



Profil des patientes avec un ou plusieurs antécédents d'IVG ayant eu recours à une IVG chirurgicale, à la maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle, en 2016

Marie Leroy-Nguyen

► To cite this version:

Marie Leroy-Nguyen. Profil des patientes avec un ou plusieurs antécédents d'IVG ayant eu recours à une IVG chirurgicale, à la maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle, en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02062110

HAL Id: dumas-02062110

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02062110>

Submitted on 8 Mar 2019

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

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

**UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

ANNEE 2018

N° 156

THESE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
QUALIFICATION MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
le 23 Octobre 2018
par Marie Leroy-Nguyen
Née le 5 novembre 1987 à Brest.

PROFIL DES PATIENTES
AVEC UN OU PLUSIEURS ANTECEDENTS D'IVG
AYANT EU RECOURS A UNE IVG CHIRURGICALE,
A LA MAISON DE SANTE PROTESTANTE DE
BORDEAUX-BAGATELLE, EN 2016

Directeur de thèse :
Madame le Docteur Trebesses Christine

Membres du jury :

Monsieur le Professeur HOCKE Claude
Madame le Docteur DUHAMEL Sylvie
Monsieur le Professeur DALLAY Dominique
Madame le Docteur ALEMANY Laurence
Madame le Docteur TREBESSES Christine

Président du jury
Rapporteur
Juge
Juge
Directeur de thèse

Remerciements

À mon jury,

À Monsieur le Professeur HOCKE Claude, président du jury

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL, rapporteur de thèse et juge

Merci d'avoir accepté de rapporter et de juger ce travail de thèse. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur DALLAY Dominique, membre du jury

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Soyez assuré de mon plus profond respect.

À Madame le Docteur ALEMANY Laurence, membre du jury

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils, votre disponibilité. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

À Madame le Docteur TREBESSES, Christine, directeur de thèse et juge

Vous avez accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils et vos encouragements tout au long de ce travail. Merci pour votre patience et votre accompagnement pendant mon semestre à la maternité, j'ai beaucoup appris à vos côtés. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À ma famille,

A mon mari, Kévin, pour son soutien quoiqu'il arrive. Tu me rends heureuse et fière. Tu me donnes envie d'avancer. Je t'aime.

A mes parents, vous m'avez toujours soutenue pendant ces longues études. Vous avez toujours été là pour moi. Je sais que je peux compter sur vous, alors merci, merci pour tout.

A mon frère Amaury, qui a dû me supporter pendant les 6 premières années de médecine. Tu as toujours été là pour me soutenir mais aussi pour rigoler.

A mon frère Matthieu, je suis fière de toi. Tu as pu dépasser les obstacles grâce à ton courage. Ne prends pas exemple sur moi et passe rapidement ta thèse !

A ma grand mère Mamie, pour m'avoir permis d'être la personne que je suis. Merci de m'avoir fait travailler à l'école (et aussi pendant les vacances) et de m'avoir montrer qu'en persévérant, on y arrive.

A ma grand-mère Mamily, pour m'avoir donnée goût à pâtisser, un bon anti-stress pendant ces études. A la mémoire de mon grand-père Papily.

A mes oncles et tantes, ainsi que mes cousins et cousines, même si les kilomètres nous séparent, votre soutien m'a toujours permis d'avancer. Je vous embrasse et j'espère qu'on va rattraper les années où on n'a pas pu se voir.

A Anne-sophie, pour avoir toujours le sourire et à nos rigolades (elle nous aura bien fait rire cette lampe et je pense qu'elle continuera).

A ma belle famille, pour votre confiance, votre générosité et votre gentillesse.

À mes amis,

A la team rencontrée sur les bancs de la fac: Flavien, Gisèle, Renaud, Floofy, Pauline, ... Que de souvenirs !!!! Merci pour leurs soutiens, leurs aides et ces bons moments passés à leurs côtés. Flavien, tu es mon meilleur ami !!!! et Bim, j'ai réussi à soutenir ma thèse avant toi !!! Renaud, que d'étapes franchies et maintenant papa !!! Gisèle, à quand la prochaine soirée ?!

Aux périgourains ! De belles rencontres et surtout de belles amitiés concrétisées. Els(ss)a, ma témoin, mon amie, Pau n'est pas très loin de Bordeaux et tu seras toujours la bienvenue. Anne-laure, ma toute première co-interne ; Alexia, bien sûr qu'on viendra te voir à Périgueux ; André-Anne, bon courage pour ta thèse, et à la fine équipe : Antoine P, Antoine D, Elsa, Cédric, Aude, Laetitia,

Morgane, Lucile.... Et aux pièces rapportées : Marion et Lison.

A Stéphanie, et notre passion commune, l'équitation. Merci de m'avoir entraîné dans de nombreuses balades agitées et nos grandes galopades. Merci de m'avoir soutenue et m'avoir permise de tenir le coup pendant ces études.

A Aurore, une belle rencontre et danseuse paloïse ! Même si tu entraînes Kévin dans tous tes délires danses, je t'adore.

A mes amis paloïsis, Pierre, Sylvie, Laureen, de m'avoir supportée et écoutée pendant la rédaction de ma thèse. Heureuse de vous avoir rencontré et de passer de supers moments avec vous.

