



HAL
open science

Facteurs d'échec de l'interruption volontaire de grossesse réalisée par méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée dans un centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion

Charlotte Seite

► To cite this version:

Charlotte Seite. Facteurs d'échec de l'interruption volontaire de grossesse réalisée par méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée dans un centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955532

HAL Id: dumas-00955532

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955532v1>

Submitted on 4 Mar 2014

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

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

UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – Bordeaux Segalen

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2013

Thèse n° 140

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

SEITE Charlotte

Née le 4 janvier 1983 à Créteil (94)

Le 3 décembre 2013

**Facteurs d'échec de l'interruption volontaire de grossesse réalisée
par méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée
dans un centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion.**

Directeur de thèse

Docteur CHEVALLIER Luc

Membres du Jury

Mr le Professeur Dominique DALLAY	Président du jury
Mr le Professeur Peter VON THEOBALD	Rapporteur
Mr le Professeur Bernard GAY	Membre
Mme le Docteur Hélène MLAMALI	Membre
Mr le Docteur Luc CHEVALLIER	Directeur de thèse

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dominique Dallay pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Peter Von Théobald, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant d'en être le rapporteur et en participant à ce jury, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Gay, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Mlamali, pour avoir accepté de participer à ce jury. Encore merci pour tout ce que tu m'as appris, ça a été un plaisir de travailler à tes côtés.

A Monsieur le Docteur Luc Chevallier, pour avoir dirigé ce travail. Encore merci pour ton aide précieuse, ton engagement dans ce travail et ta disponibilité.

A Monsieur le Docteur Cyril FERDYNUS, pour sa collaboration à l'analyse statistique.

A Chantale AMATO pour sa maîtrise des archives et sa bonne humeur.

A tous les membres du service de gynécologie du CHGM, pour m'avoir si bien accueillie.

A l'homme qui partage ma vie, pour sa présence à mes côtés et son inestimable soutien.

A mon fils, pour le bonheur qu'il m'apporte.

A mes parents, pour leur soutien sans faille d'un bout à l'autre de ces longues études.

A mes frères et à ma sœur, pour ce qu'ils sont.

A mes grands parents, pour tous les moments passés à leurs côtés.

A mes beaux parents et à mes belles sœurs, pour leur bienveillance.

A Marine, Amélie, Aurélie, Marie, la clic de Ouistréham, Fred et Manue, les caennais réunionnais, Vinciane et Isaac, Franchette et sa famille, Binette et Nono, Mel et Did, pour tous les bons moments passés ensemble.

Table des matières

I. INTRODUCTION	11
II. GENERALITES	12
1. Présentation de La Réunion	12
1.1. Géographie	12
1.2. Histoire	12
1.3. Population réunionnaise	12
• Une société pluriethnique	12
• Répartition démographique	13
• Situation socio-économique	13
2. Interruption volontaire de grossesse	15
2.1. Historique de la législation	15
2.2. Epidémiologie	17
• Sources des données statistiques	17
• En France	18
• A La Réunion	22
2.3. Procédure	28
• Le déroulement	28
• Les techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel	30
• La technique médicamenteuse	30
• Les complications	33
• Le coût	34
III. MATERIEL et METHODES	35
1. Genèse de l'étude	35
2. Objectif de l'étude	35
3. Outils et méthodes	35
3.1. Population étudiée	35
3.2. Protocole de l'IVG médicamenteuse au CHGM	36
3.3. Critères de jugement	36
3.4. Modalités de recueil et données recueillies	37
3.5. Analyse statistique	37
IV. RESULTATS	38
1. Présentation globale de l'étude	38
2. Description de la cohorte (n= 181)	40
2.1. Données sociodémographiques	40
2.2. Données cliniques	41
2.3. Données sur le contrôle de la méthode	45
2.4. Données sur la prise en charge de l'échec	47
2.5. Description de l'efficacité de la méthode selon les critères de l'HAS	48
3. Comparaison des différentes données étudiées dans les groupes « succès » et « échec »	49
3.1. Données sociodémographiques	49
3.2. Données cliniques	50
3.3. Données sur le contrôle de la méthode	52

V. DISCUSSION.....	53
1. Principaux résultats et leurs implications majeures	53
2. Comparaison des résultats aux données de la littérature	53
2.1. L'efficacité de la méthode	53
• L'efficacité globale de la méthode.....	53
• Les différents types d'échecs	54
2.2. Les facteurs de risque d'échec.....	55
• L'antécédent d'IVG chirurgicale	55
• Les facteurs de risque d'échec de la littérature, non mis en évidence dans notre étude	55
• Les facteurs de risque non retrouvés dans la littérature.....	57
2.3. Les caractéristiques épidémiologiques de la population.....	57
• Les données socio démographiques.....	57
• Les données cliniques.....	58
3. Forces et faiblesses de l'étude, interprétation des résultats	60
3.1. La population étudiée.....	60
3.2. Les résultats.....	60
4. Propositions.....	63
4.1. Améliorer l'efficacité de la méthode	63
4.2. Evaluer le délai de prise en charge des IVG au CHGM.....	64
4.3. Diminuer le taux de recours à l'IVG pour les mineures	65
VI. CONCLUSION	66
VII. BIBLIOGRAPHIE	67
VIII. ANNEXES	74

Table des illustrations

Figure 1 : Répartition des maternités et des centres d'orthogénie, Réunion, 2011	14
Figure 2 : Evolution des taux de recours selon l'âge de 1990 à 2010	18
Figure 3 : Evolution du ratio IVG / naissances selon le groupe d'âge	19
Figure 4 : Evolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009	21
Figure 5 : Comparaison des taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes, Réunion – France entière, 2007	22
Figure 6 : Répartition par âge des IVG à la Réunion de 2002 à 2008	23
Figure 7 : Répartition des IVG par microrégions, La Réunion, 2011	25
Figure 8 : Caractéristiques des femmes ayant recours à l'IVG, CHGM, 2011	27
Figure 9 : Répartition des IVG par durée d'aménorrhée, CHGM, 2011	27
Figure 10 : Evolution des IVG selon la technique d'intervention, CHGM, 2011	28
Figure 11 : Présentation de l'étude	38
Figure 12 : Répartition par classe d'âge (n=181)	40
Figure 13 : Répartition selon l'état civil (n=181)	40
Figure 14 : Répartition selon l'activité professionnelle (n=181)	41
Figure 15 : Répartition selon le tabagisme (n=181).....	42
Figure 16 : Répartition selon le nombre de gestes (n=181)	42
Figure 17 : Répartition selon le nombre de pères (n=181)	43
Figure 18 : Répartition selon les antécédents de gestes endo-utérins (n=181).....	43
Figure 19 : Répartition des gestes endo-utérins selon leur type (n=71).....	44
Figure 20 : Répartition selon les antécédents d'IVG (n=181).....	44
Figure 21 : Répartition selon le jour de la visite de contrôle (n=181)	45
Figure 22 : Répartition des échecs selon leur type (n=67).....	46
Figure 23 : Répartition selon le type de prise en charge de l'échec (n=67)	47
Figure 24 : Description de l'efficacité de la méthode selon les critères de l'HAS	48
Figure 25 : Nombre de grossesses antérieures à l'IVG	58
Figure 26 : Nombre d'enfants antérieurs à l'IVG	59
Figure 27 : Nombre d'IVG antérieures à celle pratiquée	59

Tableau 1 : Les principales modifications introduites par la loi du 4 juillet 2001	16
Tableau 2 : Comparaison du nombre d'IVG pour 1 000 naissances selon l'âge, 2008	23
Tableau 3 : Répartition des IVG selon la technique d'intervention et la microrégion de réalisation, Réunion, 2011	26
Tableau 4 : Coût forfaitaire d'une IVG médicamenteuse	34
Tableau 5 : Coût forfaitaire d'une IVG chirurgicale	34
Tableau 6 : Comparaison des groupes pour les données sociodémographiques : l'âge, l'état civil et la profession	39
Tableau 7 : Comparaison des groupes pour les données cliniques : l'IMC, le tabac, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins, les antécédents d'IVG, le terme	39
Tableau 8 : Description des caractéristiques cliniques de la cohorte (n=181) : poids, taille, IMC, gestité, parité, terme le jour de l'IVG.....	41
Tableau 9 : Efficacité de la méthode selon le type d'échec (n=181)	46
Tableau 10 : Répartition des types de prise en charge en fonction du type d'échec (n= 67)	47
Tableau 11 : Comparaison des groupes pour l'âge, l'état civil et la profession, selon les critères de l'étude	49
Tableau 12 : Comparaison des groupes pour l'âge, l'état civil et la profession, selon les critères de l'HAS.....	49
Tableau 13 : Comparaison des groupes pour l'âge : mineure/majeure, selon les critères de l'étude	49
Tableau 14 : Comparaison des groupes pour l'âge : mineure/majeure, selon les critères de l'HAS	50
Tableau 15 : Comparaison des groupes pour l'IMC, le tabac, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins, les antécédents d'IVG, le terme, selon les critères de l'étude.....	50
Tableau 16 : Comparaison des groupes pour l'IMC, le tabac, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins, les antécédents d'IVG, le terme, selon les critères de l'HAS	51
Tableau 17 : Comparaison des groupes pour le jour de la visite de contrôle, selon les critères de l'étude	52

Tableau 18 : Comparaison des groupes pour le jour de la visite de contrôle, selon les critères de l’HAS.....	52
Tableau 19 : Etudes comparatives randomisées comparant l’efficacité des doses de 200 et 600 mg de MIFEPRISTONE associée à un analogue de prostaglandine dans l’IVG médicamenteuse	54
Tableau 20 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant recours à l’IVG, cohorte, France, Réunion et CHGM	57

Table de annexes

<u>Annexe 1</u> : Protocole de prise en charge des IVG médicamenteuses au CHGM	75
<u>Annexe 2</u> : Dossier médical d'interruption volontaire de grossesse au CHGM	78
<u>Annexe 3</u> : Fiche de recueil de données pour les IVG médicamenteuses au CHGM	90
<u>Annexe 4</u> : Protocole de prise en charge des IVG médicamenteuses au CHGM avec contrôle de la méthode par dosage des β-hCG	91

Liste des abréviations

AG	Anesthésie Générale
AL	Anesthésie Locale
AME	Aide Médicale d'État
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
BIG	Bulletin d'Interruption de Grossesse
CHGM	Centre Hospitalier Gabriel Martin
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
DOM	Département d'Outre Mer
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
hCG	Hormone Chorionique Gonadotrope
IC	Indice de Confiance
IMC	Indice de Masse Corporelle
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
INSERM	Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JA	Jour d'Aménorrhée
LCC	Longueur Crânio-Caudale
MFPP	Mouvement Français pour le Planning Familial
MLAC	Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception
MLF	Mouvement pour la Libération des Femmes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
ORS	Observatoire Régional de Santé
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations
SA	Semaine d'Aménorrhée
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de Santé

I. INTRODUCTION

En France, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est stable (225000/an en 2010). Actuellement plus d'une IVG sur deux sont réalisées par méthode médicamenteuse. La part des IVG médicamenteuses est en constante augmentation.

Le taux d'efficacité annoncé de cette méthode est très satisfaisant pour les grossesses jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, cependant il persiste un certain nombre d'échecs nécessitant un traitement complémentaire afin d'obtenir un avortement complet.

Au niveau national et international de nombreuses études ont donc cherché à améliorer l'efficacité de la méthode en étudiant différents protocoles médicamenteux. Peu d'études ont recherché des facteurs sociodémographiques ou cliniques pouvant être à l'origine d'échecs de l'IVG par méthode médicamenteuse.

La population réunionnaise présente certaines particularités : taux de fécondité élevé, taux de recours aux IVG important avec un fort pourcentage de mineures, haut taux de comorbidités cardiovasculaires dont l'obésité, fort taux de chômage...

Lors de la consultation pour le contrôle de l'efficacité de la méthode d'IVG, les professionnels de santé travaillant au centre d'orthogénie du Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM), sont quotidiennement confrontés à des échecs de la méthode médicamenteuse. Face à ce constat, nous avons voulu les caractériser. Quel est le taux de succès de l'IVG par méthode médicamenteuse au CHGM ? Existe-t-il des facteurs spécifiques à ce centre d'orthogénie, pouvant expliquer les échecs ?

La multiparité, l'âge maternel avancé et l'âge gestationnel au moment de l'IVG ont été cités dans la littérature comme à risque d'échecs. Qu'en est-il à pour les femmes réunionnaises ? Existe-t-il d'autres facteurs de risque d'échecs liés aux caractéristiques épidémiologiques particulières de ces femmes ?

A La Réunion aucun travail n'a jamais été fait dans ce sens. Nous avons décidé d'analyser les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des femmes ayant eu recours à l'IVG par méthode médicamenteuse dans le centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion, afin d'identifier des facteurs de risque d'échec de l'IVG par méthode médicamenteuse.

II. GENERALITES

1. Présentation de La Réunion

1.1. Géographie

L'île de La Réunion se situe au sud-ouest de l'Océan Indien, à 800km à l'est de Madagascar et à 9200 km de la métropole. Avec un volcan en activité, l'île accuse un relief très marqué avec un point culminant à 3 070 m, pour une surface de 2 500 km². Le climat y est tropical avec principalement deux saisons : l'été et l'hiver austral.

1.2. Histoire

La Réunion fut découverte par les Portugais au début du XVI^e siècle (1513).

L'île n'est vraiment exploitée qu'à partir de 1642, quand la compagnie française de l'Orient en prend possession.

Escale française sur la route des Indes, l'île, devenue Bourbon en 1649, s'adonne au XVIII^e siècle à la culture du caféier, puis aux cultures vivrières et à la culture des épices.

Le 8 avril 1794, sous la Première République, Bourbon est changée en Ile de La Réunion.

La loi du 19 mars 1946 transforme La Réunion, Les Antilles et La Guyane en départements français d'outre-mer.

Actuellement, La Réunion comprend 24 communes et 47 cantons. La préfecture est située à Saint-Denis.

1.3. Population réunionnaise

- **Une société pluriethnique**

Par le fruit d'une histoire riche, la population réunionnaise actuelle est un melting pot de différents continents.

Les réunionnais d'aujourd'hui sont baignés dans une société occidentale sur fond de religions, croyances et rites, héritages de leurs origines pluriethniques. Cette diversité se retrouve dans le domaine de la santé où la médecine moderne côtoie encore aujourd'hui les médecines traditionnelles. (1)

- **Répartition démographique**

Structure de la population

En 2012, la Réunion comptait 837 868 habitants, représentant 1,3 % des français. La densité de population y est trois fois plus importante qu'en métropole. A cela s'ajoute une population très jeune avec une faible proportion de séniors. (2)(3)(4)

Naissances et fécondité

Avec 2,38 enfants par femme en 2009, La Réunion se distingue par une fécondité élevée. Elle se place au troisième rang des régions françaises, derrière Mayotte et la Guyane. (5)

La fécondité des réunionnaises reste particulièrement forte aux âges les plus jeunes. La maternité procure à ces jeunes femmes un statut social qui compense une scolarité souvent défailante et un marché du travail difficilement accessible. (5)(6)

Mortalité et espérance de vie

En 2009, le taux de mortalité de la population réunionnaise (5,1 ‰) reste largement inférieur au taux métropolitain (8,5 ‰). Cet écart tient au seul fait de la jeunesse de la population réunionnaise. (7)

La mortalité infantile réunionnaise régresse rapidement ces dernières années, elle reste néanmoins supérieure au taux métropolitain (5,8 ‰ contre 3,6 ‰ en 2010). (6)

- **Situation socio-économique**

Chômage et emploi

En 2009, le taux de chômage à La Réunion s'élève à 27,2% (9,6% en France métropolitaine). Il touche plus particulièrement les jeunes de moins de 25 ans et les femmes. (8)

Précarité financière

Le revenu médian par unité de consommation est de 9445 € à La Réunion en 2006, soit près de 39% inférieur au revenu observé en France métropolitaine (15 372 € en 2006).

En 2005, près de 39% des ménages réunionnais sont allocataires d'au moins un minima social, contre moins de 8% des ménages en France métropolitaine. (8)

Formation et scolarité

En 2007, le taux d'illettrisme à La Réunion (21% des 16-65 ans) est plus de 2 fois supérieur à celui relevé en France métropolitaine.

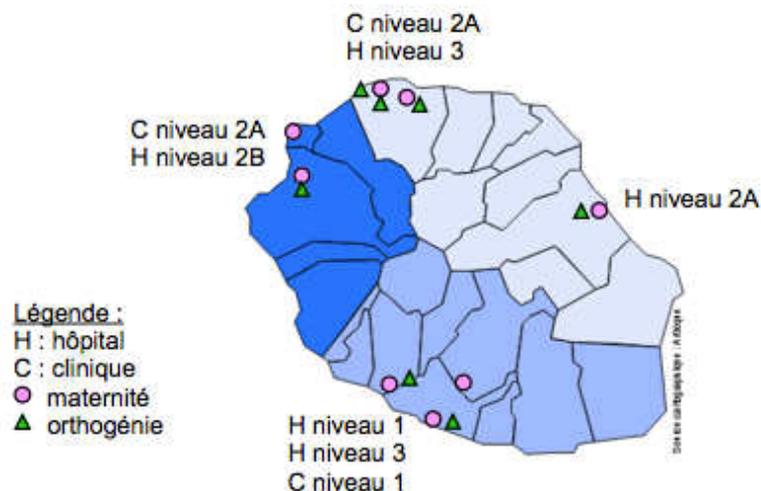
Plus de 50% des non scolarisés de 15 ans et plus ne possèdent aucun diplôme, contre 20% en France métropolitaine.(8)

Santé : accès aux soins, offre de soin

Au 1 janvier 2009, La Réunion recense 20 établissements sanitaires, dont 5 établissements publics et 15 établissements privés. La capacité d'accueil est près de 2 fois inférieur au taux enregistré en France métropolitaine. (8)

Il existe 7 centres d'orthogénie à La Réunion où peuvent se pratiquer les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses ou chirurgicales. Les IVG médicamenteuses peuvent également être pratiquées en cabinet médical : une dizaine de médecins sont conventionnés pour la pratique des IVG médicamenteuses. (6)

Figure 1 : Répartition des maternités et des centres d'orthogénie, Réunion, 2011 (6)



Source : Réseau REPERE

Exploitation ORS

2. Interruption volontaire de grossesse

2.1. Historique de la législation

Le désir de limiter les naissances a existé de tout temps et dans toutes les sociétés. Divers moyens furent utilisés : mariage retardé, tabous sexuels, infanticide, avortement et contraception. En l'absence de connaissances anatomiques et physiologiques, les procédés contraceptifs et abortifs furent bien souvent confondus. L'acquisition des techniques de contrôle de la procréation les a progressivement dissociés : contrôle préventif pour la contraception et correctif pour l'avortement. Leur histoire et en particulier celle de leur légalisation est cependant étroitement liée. La légalisation de la contraception, défendue initialement pour éviter des avortements, a entraîné inéluctablement celle de l'avortement amenant la France au cours du dernier siècle à modifier sa législation d'abord dans un sens très répressif puis dans le sens d'une libéralisation. (9)

Dates importantes

- 1810 : L'article 317 du code pénal définit pour la première fois l'avortement dans un cadre légal. Il punit de réclusion les personnes qui pratiquent, aident ou subissent un avortement. (9)(10)
- 1942 : La loi du 15 février redéfinit l'avortement de crime contre la sûreté de l'Etat et passible de la peine de mort. (9)
- 1956 : Fondation de la « Maternité Heureuse » qui deviendra, en 1960, le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF). Il s'agit d'un mouvement associatif militant notamment pour le droit à la contraception et à l'avortement. (9)
- 1967 : Le 28 décembre est approuvée la loi n°67-1176, dite loi « Neuwirth », relative à la régulation des naissances. Elle autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusivement en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures. (9)(11)(12)
- 1972 : Création des Centres de Planification Familiale. (9)
- 1973 : Création du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), qui regroupe entre autres les militants du Planning Familial et du Mouvement pour la Libération des Femmes (MLF). (9)
- 1974 : Modification de la loi « Neuwirth ». La loi n°74-1026 du 4 décembre autorise le remboursement par la sécurité sociale de la contraception, les mineures peuvent se la procurer gratuitement et de façon anonyme auprès des Centres de Planification. (9)(11)(13)
- 1975 : La loi n°75-17, dite loi « Veil » est promulguée le 17 janvier, suspendant ainsi pour 5 ans l'article 317 du Code pénal. Elle autorise la pratique de l'IVG sous certaines conditions.

(9)(11)(14)

- 1979 : La loi Veil devient définitive, le 31 décembre avec la loi n°79-1204 relative à l'interruption volontaire de grossesse. (9)(15)

- 1982 : La loi n°82-1172 du 31 décembre, dite loi « Roudy », permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale. (9)(16)

- 1989 : Autorisation de Mise sur le Marché de la MIFEPRISTONE (RU 486®, Mifégyne®) permettant l'IVG par méthode médicamenteuse. (9)

- 1993 : La loi n°93-121 du 27 janvier, dite loi « Neiertz », crée le délit d'entrave à l'IVG en réaction aux mouvements anti-IVG. (9)(17)

- 2001 : La loi n°2001-588 du 4 juillet, dite loi « Aubry » relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. (9)(11)(18)

Tableau 1 : Les principales modifications introduites par la loi du 4 juillet 2001 (19)(20)

IVG	Prévention
Allongement des délais légaux, portés de 10 à 12 semaines de grossesse.	
Aménagement du parcours : - suppression pour les majeures de l'obligation de la consultation psychosociale préalable, - assouplissement du régime d'autorisation parentale pour les mineures (Décret n°2002-779) (21)(22).	Reconnaissance d'un droit d'accès des mineurs à la contraception sans autorisation parentale. Délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures.
Obligation d'organiser l'activité dans les établissements de santé. Suppression du délit de propagande et de publicité (loi 31 juillet 1920), renforcement du délit d'entrave (loi 93-121 du 27 janvier 1993).	Accès gratuit et anonyme aux mineurs à la contraception dans les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF). Généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Information sexuelle aux personnes handicapées.
Prévoit l'ouverture à la médecine de ville de l'IVG médicamenteuse puis aux centres de santé et CPEF.	Cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive.

- 2004 : Le décret n°2004-636 du 1er juillet est ajouté à la loi de 2001, permettant la pratique de l'IVG médicamenteuse dite de ville jusqu'à 7 SA. (9)(21)(23)(24)
- 2009 : Le décret n°2009-516 du 6 mai est ajouté à la loi de 2001 étendant la pratique de l'IVG médicamenteuse aux Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF). (25)(26)

2.2. Epidémiologie

- **Sources des données statistiques**

Les sources mobilisables

Plusieurs sources peuvent être utilisées pour le suivi annuel du nombre des interruptions volontaires de grossesse :

- les Bulletins d'Interruptions de Grossesse (BIG),
- la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE),
- les données issues du Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI).
- le nombre de remboursements, par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, des IVG médicamenteuses réalisées hors établissement (CNAM-TS).

Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes sont obtenues par le biais d'enquêtes périodiques, plus riches que les données administratives en information sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes et sur les raisons de leur recours à l'IVG. (27)

L'analyse

Au niveau national, la Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) est responsable de la collecte et de la saisie des sources de données qui sont ensuite exploitées par l'Institut National Scientifique d'Etudes et de Recherches Médicales (INSERM) et l'Institut national d'Etudes Démographiques (INED). (28)

Depuis 2008, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de la Réunion réalise l'exploitation locale des BIG. (29)

- **En France**

Le nombre d'IVG

225 000 IVG ont été réalisées en France en 2010.

