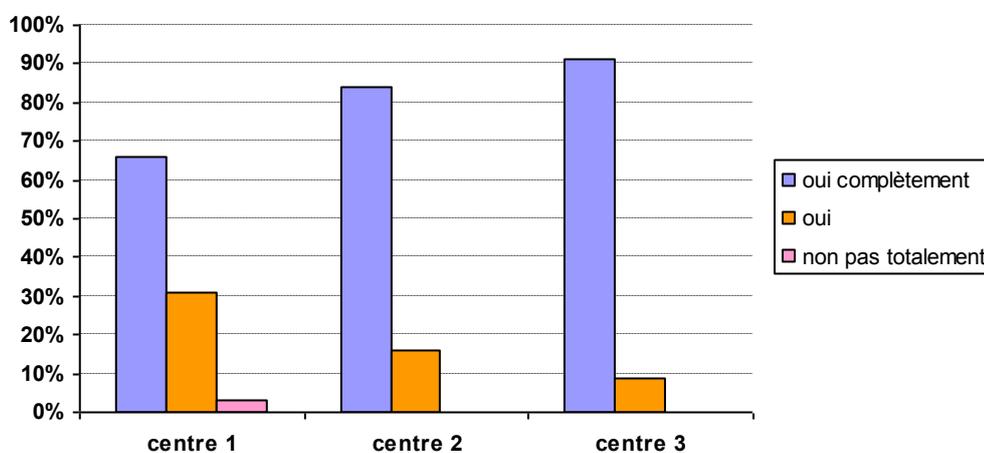
Les couples devaient choisir parmi ces propositions, trois moments qui pour eux leur étaient apparus comme les plus pénibles sur le plan psychologique.

Tableau XVIII : Classement des étapes de l'IMG du plus pénible au moins pénible au niveau psychologique

L'annonce	96 %
Le retour à la maison	51 %
La décision d'interrompre la grossesse	46 %
La naissance	24 %
Le travail	22 %
Autres	21 % dont 13 % foeticide
La rencontre avec l'enfant	20 %
Le lendemain de l'interruption	15 %
La consultation pré-IMG	13 %
La douleur physique	12 %

A presque l'unanimité, les couples considèrent que l'annonce de l'anomalie est le moment le plus difficile à vivre suivi du retour à la maison. Ces deux moments délimitent la prise en charge médicale et l'accompagnement psychologique par le personnel hospitalier. La douleur a été retenue par 12% des couples parmi les trois moments les plus pénibles à vivre.

Figure 10 : La satisfaction des couples à propos de l'accompagnement par le personnel soignant.



2.6 Remarques et suggestions :

Un bon accueil de la part de ces femmes face au questionnaire se dégageait des réponses apportées, très souvent argumentées.

Tout d'abord, une grande détresse se ressentait de la part de ces femmes une fois le retour à la maison. Elles exprimaient une grande solitude, un sentiment de vide. Elles se sentaient souvent incomprises par leur entourage et auraient aimé pouvoir échanger leurs propres expériences avec d'autres à travers des groupes de parole, des associations, plutôt inexistants pour l'instant. On pourrait alors à la sortie de la maternité les orienter vers des forums de discussion sur internet (exemple avec l'association «Petite Emilie»). Elles avaient également besoin d'être rassurées, que ce soit par une consultation avec un psychologue, un médecin traitant ou le médecin référent du centre de diagnostic anténatal. « Mon seul réconfort fut un rendez-vous que j'ai pris par moi-même avec mon généraliste car j'éprouvais un sentiment de malaise. ». Certaines exprimaient le souhait qu'un suivi à plus long terme aurait été nécessaire par la prise de rendez-vous systématiques avec un psychologue.

Plusieurs patientes n'avaient pas revu le médecin référent concernant les résultats de l'autopsie et certaines attendaient toujours un rendez-vous.

Elles insistaient également sur le fait qu'il soit très important de voir son enfant, certaines regrettaient de ne pas l'avoir vu. Ce constat confortent les professionnels de santé dans leurs démarches à le proposer en soulignant qu'il est très important d'un point de vue psychologique pour le travail de deuil. Un couple a suggéré l'idée qu'un petit mot de l'hôpital pourrait être envoyé aux parents pour les prévenir du jour de l'incinération.