A tous les médecins, les enseignants, les équipes soignantes, les co-externes, les co-internes qui m'ont accompagnée tout au long de ces études.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIÈRES.....	5
INDEX DES FIGURES.....	7
INDEX DES TABLEAUX.....	7
ABRÉVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1- Données actuelles et les chiffres en France.....	10
1.1- Les IVG.....	10
1.2- La contraception.....	12
1.3- La consultation post-IVG.....	13
2- Les grandes dates du droit à l'avortement en France.....	15
3- Modalités réglementaires de la pratique d'une IVG chirurgicale.....	16
3.1- La consultation pré-IVG.....	16
3.2- L'IVG chirurgicale.....	16
3.3- La consultation post-IVG.....	17
4- Déroulement d'une IVG chirurgicale à la MSPB.....	18
4.1- La consultation pré-IVG.....	18
4.2- L'IVG chirurgicale.....	19
4.3- La consultation post-IVG.....	19
5- Question de recherche, hypothèse et objectifs.....	20
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	21
1- Type d'étude.....	21
2- Population de l'étude	21
3- Données recueillies.....	21
4- Critère de jugement.....	22
5- Saisie et traitement des données.....	23
6- Mesures éthiques et réglementaires.....	23
RÉSULTATS.....	24
1- Population de l'étude.....	24
2- Profil socio-démographique des patientes.....	24
3- Antécédents médico-chirurgicaux.....	29
4- Antécédents gynéco-obstétricaux.....	29
5- Les raisons de l'IVG.....	32

6- Profil des IVG chirurgicales.....	33
7- Profil contraceptif.....	34
8- Consultation post-IVG.....	37
DISCUSSION.....	39
1- Principaux résultats.....	39
2- Biais et limite de l'étude.....	39
3- Force de l'étude.....	40
4- Discussion générale et perspectives.....	41
4.1- Comparaison des résultats à la littérature.....	41
4.2- L'IVG répétée : envisager un renforcement de la consultation post-IVG.....	46
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49
ANNEXES.....	53
SERMENT MÉDICAL	61

Index des figures

FIGURE 1 : NOMBRE D'IVG PAR FEMME, SELON LE RANG DE L'IVG.....	11
FIGURE 2 : ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES FEMMES AYANT EU UNE IVG SELON LE NOMBRE DE LEURS IVG ANTÉRIEURES.....	12
FIGURE 3 : MÉTHODES DE CONTRACEPTION UTILISÉES EN FRANCE EN 2016 PAR LES FEMMES CONCERNÉES PAR LA CONTRACEPTION SELON LEUR ÂGE.....	12
FIGURE 4 : DIAGRAMME DE FLUX.....	24
FIGURE 5 : PROPORTION SELON TRANCHE D'ÂGE	24
FIGURE 6 : SITUATION PROFESSIONNELLE.....	25
FIGURE 7 : SITUATION CONJUGALE.....	26
FIGURE 8 : PROPORTION DE FUMEUSE.....	27
FIGURE 9 : CONSOMMATION ACTUELLE DE TABAC.....	27
FIGURE 10 : CONSOMMATION ACTUELLE DE TOXIQUE	28
FIGURE 11 : FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION ACTUELLE DE TOXIQUE	28
FIGURE 12 : SUIVI GYNÉCOLOGIQUE	29
FIGURE 13 : NOMBRE D'ENFANTS.....	30
FIGURE 14 : NOMBRE TOTAL D'IVG PAR PATIENTE	30
FIGURE 15 : AGE DE LA PREMIÈRE IVG.....	31
FIGURE 16 : DÉLAI ENTRE LES IVG.....	31
FIGURE 17 : LES RAISONS DE L'IVG LIÉES AU MODE DE VIE.....	33
FIGURE 18 : LES IVG SELON LE MOIS	33
FIGURE 19 : TERME DES IVG.....	34
FIGURE 20 : CONTRACEPTION AVANT L'IVG.....	34
FIGURE 21 : OBSERVANCE PILULE	35
FIGURE 22 : CONTRACEPTION ENVISAGÉE	35
FIGURE 23 : CONTRACEPTION POST-IVG.....	37
FIGURE 24 : PROPORTION DE CONSULTATION POST-IVG.....	37
FIGURE 25 : LES RAISONS DE L'ABSENCE DE CONSULTATION POST-IVG.....	38

Index des tableaux

TABLEAU 1 : PROPORTION SELON LA CLASSIFICATION SOCIO-PROFESSIONNELLE.....	26
TABLEAU 2 : DÉLAI ENTRE LES IVG.....	32
TABLEAU 3 : RELATION ENTRE CONTRACEPTION INITIALE ET CONTRACEPTION ENVISAGÉE	36

Abréviations

AME : Aide Médicale d'État

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

CC : Centimètre Cube

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COCON : enquête de COhorte sur la CONtraception

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

CPP : Comité de Protection des Personnes

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DOM : Département français d'Outre-Mer

DRESS : Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examen de Santé

FCS : Fausse couche spontanée

GNP : Grossesse Non Prévue

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MED : Médical

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

MSPB : Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle

PCS : Profession et Catégorie Sociale

RDV : Rendez-vous

SA : Semaine d'aménorrhée

Introduction

J'ai effectué mon dernier stage d'internat en gynécologie-obstétrique à la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle (MSPB), en 2015. Au cours de ce stage, nous avons effectué 2 mois au sein du service d'obstétrique, 2 mois avec les pédiatres, pour l'examen des nouveaux nés et 2 mois au centre de santé rattaché à la MSPB.

Ce centre regroupe plusieurs disciplines dont la gynécologie. Certaines plages horaires sont consacrées aux consultations pré et post-IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

L'idée de ce travail nous est venue d'une constatation : certaines patientes semblaient être à risque de récurrence d'IVG. En effet, l'analyse des dossiers a permis de montrer qu'une majorité de patientes ne se présentant pas à leur consultation de contrôle post-IVG n'avaient pas de contraception et ne bénéficiaient donc pas de contraception au décours (sauf en cas de pose éventuelle d'implant le jour de l'IVG chirurgicale).