Après une dizaine d'années de hausse, leur nombre est pratiquement stable depuis 2006. (27)

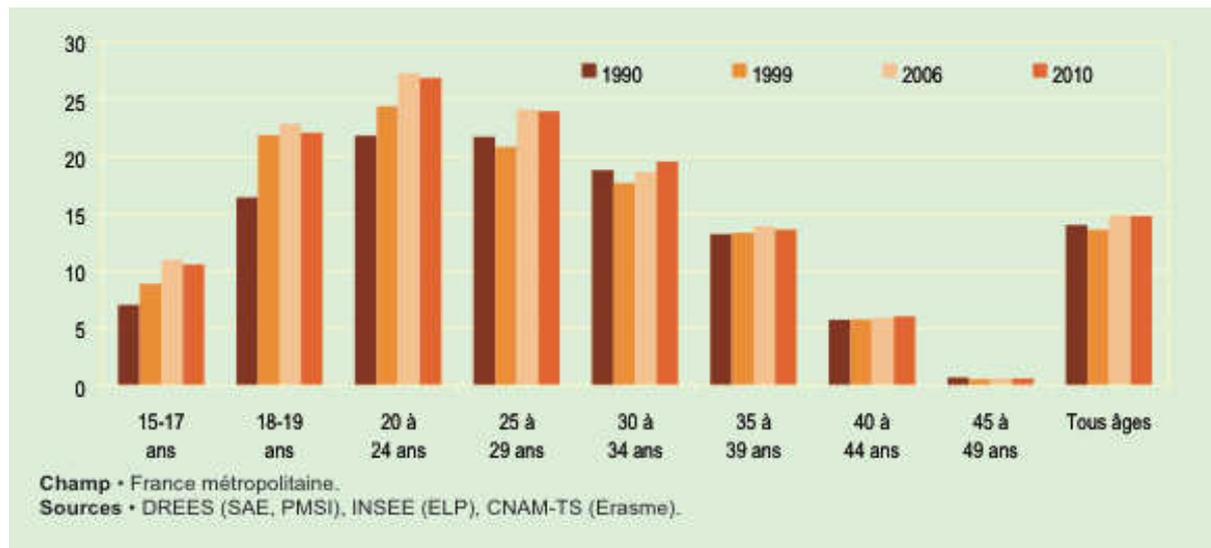
Le taux de recours

En 2007, le taux de recours à l'IVG est de 15,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Il demeure le plus élevé parmi les femmes de 20 à 24 ans. (30)

On constate une forte disparité sur le territoire avec des taux de recours variant du simple au double d'une région à l'autre.

Dans les DOM, les taux de recours sont beaucoup plus élevés, avec une moyenne de 27 IVG pour 1 000 femmes, cachant d'importantes disparités entre les régions ultramarines. (27)

Figure 2 : Evolution des taux de recours selon l'âge de 1990 à 2010 (27)



L'indice conjoncturel

Un indice conjoncturel (correspondant à la somme des taux d'IVG par âge) est de 0,53 IVG par femme, en 2010. Il est quasiment stable depuis 2006.

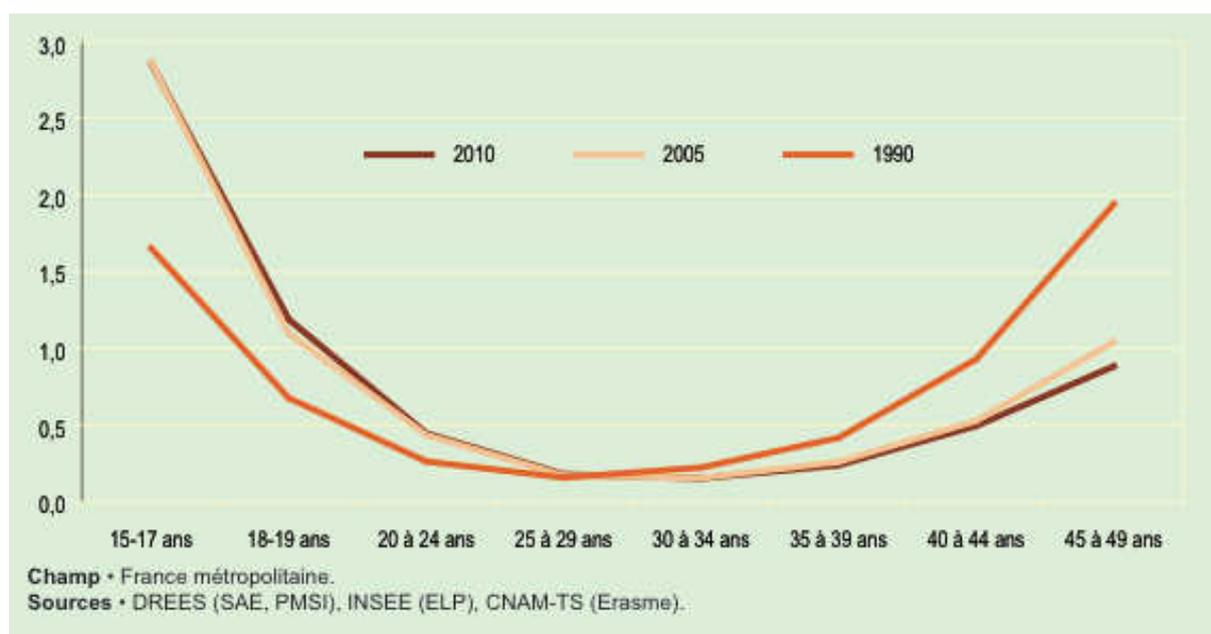
Selon ce calcul, 36,2 % de femmes auront au moins une IVG au cours de leur vie. (27)

Le nombre d'IVG en fonction du nombre de naissances

Depuis une vingtaine d'années on observe une évolution quasi parallèle du nombre d'IVG et du nombre de naissances, traduisant pour cette période, une relative stabilité de la propension à interrompre une grossesse.

Cependant ce ratio varie fortement selon l'âge, c'est pour les mineures qu'il est le plus élevé et qu'il a le plus augmenté. (27)

Figure 3 : Evolution du ratio IVG / naissances selon le groupe d'âge (27)



Les caractéristiques sociodémographiques

D'après l'enquête de la DREES sur les IVG en France en 2007, les femmes étrangères, les femmes célibataires et celles sans activité professionnelle sont surreprésentées parmi les femmes ayant recours à l'IVG. (30)

Le terme

La durée moyenne de gestation au moment de l'IVG reste stable depuis les années 1990, un peu au dessus de 8 SA : les IVG « précoces », effectuées avant 8 SA, représentent près de la moitié des IVG réalisées.

Les facteurs sociodémographiques associés aux IVG « tardives » demeurent les mêmes : les femmes les plus jeunes, celles ayant moins d'enfants, les célibataires et celles n'ayant pas d'emploi recourent plus tardivement à l'IVG. (30)

Le recours répété à l'IVG

Depuis 1990, la part des IVG itératives augmente. Cette augmentation touche toutes les catégories de femmes. (31)

Cependant les IVG répétées restent rares : seule une femme sur neuf a plusieurs fois recours à l'IVG au cours de sa vie. Pour la grande majorité des femmes, le recours à l'avortement est accidentel et unique. (31)(32)

La consultation post-IVG

L'enquête DREES sur les IVG en France en 2007, indique que la consultation post-IVG est dans l'ensemble peu suivie, seulement 50% des femmes se rendent à cette consultation. (30)

La couverture contraceptive

Le contexte français demeure paradoxal avec un taux de natalité parmi les plus fort d'Europe, un taux de diffusion de la contraception parmi les plus élevés du monde et un taux d'IVG qui reste stable à un niveau relativement important. (33)

Selon les résultats du Baromètre Santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 91 % des françaises sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans déclarent employer une méthode contraceptive. (34)

En 2007, deux IVG sur trois concernent une femme utilisant une méthode contraceptive. (35)

L'IVG chez la mineure

Près de trois grossesses sur cinq commencées avant 18 ans aboutissent à une interruption volontaire, soit 13 400 IVG en 2004. (32)

Depuis 2006, la hausse du recours à l'IVG pour les femmes les plus jeunes s'est interrompue pour se stabiliser aux alentours de 6%. (27)(30)

Les écarts régionaux perdurent, avec des taux toujours plus élevés qu'ailleurs dans les départements d'outre-mer, en Île-de-France et dans le sud de la France. (27)

L'IVG selon le type d'établissement

En 2010, 13% des IVG sont réalisées hors établissement de santé. (27)

77 % des praticiens effectuant des IVG dans leur cabinet en ville sont des gynécologues, les autres sont des généralistes.

En 2007, selon les SAE, la prise en charge des IVG est concentrée sur un petit nombre de grosses structures, pour l'essentiel publiques : 5% des établissements réalisent 23 % des IVG. (36)

L'IVG selon la méthode utilisée

La part des IVG réalisées avec la méthode médicamenteuse continue de croître, atteignant 54% des IVG en 2010. (27) Près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. (30)

Les IVG chirurgicales diminuent légèrement. (27)

L'IVG en Europe

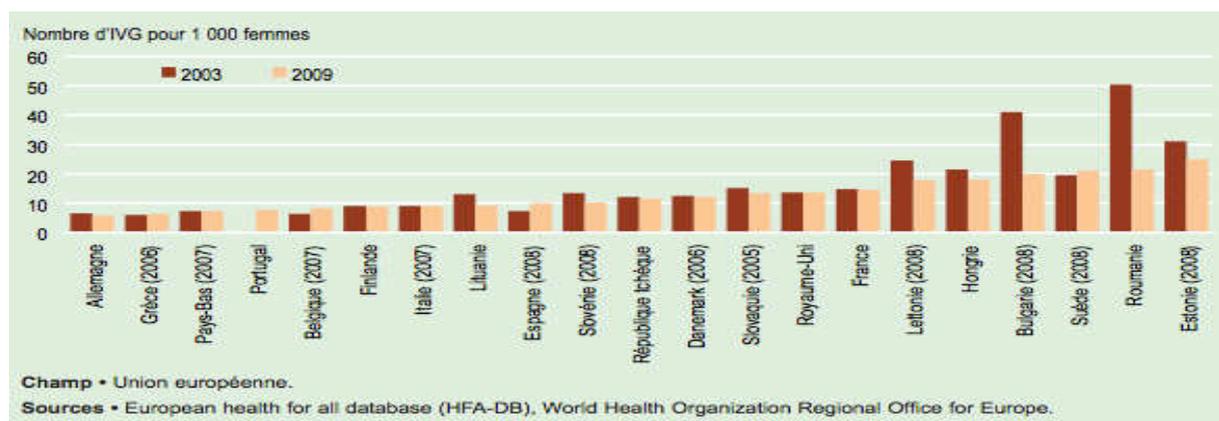
En 2010, parmi les 27 membres de l'Union Européenne, l'interruption volontaire de grossesse n'est totalement interdite qu'à Malte. En Pologne, Irlande, Espagne ou à Chypre, l'IVG n'est autorisée que pour des raisons strictes mettant en cause la santé de la mère, une anomalie de l'enfant ou en cas de viol.

En général, l'IVG est autorisée jusqu'à douze semaines de grossesse, sauf au Portugal ou en Slovénie jusqu'à dix semaines, en Suède jusqu'à dix-huit semaines et au Royaume-Uni jusqu'à vingt-quatre semaines. (27)

L'IVG médicamenteuse se pratique dans 17 pays, parfois seulement depuis quelques années.

Dans les pays qui autorisent les IVG, les taux d'IVG varient de 6,0 à 26,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. (30) La France se situe dans la moyenne européenne. (37)

Figure 4 : Evolution du recours à l'IVG en Europe entre 2003 et 2009 (37)



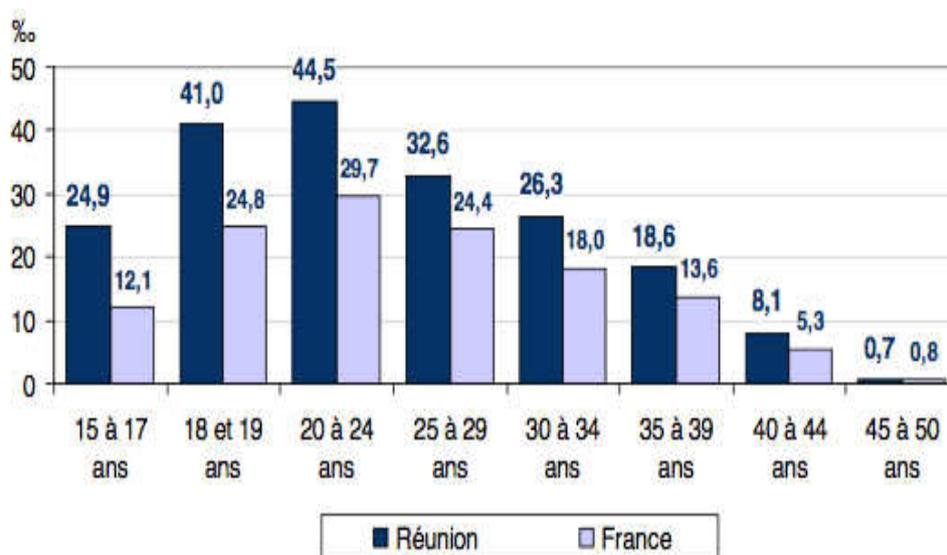
- **A La Réunion**

Le nombre d'IVG et le taux de recours

En 2009, 4 402 IVG sont réalisées à La Réunion. (5)

Le taux de recours à l'IVG à La Réunion est de 22 pour 1 000 femmes. Ce taux est beaucoup plus élevé qu'en France entière et pour chaque classe d'âge. (38)

Figure 5 : Comparaison des taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes, Réunion – France entière, 2007 (38)

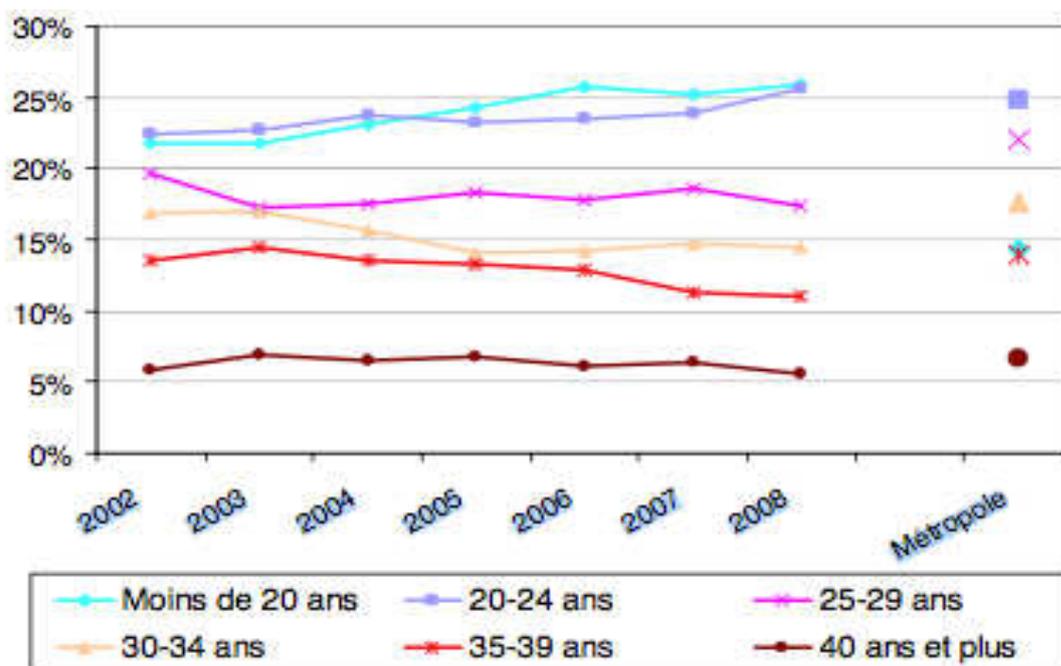


Source : Enquête IVG, DRASS, DREES, INSEE

En 2011, l'âge moyen des femmes ayant recours à une IVG est de 26,5 ans (médiane à 25 ans) et varie de 13 à 50 ans. Plus de la moitié des femmes ayant eu recours à une IVG appartient à la classe d'âge des 18-29 ans. (29)

Depuis 2002, on assiste à un rajeunissement des femmes pratiquant l'IVG à La Réunion, il s'agit là d'une spécificité régionale. (39)

Figure 6 : Répartition par âge des IVG à La Réunion de 2002 à 2008 (39)



Sources : PMSI, DRASS

L'indice conjoncturel

En 2007, l'indice conjoncturel est de 0,81 à La Réunion. (38)

Le nombre d'IVG en fonction du nombre de naissances

Le nombre important d'IVG chez les moins de 20 ans cache un nombre élevé de naissances, contrairement à la France métropolitaine. On compte plus de naissances vivantes que d'IVG chez les femmes réunionnaises de cette classe d'âge. (39)

Tableau 2 : Comparaison du nombre d'IVG pour 1 000 naissances selon l'âge, 2008 (39)

	La Réunion	Métropole
Moins de 20 ans	812	1786
20 à 24 ans	361	465
25 à 29 ans	222	179
30 à 34 ans	196	146
35 à 39 ans	232	211
40 ans ou plus	372	405

Sources : PMSI, SAE, DRASS, CNAMTS, Etat civil, INSEE

D'après l'enquête de la DREES sur les recours à l'IVG à la Réunion en 2007, le pourcentage de grossesses antérieures (gestité) est élevé à La Réunion : 71 % des femmes pratiquant une IVG ont déjà eu au moins une grossesse (64 % en France entière). Les réunionnaises ont en moyenne 2,7 grossesses avant cette IVG. (38)

Les caractéristiques sociodémographiques

En 2007, à La Réunion comme en France entière, le pourcentage d'étrangères chez les femmes ayant eu une IVG est deux fois plus élevé qu'en population générale.

D'après l'enquête de la DREES sur les recours à l'IVG à La Réunion en 2007, plus de la moitié (50,8 %) des femmes sont célibataires (43,8 % en France entière). A chaque classe d'âge, la proportion de femmes célibataires est plus importante à La Réunion. (38)

En 2011, moins d'un tiers des IVG réalisées a été pratiqué chez des femmes occupant un emploi. 21,7% sont des étudiantes ou élèves et 23,7% sont femmes au foyer. (29)

Le terme

En 2011, à la Réunion la durée moyenne d'aménorrhée lors de la réalisation des IVG est de 8 semaines. 54% sont des IVG précoces (< 8 SA) et 16% sont tardives (≥ 11 SA).

La durée moyenne d'aménorrhée chez les mineures est supérieure à celle des femmes de 18 ans et plus (8,6 contre 7,8 SA, $p < 0,05$). Un quart des IVG réalisées chez les mineures sont des IVG tardives contre 15% chez les femmes de 18 ans et plus. (29)

Le recours répété à l'IVG

Le pourcentage de femmes réunionnaises ayant un antécédent d'IVG reste stable ces dernières années.

Pour 41% des IVG réalisées en 2011, les femmes avaient déjà eu recours à une IVG antérieurement. 13% des femmes avaient déjà eu au moins deux IVG antérieures et 4,7% trois IVG antérieures ou plus. (29)

La consultation post IVG

En 2007, les praticiens ont prévu une visite de contrôle post-IVG pour 68,9 % des femmes (88,6 % en France entière). Sur l'ensemble des femmes qui avaient prévu avec leur médecin une visite de contrôle, 77,4 % sont effectivement venues. (38)

La couverture contraceptive

D'après l'enquête de la DREES sur les recours à l'IVG à La Réunion en 2007, le mois où la grossesse a débuté, 32 % des femmes n'utilisaient pas de contraception, 35 % utilisaient une contraception non médicale et 33 % une contraception médicale.

Les IVG liées à un oubli ou à un échec de contraception sont plus nombreuses à La Réunion qu'en France entière. (38)

L'IVG chez la mineure

La part des mineures parmi les femmes ayant recours à l'IVG à La Réunion est de 11,2% en 2011. Cette proportion de mineures est stable depuis ces dernières années. Parmi les mineures ayant eu recours à une IVG, environ 11% ont moins de 15 ans. (29)

L'IVG selon le type d'établissement

En répartissant La Réunion par microrégions de réalisation des IVG : 70% des IVG en 2011 ont été réalisées dans les microrégions nord et sud.

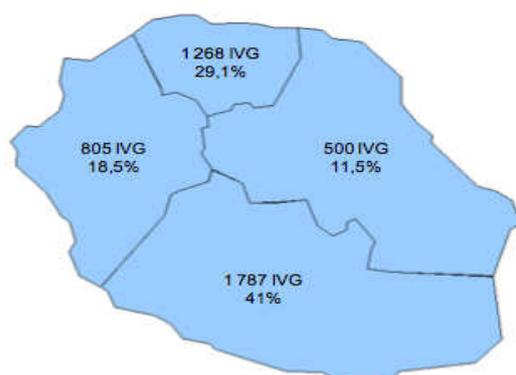
Microrégion nord : Centre Hospitalier Régional Felix Guyon, Clinique Sainte-Clotilde, Clinique Saint-Vincent, 2 médecins généralistes et 1 gynécologue.

Microrégion sud : Groupe Hospitalier Sud Réunion (Saint-Pierre et Saint-Louis), 3 gynécologues et 1 médecin généraliste.

Microrégion ouest : Centre Hospitalier Gabriel Martin et 1 médecin généraliste depuis 2012.

Microrégion est : Groupe Hospitalier Est Réunion et 1 médecin généraliste. (29)

Figure 7 : Répartition des IVG par microrégions, La Réunion, 2011 (29)



Source : BIG reçus à l'ARS OI au 15/06/2012
Exploitation ORS

En 2011, les trois quarts des IVG sont réalisées en milieu hospitalier.

La part des IVG réalisées en cabinet de médecine générale a augmenté depuis ces dernières années : elle est passée de 1,7% en 2008 à 5,6 % en 2011. (29)

L'IVG selon la méthode utilisée

La part des IVG réalisées par voie médicamenteuse a augmenté depuis ces dernières années. Elle est passée de 46% en 2008 à près de 55% en 2011. La moitié étant réalisée en cabinet de médecine libérale.

En 2011, en milieu hospitalier, 62% des IVG sont réalisées par chirurgie. Mais ce pourcentage varie en fonction des microrégions. (29)

Tableau 3 : Répartition des IVG selon la technique d'intervention et la microrégion de réalisation, Réunion, 2011 (29)

Technique	est	nord	ouest	sud
chirurgie	50%	42,2%	64,7%	38%
médicament	50%	57,8%	35,3%	62%

Source : BIG reçus à l'ARS OI au 15/06/2012
Exploitation ORS

L'IVG dans notre centre d'étude : Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM)

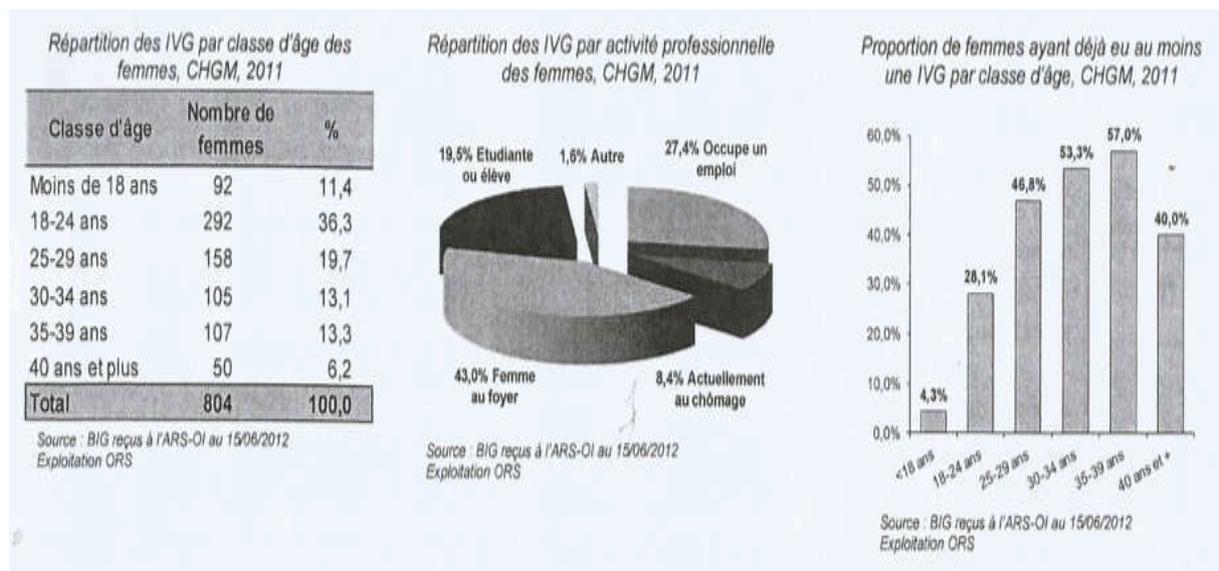
Par analyse des BIG, 805 IVG ont été pratiquées en 2011.

