



## Résumée du deuxième congrès à Bruxelles

Il faut remercier et féliciter l'équipe Belge qui a parfaitement organisé cette réunion aussi bien la partie scientifique que les moments plus conviviaux comme le repas du samedi soir.

L'assemblée se composait d'environ 70 personnes : les participants du 1er séminaire Belge, Hollandais, Français étaient là mais on remarquait avec plaisir la présence d'Allemands, de Danois, d'Autrichiens et de Grecs, ce qui permit de comparer nos différentes pratiques et de connaître les problèmes spécifiques dans ces pays. On aurait aimé rencontrer également des représentants des ex-pays de l'Est où là encore les problèmes sont très importants.

Il y a eu trois tables rondes :

**1ère table ronde** : l'enregistrement de l'IVG dans les différents pays.

1° En Belgique :

Jusqu'en 1990 date de la loi sur l'IVG les médecins pratiquaient des enquêtes sauvages qui permirent de constater le faible risque de complication. Ensuite la loi s'est attachée à évaluer le nombre d'IVG afin de le faire diminuer.

Les résultats semblent peu fiables. Les renseignements des feuilles d'enregistrement sont trop centrés sur les problèmes psychologiques ou conjugaux qui sont de mauvais indicateurs car trop sujet à des interprétations subjectives.

2° En France

Madame C Blayo, démographe de l'INED et enseignante à l'université de Bordeaux insiste sur le fait que l'enregistrement obligatoire qui ne va pas à l'encontre des intérêts de la population au contraire il faut des nombres importants pour faire des études fiables répondant aux discours partisans des mouvements opposés à la liberté de l'IVG. En particulier sur la réalité des répétitions d'IVG. La non transparence des IVG sert souvent des intérêts particuliers financiers parfois.

3° Hollande :

Jusqu'en 1980 l'enregistrement fut volontaire, ensuite l'Etat n'utilise qu'une faible partie des chiffres.

La difficulté réside dans l'enregistrement des 40 % d'étrangères l'IVG est essentiellement pratiquée en secteur privé. L'IVG avant 6 semaines et ceux du 2ème sont mal enregistrés. Il apparaît qu'il est nécessaire d'améliorer l'enregistrement en particulier pour les complications.

Un exposé concernant la prise en charge sociale de l'IVG dans les différents pays est fait par Lucie Van Grombrugge (Belgique) un inventaire du coût de l'IVG en Europe et de sa prise en charge sociale les différences sont très importantes d'un pays à l'autre aussi bien au niveau des prix qu'au niveau du remboursement. Il semble intéressant de lancer une enquête détaillée sur les prix de tous les actes ayant rapport à l'IVG. Pour cela un questionnaire a été distribué.

**La deuxième table ronde** est consacrée à l'accueil et l'enregistrement d'une grossesse non désirée. Ch. B. France, sage-femme rappelle la loi française qui exige un entretien psychosocial, une semaine de réflexion une autorisation parentale pour les mineures et une situation en règle pour les étrangères. En France, L'ANCIC est favorable à la proposition systématique de l'entretien mais non à l'obligation qui met les femmes sous tutelle et risque de développer une culpabilité.

C. Mouvet (Belgique), psychologue, explique qu'en Belgique il n'y a pas d'obligation d'entretien, pas d'autorisation parentale et aucun règlement particulier pour les étrangères mais l'accueil est systématique et l'entretien est fortement encouragé pour permettre de préciser les situations en particulier pour les femmes les plus en difficulté.

Il apparaît que l'entretien sert aussi aux soignants pour les déculpabiliser. Les souffrances des soignants fera l'objet d'un débat au prochain séminaire (16 octobre 1999) à Maastricht. Un débat très animé s'installe, pour certains l'entretien est très souhaitable et doit être encouragé pour soutenir les femmes dans ce moment difficile pour elles mais le rendre obligatoire n'est pas le meilleur moyen de le réaliser. Pour d'autres, les femmes doivent avoir le droit de choisir un entretien ou pas

**Troisième table ronde:** l'avortement médicamenteux

E. Aubeny président de la FIAPAC réélue à ce poste ainsi que l'ensemble du bureau, rappelle que chaque pays qui veut utiliser la Mifepristone doit le demander à l'agence Européenne du médicament.

La Mifépristone est produit aujourd'hui par une petite société EXELGYN (France)

Rappel de la méthode d'IVG

Pour un terme de 49 jours maximum

la méthode associe 600 mg de Mifepristone à J1

et une prostaglandine (Misoprostol) à j3

Les résultats présentent 98,6 % de succès avec 61 % d'expulsion pendant l'hospitalisation, il n'y a que 1 pour 1000 grossesses qui se poursuivent .

Les effets secondaires sont essentiellement des douleurs pelviennes et des troubles digestifs rapidement résolus.

La méthode est bien acceptée.Elle diminue l'acte technique mais exige une relation plus attentive soignant-soignée.

Rappelons que la Mifépristone représente aussi une méthode de contraception d'urgence non autorisée actuellement.

Enfin après toutes les mises en garde de cette méthode A. Bureau (France) qui a une grande expérience pratique de la MIFEPRISTONE se fait l'avocat de l'IVG médicamenteuse à domicile en affirmant qu'il n'y a pas de risque particulier à ne pas hospitaliser les femmes mais au contraire cela réduit l'impact économique et favorise l'appropriation de cet acte par elles-mêmes.

La dernière table ronde fait l'inventaire des différentes techniques de dilatation du col.

L'exposé de la représentante hollandaise, Marijke Alblas de Maastricht insiste sur leur grande expérience de la dilatation mécanique au 1er et au 2ème trimestre et conclut à l'inutilité des prostaglandines pour les IVG au cours du 1er trimestre.

- L'exposé de Philippe Lefevre, médecin à Roubaix est d'un avis contraire rapportant son expérience personnelle .

La MIFEPRISTONE, non encore légalement autorisée dans cette indication est un

très bon dilatateur prescrit 36 à 48 heures à 200 mg (1 cp) pour les IVG de 12 SA particulièrement chez les nullipares

Le MISOPROSTOL est aussi une forme alternative peu coûteuse, évitant les A.G. réduisant le temps de l'IVG. Le débat n'a pas permis d'établir le meilleur protocole. Il fera sûrement l'objet d'une nouvelle discussion au prochain séminaire qui se tiendra à Maastricht le 16 octobre 1999 suivant l'invitation de Marijke Albras.

Dan Schipper nous expose son expérience hollandaise où plus de 90 % des IVG sont faites en secteur privé (85 % pendant le 1er trimestre).

La dilatation par prostaglandine est utilisée mais complétée par des bougies jusqu'à 17 SA. Pour les avortements plus tardifs, le Nalador en perfusion est utilisé.

Le deuxième séminaire se termine par des exposés de pratiques et d'expériences différentes. Il apparaît que beaucoup d'échanges ont pu avoir lieu pendant les pauses et les repas, ce qui encourage le bureau entièrement reconduit et présidé par Elisabeth Aubeny à poursuivre l'organisation de telles rencontres en les élargissant aux autres pays européens qui ne nous ont pas encore rejoints