Le travail de cette thèse s'est porté sur le profil des patientes ayant eu recours à plusieurs IVG se présentant à la MSPB pour une IVG chirurgicale. Avant de présenter les résultats de notre observation, nous rappellerons les données actuelles sur l'IVG et ses chiffres clés puis les grandes dates de l'histoire de l'IVG en France, puis viendront ensuite le référentiel de la pratique d'une IVG chirurgicale.

1- DONNEES ACTUELLES ET LES CHIFFRES EN FRANCE

1.1- Les IVG

L'IVG fut instaurée en 1975. Après une baisse régulière jusqu'à la fin des années 1990, leur nombre connaît depuis les années 2000 une certaine stabilité avec environ 220 000 IVG par an [1]. Le nombre d'IVG s'établissait à 225 000 en France en 2011, puis à 218 100 en 2015 [2]. Le taux de recours à l'IVG était de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la Métropole et de 26,5 dans les DOM (Départements français d'Outre-Mer).

Les disparités existaient entre les régions, avec un taux plus accru en Île-de-France, Corse, et en Provence -Alpes-Côte d'Azur, avec un taux de 17 IVG pour 1000 femmes.

En 2015, en Nouvelle-Aquitaine : le taux de recours à l'IVG était un peu plus bas que la moyenne nationale avec un taux de 13,5 IVG pour 1000 femmes [2].

Comment expliquer cette stabilité depuis plus de 10 ans ?

- **La proportion de femmes ayant recours à l'IVG diminue**

Cette tendance peut s'expliquer d'une part par le développement et le recours supérieur à la contraception, et d'autre part par des facteurs socio-culturels et économiques avec l'évolution de la place de la femme dans la société et le monde du travail. De nos jours, une grossesse avant 25 ans représente en effet un frein au déroulement d'une scolarité et/ou d'une bonne insertion professionnelle ayant pour résultante une planification de la grossesse aux alentours des 25-35ans. Le nombre de grossesse non prévue (GNP) est passé de 46% en 1975 à 36% en 1990 puis 33% de GNP en 2004. En revanche, on a observé un recours à l'IVG plus important au fil des années en cas de GNP. En 1975, 4 GNP sur 10 (41%) se terminaient par une IVG. Aujourd'hui, 6 sur 10 (62%) se terminent par une IVG [3-4].

L'âge moyen à la maternité a ainsi reculé, passant de 26,7 ans en 1975 à 30,1 ans au début de la décennie 2010. On observe, depuis 2011 une prédominance de l'IVG chez les moins de 25 ans (25% en 2011) alors que le recours à l'IVG à partir de 25 ans est stable depuis 1996.

- **D'autres facteurs entrent en jeu**

Au delà de l'âge habituel de la maternité, le contexte familial apparaît déterminant. L'IVG est un moyen d'éviter une naissance «de trop» chez des mères ayant déjà un ou des enfant(s). La décision d'avorter, loin de correspondre à un comportement «égoïste» qui conduirait la femme à

interrompre sa grossesse seulement parce que celle-ci intervient à un moment qui ne lui convient pas, traduit l'attention portée aux conditions d'accueil de l'enfant. Il s'agit d'une anticipation par les femmes et les hommes de leurs capacités d'engagement dans une parentalité où le contexte relationnel et matériel est favorable, face aux aléas des parcours de vie [3].

- **Les IVG répétées**

Depuis 1975, la proportion d'IVG répétées augmente de façon continue (figure 1). Dans les années 1970, les IVG répétées représentaient moins d'une IVG sur dix, mais les IVG pouvaient avoir été précédées d'un ou plusieurs avortements réalisés hors du cadre de la loi, avant sa promulgation en 1975, et non déclarés dans les bulletins [1].

Après 1980, la part des IVG répétées a poursuivi sa progression, et les IVG de rang 3 (précédées de 2 IVG) deviennent également plus fréquentes. À partir de la répartition des IVG selon le rang, à chaque âge et pour chaque année, on peut décomposer l'indicateur conjoncturel en nombres moyens de premières IVG et d'IVG répétées par femme (figure 1). D'après la courbe, le nombre de première IVG par femme est de 0,33, ce qui signifie que 33% des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois.

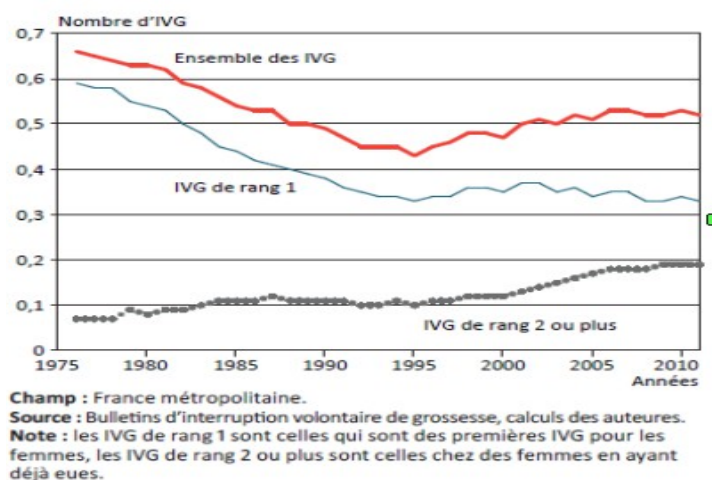


Figure 1 : Nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG [1]

La proportion de femmes ayant recours plus d'une fois à l'IVG reste faible en France : 9,5% des femmes y ont recours deux fois et 4,1% des femmes trois fois ou plus au cours de leur vie. Depuis les années 1970, la diffusion des méthodes efficaces de contraception a permis de diminuer la fréquence des grossesses non souhaitées et le nombre d'IVG (55% d'IVG en 1980 contre 33% en 2011). Le nombre d'IVG de rang 1 a également bien diminué (43% en 1980 et 15% en 2011). Le nombre d'IVG de rang 2 ou plus a doublé en 20 ans (6,8% en 1980 et 13,6% en 2011) (figure 2).