Une amélioration de l'information médicale à propos des suites de couches pourrait être faite (retour de couches, contraception...), information que l'on donne en maternité lors de l'examen de sortie. N'oublions pas qu'il s'agit d'un accouchement comme un autre.

D'un point de vue positif, il y a eu énormément de retours satisfaisants à propos de l'accompagnement par l'équipe soignante. Les adjectifs qualifiant le personnel et retrouvés de très nombreuses fois sont : respectueux, chaleureux, discret, à l'écoute, humain, professionnel, compétent, empathique, rassurant, gentil....«les paroles des soignants sont très importantes et restent gravées. ». La sage-femme a eu un rôle fondamental à leurs yeux. Elle réconforte par sa douceur, sa compréhension et son écoute. Si c'était possible, les couples auraient souhaité être accompagnés par la même sage-femme tout au long de la prise en charge.

3. Discussion

On ne pouvait évaluer la prise en charge médicale des interruptions de grossesse sans au préalable recueillir l'opinion des patients. C'est pourquoi des questionnaires de satisfaction ont été envoyés à leur domicile. Le taux de réponse est surprenant car environ 2/3 des couples ont répondu.

Les couples étaient relativement satisfaits quant à la prise en charge médicale entre l'annonce de l'anomalie de leur enfant et la décision prise par eux-mêmes d'interrompre la grossesse (50 % l'ont considérée adaptée et 30 % ont préféré faire une nuance en répondant plutôt adaptée). C'est une période primordiale gérée par le médecin référent dans le respect des étapes « diagnostic », « pronostic », « décision »... Comment réussir cette séquence ? En respectant le plus possible l'unité de lieu de prise en charge et un interlocuteur privilégié. En effet il est important d'avoir du temps, pour établir un lien de confiance et se connaître.

La qualité de l'information médicale qui leur a été fournie leur a convenu. (85 %) ainsi que le nombre de consultations avec le médecin car il est important d'aménager à tout moment des temps pour l'écoute, l'expression des angoisses et des doutes parentaux. Le nombre de jours concernant cette période est en moyenne de 13 et plus d'un tiers la qualifiaient trop longue. Quant au délai entre la décision et le jour de l'hospitalisation, défini en moyenne à 7 jours, les couples ont répondu à 76 % que la durée leur semblait suffisante. En effet les psychologues le disent, ce délai est nécessaire pour une réflexion centrée sur l'acceptation de la perte de leur enfant et brise ainsi l'imaginaire et le rêve de l'enfant attendu. Même si sur le moment la douleur morale est omniprésente, cela reste un dernier moment de partage, de complicité et avec du recul cette étape est importante et nécessaire.

L'évaluation de la douleur a été prise en compte. On se rend compte que les patientes sont relativement satisfaites de la prise en charge qu'elles ont reçue dans les différents établissements en ce qui concerne la péridurale. On note cependant que dans le centre 3, la moitié des femmes auraient préféré bénéficier de la péridurale un peu plus rapidement mais deux tiers d'entre elles n'auraient pas souhaité la recevoir en tout premier lieu, avant le début du travail. Il serait peut être nécessaire dans ce cadre là, de revoir l'efficacité des antalgiques ou de passer plus rapidement en salle d'accouchement avant que des douleurs trop

insupportables ne surviennent. La douleur physique a été retenue par 12 % des femmes parmi les trois moments les plus difficiles à vivre. Malgré une attention particulière des équipes médicales à atténuer au maximum la douleur de ces femmes, ce chiffre reste trop élevé.

L'avis des patientes sur la durée du travail est très dépendant de chaque personne et relève de la psychologie de chacune. En effet pour un travail de même durée, les avis peuvent être très divergents. On note cependant que pour plus de la moitié des patientes, il est considéré comme « long ».

La confrontation liée à l'IMG suscite, en chaque parent, consciemment ou inconsciemment une foule de sentiments. Chagrin de devoir renoncer au projet de l'enfant désiré, culpabilité de ne pas l'accepter porteur d'un handicap, culpabilité de donner la mort, blessure narcissique de n'avoir pas fait un enfant conforme à la réalité, rage, haine envers ce fœtus...se mélangent. L'entretien avec le psychologue est proposé dans les trois services comme systématique. Il a lieu avant l'hospitalisation et durant les suites immédiates de l'IMG. Il est le plus souvent ponctuel mais peut se répéter si les parents en manifestent le besoin. Il a pour but d'aider la femme et le couple à reconnaître comme légitimes les sentiments éprouvés, en particulier la culpabilité qu'ils doivent apprendre à reconnaître, accepter et gérer.