La moyenne d'âge est de 26 ans. Près de la moitié ont moins de 25 ans. 11% sont des mineures.

8% des femmes sont au chômage, 43% sont mère au foyer et 20% sont étudiantes.

Plus d'un tiers des femmes ont un antécédent d'IVG et 4,3% chez les mineures. (40)

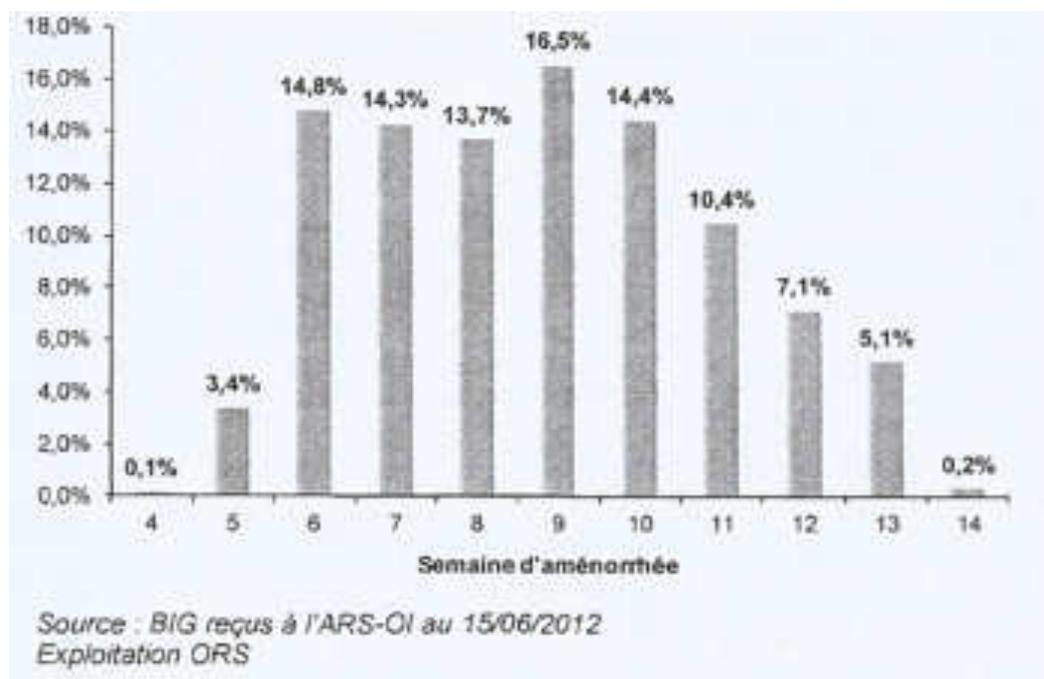
Figure 8 : Caractéristiques des femmes ayant recours à l'IVG, CHGM, 2011 (40)



La durée moyenne d'aménorrhée lors de la réalisation de l'IVG est de 9 SA. Près d'un quart des IVG est réalisé tardivement (> 11 SA).

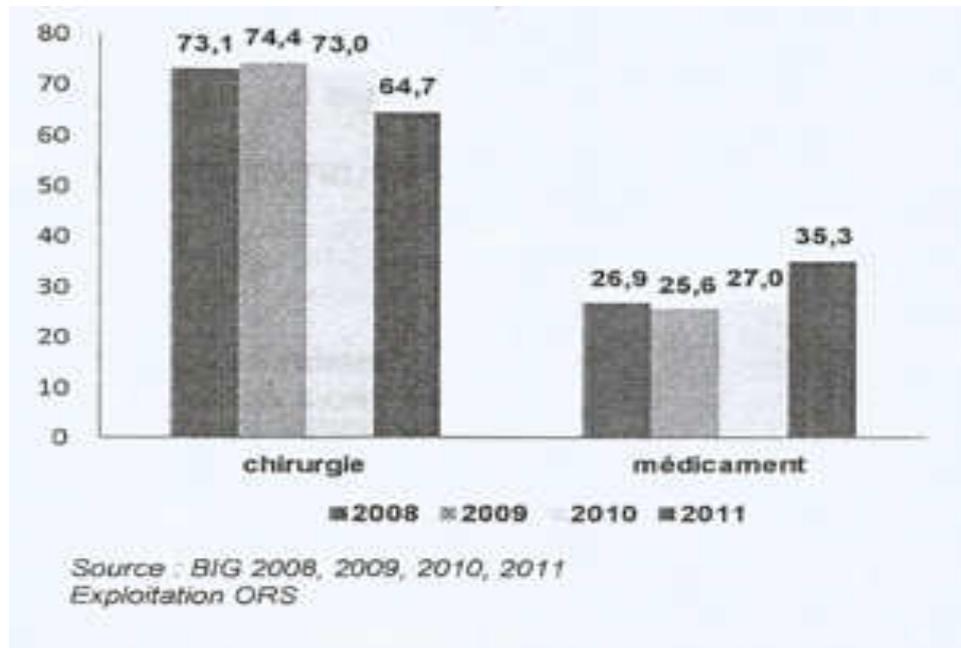
Un tiers des IVG réalisées chez les mineures sont des IVG tardives. (40)

Figure 9 : Répartition des IVG par durée d'aménorrhée, CHGM, 2011 (40)



Plus d'un tiers des IVG (35,3%) est réalisé par voie médicamenteuse. La part des IVG médicamenteuses croit depuis 2008. (40)

Figure 10 : Evolution des IVG selon la technique d'intervention, CHGM, 2011 (40)



2.3. Procédure

- **Le déroulement**

Les deux consultations pré-IVG

- **Lors de la première consultation**, des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et le type d'anesthésie (locale ou générale), ainsi que sur le délai de réflexion d'une semaine avant la deuxième consultation préalable à l'IVG. Outre cette information orale, le professionnel établit le certificat attestant de la 1^{ère} consultation médicale. (41)(42)

Le médecin peut recourir à la clause de conscience et orienter la patiente vers un professionnel ou une structure prenant en charge les IVG.

Une procédure d'urgence permet de raccourcir le délai de réflexion, pour les femmes dont l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 SA.

À l'occasion ou préalablement à la consultation médicale, un entretien psychosocial d'information, de soutien et d'écoute doit être systématiquement proposé. Il est obligatoire

pour les mineures.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire et l'examen clinique, souvent complétés par une échographie. (41)

- **Au cours de la deuxième consultation**, la patiente confirme par écrit sa demande d'IVG.

Cette consultation est l'occasion de proposer un dépistage (maladies sexuellement transmissibles et frottis cervico-vaginal) et d'aborder la future méthode contraceptive.

Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières. (41)

L'IVG

- **Pour la technique médicamenteuse : 2 prises de médicaments.**

La première étape consiste en la prise de MIFEPRISTONE devant le médecin. Une fiche conseil sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence. (43)

En cas d'IVG à domicile, le MISOPROSTOL est souvent délivré à la patiente, accompagné d'une prescription d'antalgiques de palier 1 et 2. Une méthode contraceptive est également prescrite lors de cette consultation. (44)

La deuxième étape de prise de médicament a lieu 36 à 48 h plus tard avec la prise de MISOPROSTOL ou de GEMEPROST, suivie d'une surveillance de 3 heures en établissement de santé. Si la contraception est hormonale, œstroprogestative ou progestative, elle doit être débutée le jour de la prise de la prostaglandine. (43)

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D. (45)

En cas d'IVG médicamenteuse à domicile, il est recommandé de faire l'injection de Rhophylac® lors de la prise de MIFEPRISTONE. (44)

- **Pour la technique chirurgicale : aspiration endo-utérine.**

Elle repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie. (46)

La visite de contrôle

Elle est prévue entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour post-IVG.

Le contrôle de l'efficacité de la méthode est absolument obligatoire. Il doit être fait par un examen clinique, et un dosage de β -hCG plasmatique ou bien la pratique d'une échographie pelvienne. (43)

L'adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la patiente, sa compréhension et sa bonne utilisation doivent être vérifiées. La présence et la situation correcte d'un éventuel dispositif intra-utérin mis en place lors d'une IVG chirurgicale sont vérifiées. Le cas échéant, le dispositif intra-utérin peut être mis en place.

Un accompagnement psychologique peut être proposé. (41)

- **Les techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel**

L'âge gestationnel influe sur le choix de la technique : (47)

- Avant 7 SA, la méthode médicamenteuse est la technique de référence ; l'aspiration chirurgicale n'est pas recommandée.
- Entre 7 et 9 SA, les deux méthodes sont utilisables.
- Entre 9 et 12 SA, l'aspiration chirurgicale est la technique de référence.
- Entre 12 et 14 SA, l'aspiration chirurgicale est fortement recommandée.

- **La technique médicamenteuse**

Les molécules

La méthode médicamenteuse repose en France sur l'association de l'anti-progestérone MIFEPRISTONE et d'une prostaglandine et elle est possible jusqu'à 9 SA. Les prostaglandines utilisables sont :

- le MISOPROSTOL par voie orale. Seule la spécialité Gymiso® 200 µg, comprimé voie orale, bénéficie de l'AMM dans l'indication de l'IVG par voie médicamenteuse, en association à la MIFEPRISTONE. Les autres analogues de prostaglandines n'ont pas l'AMM dans cette indication. (48)

- le GEMEPROST par voie vaginale. Il faut souligner que le GEMEPROST est réservé à l'usage hospitalier et est très peu utilisé en France du fait de l'intensité des douleurs abdomino-pelviennes qui lui sont attribuées et des difficultés de stockage (congélation indispensable). (43) (49)

Les mécanismes d'action

- L'anti-progestérone (46)

C'est une antihormone, antagoniste compétitif de la progestérone. Pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse, la MIFEPRISTONE entraîne une nécrose déciduale péri-ovulaire et une synthèse accrue de prostaglandines. Cela augmente la contractilité du myomètre, ramollit et dilate le col. La MIFEPRISTONE accroît également en début de grossesse la sensibilité du myomètre aux analogues de prostaglandine.

- Les prostaglandines (46)

Les prostaglandines stimulent le myomètre et les fibres musculaires lisses et provoquent une maturation cervicale.

Les protocoles

- Grossesses de moins de 7 SA (soit jusqu'à 49 jours d'aménorrhée)

Les séquences de traitement recommandées sont celles de l'AMM de la Mifégyne® : (50)

- une prise de 600 mg de MIFEPRISTONE par voie orale suivie, 36 à 48h plus tard, de 400 µg de MISOPROSTOL par voie orale ;
- ou une prise de 200 mg de MIFEPRISTONE par voie orale suivie 36 à 48h plus tard, de 1 mg de GEMEPROST par voie vaginale.

Les taux de grossesses évolutives sont de l'ordre de 1 % pour les posologies autorisées par l'AMM. (43) (51)

- Grossesses de 7 à 9 SA (soit de 50 à 63 jours d'aménorrhée)

Le traitement indiqué par l'AMM de la Mifégyne® est une prise de 200 mg ou 600 mg de MIFEPRISTONE suivie 36 à 48 h plus tard, de 1 mg de GEMEPROST par voie vaginale. (50)

Les taux de grossesses évolutives obtenus avec la séquence MIFEPRISTONE–GEMEPROST sont de l'ordre de 0,5 % avant 8 SA et de l'ordre de 1,5 % entre 8 et 9 SA, quelle que soit la dose de MIFEPRISTONE (200 mg ou 600 mg). (43)(51)

D'autres protocoles sont utilisés hors AMM, associant MIFEPRISTONE–MISOPROSTOL (à différentes doses et par différentes voies d'administration). Leurs efficacités n'ont pas été jugées supérieures et les effets secondaires sont plus fréquents. (43) (51) (52)

Les critères d'efficacité

L'efficacité de la méthode médicamenteuse s'évalue selon deux critères : (43)

- Le taux de succès (95%), défini comme l'obtention d'un avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale, quelle qu'en soit l'indication ;
- Le taux de grossesses évolutives ou persistantes.

Les échecs (1,3% à 7,5%) comprennent : (43) (50)

- Les grossesses évolutives (0 à 1,5%) ;
- Les grossesses arrêtées mais incomplètement expulsées (1,3 à 4,6%);
- Les gestes endo-utérins à visée hémostatique (0 à 1,4%).

Le taux de succès est un critère d'évaluation qui dépend : (43)

- Du moment du contrôle de l'efficacité de la méthode ;
- De la technique de contrôle (examen clinique avec dosage de β -hCG plasmatique ou échographie pelvienne) ;
- De l'expérience des médecins, en particulier en matière d'interprétation d'images échographiques post-IVG.

Les contre-indications

- Contre-indication à la méthode (47)

- Troubles de la coagulation ou prise d'un traitement anticoagulant ;
- Anémie profonde ;
- Grossesse extra-utérine, grossesse non confirmée (biologie ou échographie) ;
- Difficultés psychosociales, isolement géographique.

- Contre-indication à la MIFEPRISTONE (47) (50)

- Insuffisance surrénale chronique ;
- Asthme sévère non équilibré ;
- Porphyrie héréditaire ;
- Allergie connue à la MIFEPRISTONE ou à l'un des excipients ;
- Insuffisance hépatique, rénale et malnutrition (utilisation déconseillée).

- Contre-indication au MISOPROSTOL (47) (53)
 - Hypersensibilité au MISOPROSTOL ;
 - Antécédent d'allergie aux prostaglandines.

- Contre-indication au GEMEPROST (49)
 - Insuffisance cardiaque décompensée, HTA sévère, antécédents coronariens
 - Antécédent d'allergie aux prostaglandines.

- **Les complications**

Les complications de l'IVG médicamenteuse (47)

- L'hémorragie. Le taux d'hémorragies nécessitant une transfusion est estimé entre 0 à 0,2 % et celui d'hémorragies nécessitant une aspiration entre 0,3 et 2,6 % selon les études.
- Les complications infectieuses : endométrites (0,9 %), septicémie foudroyante à *Clostridium sordellii* (7 cas).

Les complications de l'IVG chirurgicale

- Les complications précoces (47)

- La déchirure du col utérin (1%).
- La perforation utérine (0,09 à 19,8‰).
- L'hémorragie (le taux d'hémorragies sévères est de 1,5‰).
- La mortalité liée à l'anesthésie générale (0,6 pour 100 000).
- L'embolie gazeuse (exceptionnelle)

- Les complications à moyen et long terme (47)

- Les complications infectieuses (5 % et 20 %).
- Le retentissement sur la fertilité, le risque de grossesses extra-utérines et de prématurité (controversés)

Les complications communes aux deux techniques

- L'iso-immunisation Rhésus (0 à 3% en l'absence de séroprévention).
- La méconnaissance d'une grossesse ectopique et molaire.
- Les séquelles psychoaffectives (controversées).

- **Le coût**

Tableau 4 : Coût forfaitaire d'une IVG médicamenteuse (54)

	Tarif du forfait	Taux de remboursement
En établissement de santé	257,91 euros	80%
En cabinet médical	191,74 euros	70%

Tableau 5 : Coût forfaitaire d'une IVG chirurgicale (54)

		Type d'anesthésie	
		AL	AG
Durée d'hospitalisation	Moins de 12h	306,14 euros	383,32 euros
	De 12 à 24h	364,64 euros	441,82 euros

Le taux de remboursement par la sécurité sociale est de 80%, la différence (ticket modérateur) reste à la charge de l'assurée ou de sa mutuelle, si celle-ci le prévoit.

Pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), ou de l'Aide Médicale d'État (AME) la prise en charge est de 100 %.

Si la jeune fille mineure a le consentement de ses parents, elle bénéficie de leur couverture sociale. Dans le cas contraire, aucune demande de paiement ne peut lui être adressée. (55)

III. MATERIEL et METHODES

1. Genèse de l'étude

Par la mise en place de cette étude dans le service d'orthogénie du Centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM) de Saint-Paul, nous avons voulu comprendre quels étaient les facteurs de risque d'échec de l'IVG par méthode médicamenteuse.

Avant le mois de mai 2012, la visite de contrôle avait lieu 4 semaines après la prise de MIFEPRISTONE, entraînant par conséquent une prise en charge tardive des échecs.

Fort de ce constat, à partir de mai 2012, le contrôle de l'efficacité de la méthode médicamenteuse est réalisé entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour post-IVG, comme le préconise l'HAS (43). Ce changement de protocole a entraîné l'impression clinique d'un taux d'échec, principalement à type de rétention, plus important.

Dans ce contexte, un recueil des échecs et de leurs prises en charge a été initié à la demande du chef de service du pôle gynécologie obstétrique du CHGM.

2. Objectif de l'étude

En disposant d'informations détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des femmes ayant recours à l'IVG par méthode médicamenteuse, nous avons cherché à mettre en évidence des facteurs de risque d'échec de cette méthode, afin de les limiter et d'améliorer notre prise en charge de l'IVG.

3. Outils et méthodes

3.1. Population étudiée

Etaient éligibles toutes les femmes ayant eu recours à une IVG par méthode médicamenteuse, jusqu'à 9 SA (soit jusqu'au 63^{ème} jour d'aménorrhée) au CHGM entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2012.

Les IVG par méthode instrumentale étaient exclues.

226 femmes ont été incluses dans cette étude de cohorte rétrospective.

3.2. Protocole de l'IVG médicamenteuse au CHGM (Annexe 1)

Indication : Grossesse intra-utérine évolutive, monozygote, visible à l'échographie et jusqu'à 9 SA (soit 63 jours d'aménorrhée).

Protocole et mesures médicamenteuses associées:

- 3 comprimés (600 mg) de MIFEPRISTONE, suivi 48h plus tard par la prise de 2 comprimés (400 µg) de MISOPROSTOL en hospitalisation de jour dans le service d'orthogénie du CHGM.
- Prise en charge de la douleur.
- Prévention de l'allo-immunisation Rhésus si nécessaire.
- Prescription d'un moyen de contraception avant la sortie du service.

A noter : Entre 7 et 9 SA, le protocole était hors AMM pour des raisons d'approvisionnement et de conservation du GEMEPROST à La Réunion.

Contre-indications et précautions d'emploi : celles des recommandations de l'HAS. (43)

Visite de contrôle :

- Entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour post-IVG (J0 = jour de la prise de MIFEPRISTONE). Le rendez-vous était donné systématiquement à la sortie de l'hospitalisation de jour.
- Contrôle échographique de la vacuité utérine.
- La prise en charge des rétentions était laissée à l'appréciation du médecin : soit médicamenteuse par 2 comprimés de MISOPROSTOL 3 fois par jour pendant 2 jours avec contrôle clinique et échographique à 1 mois ; soit chirurgicale par curetage.
- Proposition de prise en charge psychologique ultérieure par l'unité de périnatalité.

3.3. Critères de jugement

L'efficacité de la méthode était évaluée lors de la visite de contrôle par échographie.

Succès : vacuité utérine.

Echec :

- Grossesse évolutive ;
- Rétention, définie par un endomètre > 15 mm ou 1 signal doppler positif;
- Curetage hémostatique.

A noter : Les critères de jugement de l'efficacité de l'IVG par méthode médicamenteuse au CHGM différaient de ceux de l'HAS. (43)

3.4. Modalités de recueil et données recueillies

Tous les dossiers médicaux de notre population d'étude ont été analysés et les données étudiées ont été retranscrites sur une fiche de recueil type. (**Annexes 2 et 3**)

Les données recueillies étaient :

- Données sociodémographiques : l'âge, l'état civil, la profession.
- Données cliniques : le poids, la taille, le tabagisme, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins (césariennes, IVG chirurgicales, curetages), les antécédents d'IVG médicamenteuses, le terme le jour de l'IVG.
- Données sur le contrôle de la méthode : le jour de la visite de contrôle, le succès, l'échec ou l'absence de contrôle (= perdue de vue), le type d'échec (grossesse évolutive, rétention ou curetage hémostatique).
- Données sur la prise en charge de l'échec : médicamenteuse, médicamenteuse puis chirurgicale, chirurgicale ou abstention.

L'ensemble de ces données ont été anonymisées et synthétisées dans un tableur EXCEL afin d'être statistiquement exploitables.

3.5. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart-type à la moyenne, médiane et 25^{ème} et 75^{ème} percentiles.

L'analyse statistique univariée des données quantitatives a été effectuée par le test de Mann et Whitney ou analyse de variance, après vérification des conditions d'application. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par les tests du Chi2 de Pearson et du test exact de Fisher selon les conditions d'applications.

L'analyse multivariée a été réalisée à l'aide d'un modèle de régression logistique pas à pas descendant.

Les covariables incluses dans le modèle initial étaient, d'une part, celles pour lesquelles l'analyse univariée donnait un $p < 0,20$ et d'autre part, les variables considérées comme des facteurs de risque dans la littérature. Les interactions ont été systématiquement testées et retirées du modèle final si elles n'atteignaient pas le seuil de signification.

Les Odds Ratio (OR) ajustés et leurs intervalles de confiance à 95% (IC 95%) ont été estimés.

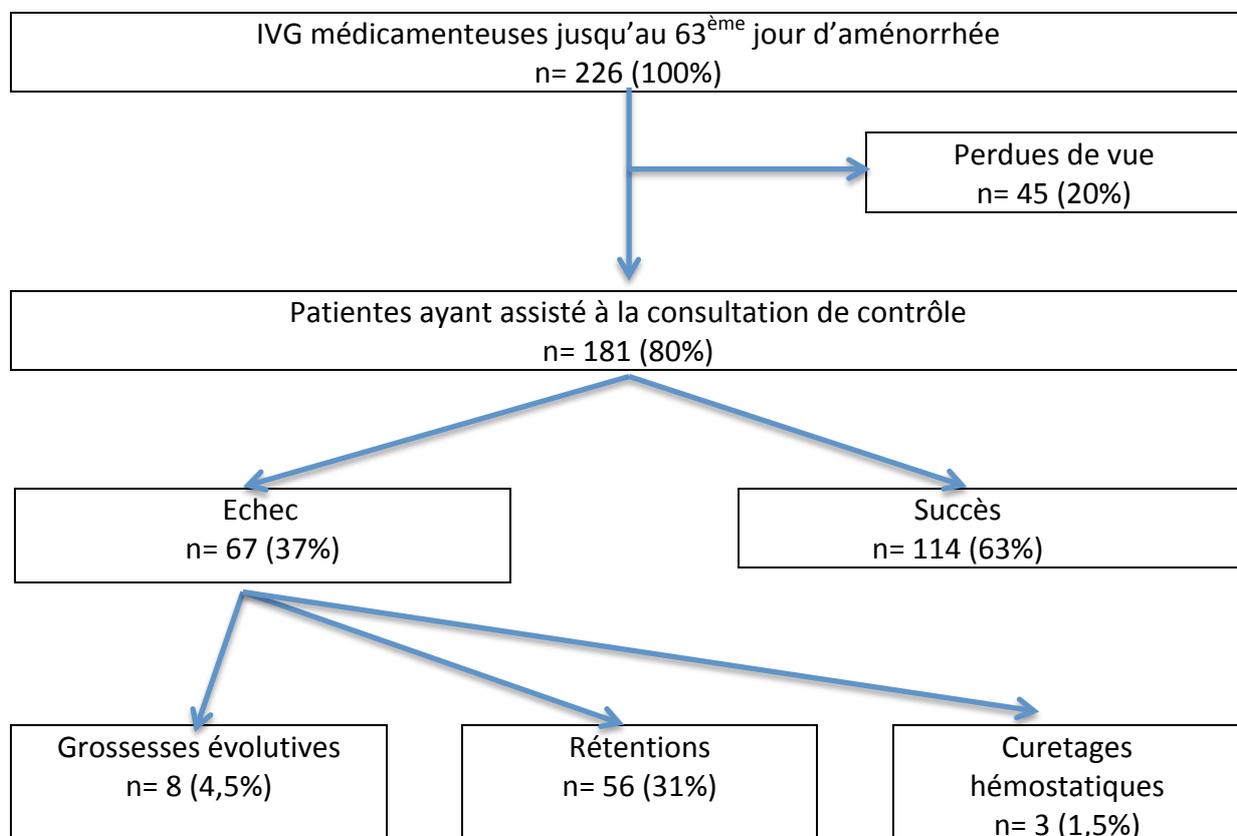
Toutes les hypothèses ont été testées au risque alpha de 0,05.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9,2 (SAS Institute Inc).