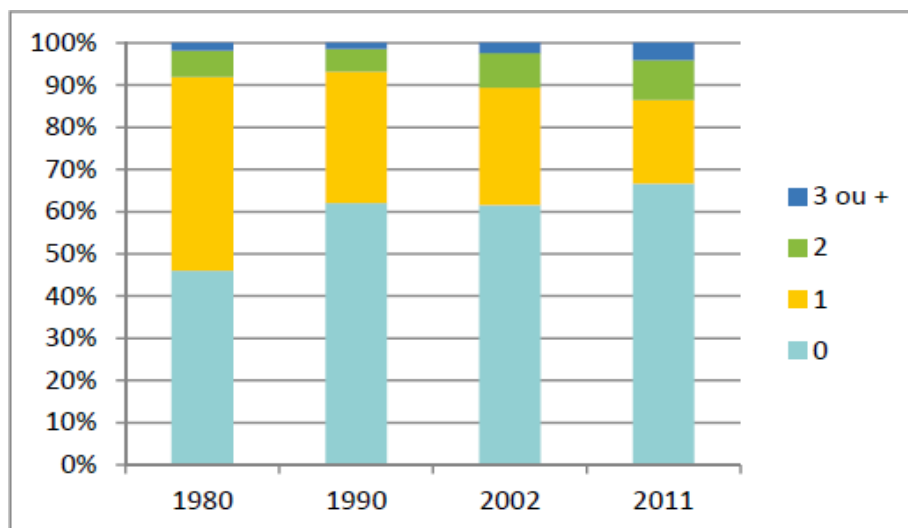


Figure 2 : Évolution de la répartition des femmes ayant eu une IVG selon le nombre de leurs IVG antérieures [4]

1.2- La contraception

A l'occasion de la journée mondiale de la contraception du 26 septembre 2017, *Santé publique France* publie les premières données du Baromètre Santé 2016 sur les pratiques contraceptives des femmes de 15-49 ans [5].

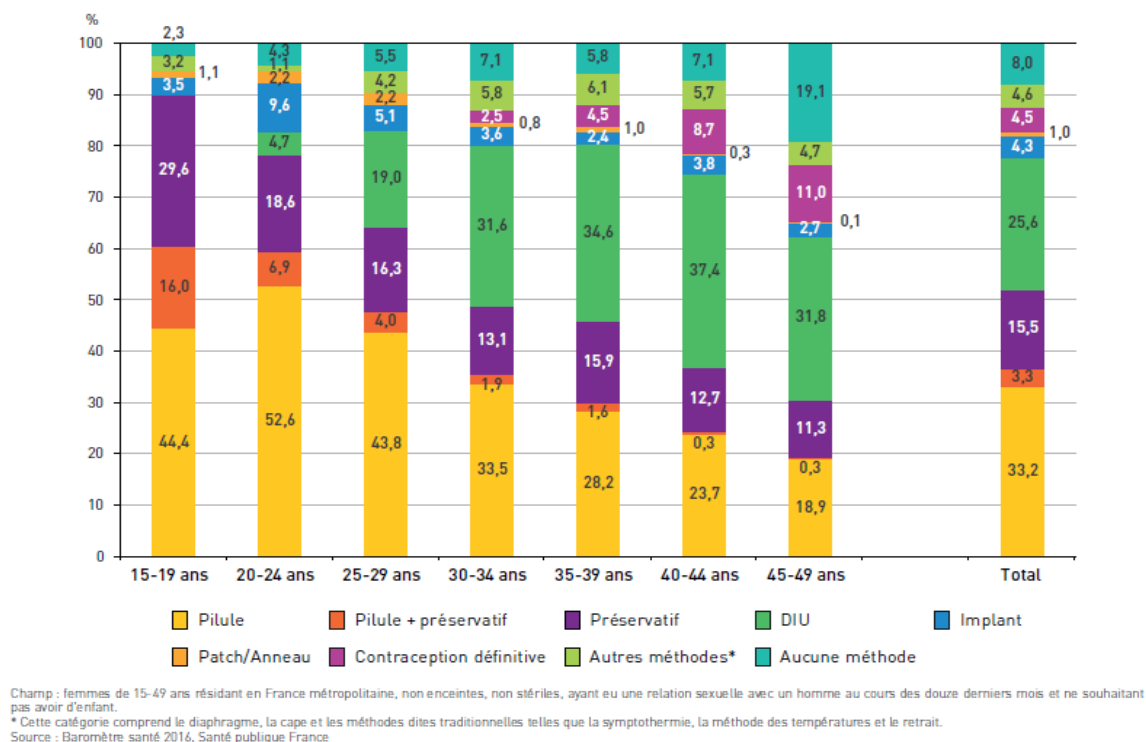


Figure 3 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge [5]

- En 2016 en France, 71,9% des Femmes sont concernées par la contraception : (fig 3)
 - La pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé 36,5%. Deux tiers des moins de 25 ans l'utilisent (60%). Entre 25 et 29 ans, son utilisation concerne moins de la moitié (47,8%) et plus qu'un tiers (35,4%) des 30-34 ans.
 - Le DIU est le contraceptif le plus utilisé à partir de 35 ans. Il est utilisé dans 25,6% des cas chez les femmes de 15 à 49 ans.
 - L'utilisation de l'implant est à 4,3%
 - La contraception définitive (ligature des trompes), à partir de 40 ans, concerne 10% des femmes.
- 20,1% des Femmes utilisent une méthode liée à l'acte sexuel (préservatif, méthode locale ou naturelle), dont le préservatif qui est utilisé dans 77,1% des cas. (fig 3)
- L'évolution dans l'utilisation des méthodes contraceptives varie beaucoup selon l'âge des femmes, sauf chez les femmes entre 15 et 19 ans et entre 45 et 49 ans. Depuis 2010, les plus grands changements sont observés chez les 20-29 ans.