L'annonce de la malformation est reconnue comme le plus traumatisant pour 96 % des couples. Elle porte atteinte à l'idéal d'une histoire privée et familiale et précipite un couple dans une responsabilité parentale anticipée.« Je n'écoutais même plus, malgré les questions que je posais : un état de torpeur m'envahit, tandis que la douleur devenait trop intense, la violence des mots insoutenable, les images effrayantes ! Nous parlions d'un avenir terrifiant et c'était celui de notre enfant. Tel un jeu de billard devenu fou, les mots s'entrechoquaient dans ma tête mais plus rien n'avait de sens. Seule la douleur, dans toute sa puissance, régnait ; elle avait tout emporté et me laissait anéantie. » Isabelle De Mézerac.[]

Perrotte, Mirlesse, De Vigan et coll.[] ont analysé le point de vue des patientes concernant l'IMG. Un questionnaire portant sur l'aspect médical était remis à 103 femmes, 2 jours après l'IMG. Ils ont conclu que l'annonce initiale était le moment le plus traumatique et que les femmes étaient dans le besoin d'exprimer leur chagrin très tard après l'accouchement.

Le deuxième moment particulièrement mal vécu et qui transparaît également dans les commentaires des femmes est le retour à la maison. La conjoncture de deuil et du post partum rend cette période très difficile, aggravée par la sortie de l'hôpital : les patientes ne sont plus en contact avec le personnel soignant qui les a accompagné dans leur drame. De plus leur entourage est souvent « mal à l'aise » et tout ceci crée involontairement une impression de solitude. Les patientes éprouvent alors le besoin de revoir les soignants. L'accompagnement dans ces moments-là est d'une importance fondamentale. **Il serait peut-être intéressant de proposer aux patientes, de revoir la sage-femme du diagnostic anténatal dans le premier mois après l'accouchement et de fixer un rendez-vous avant la sortie de la maternité.** Il semblerait plus approprié d'envisager un suivi par la sage-femme du diagnostic anténatal qui les connaît plutôt que de leur conseiller un rendez-vous avec un psychologue en ville. Le lien est déjà créé, la confiance s'est installée. Un soutien et une écoute seraient bénéfiques pour ces femmes ou ces couples. L'objectif final reste pourtant de leur permettre de se détacher progressivement de l'hôpital où elles ont vécu des instants si dramatiques, afin de tourner la page sans oublier.

IV. Le rôle de la sage-femme dans la prise en charge d'une interruption de grossesse

De tout temps, la sage-femme s'est tenue aux côtés des femmes au cours de leur grossesse et de leur accouchement. Si l'essor du diagnostic prénatal remonte à une vingtaine d'années, la fonction de la sage-femme remonte à l'aube de l'humanité, la pathologie aussi. Assumer la mort ou la malformation à l'aube de la vie est inhérent à sa fonction.

Depuis 1975, la sage-femme se trouve impliquée dans l'interruption médicale de grossesse. Son rôle n'est plus ici d'accompagner la naissance d'un enfant vivant mais d'accompagner un couple dans une démarche d'arrêt de vie de leur enfant, effroyables instants de vie, nécessitant fondamentalement nôtre humanité.

1. Au centre de diagnostic anténatal

Lorsque le diagnostic de pathologie fœtale est mis en évidence au cours de la grossesse ou qu'un risque génétique a été identifié, une équipe pluridisciplinaire comprenant des obstétriciens, sages-femmes, échographistes, généticiens, pédiatres etc... prend en charge le couple.

A travers l'exemple d'un parcours de couple on pourra ainsi suivre pas à pas l'exercice d'une sage-femme au diagnostic anténatal.

Imaginons un couple attendant leur troisième enfant. La patiente est âgée de 38 ans et de groupe A négatif. Le début de grossesse s'est déroulé toute à fait normalement jusqu'au jour où le résultat du double test a révélé un risque élevé d'anomalie chromosomique. La grossesse est actuellement de 19 SA.