IV. RESULTATS

1. Présentation globale de l'étude

Figure 11 : Présentation de l'étude



Au total, 226 femmes ont été incluses entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2012.

45 ne sont pas venues à la visite de contrôle (= perdues de vue) et ont été exclues de l'étude. L'analyse a donc porté sur 181 patientes.

Le succès global de la méthode était de 63%.

67 échecs ont été constatés, dont 56 rétentions, 8 grossesses évolutives et 3 curetages hémostatiques.

Un point sur les perdues de vue :

La population des perdues de vue a été comparée à la cohorte pour les différentes données étudiées (sociodémographiques et cliniques). Nous n'avons pas trouvé de différence significative entre ces deux populations, il s'agissait donc d'une population de perdues de vue aléatoire, qui pouvait être exclue de l'étude.

Tableau 6 : Comparaison des groupes pour les données sociodémographiques : l'âge, l'état civil et la profession

Données sociodémographiques		« Cohorte » (n= 181)	« Perdues de vue » (n= 45)	p
Age moyen (années)		26,8	27,5	0,58
Ecart-type		7,4	8,4	
Etat civil	Célibataires	132 (73%)	38 (84,5%)	0,11
	En couple	49 (27%)	7 (15,5%)	
Profession	Emploi	56 (31%)	15 (33%)	0,95
	Sans emploi	89 (49%)	21 (47%)	
	Etudes	36 (20%)	9 (20%)	

Tableau 7 : Comparaison des groupes pour les données cliniques : l'IMC, le tabac, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins, les antécédents d'IVG, le terme

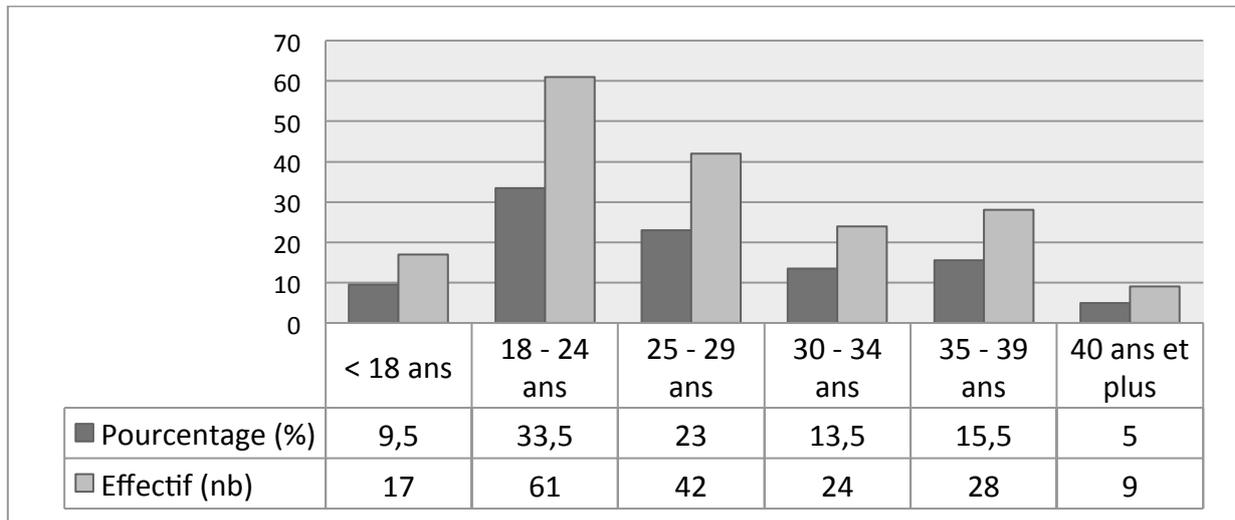
Données cliniques			« Cohorte » (n= 181)	« Perdues de vue » (n= 45)	P
IMC moyen (Kg/m2)			24,4	23,6	0,58
Ecart-type			5,3	5,7	
Tabac	Fumeuse		57 (31,5%)	19 (42%)	0,17
	Non Fumeuse		124 (68,5%)	26 (58%)	
Gestité	Moyenne		3,0	3,2	0,61
	Ecart-type		1,9	2,0	
Parité	Moyenne		1,4	1,3	0,78
	Ecart-type		1,5	1,4	
Gestes endo-utérins	César	0	155 (85,5%)	42 (93,5%)	0,38
		1	18 (10%)	2 (4,5%)	
		2 et +	8 (4,5%)	1 (2%)	
	IVG chir	0	125 (69%)	27 (60%)	0,53
		1	44 (24,5%)	15 (33,5%)	
		2 et +	12 (6,5%)	3 (6,5%)	
	Curetage	-	174 (96%)	40 (89%)	
		+	7 (4%)	5 (11%)	
	IVG	IVG med	0	159 (88%)	36 (80%)
1			21 (11,5%)	7 (15,5%)	
2 et +			1 (0,5%)	2 (4,5%)	
IVG totale		0	109 (60%)	20 (44,5%)	0,14
		1	55 (30,5%)	19 (42,5%)	
		2	13 (7%)	3 (6,5%)	
		3 et +	4 (2,5%)	3 (6,5%)	
Terme moyen (JA)			52,0	51,69	0,08
Ecart-type			5,66	5,33	

2. Description de la cohorte (n= 181)

2.1. Données sociodémographiques

L'âge :

Figure 12 : Répartition par classe d'âge (n=181)

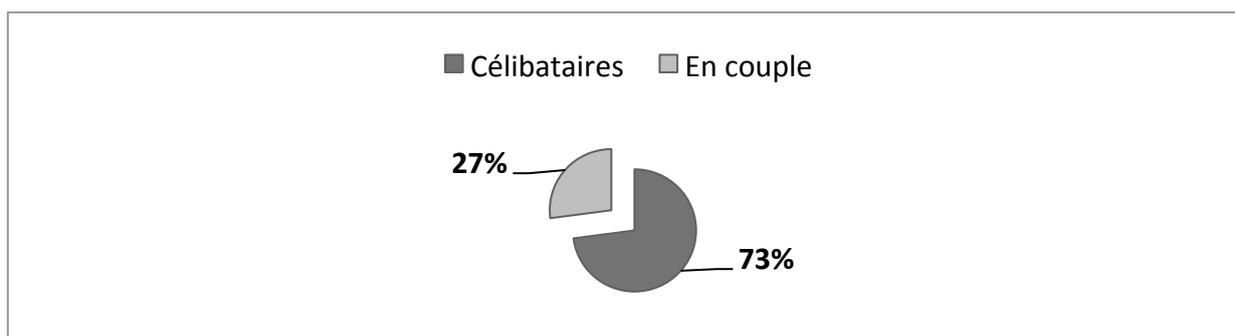


L'âge moyen des femmes était de 26,8 ans (écart type : 7,4), avec pour extrêmes d'âge : 13 et 45 ans.

Les femmes de moins de 25 ans représentaient près de la moitié des femmes de la cohorte, avec environ 10% de jeunes filles mineures.

L'état civil :

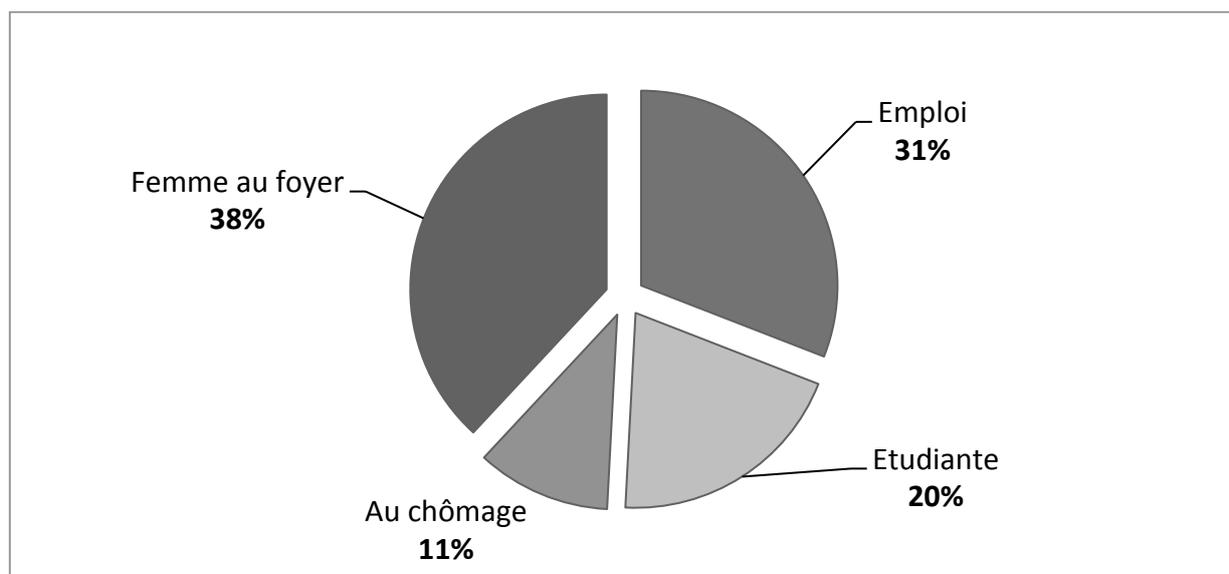
Figure 13 : Répartition selon l'état civil (n=181)



Près des trois quarts des femmes (73%) étaient célibataires.

La profession :

Figure 14 : Répartition selon l'activité professionnelle (n=181)



La moitié des femmes était sans emploi, 31% exerçaient une activité professionnelle et 20% étaient étudiantes.

2.2. Données cliniques

Tableau 8 : Description des caractéristiques cliniques de la cohorte (n=181) : poids, taille, IMC, gestité, parité, terme le jour de l'IVG

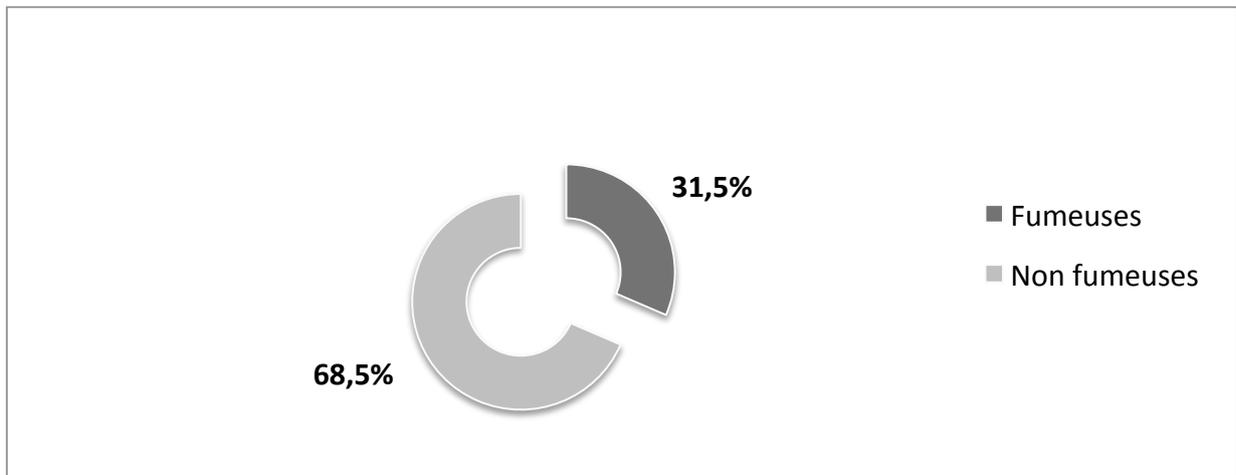
	Moyenne	Ecart-type	Médiane	25 ^{ème} centile	75 ^{ème} centile
Poids (kg)	63,3	14,4	60	53	70
Taille (cm)	161	6,7	160	156	166
IMC (Kg/m2)	24,4	5,3	23,2	20,4	27,0
Gestité (nb)	3,0	1,9	3,0	1,0	4,0
Parité (nb)	1,4	1,5	1,0	0	2,0
Terme (JA)	52	5,7	52	48	56

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) :

L'IMC moyen était de 24,4 kg/m2.

Le tabac :

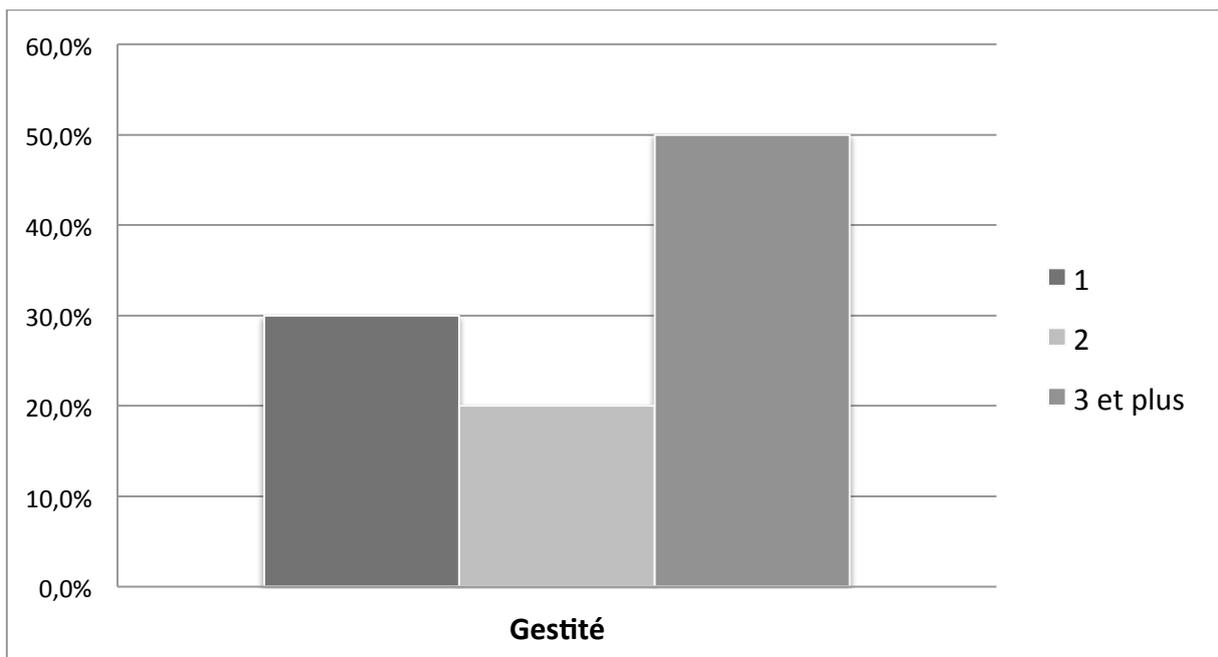
Figure 15 : Répartition selon le tabagisme (n=181)



Près d'un tiers des femmes (31,5%) était fumeuses.

La gestité :

Figure 16 : Répartition selon le nombre de gestes (n=181)

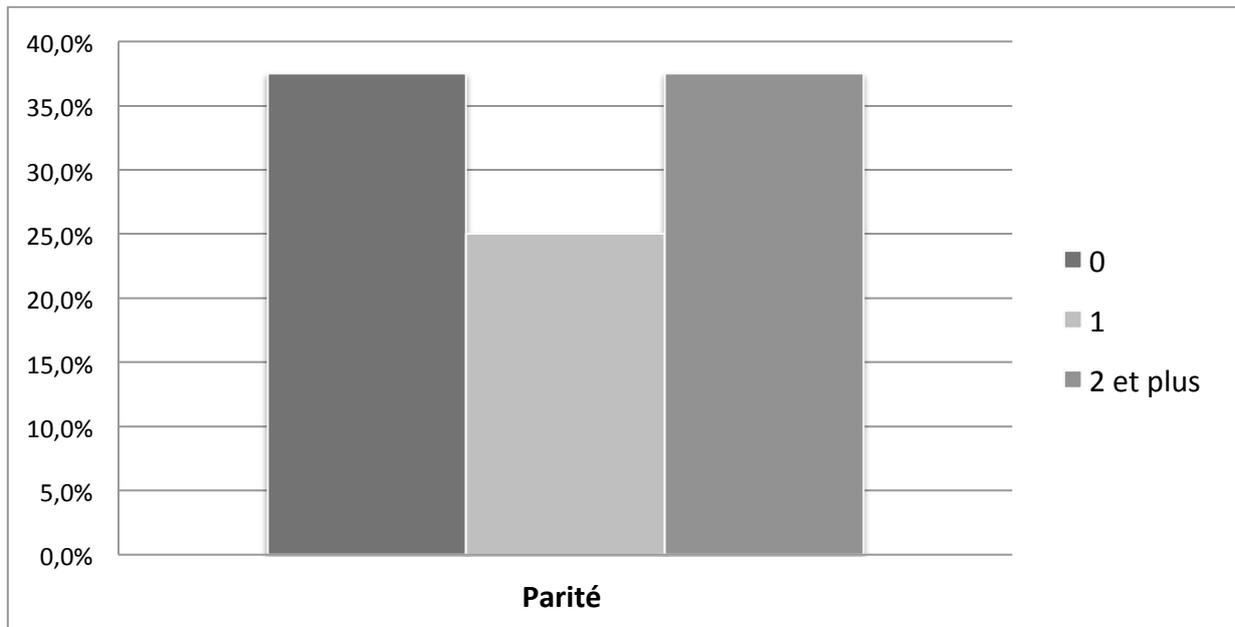


La gestité moyenne était de 3.

Environ un tiers des femmes (30%) était primigestes.

La parité :

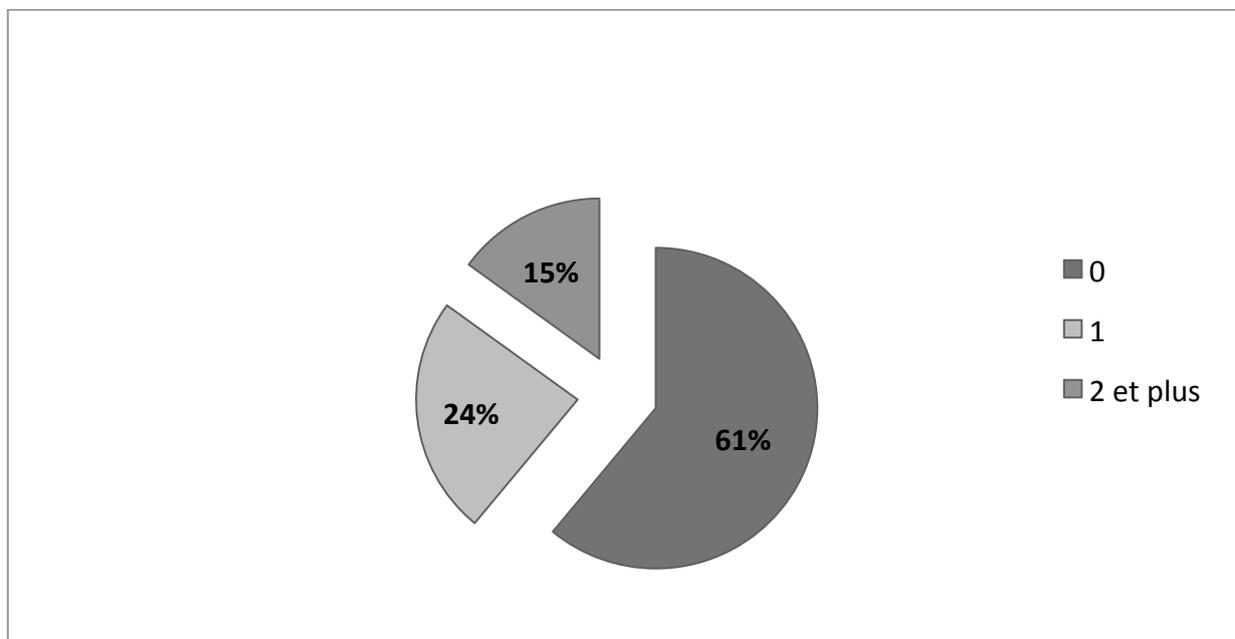
Figure 17 : Répartition selon le nombre de pares (n=181)



La parité moyenne était de 1,4.
37,5% des femmes étaient nullipares.

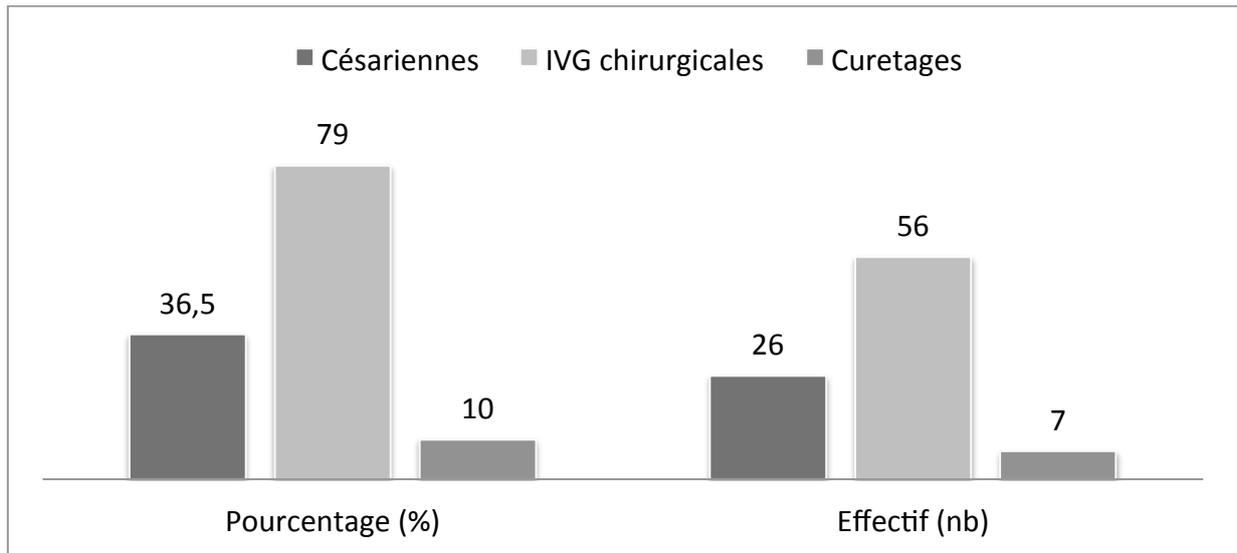
Les antécédents de gestes endo-utérins :

Figure 18 : Répartition selon les antécédents de gestes endo-utérins (n=181)



71 femmes (39%) avaient déjà subi un geste endo-utérin.

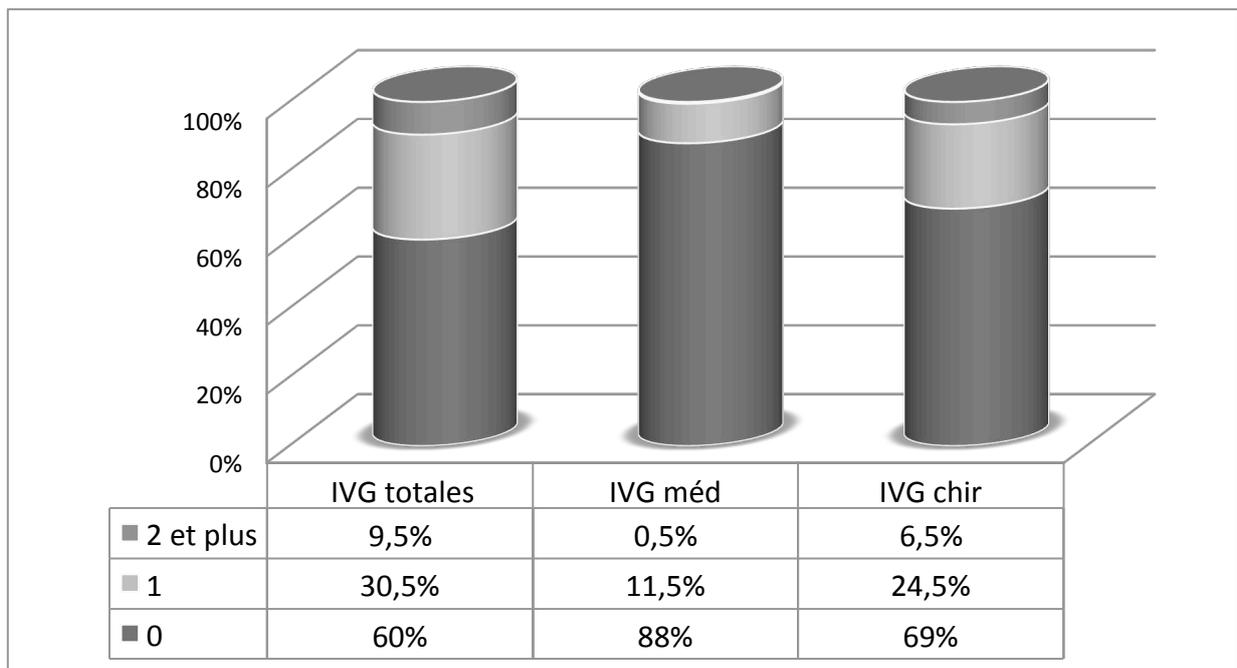
Figure 19 : Répartition des gestes endo-utérins selon leur type (n=71)



Les antécédents de gestes endo-utérins étaient principalement liés aux antécédents d'IVG chirurgicales (79%), puis aux antécédents de césariennes (36,5%). Les antécédents de curetages représentaient 10% des gestes endo-utérins.