Même en cas d'utilisation d'une méthode réputée efficace, l'échec peut survenir : 23% des femmes prenaient la pilule [3].

Ces échecs sont attribués à :

- des oublis de pilule (60%)
- un défaut d'information sur la pilule
- un changement contraceptif dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG [3].

A noter que 19% des femmes utilisaient le préservatif. Ces échecs sont souvent associés à un déchirement du préservatif.

1.3- La consultation post-IVG

Un des faits marquants qui ressort des études réalisées est le faible taux de présence des femmes à la consultation post-IVG.

Recommandée par l'HAS [6], elle doit normalement être proposée aux patientes à une date située entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après leur IVG, afin de s'assurer de l'absence de complications

et de la présence d'une contraception adaptée à la patiente, ainsi que pour évaluer son état psychologique. Pourtant on relève un taux d'absence important à cette visite de contrôle, 14% en 2000 selon l'étude française COCON [7].

L'absence de consultation post-IVG pourrait être en lien avec l'augmentation du taux d'IVG répétées.

2- LES GRANDES DATES DU DROIT À L'AVORTEMENT EN FRANCE

[8] (CF ANNEXE 1)

Décembre 1967 : L'Assemblée vote la loi Neuwirth autorisant la contraception.

17 janvier 1975 : L'Assemblée nationale adopte la loi dite Veil, après des débats houleux. La loi permet de légaliser et d'encadrer l'avortement. L'IVG peut être pratiquée par un médecin à la demande de la femme enceinte, avant la fin de la 12^e semaine d'aménorrhée. La loi est votée à titre provisoire pour une période de 5 ans.

1er Janvier 1980 : la loi est définitivement adoptée [9].

Décembre 1982 : La loi Roudy prévoit le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale, à hauteur de 70% [10].

1990 : L'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier.

Juillet 2001: Le délai légal pour avorter est allongé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. Les mineures acquièrent le droit d'avorter sans autorisation parentale – elles doivent toutefois être accompagnées par un adulte référent [11].

2004: L'IVG médicamenteuse (l'utilisation du RU 486 (Mifégyne)) est autorisée en médecine de ville jusqu'à 7 SA.

Mars 2013: L'IVG est remboursée à 100% pour toutes les femmes. La contraception devient gratuite pour les filles de 15 à 18 ans.

27 Janvier 2016 : Suppression du délai de réflexion obligatoire (les 7 jours) dans le cadre des demandes d'avortement [12].

3- MODALITÉS RÉGLEMENTAIRES DE LA PRATIQUE D'UNE IVG CHIRURGICALE

L'interruption volontaire de grossesse est possible, sans condition, jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (SA). [6-13-14]

3.1- La consultation pré-IVG

Cette consultation est l'occasion de proposer, en plus de l'examen clinique et du recueil des antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux (risque familial thrombo-embolique et cardiovasculaire pour la prescription de contraception), un dépistage des infections sexuellement transmissibles et du cancer du col de l'utérus. La notion de violence faite aux femmes peut aussi être abordée à cette occasion permettant à la femme de s'exprimer si elle le souhaite, maintenant ou lors d'une autre consultation (savoir qu'il existe des lieux où cette parole peut être déposée et accompagnée).

Les différentes méthodes sont exposées à la femme lors de la première consultation afin de lui permettre un choix éclairé en fonction du terme de la grossesse, des contre-indications et des possibilités de chaque centre.

3.2- L'IVG chirurgicale

Entre 9 et 14 SA, la méthode chirurgicale est la technique de référence.

Une antibiothérapie prophylactique contre Chlamydia Trachomatis et les germes anaérobies doit être réalisée systématiquement avant l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale (soit la doxycycline ou le métronidazole selon les protocoles retenus).

Ce geste chirurgical de courte durée (quelques minutes) peut être réalisé après anesthésie locorégionale du col utérin (injection de 10 à 20 cc de lidocaïne 1% dans le cul-de-sac cervico-vaginal ou injection traçante dans le canal cervical) ou bien sous anesthésie générale.

Une prémédication est fréquemment utilisée avec des antalgiques de niveau 1 ou 2 plus ou moins associés à un anxiolytique. Le protoxyde d'azote (MEOPA) est de plus en plus souvent administré en association avec l'anesthésie locale.

Une prévention de l'allo-immunisation anti-Rhésus D est réalisée lorsque la femme est Rhésus

négatif par 200 µg d'immunoglobulines humaines anti-D (Rophylac).