Un rendez-vous au centre de diagnostic anténatal avec le généticien est alors programmé. Celui-ci évalue plus précisément le risque par le calcul du « risque combiné », fait état d'éventuels facteurs de risque en réalisant un arbre généalogique et propose la réalisation d'un caryotype. Après la technique du geste, les risques de fausses couches et le délai des résultats abordés, le couple accepte l'amniocentèse. Dans le centre 3, la sage-femme assiste à cet entretien et élabore ainsi un premier contact avec le couple. Un dossier obstétrical est ouvert.

Le jour de l'amniocentèse, la sage-femme accueille le couple, installe la patiente, la rassure et prépare le matériel nécessaire au prélèvement. La sage-femme peut servir d'échoguide si elle possède le diplôme universitaire d'échographie. Elle effectue une prise de sang à la recherche des agglutinines irrégulières avant l'injection de gamma globuline anti D.

Les résultats révèlent un caryotype anormal de trisomie 21.

Le couple est alors reçu par l'obstétricien qui en fera l'annonce. Malgré un état de choc psychologique et une incapacité à raisonner, des explications médicales ainsi qu'un pronostic sur la pathologie du fœtus leur sera transmis. Dans un second temps, l'obstétricien les informera sur différents choix possibles concernant l'issue de la grossesse ; l'interruption de la grossesse ou l'accompagnement jusqu'à la naissance. On les avertira également qu'une réunion pluridisciplinaire doit se tenir dans les prochains jours et qu'une décision collégiale sera prise quant à l'acceptation de leur demande éventuelle d'interruption médicale de grossesse. La sage-femme fait partie intégrante de cette réunion.

Le couple, après quelques jours de réflexion, décide d'interrompre la grossesse. Le médecin référent accompagné de la sage-femme (dans le centre 3) reçoit le couple afin d'aborder les modalités de l'interruption de grossesse, on parle « d'entretien pré-IMG ». Dans les centres 1 et 2, un premier entretien est réalisé avec le médecin puis un second avec la sage-femme séparément. Ceci permet aux couples de réentendre les informations difficiles à intégrer de part le choc émotionnel provoqué et l'abondance des informations communiquées, de poser des questions, de se livrer plus facilement et de se sentir entouré. La sage-femme aborde différents thèmes :

- ✓ Le déroulement obstétrical c'est-à-dire le protocole de déclenchement du travail, les possibilités analgésiques, l'accouchement, les suites de couches...
- ✓ La possibilité de rencontrer un psychologue dans le service
- ✓ La souffrance du fœtus, sa mort, quand, comment ? Le devenir du corps avec l'organisation possible ou non d'obsèques selon le terme. La sage-femme encourage les parents, sans les y obliger à voir leur enfant. Dans le centre 2, la possibilité de voir ou de revoir l'enfant le lendemain de la naissance est donnée aux parents cela permet de choisir le moment et le lieu propices de cette rencontre. Cet enfant peut recevoir un prénom, des habits et divers objets peuvent lui être destinés. Dans le centre 3, on propose au papa d'apporter un appareil photo jetable. Il pourra lui-même prendre des photos où bien demander à la sage-femme de le photographier pour lui. Les développements seront réalisés

au moment choisi. Cette démarche permet de faire participer le père, il se sent rempli d'une mission dans un contexte où il est difficile de se positionner. Dans les centres 1 et 2, des photos sont prises par l'hôpital, remises aux parents s'ils le souhaitent ou conservées dans le dossier et à tout moment les parents peuvent les réclamer. Le travail de deuil ne peut s'appuyer que sur une réalité donnée à l'enfant. Pour Freud, c'est « une réaction extraordinairement douloureuse qui nécessite un travail psychique intense » dont la fonction est de détacher du mort les souvenirs et espoirs du survivant. La vision de l'enfant clôt l'évènement et l'enfant peut s'inscrire dans l'histoire, la lignée, le temps. On ne peut perdre que ce que l'on connaît de vue.

- ✓ L'intérêt de l'examen anatomo-pathologique du fœtus
- ✓ Les droits civils et sociaux découlant de la déclaration ou de la non-déclaration à l'état-civil.

L'expérience dans l'accompagnement des couples confrontés à une interruption de grossesse, montre que c'est de la qualité de la préparation à l'accouchement et à l'accueil de l'enfant, que dépendra la capacité du couple à élaborer des souhaits. Ainsi il pourra être effectivement capable ensuite de surmonter cette terrible épreuve. Il est donc nécessaire de s'attacher à donner aux couples une information détaillée sur le déroulement de la prise en charge, en dépit des difficultés que cela comporte. Dans un ouvrage récent un obstétricien observe que les patientes ne s'attendent pas toujours à ce que l'interruption médicale de grossesse se déroule comme un accouchement et qu'elles imaginent plutôt une intervention ressemblant à une interruption volontaire de grossesse.