Les antécédents d'IVG :

Figure 20 : Répartition selon les antécédents d'IVG (n=181)



72 femmes (40%) avaient au moins un antécédent d'IVG.

Parmi les 22 femmes (12%) ayant un antécédent d'IVG médicamenteuse, une avait subi 2 IVG médicamenteuses.

La majorité des antécédents d'IVG était des IVG chirurgicales (31% contre 12% d'antécédents d'IVG médicamenteuses).

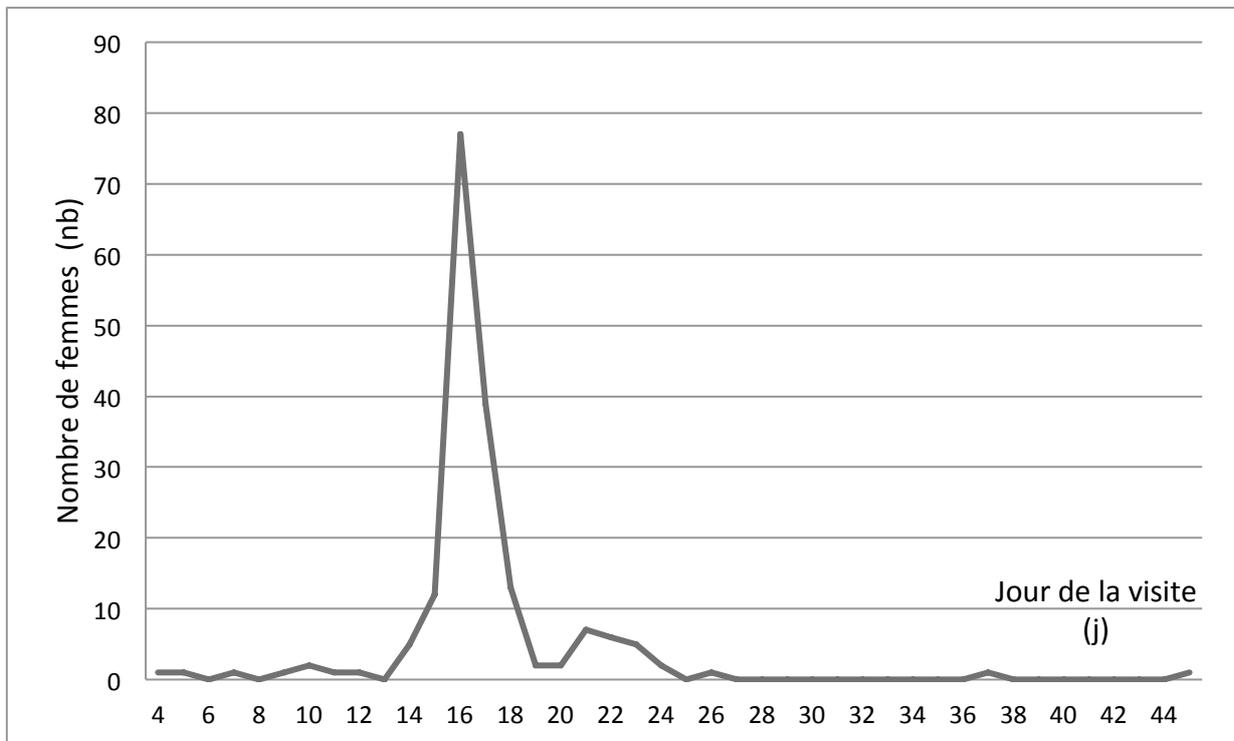
Le terme :

Le terme moyen était de 52 JA (écart type : 5,7), avec pour extrêmes de terme : 38 JA et 63 JA.

2.3. Données sur le contrôle de la méthode

Le jour de la visite de contrôle :

Figure 21 : Répartition selon le jour de la visite de contrôle (n=181)



En moyenne la visite de contrôle était réalisée le 17^{ème} jour post-IVG (écart-type : 3,8).

L'efficacité de la méthode :

Tableau 9 : Efficacité de la méthode selon le type d'échec (n=181)

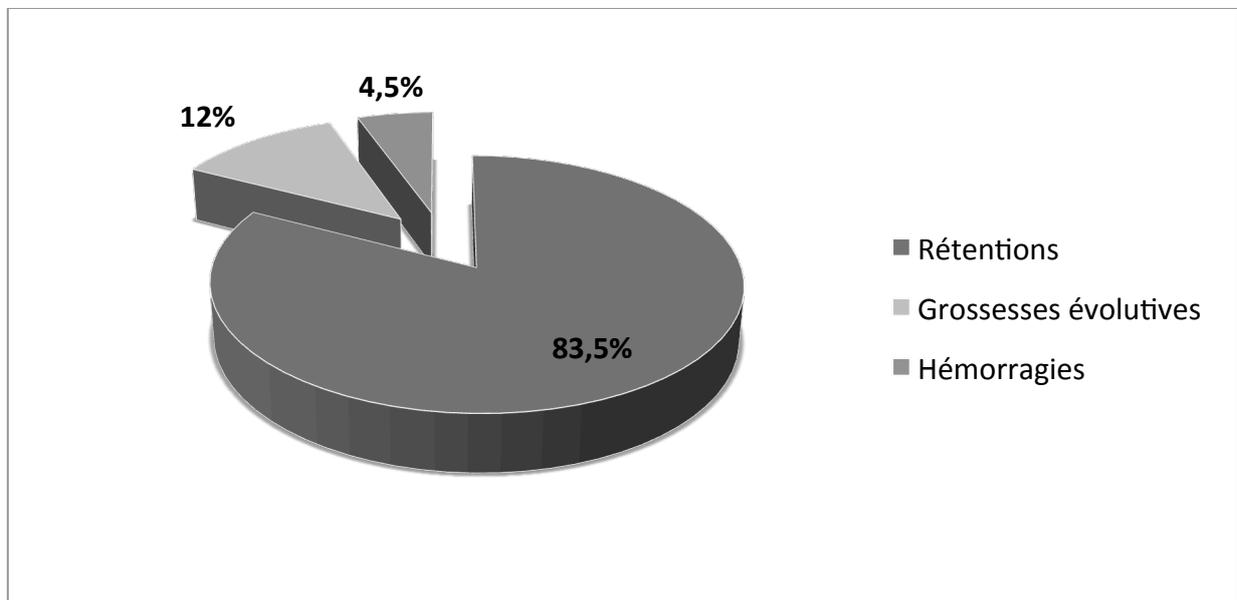
	Succès	Echec			Total
		Grossesses évolutives	Rétentions	Hémorragies	
Effectif (nb)	114	8	56	3	181
Pourcentage (%)	63%	4,5%	31%	1,5%	100%

Le taux de succès était de 63%.

67 femmes (37%) ont subi un échec de la méthode, pour 56 de ces femmes (31%) l'échec était lié à une rétention intra-utérine.

Le type d'échec :

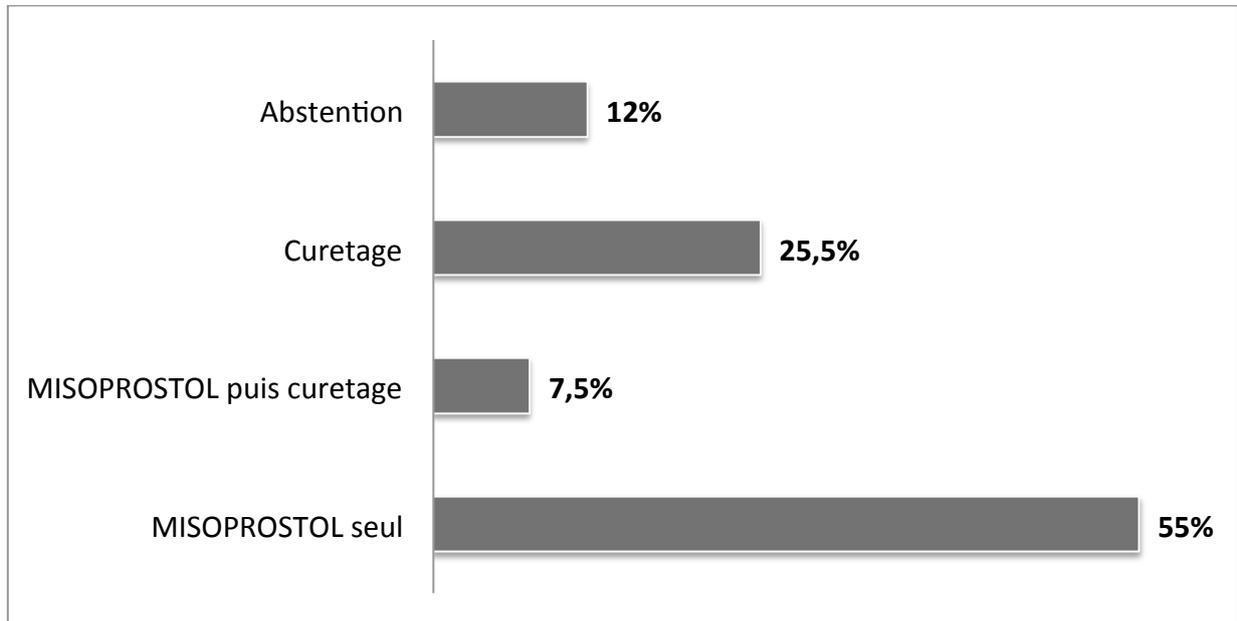
Figure 22 : Répartition des échecs selon leur type (n=67)



Les rétentions intra-utérines représentaient plus des quatre cinquièmes des échecs (83,5%).

2.4. Données sur la prise en charge de l'échec

Figure 23 : Répartition selon le type de prise en charge de l'échec (n=67)



Plus de la moitié des femmes (37) ayant subi un échec ont été traitées par MISOPROSTOL seul et un tiers (22) a été pris en charge par chirurgie.

Tableau 10 : Répartition des types de prise en charge en fonction du type d'échec (n= 67)

	Type d'échec		
	Grossesses évolutives	Rétentions	Hémorragies
MISOPROSTOL seul	0	37 (55%)	0
MISOPROSTOL + curetage	0	5 (7,5%)	0
Curetage	6 (9%)	8 (12%)	3 (4,5%)
Abstenion	2 (3%)	6 (9%)	0
Total	8 (12%)	56 (83,5%)	3 (4,5%)

Les trois quarts des femmes ayant un échec à type de rétention (75%) ont été traités initialement par comprimés de MISOPROSTOL et près d'un quart (23%) a été pris en charge par chirurgie d'emblée ou après échec du MISOPROSTOL.

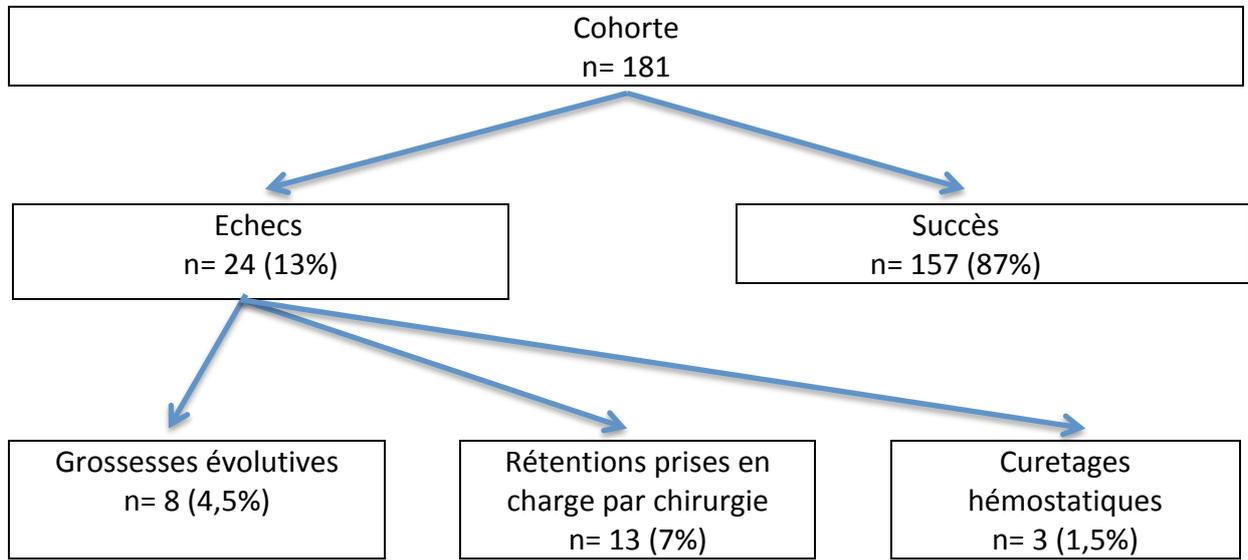
Parmi les 8 femmes (12%) ayant un échec à type de grossesse évolutive, 2 ont choisi de poursuivre leur grossesse, les 6 autres ont été prises en charge par méthode chirurgicale.

Toutes les hémorragies ont été traitées par curetage hémostatique.

2.5. Description de l'efficacité de la méthode selon les critères de l'HAS

Rappel : le succès était défini comme l'obtention d'un avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale et l'absence de grossesse évolutive. (43)

Figure 24 : Description de l'efficacité de la méthode selon les critères de l'HAS



Selon les critères de jugement de l'HAS, le taux de succès de la méthode était de 87%.

Les échecs par rétention représentaient 7%.

Parmi les échecs plus de la moitié étaient liés à une rétention intra-utérine, un tiers à une grossesse évolutive.

3. Comparaison des différentes données étudiées dans les groupes « succès » et « échec »

3.1. Données sociodémographiques

Tableau 11 : Comparaison des groupes pour l'âge, l'état civil et la profession, selon les critères de l'étude

Données sociodémographiques		« Succès » (n= 114)	« Echec » (n= 67)	p
Age moyen (années)		26,3	27,5	0,32
Ecart-type		7,6	7,0	
Etat civil	Célibataires	86 (75,5%)	46 (69%)	0,32
	En couple	28 (24,5%)	21 (31%)	
Profession	Emploi	34 (30%)	22 (33%)	0,66
	Sans emploi	55 (48%)	34 (50,5%)	
	Etudes	25 (22%)	11 (16,5%)	

Tableau 12 : Comparaison des groupes pour l'âge, l'état civil et la profession, selon les critères de l'HAS

Données sociodémographiques		« Succès » (n= 157)	« Echec » (n= 24)	p
Age moyen (années)		26,6	27,6	0,56
Ecart-type		7,6	5,4	
Etat civil	Célibataires	114 (72,5%)	18 (77,5%)	0,62
	En couple	43 (27,5%)	6 (22,5%)	
Profession	Emploi	47 (30%)	9 (37,5%)	0,32
	Sans emploi	77 (49%)	12 (50%)	
	Etudes	33 (21%)	3 (12,5%)	

Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes en ce qui concernait les données sociodémographiques.

Tableau 13 : Comparaison des groupes pour l'âge : mineure/majeure, selon les critères de l'étude

	« Succès » (n= 114)	« Echec » (n= 67)	p
18 ans et plus	100 (87,5%)	64 (95,5%)	0,08
< 18 ans	14 (12,5%)	3 (4,5%)	

Tableau 14 : Comparaison des groupes pour l'âge : mineure/majeure, selon les critères de l'HAS

	« Succès » (n= 157)	« Echec » (n= 24)	p
18 ans et plus	141 (90%)	23 (96%)	0,11
< 18 ans	16 (10%)	1 (4%)	

Le critère majorité n'était pas un facteur de risque d'échec de la méthode.

3.2. Données cliniques

Tableau 15 : Comparaison des groupes pour l'IMC, le tabac, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins, les antécédents d'IVG, le terme, selon les critères de l'étude

Données cliniques			« Succès » (n= 114)	« Echec » (n= 67)	P
IMC moyen (Kg/m2)			24,1	24,8	0,39
Ecart-type			5,0	5,6	
Tabac	Fumeuse		36 (31,5%)	21 (31,5%)	0,97
	Non Fumeuse		78 (68,5%)	46 (68,5%)	
Gestité	Moyenne		2,7	3,5	0,02 (p<0,05)
	Ecart-type		1,8	2,1	
	1		38 (33,5%)	16 (24%)	0,15
	2		25 (22%)	11 (16,5%)	
	3 et plus		51 (44,5%)	40 (59,5%)	
Parité	Moyenne		1,27	1,55	0,29
	Ecart-type		1,44	1,68	
	0		46 (40,5%)	22 (33%)	0,56
	1		28 (24,5%)	17 (25,5%)	
2 et plus		40 (35%)	28 (41,5%)		
Gestes endo-utérins	César	0	95 (83,5%)	60 (89,5%)	0,39
		1	14 (12%)	4 (6%)	
		2 et +	5 (4,5%)	3 (4,5%)	
	IVG chir	0	87 (76,5%)	38 (56,5%)	0,0009 (p<0,05)
		1	25 (22%)	19 (28,5%)	
		2 et +	2 (1,5%)	10 (15%)	
	Curetage	-	111 (97,5%)	63 (94%)	
		+	3 (2,5%)	4 (6%)	
	IVG	IVG med	0	99 (87%)	60 (89,5%)
1			15 (13%)	6 (9%)	
2 et +			0	1 (1,5%)	

	IVG totale	0	74 (65%)	35 (52%)	0,003 (p<0,05)
		1	36 (31,5%)	19 (28,5%)	
		2 et +	4 (35,5%)	9 (19,5%)	
Terme moyen (JA)			52,0	52,0	0,94
Ecart-type			5,7	5,7	

Tableau 16 : Comparaison des groupes pour l'IMC, le tabac, la gestité, la parité, les antécédents de gestes endo-utérins, les antécédents d'IVG, le terme, selon les critères de l'HAS

Données cliniques			« Succès » (n= 157)	« Echec » (n= 24)	P
IMC moyen (Kg/m2)			24,3	24,6	0,79
Ecart-type			5,1	6,3	
Tabac	Fumeuse		45 (28,5%)	12 (50%)	0,06
	Non Fumeuse		112 (71,5%)	12 (50%)	
Gestité	Moyenne		2,9	3,7	0,05
	Ecart-type		1,9	2,1	
	1		50 (32%)	4 (16,5%)	0,15
	2		32 (20,5%)	4 (16,5%)	
3 et plus		75 (47,5%)	16 (66%)		
Parité	Moyenne		1,3	1,5	0,58
	Ecart-type		1,5	1,8	
	0		61 (39%)	7 (29%)	0,53
	1		38 (24%)	7 (29%)	
2 et plus		58 (37%)	10 (42%)		
Gestes endo-utérins	César	0	134 (85,5%)	21 (87,5%)	0,99
		1	16 (10%)	2 (8,5%)	
		2 et +	7 (4,5%)	1 (4%)	
	IVG chir	0	114 (72,5%)	11 (46%)	<0,0001 (p<0,05)
		1	39 (25%)	5 (21%)	
		2 et +	4 (2,5%)	8 (33%)	
	Curetage	-	151 (96%)	23 (96%)	
		+	6 (4%)	1 (4%)	
IVG	IVG med	0	138 (88%)	21 (87,5%)	0,30
		1	18 (11,5%)	3 (12,5%)	
		2 et +	1 (0,5%)	0	
	IVG totale	0	99 (63%)	10 (41,5%)	0,0005 (p<0,05)
		1	49 (31%)	6 (25%)	
		2 et +	9 (6%)	8 (33,5%)	
Terme moyen (JA)			52,0	51,7	0,78
Ecart-type			5,5	7,1	

La gestité (selon les critères de l'étude), les ATCD d'IVG chirurgicales et les ATCD d'IVG totales étaient significativement plus importants dans le groupe « échec ». Ces données étant liées il convenait de vérifier si elles influençaient le taux d'échec indépendamment les unes des autres par une étude multi variée.

Après analyse statique à l'aide d'un modèle de régression logistique pas à pas descendant le seul facteur identifié comme lié à l'échec de la méthode était les ATCD d'IVG chirurgicales.

Selon les critères de l'étude, le risque d'échec était majoré d'un facteur 11,5 pour les ATCD de 2 IVG chirurgicales et plus (OR 11,5 ; IC 95% : 2,4-54,8) et d'un facteur 16 selon les critères de l'HAS (OR 16,1 ; IC 95% : 4,3-60,1).

Les autres données analysées : l'IMC, le tabac, la parité, le nombre de césariennes, les antécédents d'IVG médicamenteuses et le terme n'influaient pas sur l'efficacité de la méthode médicamenteuse.

3.3. Données sur le contrôle de la méthode

Tableau 17 : Comparaison des groupes pour le jour de la visite de contrôle, selon les critères de l'étude

Jour de la visite de contrôle	« Succès » (n= 114)	«Echec » (n= 67)	p
Moyenne (jours)	17,7	16,8	0,11
Ecart-type	4,1	3,6	
Médiane	16,0	16,0	
25 ^{ème} percentile	16,0	16,0	
75 ^{ème} percentile	18,0	17,0	

Tableau 18 : Comparaison des groupes pour le jour de la visite de contrôle, selon les critères de l'HAS

Jour de la visite de contrôle	« Succès » (n= 157)	«Echec » (n= 24)	p
Moyenne (jours)	17,3	16,5	0,22
Ecart-type	3,6	3,8	
Médiane	16,0	16,0	
25 ^{ème} percentile	16,0	15,0	
75 ^{ème} percentile	17,0	17,0	

Le jour de la visite de contrôle n'était pas un facteur de risque d'échec de la méthode.

V. DISCUSSION

1. Principaux résultats et leurs implications majeures

L'information majeure apportée par cette étude de cohorte rétrospective, est que les femmes ayant un antécédent d'IVG chirurgicale sont plus à risque d'échec d'IVG par méthode médicamenteuse. En effet, ce risque est multiplié par plus de 10 pour les femmes y ayant eu recours au moins 2 fois.

Cette information est inédite, dans la mesure où aucune étude n'a recherché à évaluer les facteurs d'échec des IVG par méthode médicamenteuse au CHGM. A plus grande échelle, ce critère n'a à notre connaissance jamais été étudié.

Nos résultats retrouvent une diminution de l'efficacité de la méthode pour les femmes d'âge avancé et les multipares, sans pour autant que ces critères soient statistiquement significatifs.

L'efficacité globale de notre étude est bien en deçà des données connues sur les taux de succès de l'IVG par méthode médicamenteuse. Ce mauvais résultat est principalement lié à un nombre très important d'échecs à type de rétention.

Nous avons également réalisé une description détaillée des caractéristiques épidémiologiques des femmes ayant recours à l'IVG par méthode médicamenteuse dans le centre d'orthogénie du CHGM. Les données épidémiologiques de notre cohorte sont très proches de celles des femmes réunionnaises ayant eu recours à l'IVG, à une exception près : un taux anormalement élevé de femmes célibataires. Les principales caractéristiques de notre population d'étude sont : un nombre élevé de grossesses et d'enfants avant l'IVG, un taux de recours important aux IVG itératives, et une grande part de mineures.