Après désinfection des voies génitales par un antiseptique local, le spéculum est introduit dans le vagin pour exposer le col utérin. Une pince de traction est placée sur la lèvre antérieure du col pour corriger l'antéversion utérine. La dilatation utérine préalable est obtenue par des dilateurs médicamenteux (200 mg de mifépristone et/ou 200 à 400 µg de misoprostol) associés à une dilatation mécanique par des bougies de Hégar ou dilateur de Dubreuil. L'orifice interne du col utérin est progressivement dilaté jusqu'à obtenir le passage sans difficulté d'une canule d'aspiration du diamètre approprié à l'âge gestationnel. Une fois la canule à l'intérieur de l'utérus, l'aspiration électrique est déclenchée, et l'opérateur réalise délicatement des mouvements de rotation et de va-et-vient afin d'évacuer l'utérus.

Un contrôle de la vacuité utérine est réalisé soit par un écho-guidage du geste en fin d'intervention, soit par un contrôle macroscopique du produit d'expulsion au décours de l'intervention.

Une prescription d'antalgiques de niveau 1 ou 2 est souhaitable après le geste.

La contraception post-IVG est abordée au cours de la consultation préalable à l'interruption et peut être commencée dès le jour du geste. Si le choix de la femme est un dispositif intra-utérin ou un implant sous-cutané, ceux-ci peuvent être posés le jour même en fin d'intervention. Si le choix porte sur une contraception orale, percutanée ou vaginale, celle-ci est à commencer le jour de l'intervention.

3.3- La consultation post-IVG

Une consultation de contrôle entre J14 et J21 est proposée afin de s'assurer de la réussite de la méthode choisie, de l'absence de complication tant médicale que psychologique et de refaire le point sur la contraception en cours ou à venir.

4- DÉROULEMENT D'UNE IVG CHIRURGICALE A LA MSPB

Le déroulement d'une IVG chirurgicale à la MSPB se déroule en 3 étapes :

4.1- La consultation pré-IVG

Annexé à la MSPB, le centre de santé accueille des consultations médicales (gynécologie, dermatologie, pédiatrie, médecine générale, psychiatrie, endocrinologie, cardiologie) et paramédicales (sage-femme, IDE, conseillère conjugale).

La patiente rencontre tout d'abord la conseillère conjugale. Cette consultation est obligatoire pour les mineures mais elle reste proposée à toutes les femmes. Elle est très peu refusée. La conseillère conjugale fait un bilan : contraception, situation familiale et affective.

Après le rapport fait par la conseillère conjugale, nous voyons la patiente.

Un dossier informatisé est pré-rempli (annexe 2). Dans ce dossier, on retrouve différents éléments à remplir, à la consultation pré-IVG:

- Le nom et le prénom de la patiente
- Sa date de naissance
- Les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux dont les IVG
- La consommation de tabac, alcool et autres toxiques
- Les allergies
- La présence d'une contraception
- Le souhait de la contraception future
- La date de l'échographie avec la datation de la grossesse
- La date des dernières règles, avec le dosage des BHCG
- La date programmée de l'intervention et le nom du médecin chargé de l'intervention
- Le groupe sanguin de la patiente
- Le risque infectieux : Hépatite, VIH, BMR

Au cours de cette première consultation, les modalités de l'intervention sont expliquées à la patiente ainsi que les différentes méthodes contraceptives. En cas de souhait d'implant, ce dernier est généralement posé le jour de l'IVG.

Au décours de cette consultation, le dossier de la patiente pour l'intervention comprend:

- le dossier médical (annexe 2)
- le protocole pour l'intervention : protocole d'antibiothérapie et de prise de misoprostol +/- mifégyne
- ainsi qu'une ordonnance de sortie, remise après l'intervention, comprenant des antalgiques et une pilule (Daily Ge pour 1 mois).(annexe 3)

4.2- L'IVG chirurgicale

L'IVG se déroule, en ambulatoire, au sein de la MSPB. Les patientes sont rattachées au service de chirurgie.

La patiente part au bloc, où elle rencontre le chirurgien réalisant l'intervention. Je ne reviens pas sur les modalités de déroulement du geste chirurgical de l'IVG. Après le réveil, la patiente remonte dans le service de chirurgie ambulatoire. Si aucune complication n'a lieu, la patiente ressort le jour même, avec les ordonnances pré-établies et remises par l'infirmière à la patiente.

4.3- La consultation post-IVG

La consultation post-IVG a lieu 2 à 4 semaines après l'IVG, soit au centre de santé de la MSPB, soit par leur gynécologue habituel.

Au cours de cette consultation :

- on recherche l'absence de complications par contrôle échographique.
- selon les médecins, le versant psychologique est abordé.
- on évoque la contraception et en accord avec la patiente, on lui prescrit une contraception la plus adaptée.

5- QUESTION DE RECHERCHE, HYPOTHÈSE ET OBJECTIFS

L'IVG est un réel problème de santé publique qui concerne 1/3 des femmes et celles qui y auront recours le feront en moyenne 1,5 fois. Le taux des IVG connaît une certaine stabilité depuis les années 2000, résultant de deux tendances : la proportion de femmes y ayant recours diminue et la proportion d'IVG répétées augmente de façon continue.

La MSPB est un des centres de référence des IVG chirurgicales, à Bordeaux. Certaines patientes semblaient être à risque de récurrence d'IVG.

L'hypothèse de notre travail était que la majorité des patientes se présentant pour une répétition d'IVG chirurgicale n'avaient pas de moyen de contraception.

Ainsi, nous avons conduit au sein de la MSPB une étude observationnelle rétrospective dont l'objectif principal était de définir le pourcentage de patientes n'ayant pas de contraception parmi celles se présentant pour une répétition d'IVG chirurgicale.

Les objectifs secondaires étaient de cibler le profil de ces patientes à travers une réflexion sur les paramètres socio-démographiques, la consommation de toxiques et les antécédents gynéco-obstétricaux, les raisons de l'IVG ainsi que vérifier le taux de présentation à la consultation post-IVG.