Cet entretien est long et éprouvant. Les sentiments douloureux liés à l'IMG se révèlent souvent dans cet entretien et s'expriment dans un registre très variable allant du silence au mutisme, dénie, chagrin, révolte, agressivité en passant pour certains par une désinvolture souvent, suspecte, bizarre. La difficulté pour la sage-femme est de trouver la juste écoute empathique face à cette grande diversité individuelle.

La sage-femme décide avec le couple de la date d'hospitalisation, prévoit un rendez-vous avec l'anesthésiste. Elle fait appel aux différents intervenants qu'elle juge nécessaires en fonction de l'état et de la demande des parents (psychologue, pédiatre, personnels médico-administratifs, aumônier...)

Il s'est passé trois semaines depuis l'annonce d'un risque potentiel d'anomalie chromosomique chez le fœtus, la grossesse est actuellement de 22 SA.

Le matin de l'hospitalisation, le couple se présente dans le service de gynécologie. La sage-femme du diagnostic anténatal accueille la patiente et l'installe dans une salle de bloc opératoire avant la réalisation du geste foeticide. Elle est présente durant toute la durée du geste, installée à la tête de la patiente, pouvant lui prendre la main, geste du cœur signifiant présence et compassion, la sage femme tente de détendre et de réconforter la patiente.

A la suite de ce geste, la sage-femme introduit les comprimés de Cytotec® et viendra réévaluer la situation toutes les 4 heures en chambre dans le centre 3. Dans les deux autres centres la sage-femme de garde au bloc obstétrical prend le relais de la prise en charge puisque la patiente passe directement dans une salle d'accouchement après le foeticide.

2. Au bloc obstétrical

La sage-femme prend en charge le suivi du travail d'un point de vue médical comme pour un « accouchement normal ». Généralement la phase de latence de la dilatation est longue, puis le col s'ouvre tout d'un coup et l'expulsion se fait rapidement. Sa présence et son soutien sont primordiaux et le temps passé au côté du couple est bien évidemment dépendant de l'activité du service et également du besoin exprimé ou de la détresse ressentie. Une fois l'accouchement réalisé, la sage-femme emmène l'enfant dans une autre pièce pour le peser, l'habiller, lui mettre un petit bracelet. Elle trouvera dans le dossier le souhait du couple concernant l'envie de rencontrer l'enfant. Il se peut que le couple soit encore indécis, appréhende le physique parfois marqué de l'enfant... Elle aura donc un rôle à jouer en rassurant tout en conseillant ce couple qui ne sait pas ce qu'il souhaite vraiment.

La surveillance des suites immédiates est identique à tout autre accouchement.

3 Les suites de couches

La sage-femme du diagnostic anténatal revoit la patiente le lendemain de l'accouchement. Elle est un lien précieux et un visage connu pour ces patientes. Celle-ci se sentant en confiance sont plus à même de se livrer.

La surveillance médicale est effectuée par des infirmières dans le service de gynécologie pour les centres 2 et 3 contrairement au centre 1 où la patiente est hospitalisée en grossesses pathologiques, terrain de prédilection des sages-femmes.

Pendant son court séjour, la sage-femme évoque le retour à la maison et les éventuelles difficultés auxquelles le couple peut être confronté. Le processus de deuil est un cheminement très douloureux. Les parents peuvent avoir envie de parler pendant longtemps de leur enfant. Ce n'est ni morbide ni malsain : parler de son enfant mort, l'évoquer fait du bien. La vue d'une femme enceinte peut sembler insupportable et ramène du chagrin : on peut avoir honte de ne pas se réjouir du bonheur de personnes parfois proches. On peut également éprouver des difficultés à communiquer avec l'entourage, rencontrer des gens qui sont gênés et qui se taisent ou être blessé par des paroles maladroitement. Il existe des instants où ressurgissent de manière violente tous les souvenirs comme par exemple le jour prévu du terme, les anniversaires, les réunions de famille...La sage-femme sensibilise la femme sur ces événements et lui explique que toutes ces réactions sont normales. Elle la renseigne également sur la possibilité de voir un psychologue, à la maternité ou en ville, si la femme en éprouve le besoin.