2. Comparaison des résultats aux données de la littérature

2.1. L'efficacité de la méthode

- **L'efficacité globale de la méthode**

Nos résultats en terme d'efficacité globale de la méthode associant 600 mg de MIFEPRISTONE suivi 48h plus tard de 400 µg de MISOPROSTOL per os sont très inférieurs

(63%) aux résultats observés dans la littérature retrouvant des taux de succès de 88,1% à 94,3%. (52)

Quatre études comparatives, randomisées, publiées entre 1993 et 2001, comparaient l'efficacité des doses de 200 mg et 600 mg de MIFEPRISTONE associées à un analogue de prostaglandine dans l'IVG médicamenteuse : étude McKinley, OMS 1993, OMS 2000 et OMS 2001. (56)(57)(58)(59) Deux méta-analyses successives de ces études ont été réalisées (3869 patientes) (60)(61), permettant d'évaluer l'efficacité globale de la méthode en fonction du protocole médicamenteux utilisé et de l'âge gestationnel.

Tableau 19 : Etudes comparatives randomisées comparant l'efficacité des doses de 200 et 600 mg de MIFEPRISTONE associée à un analogue de prostaglandine dans l'IVG médicamenteuse (52)

Auteur	Dose de mifépristone	Analogue de prostaglandine utilisé	Taux de succès	Patientes (Nombre)	Âge gestationnel
McKinley 1993	200 mg	misoprostol 600 µg par voie orale	93,6 %	220	≤ 63 jours
	600 mg		93,6 %		
OMS 1993	200 mg	géméprost 1 mg par voie vaginale	93,8 %	1182	≤ 56 jours
	400 mg		94,1 %		
	600 mg		94,3 %		
OMS 2000	200 mg	misoprostol 400 µg par voie orale	89,3 %	1589	≤ 63 jours
	600 mg		88,1 %		
OMS 2001	200 mg	géméprost 1 mg par voie vaginale	92,4 %	898	57 à 63 jours
	600 mg		91,7 %		

Nos critères d'échec différent de ceux de la littérature, ce qui rend les comparaisons difficiles. En effet, ces études considéraient comme échec uniquement les reprises chirurgicales. (51) En utilisant cette définition des échecs, le taux de succès observé dans notre étude est de 87%, ce qui reste malgré tout en deçà des données de la littérature.

En comparant notre nouveau taux de succès à l'étude OMS 2000 (58), ayant un protocole identique au notre : 600 mg de MIFEPRISTONE associée à 400 µg de MISOPROSTOL chez les femmes ayant recours à l'IVG jusqu'au 63^{ème} jour d'aménorrhée, nos résultats sont sensiblement identiques (87% vs 88,1%).

- **Les différents types d'échecs**

Dans la littérature, les taux d'échec de l'IVG médicamenteuse varient d'une étude à l'autre en fonction des critères de jugement, du type d'analogue de prostaglandine utilisé, de l'âge gestationnel et de la méthode de contrôle (dosage des β-hCG ou échographie) ce qui complique les comparaisons avec nos résultats.

Selon les critères de jugement de notre étude, le taux d'échec à type de rétention est très élevé (31%). En considérant, les critères de la littérature, définissant les échecs par l'absence de recours à une méthode chirurgicale complémentaire, le taux d'échec à type de rétention est de 7%, ce qui reste malgré tout bien supérieur aux résultats des autres travaux (en moyenne 1,3% à 4,6%). (52)

Notre taux de grossesses évolutives (4,5%), critère d'échec objectif, est 3 fois supérieur aux données de la littérature (en moyenne 0 à 1,5%). (52)

Seul le taux de curetages hémostatiques est sensiblement identique (1,5% vs 0 à 1,4%). (52)

2.2. Les facteurs de risque d'échec

- **L'antécédent d'IVG chirurgicale**

Contrairement à ce que nous mettons en évidence aucune étude n'a identifié l'antécédent d'IVG chirurgicale comme facteur de risque d'échec, mais aucune distinction n'a jamais été faite sur le type d'IVG (chirurgicale ou médicamenteuse).

En 2007, une étude prospective multicentrique (1182 patientes) sur les facteurs d'échec de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 49 jours d'aménorrhée, a été menée dans la région Nord-Pas de Calais. Le protocole médicamenteux associait 600 mg de MIFEPRISTONE à 400 µg ± 400 µg de MISOPROLOL per os. Ce travail n'a pas retrouvé de lien entre le taux d'échec de la méthode et les antécédents d'IVG. (62)

- **Les facteurs de risque d'échec de la littérature, non mis en évidence dans notre étude**

La parité :

Dans la littérature, la multiparité est souvent citée comme facteur de risque d'échec.

L'analyse statistique de notre étude sur la parité ne met pas en évidence de différence significative entre femmes nullipares, primipares ou multipares. Cependant nous observons une parité moyenne plus importante dans le groupe « échec » (1,55 enfants ± 1,68 vs 1,27 enfants ± 1,44) et une proportion plus importante de femmes multipares dans le groupe « échec » (41,5% vs 35%).

L'étude menée dans le Nord-Pas de Calais (62), montrait que le nombre d'échec augmente chez les femmes primipares et multipares comparé aux nullipares dès la première grossesse

menée à terme et jusqu'à 3 enfants. Dans cette étude multicentrique, le taux d'échec était de l'ordre de 15% chez les multipares de 3 enfants et plus, soit 3 fois plus élevé que chez les nullipares. Un risque quasi-identique avait été mis en évidence dans une étude rétrospective réalisée à Roubaix sur 1850 femmes ayant eu une IVG médicamenteuses entre 2001 et 2005. (63)

La multiparité a également été citée comme risque d'échec dans d'autres études rétrospectives ayant utilisé différents protocoles médicamenteux : 200 mg de MIFEPRISTONE associée à 800 µg de MISOPROLOL par voie vaginale (64), 600 mg de MIFEPRISTONE associée à 400 µg ± 400 µg de MISOPROLOL per os (65) ou 200 mg de MIFEPRISTONE associée à 0,5 mg de GEMEPROST. (66)

L'âge :

Nos résultats retrouvent une moyenne d'âge plus importante dans le groupe « échec » (27,5 ans ± 7,0 vs 26,3 ans ± 7,6) sans que la différence soit statistiquement significative pour identifier d'âge maternel avancé comme facteur de risque d'échec de la méthode.

L'âge maternel a été retrouvé dans certains travaux comme responsable d'une diminution de l'efficacité de la méthode (63) (66). Cependant l'étude réalisée dans le Nord-Pas de Calais (62) démontrait que l'âge maternel et la multiparité étaient deux facteurs liés et que l'âge maternel à lui seul ne semblait pas engager le succès de la méthode.

Le terme :

Le terme moyen de la grossesse est strictement identique dans les deux groupes (52,0 JA ± 5,7). Ces résultats diffèrent de ceux connus dans la littérature.

De nombreux essais randomisés ou non ont été réalisés pour définir les doses optimales de MIFEPRISTONE, de prostaglandines, les délais optimaux entre la prise de MIFEPRISTONE et celle des prostaglandines, ainsi que la voie optimale d'administration des prostaglandines chez les femmes avant 9 SA. Les résultats de ces essais ont permis de démontrer que l'efficacité de l'association MIFEPRISTONE – prostaglandine était entre autre en grande partie dépendante de l'âge gestationnel de la grossesse. Les taux de succès de la méthode avoisinaient les 95 % jusqu'à 7 SA. En utilisant les mêmes traitements aux mêmes doses, les taux de succès pouvaient s'abaisser jusqu'à 80 % d'expulsions complètes lorsque l'âge gestationnel atteint 9 SA. (67)

L'IMC :

Grimes en 1990, retrouvait que le risque d'échec de la méthode augmentait avec l'IMC, cependant le protocole médicamenteux était différent. (67) Dans notre étude l'IMC moyen est sensiblement le même dans les groupes « succès » et « échec » (24,1 kg/m² ± 5,0 vs 24,8 kg/m² ± 5,6).

Le jour de la visite de contrôle :

Comme le signifiait l'HAS dans ses recommandations de 2010 sur l'IVG par méthode médicamenteuse, le taux de succès est un critère d'évaluation qui dépend entre autre du moment du contrôle de l'efficacité de la méthode. (43)

Nos résultats ne retrouvent pas de différence significative pour le critère : jour de la visite de contrôle, cependant il est en moyenne plus précoce dans le groupe « échec » (16,8 jours \pm 3,6 vs 17,7 jours \pm 4,1).

- **Les facteurs de risque non retrouvés dans la littérature**

Les autres critères étudiés : l'état civil, l'activité professionnelle, le tabac, la gestité, les antécédents de gestes endo-utérins, ne sont pas identifiés comme facteur d'échec dans notre étude et n'ont à priori pas été analysés dans la littérature.

2.3. Les caractéristiques épidémiologiques de la population

Dans la littérature la description épidémiologique des femmes ayant recours à l'IVG faisait rarement la distinction entre technique médicale ou chirurgicale de l'IVG.

Dans la mesure du possible, nous comparons donc notre population d'étude avec les femmes ayant eu recours à l'IVG en France, à La Réunion et au CHGM, sans distinction pour la technique d'IVG.

- **Les données socio démographiques**

Tableau 20 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant recours à l'IVG, cohorte, France, Réunion et CHGM

Données sociodémographiques		Cohorte	France (30)(31)	Réunion (29)(38)	CHGM (40)
Age (années)	Moyen	26,8		26,5	26,0
	< 18 ans	9,5%	6%	11,2%	11,4%
Etat civil	Célibataires	73%	55%	51%	
	En couple	27%	45%	49%	
Profession	Emploi	31%	48%	30%	27,5%
	Sans emploi	49%	32%	48%	53%
	Etudes	20%	20%	22%	19,5%

L'âge :

Nos résultats retrouvent une moyenne d'âge (26,8 ans \pm 7,4) équivalente aux données locales.

Le taux de jeunes filles mineures 1,5 fois supérieur au taux national et inférieur au taux réunionnais (9,5% vs 6% et 11,2%).

Dans la littérature, l'on retrouve que les mineures réunionnaises ont 2 fois plus recours à l'IVG que les mineures au niveau national. Ces discordances sont essentiellement liées au fait qu'un quart des IVG chez les mineures réunionnaises sont des IVG tardives contre 15% chez les femmes de 18 ans et plus. (29)

L'état civil :

Le taux de femmes célibataires de notre étude est anormalement élevé comparé aux taux national et régional (73% vs 55% et 51%).

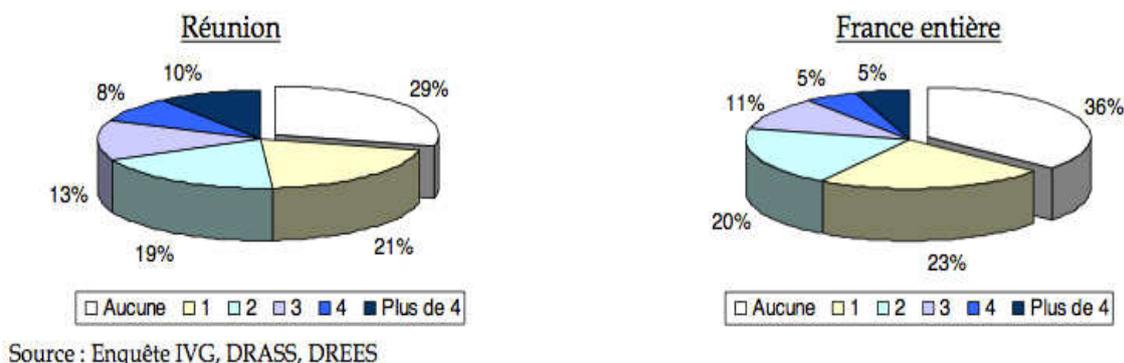
La profession :

Les données sur l'activité professionnelle corroborent la situation socio-économique actuelle de La Réunion avec un taux de femmes sans emploi plus important que nationalement (49% vs 32%). Le taux de femmes étudiantes est similaire autour de 20%, aux taux national, régional et local.

- **Les données cliniques**

La gestité :

Figure 25 : Nombre de grossesses antérieures à l'IVG (38)

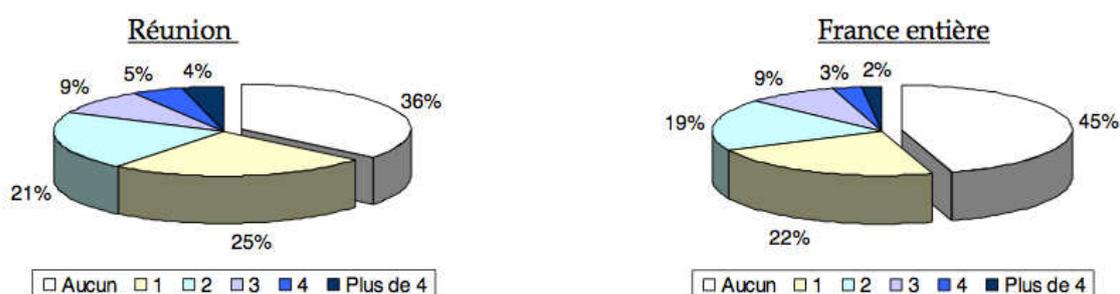


Dans l'ensemble, nous retrouvons une gestité moyenne (3,0 gestes vs 2,7 gestes) et un nombre de gestes antérieurs à l'IVG qui sont semblables aux données régionales.

Le pourcentage de grossesses antérieures est élevé dans notre étude, de même qu'à la Réunion : respectivement 70% et 71% des femmes ayant pratiqué une IVG ont déjà eu au moins une grossesse, contre 64% en France.

La parité :

Figure 26 : Nombre d'enfants antérieurs à l'IVG (38)

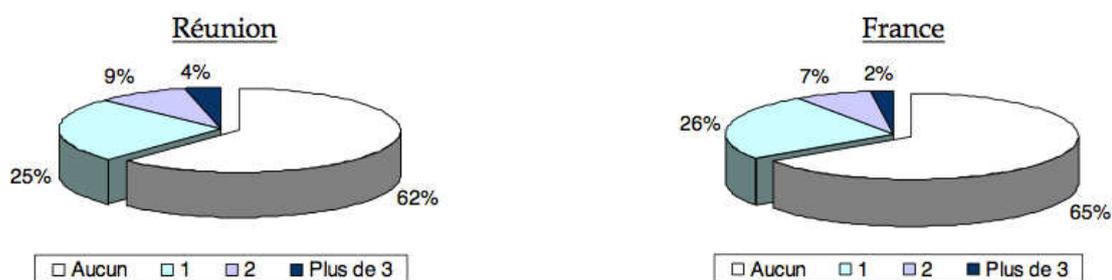


Source : Enquête IVG, DRASS, DREES

En comparant aux données nationales, nous constatons une parité plus élevée pour les femmes de notre étude comme pour les femmes réunionnaises. En effet, 62,5% (64% à La Réunion) des femmes ayant pratiqué une IVG ont au moins un enfant, contre 55% en France.

Les antécédents d'IVG :

Figure 27 : Nombre d'IVG antérieures à celle pratiquée (38)



Source : Enquête IVG, DRASS, DREES

Dans notre étude et à La Réunion, les femmes ayant recours de façon répétée à l'IVG sont plus nombreuses qu'en France : respectivement 40% et 38% des femmes ont déjà eu au moins une IVG, contre 35% en France.

Nos résultats sont en accord avec les données issues de l'enquête menée par la DRESS en 2007 sur le recours à l'IVG à la Réunion, en effet la proportion plus importante de grossesses

antérieures à l'IVG dans notre centre d'étude, cache un nombre plus important d'IVG mais aussi de naissances vivantes. (38)

Le terme :

Le terme moyen de la grossesse le jour de l'IVG est supérieur aux données nationales et régionales sur les IVG médicamenteuses (52 JA vs 47 J et 36 JA). (29)(31)

Les autres données épidémiologiques:

A notre connaissance il n'existe pas de données nationales ou régionales concernant : l'IMC, le tabagisme, les antécédents de gestes endo-utérins (en dehors de antécédents d'IVG) et le jour de la visite de contrôle pour les femmes ayant recours à l'IVG.

3. Forces et faiblesses de l'étude, interprétation des résultats

3.1. La population étudiée

Cette étude a été réalisée dans le service d'orthogénie du CHGM avec un nombre important de femmes incluses. Tous les dossiers médicaux des patientes ont été récupérés aux archives. Les données étudiées y étaient toutes renseignées. L'analyse statistique a donc pu être de puissance correcte.

Les caractéristiques épidémiologiques de notre cohorte sont semblables à celles de la population des femmes réunionnaises ayant recours à l'IVG. On peut donc élargir nos résultats au plan régional.

3.2. Les résultats

Un taux d'échec de la méthode élevé (37%) :

Plusieurs raisons peuvent être à l'origine de ce taux d'échec élevé :

- Entre 7 et 9 SA, le protocole des IVG médicamenteuses du CHGM est hors AMM pour une raison d'approvisionnement et de conservation du GEMPROST à La Réunion.

Dans la littérature le protocole médicamenteux 600 mg de MIFEPRISTONE associée à 400 µg de MISOPROSTOL per os utilisé entre 7 et 9 SA, est à l'origine d'un plus fort taux d'échec.

- Les critères de jugement de l'efficacité de la méthode médicamenteuse au CHGM, sont différents de ceux de la littérature ou de l'HAS qui qualifient le succès comme un avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale. (51)

Afin de remédier à ce biais nous avons réalisé une autre analyse statistique « selon les critères de l'HAS » qui retrouve un taux d'échec moins important, mais toujours haut (13%).

- L'évaluation du résultat de l'IVG se fait par imagerie. L'interprétation des images échographiques est donc dépendante de l'expérience du médecin et le plus souvent de celle l'interne, ce qui donne probablement un taux de rétentions sur diagnostiquées.

En effet, Fiala C. a comparé les deux méthodes : échographie et dosage sanguin des β-hCG. Le taux de succès de cette étude était de 98,2%, mais l'échographie retrouvait une vacuité utérine dans seulement 89,8% des cas. Les images échographiques montraient souvent un épaississement de l'endomètre et des images hétérogènes d'interprétation difficile. (69)

Une étude menée en Scandinavie en 2004, utilisant 600 mg de MIFEPRISTONE associés à une prostaglandine jusqu'à 63 jours d'aménorrhées, a conclu que l'échographie ne pouvait pas être considérée comme un moyen efficace pour poser les indications chirurgicales des échecs. (70) La mesure de l'épaisseur de l'endomètre a été étudiée comme critère échographique et n'est pas apparue fiable pour poser l'indication d'un traitement complémentaire (71) (72). Le seul paramètre prédictif de l'échec hormis la grossesse évolutive, serait la persistance d'un sac gestationnel. (72)

- Le protocole des IVG médicamenteuses laisse la prise en charge des rétentions à l'appréciation du médecin. Plus d'un quart des échecs à type de rétention est traité en première intention par chirurgie. Ceci justifie que l'efficacité de la méthode est toujours médiocre après analyse statique selon les critères de la littérature.

- Le jour de la visite de contrôle est en moyenne plus précoce dans le groupe « échec », sans que la différence entre les groupes « succès » et « échec » soit statistiquement significative.

Une étude récente menée en Israël a mis en évidence que les échecs sont caractérisés par une visite de contrôle significativement plus précoce comparativement au groupe « succès » (14 jours ± 7 vs 20 jours ± 9). Ceci laisse supposer que le délai de la visite de contrôle peut influencer sur le nombre d'échecs en les surestimant si elle est réalisée trop tôt. (65)

D'ailleurs l'EMA dans ses dernières recommandations d'avril 2007 préconisait de repousser la visite de contrôle, entre les 14^{ème} et 21^{ème} jours après la prise de MIFEPRISTONE (au lieu de 10 à 15 jours), compte tenu de la grande variabilité des délais d'expulsion du sac gestationnel d'une patiente à l'autre. (52)

L'antécédent d'IVG chirurgicale, un facteur de risque d'échec de la méthode :

Les facteurs gestité, antécédent d'IVG totale et antécédent d'IVG chirurgicale sont liés. L'analyse statistique multi variée a permis d'isoler l'antécédent d'IVG chirurgicale comme seul facteur augmentant les échecs de la méthode.

Une des particularités des femmes de notre étude et des réunionnaises, est d'avoir recours de façon répétée à l'IVG.

Dans le passé les IVG étaient majoritairement réalisées par méthode instrumentale. A cela il faut ajouter une prise en charge principalement chirurgicale des IVG au CHGM (64,7% en 2011), seul centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion. Cette particularité locorégionale permet d'augmenter la puissance de l'étude et d'identifier ce facteur comme à risque d'échec de la méthode.

Un part importante de femmes célibataires :

Les données sociodémographiques étaient remplies par les patientes elles même sous forme d'un QCM. **(Annexe 2)** L'état civil sur ce questionnaire se divise en 4 items : célibataire, union libre, mariée et séparée – divorcée – veuve.

Certaines femmes ont pu rencontrer des difficultés dans la compréhension de ces items. Le terme « union libre » peut particulièrement porter à confusion, ce qui explique qu'un certain nombre de femmes en couple mais non mariées ont coché l'item « célibataire » plutôt qu'« union libre ». Ceci justifie la part anormalement élevée de femmes célibataires (73%) dans notre population d'étude.

Un âge gestationnel élevé :

Le terme était évalué par mesure échographique du sac gestationnel ou de la longueur crânio-caudale (LCC) lors de la deuxième consultation pré IVG. Toutes les patientes ont également eu au moins une échographie en ville par un radiologue ou un gynécologue.

Cette double mesure permet une estimation assez fiable de l'âge gestationnel. Le terme moyen le jour de l'IVG plus élevé qu'au niveau national et régional, est lié : soit à un taux de recours plus tardif à l'IVG de la part des patientes du CHGM, soit à un délai de prise en charge thérapeutique plus long au CHGM ce qui semblerait le plus probable et nécessiterait une analyse complémentaire.

Un bon suivi de la visite de contrôle (80%):

La délivrance systématique d'un rendez-vous pour la visite de contrôle et le faible pourcentage de femmes professionnellement actives, permettent une bonne fréquentation de cette visite.

4. Propositions

4.1. Améliorer l'efficacité de la méthode

Des critères de jugement en accord avec ceux de la littérature :

Pour permettre une meilleure évaluation de l'efficacité globale de l'IVG par méthode médicamenteuse et pouvoir comparer femmes ayant recours à l'IVG au CHGM, les critères de jugement doivent être identiques à ceux de la littérature. Nous rappelons que le succès est défini comme un avortement complet sans nécessité de reprise chirurgicale. (51)

Informar la patiente sur les risques d'échec de l'IVG par méthode médicamenteuse :

Désormais, lors des consultations pré-IVG, les médecins doivent signaler un risque accru d'échecs de l'IVG par méthode médicamenteuse en cas d'antécédent d'IVG chirurgicale et proposer une éventuelle alternative instrumentale.

De nombreux travaux ont été réalisés sur l'acceptabilité de la méthode d'IVG. Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent choisir la méthode, médicale ou chirurgicale. L'importance d'une information complète de la femme par les professionnels de santé permet d'augmenter la satisfaction des femmes, notamment en diminuant l'écart entre leurs attentes et l'expérience vécue réellement. (67)

Mettre en place un contrôle de la méthode par dosage des β -hCG:

Le contrôle échographique après IVG n'est pas toujours indispensable. Opérateur dépendant, il est responsable d'un certain nombre de révisions utérines injustifiées. Pour éviter les risques de iatrogénie liés à une mauvaise interprétation des images échographiques, la clinique et l'évolution du taux de β -hCG suffisent généralement à diagnostiquer le succès et le cas échéant à poser l'indication d'un contrôle échographique.

Le contrôle de l'efficacité de la méthode peut être fait par la mesure quantitative du taux de β -hCG résiduels rapporté au taux initial. Pour Walker, un taux résiduel de β -hCG au 14^{ème} jour à 1% du taux initial signe un avortement complet. (73) Pour Fiala, un pourcentage de 20% du taux initial entre le 6^{ème} et le 18^{ème} jour est en faveur du succès de la méthode avec une valeur prédictive positive de 99,5%. Si le taux de β -hCG est supérieur à 20% du taux initial, il faut demander une échographie pelvienne à la recherche d'une rétention du produit ovaire. (69)

En ce basant sur ces études nous proposons un nouveau protocole (**Annexe 4**), qui pour le moment ne peut pas être mis en place. Des difficultés administratives et budgétaires sont rencontrées, en effet l'acte biologique des dosages des β -hCG est difficilement intégrable dans le forfait de l'IVG et rend par conséquent l'hôpital déficitaire pour ces actes.