Matériel et méthode

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle monocentrique réalisée au centre de santé de la MSPB à Talence, épidémiologique, rétrospective sur les IVG répétées sur l'année 2016 (du 8 janvier au 23 décembre).

2- Population de l'étude

La population cible était l'ensemble des patientes se présentant au centre de santé de la MSPB pour la réalisation d'une IVG répétée c'est à dire ayant au moins réalisé une IVG auparavant.

La population source était, parmi la population cible, les patientes venant pour une IVG chirurgicale.

La population de l'étude a répondu aux critères d'inclusion suivants :

- les patientes déclarant avoir au moins une IVG auparavant qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale.
- les patientes ayant bien réalisé l'IVG chirurgicale.

Les patientes non incluses étaient celles qui se présentaient pour une première IVG, ainsi que les patientes se présentant pour une IVG répétée mais dont le geste n'a pas été effectué (FCS avant l'IVG, abandon de l'IVG) et les patientes avec un antécédent d'IVG se présentant pour une IVG médicamenteuse.

3- Données recueillies

Les données ont été recueillies par mes soins à différentes reprises au sein du centre de santé de la MSPB.

Le recueil s'est fait après lecture et étude de l'intégralité des dossiers médicaux papiers des patientes ayant consulté au centre de santé de la MSPB pour une IVG en 2016. Je me suis également appuyée sur le dossier informatique, notamment pour la consultation post-IVG.

Toutes les données ont été consignées sur un « tableau excel » grâce au logiciel informatique « open office ».

L'étude étant épidémiologique observationnelle descriptive, de nombreux critères étaient

disponibles à la lecture des dossiers.

Le dossier des patients donnait différentes informations avec successivement:

- nom/prénom (critères non retenus)
- le nom du médecin ayant réalisé la consultation post IVG, l'IVG et la consultation post-IVG (critères non retenus)
- date de naissance permettant un calcul de l'âge des patientes
- date de la consultation pré-IVG (critère non retenu)
- date de l'IVG
- le terme de la grossesse au moment de l'IVG
- la contraception antérieure
- la contraception envisagée
- la présence ou non à la consultation post-IVG
- la contraception post-IVG
- les antécédents obstétricaux : grossesse avec naissance d'un nouveau-né, les FCS, les IVG, les IMG.
- les antécédents d'IVG (nous permettant de définir la patiente se présentant pour une IVG répétée) : nombre d'IVG, la date de ou des IVG antérieures, le mode : médicamenteuse ou chirurgicale.
- les antécédents médicaux
- la présence ou non d'un médecin traitant
- la présence ou non d'un suivi gynécologique
- la prise de traitement
- la consommation de tabac ou non; si oui: la quantité
- la consommation d'alcool
- la consommation de toxiques : cannabis et autres drogues
- la profession : soit notée dans le dossier IVG, soit sur le bulletin statistique d'IVG (annexe4)
- selon les dossiers, j'avais différents éléments sur l'affectif, la relation de couple, la raison de l'IVG.

4- Critère de jugement

Le critère de jugement principal est le taux de patientes, se présentant pour une IVG chirurgicale ayant eu recours à une ou plusieurs IVG, n'ayant pas de contraception.

Nous avons analysé le profil contraceptif avant l'IVG, mais également post-IVG.

5- Saisie et traitement des données

Les variables qualitatives ont été décrites en terme d'effectif et de pourcentage.

Les variables quantitatives ont été décrites en terme d'effectif, de moyenne et de pourcentage.

Le logiciel OpenOffice Calc® a été utilisé pour la saisie des données.

6- Mesures éthiques et réglementaires

Dans le cadre de la recherche médicale, le décret d'application de la loi Jardé [15], référant aux recherches impliquant la personne humaine et à sa protection, a été publié le 17 novembre 2016 et mis en application le 18 novembre 2016.

Ce décret précise les modalités de réalisation des recherches impliquant la personne humaine. Il précise notamment les définitions applicables aux différentes catégories de recherche, le fonctionnement des comités de protection des personnes et de la commission nationale des recherches impliquant la personne humaine ainsi que les règles applicables en matière de vigilance.

En fonction du type d'étude, il impose ou pas l'avis du CPP (comité de protection des personnes).

Dans le cadre de notre étude descriptive rétrospective avec recueil de données déjà existantes sur dossier, l'avis du CPP n'est pas requis et l'avis d'un comité d'éthique peut être demandé mais est non obligatoire : nous n'avons donc pas sollicité ce comité d'éthique.

Une demande a été formulée au CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et est toujours en cours (demande n°).

Résultats

1- Population de l'étude

Sur l'année 2016 (du 8 janvier au 23 décembre), 335 patientes ont réalisé une IVG chirurgicale à la MSPB.

Après lecture des dossiers, nous avons inclus 121 patientes (fig 4) ayant réalisé au moins une deuxième IVG soit 36% des IVG chirurgicales.