« En prenant toute la mesure de mon chagrin, en m'autorisant à l'exprimer sans retenu, je découvrais qu'un nouveau mode de vie m'attendait : rire avec un cœur qui aura toujours un petit à pleurer, chanter avec une voix qui gardera une tendresse pour lui, danser avec des bras qui auraient aimé le bercer...mais en même temps aimer la vie pleinement. » Isabelle de Mézerac.[]

CONCLUSION

La confrontation des trois centres dans leur pratique courante d'interruption médicale de grossesse et l'opinion des patientes sur la prise en charge reçue ont permis un regard différent sur l'IMG. Les disparités retrouvées entre les établissements sont intéressantes et remettent en cause la pratique de chacun. Les points essentiels sont soulignés et des propositions d'améliorations sont exposées :

10 PROPOSITIONS

- 1 Laisser le couple évoquer les possibilités quant à l'issue de la grossesse, ne pas influencer vers une interruption médicale de grossesse et proposer l'alternative de l'accompagnement jusqu'à la naissance prévue.
- 2 Entretien pré-IMG systématique avec la sage-femme en complément de celui du médecin.
- 3 Méthode chirurgicale limitée aux âges gestationnels inférieurs à 14 SA.
- 4 Un délai entre l'annonce de l'anomalie et la prise de décision le plus court possible.
- 5 Analgésie péridurale installée précocement, avant le foeticide et le déclenchement du travail.
- 6 Déclenchement par du misoprostol (2cp /3h par voie vaginale).
(utérus cicatriciel : Laminaire et sulprostone, surtout au 3^{ème} trimestre)
- 7 Possibilité de voir ou de revoir l'enfant le lendemain de l'accouchement.
- 8 Consultation avec le médecin référent systématique pour la communication des résultats de l'autopsie.
- 9 Consultation avec la sage-femme du diagnostic anténatal dans le mois suivant l'accouchement.
- 10 Programmation de la grossesse suivante : conseil génétique s'il est évalué un risque de récurrence

Une étude plus conséquente regroupant davantage de dossiers permettrait d'analyser plus en profondeur chaque protocole médical des trois centres et permettrait peut-être de mettre en évidence les facteurs essentiels d'une bonne prise en charge et d'élaborer un protocole type utilisé comme référence pour les IMG.

RESUME

Il a fallu des années d'expérience et de réflexion pour faire évoluer les pratiques concernant l'interruption médicale de grossesse. Néanmoins il reste indispensable de porter un regard critique sur la prise en charge médicale et psychologique afin d'assurer un accompagnement de qualité, à la hauteur de l'épreuve que ces couples ont à surmonter.

C'est pourquoi deux études, l'une comparant la pratique de trois centres des Pays de La Loire sur le plan médical et l'autre portant sur l'analyse de l'opinion des couples sur le plan psychologique ont été entrepris. Une étude rétrospective a été réalisée auprès de 90 femmes réparties entre les trois établissements ainsi que l'analyse de 65 questionnaires de satisfaction.

La confrontation des différentes pratiques a permis d'évaluer la prise en charge en soulignant les points essentiels et proposer quelques pistes d'amélioration.

MOTS CLES : Interruption médicale de grossesse, protocole médicale, psychologie.

BIBLIOGRAPHIE

Journée annuelle du 15 décembre 2006 au Mans des Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal du réseau sécurité naissance des Pays de La Loire.

Diapositives disponibles sur : [http : //www.reseau-naissance.fr](http://www.reseau-naissance.fr).

MIRLESSE V. et l'équipe médicale de l'Institut de Puériculture et de Périnatalogie.

« La fin et après » L'IMG et avant ?.

16^{ème} Festival des sciences. Chamonix Mont Blanc.

DE MEZERAC I. *Un enfant pour l'éternité.*

Monaco Edition du Rocher Jean-Paul Bertrand, 2004, 110p.

CARBONNE B. HAUSSAIRE NIQUET C. HAMZA J. *Etudes sur la mort. L'euthanasie fœtale*

Edition L'esprit du temps 1999-N°ed. 120, 141p.

LE GRAND SEBILLE C. MOREL M.F. *Le fœtus, le Nourrisson et la mort.*

Editions l'HARMATTAN, 1998.