Les IVG de 7 à 9 SA :

Pour les grossesses de 7 à 9 SA, le traitement indiqué par l'AMM de la Mifégyne® est une prise de 200 mg de MIFEPRISTONE suivie 36 à 48 h plus tard, de 1 mg de GEMEPROST par voie vaginale. Les taux de grossesses évolutives obtenus avec la séquence MIFEPRISTONE – GEMEPROST sont de l'ordre de 0,5 % avant 8 SA et de l'ordre de 1,5 % entre 8 et 9 SA, quelle que soit la dose de MIFEPRISTONE (200 mg ou 600 mg). (52)

L'HAS constate, que du fait de la faible utilisation en France du GEMEPROST, le MISOPROSTOL est très fréquemment utilisé, hors AMM, entre 7 et 9 SA.

Les taux de grossesses évolutives obtenus avec la séquence MIFEPRISTONE 600 mg – MISOPROSTOL 400 µg par voie orale (utilisé hors AMM entre 7 et 9 SA) sont supérieurs à 2%.

Ce traitement est insuffisamment efficace après 7 SA.

Il n'est pas prouvé que la répétition systématique de la dose de MISOPROLOL (non recommandée par l'AMM) augmente l'efficacité de la séquence MIFEPRISTONE – MISOPROSTOL jusqu'à 9 SA.

L'administration de 800 µg de MISOPROSTOL (après 200 mg ou 600 mg de MIFEPRISTONE) par voie vaginale (hors AMM) est plus efficace (taux de grossesses évolutives de moins de 1%) que par voie orale (hors AMM au-delà de 7 SA).

Les études évaluant l'efficacité du MISOPROSTOL, après 200 mg de MIFEPRISTONE, selon sa voie d'administration sont en faveur d'une efficacité de la voie sublinguale (hors AMM) et buccale (hors AMM) comparable à celle de la voie vaginale (hors AMM) et supérieure à celle de la voie orale (hors AMM au-delà de 7 SA) jusqu'à 9 SA. (67)

Il serait intéressant que les futures études portent sur la comparaison des taux d'échec pour les IVG médicamenteuses jusqu'à 7 SA et entre 7 et 9 SA. De plus, il faudrait comparer l'efficacité de la méthode après 7 SA et la tolérance clinique pour différentes doses et voies d'administration du MISOPROSTOL.

4.2. Evaluer le délai de prise en charge des IVG au CHGM

L'enquête réalisée en 2007 par la DREES sur les recours à l'IVG à La Réunion a évalué les délais de prise en charge de l'IVG. Le délai pour obtenir un premier rendez-vous est de moins de cinq jours pour plus de la moitié des femmes (53 %) à La Réunion et de moins d'une semaine pour 82 % des femmes. Entre la première consultation et la date de l'IVG, les femmes attendent en moyenne 7 jours. (38)

Il serait intéressant, d'évaluer le délai de prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG au CHGM, afin d'expliquer l'âge gestationnel proportionnel plus élevé de ces patientes par rapport aux femmes réunionnaises ayant recours à l'IVG.

La principale hypothèse pouvant expliquer ce constat serait d'ordre organisationnel. Le

CHGM est le seul centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion, les consultations d'IVG ont lieu 3 matinées par semaine et il existe seulement 6 lits pour accueillir les patientes quelque soit la méthode utilisée. A cela s'ajoute une pratique exceptionnelle de l'IVG à domicile (aucune n'a été réalisée durant notre période d'étude).

Cette hypothèse reste à démontrer.

4.3. Diminuer le taux de recours à l'IVG pour les mineures

A La Réunion, plus de 11% des femmes qui subissent une IVG sont mineures (6% au niveau national) et ces jeunes filles ont autant recours à l'IVG que leurs aînées.

En tant que professionnel de santé à La Réunion, notre rôle premier auprès de ces mineures est de les informer et de les éduquer sur la sexualité. Ces mesures préventives permettront de faire diminuer la part trop importante d'IVG chez les mineures à La Réunion et les conséquences psycho-affectives qu'une IVG sur ce type de population.

L'IGAS en 2009 dans son rapport d'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, a rédigé des recommandations nationales concernant l'information, l'éducation et la communication sur la sexualité. (30) Il faut naturellement appliquer ces recommandations en s'adaptant à certaines particularités régionales.

Au moment de la grossesse, un tiers des jeunes réunionnaises n'utilisent pas de contraception, ce qui est proche de la situation nationale. (38)

Parmi les jeunes filles utilisant la contraception, le contraceptif le plus utilisé est le préservatif (46,7% vs 58,1% au niveau national). Les jeunes réunionnaises utilisent également pour une grande part la pilule comme méthode contraceptive (30,8% vs 20,4% au niveau national) et elle était utilisée par une mineure sur cinq au moment de l'IVG. (38) En partant de ces constats et à défaut de faire changer les jeunes filles pour une méthode contraceptive de longue durée, il faut s'enquérir de leurs connaissances sur les bonnes pratiques de la prise de la pilule.

Il faut donc insister sur la nécessité de mieux gérer les situations d'urgence engendrées par un échec ou défaut de contraception, en encourageant la prescription et la délivrance anticipées de la contraception de rattrapage.

Il faut également favoriser le dialogue sur la contraception et la sexualité au niveau familial. Ce sujet reste encore un tabou et encore plus à La Réunion. Le professionnel de santé à toute sa place pour faire le lien entre les jeunes filles et leur mère.

VI. CONCLUSION

A La Réunion comme en France, les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse ont le choix entre deux techniques d'interruption de grossesse : médicamenteuse ou chirurgicale. Depuis l'autorisation de mise sur le marché de la MIFEGINE en 1989, le part des IVG par méthode médicamenteuse ne cesse de croître, actuellement plus d'une IVG sur deux sont réalisées par cette méthode.

L'efficacité globale de cette méthode d'IVG jusqu'au 63^{ème} jour d'aménorrhée est de l'ordre de 92%, mais varie grandement en fonction des protocoles médicamenteux et des critères de jugement du taux de succès.

Cette étude rétrospective, réalisée dans le centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion, présente un taux d'échec de l'IVG par méthode médicamenteuse particulièrement important, ces échecs sont principalement liés à des rétentions intra-utérines.

Plusieurs explications peuvent expliquer ce constat.

Les critères de jugement de l'efficacité de la méthode diffèrent de ceux de la littérature et par conséquent sur estiment les échecs à type de rétention.

Le contrôle de l'avortement est réalisé par échographie. L'interprétation des images échographiques est toujours délicate et est donc à l'origine d'un sur diagnostic de rétentions intra-utérines.

Le protocole médicamenteux entre 7 et 9 semaines d'aménorrhée est hors AMM. La littérature rapporte une moindre efficacité de l'association 600 mg de MIFEPRISTONE – 400 µg de MISOPROSTOL au delà de 7 semaines d'aménorrhée.

Plusieurs propositions sont faites pour améliorer le succès de la méthode : redéfinir des critères de jugement identiques à ceux de la littérature, évaluer le succès de la méthode par l'étude de la décroissance des β -hCG. Des travaux restent à prévoir pour améliorer le protocole médicamenteux entre 7 et 9 semaines d'aménorrhée.

L'antécédent d'IVG chirurgicale est identifié comme facteur de risque d'échec de l'IVG par méthode médicamenteuse, avec un risque multiplié par 10 pour les patientes ayant déjà subi au moins 2 IVG chirurgicales. Il convient d'en informer les patientes pour lesquelles une aspiration assurerait un succès supérieur.

La population de notre étude est comparable à la population réunionnaise des femmes ayant recours à l'IVG. Les principales caractéristiques de notre population d'étude sont : un nombre élevé de grossesses et d'enfants avant l'IVG, un taux de recours important aux IVG itératives et une grande part de mineures.

Nous constatons un âge gestationnel proportionnellement plus élevé des patientes de notre étude en comparaison aux femmes réunionnaises ayant recours à l'IVG. Il serait intéressant de rechercher des facteurs d'ordre organisationnel au CHGM à l'origine d'un délai de prise en charge plus long que dans les autres centres d'orthogénie de l'île.

VII. BIBLIOGRAPHIE

(1) BENOIST, Jean. Anthropologie médicale en société créole. 1^{ère} éd. Paris : Les Presses universitaires de France, 1993. 285 p. Les champs de la santé. ISBN 978-2130456186.

(2) INSEE. Evolution et structure de la population. *Population selon le sexe et l'âge au 1^{er} janvier 2012* [en ligne]. Réunion : La région et ses départements, février 2013. Disponible sur le web : <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=24&ref_id=poptc02104.

(3) INSEE. Evolution et structure de la population. *Population des moins de 25 ans : comparaisons départementales* [en ligne]. Réunion : France par régions, février 2013. Disponible sur le web : <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0403D.

(4) INSEE. Evolution et structure de la population. *Population des 25 ans et plus : comparaisons départementales* [en ligne]. Réunion : France par régions, février 2013. Disponible sur le web : <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0404D.

(5) MICHAILESCO, Fabrice. Naissances-Fécondité. *Démographie-Un taux de fécondité toujours élevé qui ne baisse plus* [en ligne]. Réunion : INSEE, janvier 2013. Disponible sur le web : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=19507.

(6) DASSA, Bérengère et RACHOU Emmanuelle. *Indicateurs « autour de la grossesse à la Réunion »* [en ligne]. Réunion : tableau de bord de l'Observatoire Régional de la Santé à la Réunion, novembre 2012, 16p. Disponible sur le web : <http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Perinat_2012.pdf.

(7) INSEE. Décès-Mortalité-Espérance de vie. 3.2.2 *Mortalité, espérance de vie* [en ligne]. Réunion : Tableau économique de La Réunion, novembre 2011. Disponible sur le web : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=24&ref_id=17955.

(8) OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE (ORS) A LA REUNION. *La précarité à La Réunion* [en ligne]. Réunion : tableau de bord, mars 2010. Disponible sur le web : <http://www.irtsreunion.fr/IMG/file/schemas/TDB_PRECARITE_2010.pdf.

(9) HASSOUN, Danièle. *Histoire de la législation de la contraception et de l'avortement en France* [en ligne]. Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception (ANCIC). Disponible sur le web : <http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/historique_ivg-veil.html.

(10) LEGIFRANCE. *Article 317 du Code Pénal (ancien)* [en ligne]. France, 1810. Disponible sur le web : <<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490192&cidTexte=LEGITEXT000006071029&dateTexte=>.

(11) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Contraception et interruption volontaire de grossesse - Sommaire - Dispositions législatives et réglementaires relatives à l'IVG et la contraception - Les lois* [en ligne]. France : Site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2010. Disponible sur le web : <<http://www.sante.gouv.fr/les-lois.html>.

(12) LEGIFRANCE. *Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française, 29 décembre 1967, p.12861. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19671229&numTexte=&pageDebut=12861&pageFin=.

(13) LEGIFRANCE. *Loi n°74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française, 5 décembre 1974, p.12123. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19741205&numTexte=&pageDebut=12123&pageFin=.

(14) LEGIFRANCE. *Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire grossesse (IVG)* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française, 18 janvier 1975, p.00739. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19750118&numTexte=&pageDebut=00739&pageFin=.

(15) LEGIFRANCE. *Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française, 1^{er} janvier 1980, p.00003. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19800101&numTexte=&pageDebut=00003&pageFin=.

(16) LEGIFRANCE. *Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative a la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française, 1^{er} janvier 1983, p.00015. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19830101&numTexte=&pageDebut=00015&pageFin=.

(17) LEGIFRANCE. *Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant sur diverses mesures d'ordre social* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française, 30 janvier 1993, p.01576-01588. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19930130&numTexte=&pageDebut=01576&pageFin=01588.

(18) LEGIFRANCE. *Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française n°156, 7 juillet 2001, p.10823-10827. Disponible sur le web :

<http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20010707&numTexte=1&pageDebut=10823&pageFin=10827.

(19) AUBIN, Claire et JOURDAIN MENNINGER, Danièle. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001* [en ligne]. France : Rapport N°RM 2009-112P de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), octobre 2009. Disponible sur le web : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047/0000.pdf>.

(20) REVEL, M. et D'AUTUME, C. *Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* [en ligne]. France : Bulletin officiel n°2001-43, 2001. Disponible sur le web : <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432832.htm>.

(21) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Contraception et interruption volontaire de grossesse - Sommaire - Dispositions législatives et règlementaires relatives à l'IVG et la contraception – Les décrets et circulaires* [en ligne]. France : Site santé du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2010. Disponible sur le web : <<http://www.sante.gouv.fr/les-decrets-et-circulaires.html>.

(22) LEGIFRANCE. *Décret n°2002-779 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur les mineures sans consentement parental* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française n°105, texte 73, 5 mai 2002, p.08661 -08662. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20020505&numTexte=73&pageDebut=08661&pageFin=08662.

(23) LEGIFRANCE. *Décret n°2004-636 du 1^{er} juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française n°152, texte 27, 2 juillet 2004, p.12061. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20040702&numTexte=27&pageDebut=12061&pageFin=12061.

(24) DOUSTE-BLAZY, Philippe. *Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé* [en ligne]. France : Bulletin officiel n°2004-50, 2004. Disponible sur le web : <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-50/a0503304.htm>.

(25) LEGIFRANCE. *Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française n°0107, texte 26, 8 mai 2009, p.07808-07810. Disponible sur le web : <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090508&numTexte=26&pageDebut=07808&pageFin=07810.

(26) DELAPORTE, S. et PODEUR, A. *Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n° 2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées* [en ligne]. France : Bulletin officiel n°2009-11, 2009, p.394-412. Disponible sur le web : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-11/ste_20090011_0100_0101.pdf.

(27) VILAIN, Annick et MOUQUET, Marie-Claude. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2010* [en ligne]. France : Etudes et Résultats, DREES n°804, juin 2012, 6p. Disponible sur le web : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>.

(28) ROSSIER, Clémentine et PIRUS, Claudine. *Evolution du nombre d'interruption de grossesses en France entre 1976 et 2002* [en ligne]. France : Population, 62 (1), 2007, p.57-90. Disponible sur le web : <http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/31989/telechargement_fichier_fr_popf.1_2007_pirus.pdf.

(29) DASSA, Bérengère. *Analyse des bulletins statistiques d'interruption volontaire de grossesse à La Réunion, année 2011* [en ligne]. France : Rapport ORS Réunion, juin 2012, 16p. Disponible sur le web : <http://www.ors-reunion.org/IMG/file/etudes/Rapport_BIG_2011.pdf.

(30) VILAIN, A. COLLET, M. et MOISY, M. (DREES). *Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge* [en ligne]. France : L'état de la santé de la population en France – Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009-2010, p.51-62. Disponible sur le web : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossiers_2009_2010_les_IVG_en_France_en_2007.pdf

(31) ROSSIER, Clémentine TOULEMON, Laurent et PRIOUX, France. *Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005* [en ligne]. France : Population-F, 64(3), 2009, p.495-530. Disponible sur le web : <http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1489/publi_pdf2_fr_ivg_pop3.pdf.

(32) NISAND, Israël et TOULEMON, Laurent. *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures* [en ligne]. France : Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille (HCPF), décembre 2006, 26p. Disponible sur le web : <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000104/0000.pdf>.

(33) CONSEIL SUPERIEUR DE L'INFORMATION SEXUELLE, DE LA REGULATION DES NAISSANCES ET DE L'EDUCATION FAMILIALE (CSIS). *L'organisation du système de soins en matière d'interruption de grossesse (IVG)* [en ligne]. France : Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale, rapport du groupe de travail n°2, janvier 2011, 38p. Disponible sur le web : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_IVG_GT_2_CSIS_2011-2.pdf.

(34) NAVES, Marie-Cécile et SAUNERON, Sarah. *Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ?* [en ligne]. France : Centre d'analyse stratégique, Note d'analyse n°226, juin 2011, 12p. Disponible sur le web : < <http://www.strategie.gouv.fr/content/comment->

ameliorer-laces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011#les-ressources.

(35) VILAIN, Annick. *Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge*. France : Revue française des affaires sociales, n°1, 2011, p117-148.

(36) VILAIN, Annick. *Les établissements et les professionnels réalisant des IVG* [en ligne]. France : Etudes et Résultats DREES, n°712, décembre 2009, 6p. Disponible sur le web : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er712.pdf>.

(37) VILAIN, Annick et MOUQUET, Marie-Claude. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009* [en ligne]. France : Etudes et Résultats DREES, n°765, juin 2011, 6p. Disponible sur le web : <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er765-2.pdf>.

(38) CATTEAU, Christine. *Enquête DREES 2007 sur les recours à l'IVG à La Réunion* [en ligne]. France : DRASS Réunion, novembre 2009, 60p. Disponible sur le web : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ivg60_pages.pdf.

(39) CATTEAU, Christine. *Les interruptions volontaires de grossesse à La Réunion en 2007 et 2008* [en ligne]. France : Infos Réunion Etudes et Statistiques (Agence Régionale de Santé Océan Indien), n°19, avril 2010, 4p. Disponible sur le web : < http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/Bulletins_Infos_Reunion/etudes_et_stat_IVG_2008definitif.pdf.

(40) RACHOU, Emmanuelle et DASSA, Bérengère. *Analyse des bulletins d'interruption de grossesse 2011- Synthèse CHGM*. Réunion, CHGM : ORS de La Réunion, 2012, 2p.

(41) SERVICE DES RECOMMANDATIONS ET REFERENCES PROFESSIONNELLES DE L'ANAES. *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines* [en ligne]. France : Recommandations et références professionnelles de l'ANAES, mars 2001, 12p. Disponible sur le web : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf.

(42) MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. *Interruption volontaire de grossesse, Dossier-guide* [en ligne]. France : Direction générale de la Santé, novembre 2007, 44p. Disponible sur le web : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf

(43) COLLEGE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse* [en ligne]. France : Recommandations HAS pour la pratique clinique, décembre 2010, 12p. Disponible sur le web : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf

(44) MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Interruption volontaire de grossesse en médecine de ville, Livret d'information à l'intention des médecins* [en ligne]. France : Direction générale de la Santé, décembre 2006, 28p. Disponible sur le web :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livret_d_information_sur_l_IVG_en_ville_a_l_intention_des_medecins-2.pdf

(45) COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF). *Prévention de l'allo-immunisation anti-RhD : Tableau des indications à l'usage du praticien qui suit la grossesse* [en ligne]. France : CNGOF, juin 2006, 2p. Disponible sur le web : <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rhesus_tableau2006.pdf

(46) BOGHINA, Cristian et PHILIPPE, Henri-Jean. *Interruption volontaire de grossesse*. France : La Revue du Praticien, vol.52, 2002, p.451-458.

(47) FAUCHER, Philippe et MADELENAT, Patrick. *Interruption volontaire de grossesse*. France : La Revue du Praticien, vol.56, septembre 2006, p.1573-1577.

(48) CASTEX, J. *Circulaire DHOS/E2/DGS/SD3A n° 2005-501 du 9 novembre 2005 relative aux médicaments utilisés dans l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse* [en ligne]. France : Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2005/12, 9 novembre 2005, p.129. Disponible sur le web : <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-12/a0120033.htm>

(49) VIDAL. *GEMEPROST*. France : Vidal, médicaments, 2012.

(50) VIDAL. *MIFEPRISTONE*. France : Vidal, médicaments, 2012.

(51) DELCHAMBRE, Jean. *Nouvelles réglementations Européennes pour l'IVG médicamenteuse* [en ligne]. France : Laboratoires Exelgyn Paris, 5p. Disponible sur le web : <<http://www.gynepro.fr/portail/sources/congres/jta/08/IVGMEDIC.pdf>

(52) AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE. *Rapport public d'évaluation : Mifégyne 200mg, comprimé (mifépristone) septembre 2007* [en ligne]. France : AFSSAPS, avril 2008, 6p. Disponible sur le web : <http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/776b24988710e52725e3584edb4cdc2a.pdf

(53) VIDAL. *MISOPROSTOL*. France : Vidal, médicaments, 2012.

(54) LEGIFRANCE. *Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse* [en ligne]. France : Journal Officiel de la République Française n°0193, texte 30, 22 août 2009, p.13785. Disponible sur le web : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020987475&dateTexte=&categorieLien=id>

(55) DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE. *Interruption volontaire de grossesse* [en ligne]. France : Le site officiel de l'administration française, 25 avril 2012. Disponible sur le web : <<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1551.xhtml>

(56) MCKINLEY, C THONG, KJ and BLAIRD, DT. *The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol (published data only)*. Human reproduction, 1993 ; 8 : 1502-1505.

(57) WHO. *Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of Pregnancy with reduced doses of mifepristone.* British Medical Journal, 1993 ; 307 : 532-537.

(58) WHO. *Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparaison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion : a randomised trial.* British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2000 ; 107 (4) : 524-530.

(59) WHO. *Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Medical abortion at 57 to 63 days' gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost (published data only).* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2001 ; 80 (5) : 447-451.

(60) LIEVRE, M . *Choice of 200 mg or 600 mg Mifepristone in association with prostaglandin for termination of early pregnancy: a meta-analysis.* Valencia: Personal communication 3rd International symposium on Misoprostol and Mifepristone, october 2007 - Submitted at BMJ.

(61) KULIER, R GULMEZOGLU, AM HOFMEYR, GJ CHENG, LN and CAMPANA, A. *Medical methods for first trimester abortion* Cochrane Database, 2004; 1: CD002855.

(62) BULOT, Christine et PAWLOWSKI , Delphine. *Facteurs de risque d'échec de la méthode médicamenteuse d'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 49 jours d'aménorrhée.* Lille, Thèse médecine, 2008 ; 54p.

(63) LEFEBVRE, P. *Facteurs de risque d'échec de la méthode médicamenteuse d'interruption de grossesse jusqu'à 49 jours d'aménorrhée.* France : Journées de Technologies avancées en Gynécologie-Obstétrique, janvier 2007 ; 5p.

(64) CHILD, TJ THOMAS, J and MACKENZIE, AZ. *A comparative study of surgical and medical procedures : 932 pregnancy terminations up to 63 days gestation.* Human Reproduction, 2001 ; 16 : 67-71.

(65) HAIMOV-KOCHMAN, R ARBEL, R SCIAKY-TAMIR, Y BRZEZINSKI, A LAUFER, N and YAGEL, S. *Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprolol.* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, april 2007 ; 86 : 462-466.

(66) BARTLEY, J TONG, S EVERINGTON, D and BAIRD, DT. *Parity is a determinant of success rate in medical abortion : a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost.* Contraception, 2000 ; 62 : 297-303.

(67) COLLEGE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, argumentaire* [en ligne]. France : Recommandations HAS pour la pratique clinique, décembre 2010, 58p. Disponible sur le web : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf

- (68) GRIMES, DA BERNSTEIN, L LACARRA, M SHOUBE, D and MISHELL, DR. *Predictors of failed attempted abortion with the antiprogestin mifepristone (RU 486)*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1990 ; 162 (4) : 910-915.
- (69) FIALA, C SAFAR, P BYGDEMAN, M and GEMZELL-DANIELSSON, K. *Verifying the effectiveness of medical abortion : ultrasound versus hcg testing*. European Journal of Obstetric and Gynaecology and Reproductive Biology, 2003 ; 109 : 190-195.
- (70) ACHARYA, G HAUGEN, M BRATHEN, A NILSEN, I and MALTAU, JM. *Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia, 2004 ; 83 : 390-394.
- (71) CREININ, MD HARWOOD, B GUIDO, RS FOX, MC and ZHANG, J. *NICHD Management of Early Pregnancy Failure Trial. Endometrial thickness after misoprolol use for pregnancy failure*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, July 2004 ; 86 : 22-26.
- (72) ALLISON, A COWETT, MD LEEBER, S COHEN, MD LICHTENBERG, MD and STIKA, C. *Ultrasound Evaluation of the Endometrium After Medical Termination of Pregnancy*. The American College of Obstetricians and Gynecologists, May 2004 ; vol.103, N°5.
- (73) WALKER, K SCHAFF, E FIELDING, S and FULLER, L. *Monitoring serum chorionic gonadotropin levels after mifepristone abortion*. Contraception, 2003 ; 68 : 247-251.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de prise en charge des IVG médicamenteuses au CHGM

 Centre Hospitalier Gabriel Martin	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG MÉDICAMENTEUSES	CODE : à référencer
		VERSION : 2
		PAGE : 1/3

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION PAR L'EQUIPE MEDICALE OBSTETRICALE	
Le : Gwladys LARAVINE Sage-femme cadre Denise PAVAYE Puéricultrice cadre de santé	Le : Dr Luc CHEVALLIER Responsable de pôle Chef de service	Le : Dr Marie DEVRED Dr Louis LAGARDE Dr Sophie LACAZE Dr Hélène MLAMALI	Le : Dr Florence DEFAUD-HENON Dr Anne NGUYEN Dr Vincent BRARD Dr Héritier MBANGAYO

1. OBJET

Ce protocole a pour but de définir la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par méthode médicamenteuse avant 9 semaines d'aménorrhée (SA).