ZIMBRIS L. Prise en charge des interruptions de grossesse.

Journal de Gynécologie obstétrique. vol 26 : 76-84 ; 1997.

LEWIN F. TOUBAS F. LEGROS J.P. Interruption médicale de grossesse aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres : aspects pratiques.

EMC (Elsevier Paris) Gynécologie obstétrique, 5-032-A 50 1997, 3p.

Voiret C. *Anesthésie et interruption médicale de grossesse : rétrospective sur trois années d'activité au CHU « La conception » à Marseille.* A propos de 134 cas.

Th : Méd. : Marseille : 2004. 104 p.

Registre des malformations congénitales de Paris (1981-2000) Cours de ESF4 Pr BOOG. []

Etude européenne EUROFOETUS (1990-1993) Cours ESF4 Pr BOOG. []

WEBSTER D. PENNEY GC. TEMPLETON A. A comparison of 600mg and 200mg de mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandin misoprostol.

Br J Obstet Gynecol 1996 jul ; 103 (7) : 706-9

HAMODA H, ASHOK PW et coll. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation.

Br J Obstet Gynecol 2005 Aug ; 112 (8) : 1102-8

JAIN J. MISHHELL J. A comparison of intravaginal misoprostol with prostaglandin E2 for termination of second trimester pregnancy.

N Engl J Med. 1994 Aug 4 ; 331 (5) : 290-3.

JAIN J, MISHHELL J. A comparison of misoprostol with and without laminaria tent for induction of second trimester abortion.

Br J Obstet Gynecol 1996 ; 175 : 173-7.

HOFFER M. et coll. [Evaluation of combination RU 486-laminaria tents-misoprostol-peridural-anesthesia in second and third trimester induced abortions]
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1998 Jan ; 27 (1) : 83-6.

SCHNEIDER D. BUKOVSKY I. CASPI E. Safety of midtrimester pregnancy termination by laminaria and evacuation in patients with previous cesarean section.
Am J Gynecol obstet. 1994 Aug ; 171(2) : 554-7.

SENAT M. et coll. The use of lidocaïne for foeticide in late termination of pregnancy.
Br J Gynecol obstet. 2003 Mar ; 110 (3) : 296-300.

DUCLOY A.S. et coll. Place de l'anesthésie réanimateur dans les IVG d'indications médicales.
[http : //www.alfr.asso.fr/site/agora/obs/b_ducloy_2-2005.htm](http://www.alfr.asso.fr/site/agora/obs/b_ducloy_2-2005.htm)

Meta analyse.....

SHAMMAS A. MOMANI M. Misoprostol for termination of second trimester pregnancy in a scarred uterus.
Saudi Med J. 2006 Aug ; 27 (8) : 1173-6.

MAZOUNI C. et coll. Termination of pregnancy in patients with previous cesarean section.
Contraception. 2006 Mar ; 73 (3) : 244-8. Epub 2005 Nov 2.

PEROTTE F. MIRLESSE V. DE VIGAN C et coll. Medical termination of pregnancy for fetal anomaly : the patient's point of view.
J Gynecol obstet Biol Reprod (Paris). 2000 Apr ; 29 (2) : 185-91.

BRARD-VALENTINO D. Place de la sage-femme dans le diagnostic prénatal au CHU/PPA. Journée de l'ordre des sages-femmes de Guadeloupe et de Martinique-1999.
Profession sage-femme n°73 p22-25.

RÉSUMÉ

Il a fallu des années d'expérience et de réflexion pour faire évoluer les pratiques concernant l'interruption médicale de grossesse. Néanmoins il reste indispensable de porter un regard critique sur la prise en charge médicale et psychologique afin d'assurer un accompagnement de qualité, à la hauteur de l'épreuve à surmonter par ces couples.

C'est pourquoi deux études, l'une comparant la pratique de trois centres des Pays de La Loire sur le plan médical et l'autre portant sur l'analyse de l'opinion des couples sur le plan psychologique ont été entrepris. Une étude rétrospective a été réalisée auprès de 90 femmes réparties entre les trois établissements ainsi que l'analyse de 65 questionnaires de satisfaction.

La confrontation des différentes pratiques a permis d'évaluer la prise en charge en soulignant les points essentiels et proposer quelques pistes d'amélioration.

MOTS CLES:

Interruption médicale de grossesse, cytotec®, foeticide, psychologie