2. DOMAINE D'APPLICATION

Tout secteur accueillant des patientes hospitalisées pour une IVG médicamenteuse, notamment les services d'orthogénie et de gynécologie.

3. PERSONNEL CONCERNE

Médecins, sages-femmes, IDE, internes, secrétaire médicale.

4. DIFFUSION

Services de gynécologie-obstétrique et d'orthogénie.

5. DOCUMENTS ASSOCIES ET ANNEXES

Protocole de prise en charge des IVG sous anesthésie générale.

Circuit dossier patient chirurgie gynécologique en ambulatoire

Check-list : contrôle des dossiers « gynécologie » sous AG en UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire).

6. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

IVG : Interruption volontaire de grossesse

SA : semaine d'aménorrhée

7. CONTENU

Cf. protocole page suivante

	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG MEDICAMENTEUSES	CODE : à référencer
		VERSION : 2
		PAGE : 2/3

I / INDICATION

- Grossesse intra-utérine évolutive et monozygote, visible à l'échographie, jusqu'à 9 SA.

II / CONTRE-INDICATIONS

- > à 9 SA le jour de la prise de MIFEGYNE®
- Asthme sévère déséquilibré
- Allergie à la MIFEGYNE® et/ou au Misoprostol (CYTOTEC®).
- Insuffisance surrénale chronique (attention aux corticothérapies au long cours)
- ATCD cardio-vasculaires, HTA sévère
- Traitement anticoagulant et troubles de l'hémostase
- Porphyrie intermittente

III / PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Fumeuses de plus de 35 ans
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Malnutrition

IV / PROTOCOLE MEDICAMENTEUX

- 3 cps de MIFEGYNE® 48 heures avant l'IVG (à prendre dans le service). Vérifier la normalité du bilan sanguin, le groupe rhésus et les RAI.

AVEC HOSPITALISATION

- Indications : mineures, situations de vulnérabilité (cas social, difficultés de compréhension...) ou désir de la patiente, grossesse > 7SA, trajet > 30min.
- Hospitalisation de jour, convocation à 7h30 à jeûn
- 2 cps de Misoprostol (CYTOTEC ®) dès l'entrée
- Traitement de la douleur : Paracétamol 1g per os +/- IBUPROFENE® 200mg/6h
- Sortie accompagnée

A DOMICILE

- 2 cps de Misoprostol (CYTOTEC®). à prendre le matin dans le service, 48h après la prise de MIFEGYNE®,
- Informations et précautions d'usage à donner à la patiente :
 - Déclenchement des règles avec expulsion dans la journée, saignements pendant 7 à 10 j, d'abondance comparable aux règles
 - Possible douleurs abdominales à type de coliques de règles. Traitement par Paracétamol 1g X 3/j +/- IBUPROFENE® 200mg/6h.
 - Si fièvre >38° contacter le service d'orthogénie ou de gynécologie
 - Si saignements très abondants, consulter un médecin.

 Centre Hospitalier Gabriel Martin	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG MÉDICAMENTEUSES	CODE : à référencer
		VERSION : 2
		PAGE : 3/3

SI RHESUS NEGATIF

- Injection de 200 µg de RHOPHYLAC® en IV lente le jour de la prise du CYTOTEC®.

CONTRACEPTION

- Toutes les patientes doivent quitter le service avec une prescription de contraception. La pilule est débutée le jour de la prise du CYTOTEC®. Le DIU peut être posé lors de la consultation post-IVG.

14 à 21 JOURS APRES

- Contrôle échographique de la vacuité utérine. Critères de rétention : image intra utérine \geq 15mm ou 1 signal doppler +.
- En cas de rétention :
 - o Proposer 2cps de CYTOTEC® X 3/j pendant 48h ou abstention et revoir la patiente à 1 mois.
 - o Les curetages pour échec sont à discuter au cas par cas.
- Laisser les coordonnées de l'unité de périnatalité en cas de difficultés psychologiques ultérieures.

Annexe 2 : Dossier médical d'interruption volontaire de grossesse au CHGM

Numéro du Dossier :

NOM de FAMILLE Adressée par : 1 - médecin
 Prénom 2 - M.F.P.F.
 Nom de Jeune Fille 3 - démarche personnelle
 4 - autre
 Nom du Médecin traitant
 Adresse

DOSSIER D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE -

Date de la visite : Accepte de recevoir du courrier :
 1 - oui
 2 - non

Patiente accompagnée par : .. 0 - seule
 1 - partenaire
 2 - ami(e)
 3 - parents
 4 - autre

Téléphone :

Date de naissance : Département :

Nationalité : 1 - Française
 2 - Étrangère

En France depuis le :

Adresse :

État civil actuel : 0 - célibataire
 1 - union libre
 2 - mariée : année ?
 3 - séparée, divorcée, veuve

Nombre d'enfants : 0 - pas d'enfant
 - enfant(s)

Profession de la patiente : Situation actuelle : 0 - Salariée
 1 - chômage
 2 - étudiante
 3 - en formation
 4 - non active
 5 - à son compte

Profession du partenaire : Situation actuelle : 0 - Salarié
 1 - chômage
 2 - étudiant
 3 - en formation
 4 - non actif
 5 - à son compte

Examens réalisés :

- échographie : - médecin - sérologies : - Chlamydiae - P.V. : - bactério
 - sage-femme - HBV - P.V. : - parasito
 - frottis - HCV - PCR : - chlamydia-endocol
 - groupe sanguin - Rubéole - PCR : - chlamydia-urines
 - RAI - Toxo
 - BHCG - VIH - PCR HPV
 - Syphilis

17/100 - Imo. Dessard - L&S

CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN
Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

PATIENTE - APPLICATION DE L'ARTICLE "L 2212-5" du CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Je soussignée, M

Demeurant

1 - demande l'interruption de ma grossesse :

date : signature

2 - confirme ma décision d'interruption de grossesse :

date : signature

MÉDECIN - APPLICATION DE L'ARTICLE "L 162-3 & L 162-4" du CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Je soussigné, M

Docteur en Médecine, certifie que M

demeurant

est venue me consulter et que je l'ai informée des dispositions contenue dans l'article "L 2212-3" du Code de la Santé Publique, et que d'autre part, j'atteste qu'elle a bénéficié d'un entretien prévu par l'article "L 2212-4" du Code de la Santé Publique.

Date : Signature :

ATTESTATION DE CONSULTATION SOCIALE POUR LES FEMMES MINEURES NON ÉMANCIPÉES

CONSEILLÈRE CONJUGALE

Je soussignée, atteste avoir accordé à

Mlle

Née le

L'entretien particulier prévu à l'article "L 2212.4" du Code de la santé publique et relatif à l'interruption volontaire de grossesse. (loi n° 2001-588 du 04/07/2001)

Date : Signature :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M

Demeurant

Donne mon consentement afin que soit pratiquée une interruption volontaire de grossesse et éventuellement une anesthésie générale à ma fille :

Mlle

Date : Signature :

RECOURS A UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussignée, Mlle

Ne désire pas que les personnes détentrices de l'autorité parentale soient informées de ma demande d'interruption volontaire de grossesse et aurai recours à une personne majeure accompagnante de mon choix.

Date : Signature :

IV- Examen général

- Poids T.A. :

V- Examen gynécologique

1 - dernières règles : - date - normales oui non
- aménorrhée ce jour

2 - Spéculum 1 - col sain 2 - leucorrhée 3 - saignements
4 - anomalie :
5 - position du col : postérieur antérieur dévié à D dévié à G

3 - frottis 1 - oui 2 - non

4 - Prélèvements 1 - parasitologie
2 - bactériologie
3 - V.I.H.
4 - PCR chlamydiae - endocol - urines

5 - Uterus : - volume 1 - correspond à la durée de l'aménorrhée
2 - plus important 3 - moins important
- position 1 - antéversé 2 - rétroversé
3 - médian 4 - dévié

VI - Autres examens complémentaires

1 - B.H.C.G. date : - résultat :
date : - résultat :

2 - Groupe sanguin
A - B - O - AB
Rhésus : 1 - négatif 2 - positif
Carte de groupe : 1 - vue 2 - faite ici
3 - à apporter 4 - à faire

PHENOTYPÉE : oui - non
RAI faite : oui - non

VII - Échographie

Date des dernières règles :

Therme théorique :

ÉCHOGRAPHISTE			
DATES :			
Type de sonde			
Diamètre sac ovulaire			
longueur cranio caudale			
diamètre bi-pariétal			
fémur			
activité cardiaque			
mouvement actif			
CONCLUSION :			

ÉCHOGRAPHIE FAITE AILLEURS Date :

Lieu :

RÉSULTAT :

VIII - CONCLUSIONS

7

VIII - A - Décision pour P.L.V.G.

- 1 - aspiration sous AL
- 2 - médicamenteuse
- 3 - aspiration sous AG
- 4 - pas d'intervention prévue au centre. Pourquoi ?

VIII - B - Traitements prescrits :

- 1 - antalgiques :
 - ibuprofène
 - paracétamol
 - autre : lequel ?

- 2 - antibiotique :
 - non
 - oui lequel ?

3 - prémédication prévue :

- mifépristone (200 mg) donnée le par
- misoprostol (400 µg) donné le par
- antalgique

4 - contraception prévue

- non

- oui (ne pas oublier de prescrire la contraception sur l'ordonnance d'antalgiques)

- * oestro-progestatif lequel ?
- * progestatif lequel ?
- * stérilet lequel ?
- * implant
- * préservatif

VIII - C - Remarques pour le médecin qui pratiquera l'intervention :

I.V.G. Instrumentale

Date

Médecin

Aménorrhée

Aide-Soignante/IDE

Anesthésiste

I - PROTOCOLE

- mifepristone
- a) prémédication misoprostol
 antalgique
- b) anesthésie 1 - générale
2 - locale : produit
dose
- c) voie d'abord veineux 1 - non
2 - oui
- c) dilatation : hystéromètre N°
- d) aspiration 1 - vacurette N°
2 - révision vacurette N°
 - oui - non
- e) volume aspiré en cc
- f) contenu de l'aspiration
1 - contenu complet
2 - bonne rétraction de l'utérus
3 - autre
- g) complications
1 - non
2 - oui. Laquelle ?
- 3 - décision
- i) contrôle échographique : oui - non
vacuité : oui - non
- j) examen anapath

III - REASPIRATION EVENTUELLE

- a) volume en cc
- b) après quel délai
- c) contrôle écho de la vacuité
- d) traitement complémentaire

IV - SERUMANTI - D

- 1 - inutile 2 - à faire
3 - fait le : par :

V - SURVEILLANCE

I.A. : Pouls : Heure :
I.A. : Pouls : Heure :
I.A. : Pouls : Heure :
I.A. : Pouls : Heure :

VI - TRAITEMENT

- a) antibiotique
1 - non
2 - lesquels ?
- dose ?
- b) vaso-constricteurs utérins
1 - non
2 - lesquels ?
- dose ?
- c) antalgiques :

VII - DOULEUR (à préciser par la patiente sur échelle analogique visuelle)

Résultat chiffré :

VIII - CONTRACEPTION PRESCRITE

- 1 - pilule. Laquelle ?
- 2 - stérilet. Lequel ?
- 3 - préservatif
- 4 - implant
- 5 - autre

IX - LETTRE A UN MEDECIN

Nom :

Adresse :

X - SORTIE

Sortie autorisée le à

Nom du médecin

Signature :

<p>I - PROTOCOLE</p> <p>J.O : Prise de la MIFEGYNE</p> <p>Date : Aménorrhée :</p> <p>Médecin :</p> <p>B.H.C.G. :</p> <p>1^{er} - date - dosage</p> <p>2^{ème} - date - dosage</p> <p>Signature de l'engagement conforme (écrire oui en toutes lettres)</p> <p>Administration de la MIFEGYNE :</p> <p>- heure - dose</p> <p>Sérum anti-D : 1 - inutile 2 - à faire</p> <p>Fait : date</p> <p> Nom</p> <p> Signature</p>	<p>MISOPROSTOL suite</p> <p>Surveillance médecin</p> <p>ANTALGIQUE : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p> <p> lequel ?</p> <p>Dose supplémentaire :</p> <p>Heure :</p> <p>Remise des documents de sortie :</p> <p>1 - lettre pour médecin</p> <p>2 - consignes d'hygiène</p> <p>3 - conduite à tenir</p> <p>4 - βHCG de contrôle</p>
<p>J.2 : MISOPROSTOL 400 µg</p> <p>date :</p> <p><input type="checkbox"/> à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> au centre :</p> <p>donné à par IDE</p> <p>Surveillance IDE (TA, pouls, saignements, douleurs, traitements)</p>	<p>II - DOULEUR (à préciser par la patiente sur échelle analogique visuelle)</p> <p>Résultat chiffré :</p> <p>VIII - CONTRACEPTION PRESCRITE</p> <p>1 - pilule. Laquelle ?</p> <p>2 - stérilet. Lequel ?</p> <p>3 - préservatif</p> <p>4 - implant</p> <p>5 - autre</p> <p>IX - LETTRE A UN MEDECIN</p> <p>Nom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Sortie autorisée le à</p> <p>Nom du médecin</p> <p>Signature :</p>

COMPLICATIONS AVANT LA VISITE DE CONTRÔLE**I - HOSPITALISATION IMMÉDIATE**

- a) causes
- 1 - hémorragie
 - 2 - rétention
 - 3 - perforation
 - 4 - aspiration blanche
 - 5 - dilatation impossible

b) lieu d'hospitalisation

II - HOSPITALISATION DIFFÉRÉE

- a) causes
- 1 - hémorragie
 - 2 - rétention
 - 3 - perforation
 - 4 - aspiration blanche

b) lieu d'hospitalisation

III - CONSULTATIONS

- a) au centre
- 1 - date
 - 2 - motif
 - 3 - clinique
 - 4 - échographie
 - 5 - réaspiration
 - 6 - anapath
 - 7 - traitement

- b) ailleurs
- 1 - lieu
 - 2 - date
 - 3 - motif
 - 4 - échographie
 - 5 - réaspiration
 - 6 - anapath
 - 7 - traitement

VISITE DE CONTRÔLE

11

Date :

Médecin :

Nombre de jours depuis l'IV.G. :

I - NOMBRE DE JOURS DE SAIGNEMENT :**II - FIEVRE**

- 1 - non
- 2 - supérieure à 38°
- 3 - nombre de jours :

III - DOULEUR

- 1 - non
- 2 - oui
 - quand ?
 - durée :

Traitement

Médecin consulté :

IV - ACTUELLEMENT

La patiente se plaint-elle de :

- 1 - fièvre
- 2 - hémorragie
- 3 - douleurs
- 4 - anxiété
- 5 - autre

V - EXAMEN CLINIQUE

- a) - spéculum : 1 - aspect sain
- 2 - perte de sang
- 3 - leucorrhées
- 4 - autre

- b) utérus : 1 - volume
- 2 - douleurs : à la palpation oui - non
- 3 - douleurs à la mobilisation oui - non

- c) annexes : 1 - douloureuses oui - non
- 2 - empâtées oui - non

VI - DOSAGE CONTRÔLE B.H.C.G.**VII - CONTRÔLE ECHOGRAPHIQUE****VIII - CONCLUSION DE L'EXAMEN**

Retour à la normale : oui - non

- Si non : 1 - infection utérine
- 2 - infection annexielle
- 3 - rétention placentaire

Autre :

IX - CONTRACEPTION PRESCRITE

- 0 - pas de prescription
- 1 - pilule. Laquelle ?
- 2 - stérilet prescrit. Lequel ?
- 3 - stérilet inséré. Lequel ?
- 4 - préservatif
- 5 - implant prescrit
- 6 - implant posé
- 7 - autre

**X - DEMANDE D'EXAMENS
COMPLÉMENTAIRES**

- biologie :
- échographie :
- frottis :
- autres

VÉCU DE L'I.V.G. ET DES SUITES :

XI - RÉSULTATS EXAMENS COMPLEM :

- frottis :
- bactério :
- parasito :
- anapath :
- V.I.H. :
- PCR Chlamydiae : endocol
- Urines
- PCR HPV :
- autres
- contrôle anti-D fait ...oui - non

XII - TRAITEMENTS PRESCRITS

produits, doses et durée :

XIII - LETTRE A UN MÉDECIN

Nom :

Adresse :

.....

Annexe 3 : Fiche de recueil de données pour les IVG médicamenteuses au CHGM

N° d'anonymat :

Age :

Etat civil :
 Célibataire
 En couple

Profession :
 Salariée/ A son compte
 Sans emploi/ Chômage
 Etudiante/ En Formation

Antécédents :
- Poids :
- Taille :
- IMC :
 Tabac
- Parité :
- Gestité :
 Césariennes, nombre :
 IVG chirurgicales, nombre :
 IVG médicamenteuses, nombre :
 Curetages, nombre :

Terme :
- Semaines d'aménorrhées :
- + Jours d'aménorrhées :

Visite de contrôle :
- Jour de la visite :
 Succès
 Echec, type :
 Grossesse évolutive
 Rétention
 Curetage hémostatique
 Perdue de vue

Prise en charge des rétentions :
 Cytotec° seul + succès
 Cytotec° + Curetage
 Curetage
 Abstention

Annexe 4 : Protocole de prise en charge des IVG médicamenteuses au CHGM avec contrôle de la méthode par dosage des β -hCG

	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG MÉDICAMENTEUSES	CODE : à référencer
		VERSION : 2
		PAGE : 1/2

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION PAR L'EQUIPE MEDICALE OBSTETRICALE	
Le :	Le :	Le :	Le :

1. OBJET

Ce protocole a pour but de définir la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par méthode médicamenteuse avant 9 semaines d'aménorrhée (SA).

2. DOMAINE D'APPLICATION

Tout secteur accueillant des patientes hospitalisées pour une IVG médicamenteuse, notamment les services d'orthogénie et de gynécologie.

3. PERSONNEL CONCERNE

Médecins, sages-femmes, IDE, internes, secrétaire médicale.

4. DIFFUSION

Services de gynécologie-obstétrique et d'orthogénie.

5. DOCUMENTS ASSOCIES ET ANNEXES

Protocole de prise en charge des IVG sous anesthésie générale.

Circuit dossier patient chirurgie gynécologique en ambulatoire

Check-list : contrôle des dossiers « gynécologie » sous AG en UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire).

6. DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

IVG : Interruption volontaire de grossesse

SA : semaine d'aménorrhée

7. CONTENU

Cf. protocole page suivante

I / INDICATION

- Grossesse intra-utérine évolutive et monozygote, visible à l'échographie, jusqu'à 9 SA.

II / CONTRE-INDICATIONS

- > à 9 SA le jour de la prise de MIFEGYNE®
- Asthme sévère déséquilibré
- Allergie à la MIFEGYNE® et/ou au Misoprostol (CYTOTEC®).
- Insuffisance surrénale chronique (attention aux corticothérapies au long cours)
- ATCD cardio-vasculaires, HTA sévère
- Traitement anticoagulant et troubles de l'hémostase
- Porphyrie intermittente

	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DES IVG MEDICAMENTEUSES	CODE : à référencer
		VERSION : 2
		PAGE : 2 / 2

III / PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Fumeuses de plus de 35 ans
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Malnutrition

IV / PROTOCOLE MEDICAMENTEUX

- 3 cps de MIFEGYNE® 48 heures avant l'IVG (à prendre dans le service) avec bilan pour dosage BhCG quantitatifs. Vérifier la normalité du bilan sanguin, le groupe rhésus et les RAI.

AVEC HOSPITALISATION

- Indications : mineures, situations de vulnérabilité (cas social, difficultés de compréhension...) ou désir de la patiente, grossesse > 7SA, trajet > 30min.
- Hospitalisation de jour, convocation à 7h30 à jeûn
- 2 cps de Misoprostol (CYTOTEC®) dès l'entrée
- Traitement de la douleur : Paracétamol 1g per os +/- IBUPROFENE® 200mg/6h
- Sortie accompagnée

A DOMICILE

- 2 cps de Misoprostol (CYTOTEC®). à prendre le matin dans le service, 48h après la prise de MIFEGYNE®,
- Informations et précautions d'usage à donner à la patiente :
 - Déclenchement des règles avec expulsion dans la journée, saignements pendant 7 à 10 j, d'abondance comparable aux règles
 - Possible douleurs abdominales à type de coliques de règles. Traitement par Paracétamol 1g X 3/j +/- IBUPROFENE® 200mg/6h.
 - Si fièvre >38° contacter le service d'orthogénie ou de gynécologie
 - Si saignements très abondants, consulter un médecin.

SI RHESUS NEGATIF

- Injection de 200 µg de RHOPHYLAC® en IV lente le jour de la prise du CYTOTEC®.

CONTRACEPTION

- Toutes les patientes doivent quitter le service avec une prescription de contraception. La pilule est débutée le jour de la prise du CYTOTEC®. Le DIU peut être posé lors de la consultation post-IVG.

VISITE DE CONTROLE : J14

- Contrôle par dosage quantitatif des BhCG à J1 et J14 (J1 = jour de la prise de MIFEGYNE®).
- Critère de succès : décroissance >80% entre J1 et J14.
- Si décroissance <80% : contrôle échographique de la vacuité utérine.
- En cas de rétention :
 - o Critères de rétention : image intra utérine ≥ 15mm ou 1 signal doppler +.
 - o Proposer 2cps de CYTOTEC® X 3/j pendant 48h ou abstention et revoir la patiente à 1 mois.
 - o Les curetages pour échec sont à discuter au cas par cas.
- Laisser les coordonnées de l'unité de périnatalité en cas de difficultés psychologiques ultérieures.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Le taux de recours à l'IVG à La Réunion est de 22 pour 10000 femmes et la part des IVG par méthode médicamenteuse ne cesse de progresser. Le taux d'efficacité de cette méthode est globalement satisfaisant (environ 92%), néanmoins il persiste un certain nombre d'échecs. En étudiant les caractéristiques épidémiologiques des femmes réunionnaises ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse, nous avons cherché à identifier des facteurs de risque d'échec de cette méthode.

Méthodes : Etude rétrospective dans un centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion. Entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2012, toutes les femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse jusqu'au 63^{ème} jour d'aménorrhée ont été incluses (226 patientes). Le protocole médicamenteux associait 600mg de MIFEPRISTONE à 400ug de MISOPROSTOL. Nous avons comparé les caractéristiques épidémiologiques de ces femmes en fonction de l'« échec » ou du « succès ».

Résultats : L'efficacité globale de la méthode était de 63%. Les échecs étaient représentés par des rétentions intra utérines (31%), des grossesses évolutives (4,5%) et des curetages hémostatiques (1,5%).

L'antécédent d'IVG chirurgicales était un facteur de risque d'échec, avec un risque multiplié par plus de 10 (OR : 11,5 ; IC95% 2,4-54,8) pour les femmes y ayant eu recours au moins 2 fois.

Nous avons retrouvé une diminution de l'efficacité de la méthode pour les femmes d'âge avancé ($27,5 \pm 7,0$ vs $26,3 \pm 7,6$) et les multipares (67% vs 59,5%).

Les caractéristiques épidémiologiques étaient marquées par un nombre élevé de grossesses (3,0) et d'enfants (1,4) avant l'IVG, un taux de recours important aux IVG itératives (40%), et une grande part de mineures (9,5%).

Conclusion : Il convient d'informer les patientes aux antécédents d'IVG chirurgicales qu'une aspiration assurerait un succès supérieur. De nouveaux travaux doivent être mis en œuvre pour évaluer et améliorer le succès de la méthode.

TITRE : Facteurs d'échec de l'interruption volontaire de grossesse réalisée par méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée dans un centre d'orthogénie de l'ouest de La Réunion.

DISCIPLINE : Médecine générale.

MOTS CLES : IVG médicamenteuse, échec, mifepristone, misoprostol, Ile de La Réunion.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
146, rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX Cedex