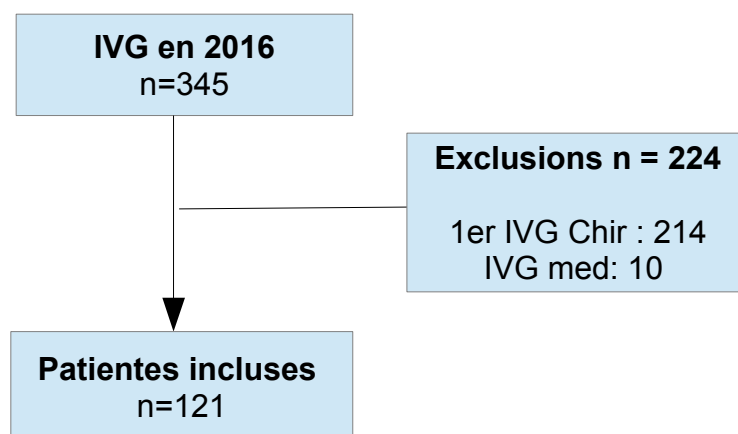


Figure 4 : Diagramme de flux

2- Profil socio-démographique des patientes

• Âge

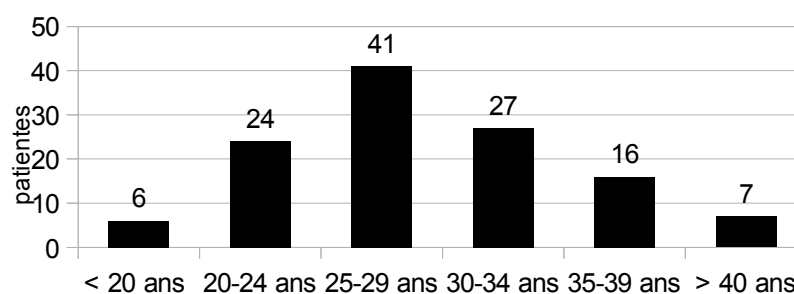


Figure 5 : Proportion selon la tranche d'âge (n=121)

La figure 5 nous montre que :

- la tranche d'âge « 25-29 ans » représentait la moyenne et la majorité des patientes consultant pour une IVG répétée, soit environ un tiers des patientes (41 patientes soit 34%).
- les tranches d'âges adjacentes soit les « 20-24 ans » et les « 30-34 ans » représentaient respectivement 20% (24 patientes) et 22% (27 patientes).

- la tranche d'âge « 35-39 ans » représentait 13% des patientes (16 patientes).
- les tranches d'âges extrêmes (moins de 20 ans et plus de 40 ans) étaient minoritaires avec respectivement 5% (6 patientes) et 6% (7 patientes).

- **Situation professionnelle**

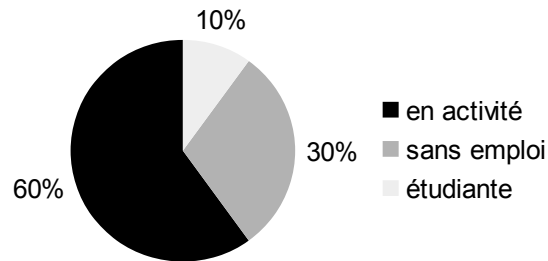


Figure 6 : Situation professionnelle (n=111)

La figure 6 révèle que sur nos 111 patientes, plus de la moitié des patientes avait une activité professionnelle, soit 67 patientes. Onze patientes étaient étudiantes. Un tiers d'entre elles, soit 33 patientes, étaient sans emploi. Il nous manquait la situation professionnelle de 10 patientes.

L'INSEE a établi, en 2003, une nomenclature PCS (Profession et catégorie sociale) pour la codification du recensement et des enquêtes que l'Insee réalise auprès des ménages. [16]

Elle a établi 8 catégories socio-professionnelles :

- 1- Agriculteurs, exploitants
- 2- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4- Professions intermédiaires
- 5- Employés
- 6- Ouvriers
- 7- Retraités
- 8- Autres personnes sans activité professionnelle

Selon la profession des patientes, nous avons établi une classification socio-professionnelle.

Tableau 1 : Proportion selon la classification socio-professionnelle (n = 108)

Employés	46%
Sans activité professionnelle	41%
Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprise	5%
Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4%
Professions intermédiaires	2%
Ouvriers	2%

D'après le tableau 1, on constatait 6 catégories socio-professionnelles :

- une prédominance d'employées pour près de la moitié des patientes 46%.
- la catégorie sans activité professionnelle regroupe les personnes sans emploi mais également les étudiants. Dans la figure précédente, nous avons 11 étudiantes et 34 personnes sans emploi, soit un total de 44 patientes dans la catégorie sans profession (41%).
- la catégorie artisans/commerçants, ainsi que la catégories cadres/professions supérieures sont représentées à part équivalence soit respectivement 5% et 4%.
- nous avons une minorité de professions intermédiaires (IDE) et d'ouvriers, avec une proportion équivalente soit 2 patientes.

L'effectif total de la catégorie socio-professionnelle est de 108, il nous manquait la situation professionnelle de 13 patientes : 10 patientes où nous n'avions aucune donnée et 3 d'entre elles avaient une activité mais nous n'avions pas retrouvé la nature de leur profession.

A noter que l'intégralité de notre population était couverte par la sécurité sociale. Nous n'avons pas le détail si elle bénéficiait d'une mutuelle ou non, de la CMU, de l'ACS ou de l'AME.

- **Situation conjugale**

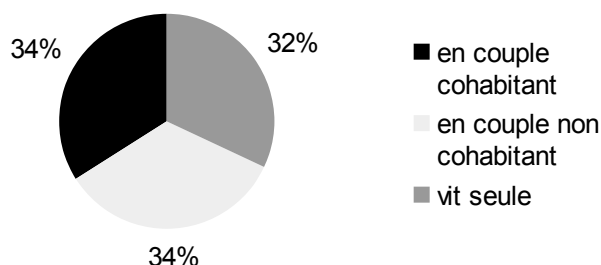


Figure 7 : Situation conjugale (n=100)

On observait (fig 7) une répartition équitable de leur situation conjugale : 34% des patientes étaient en couple et vivaient avec leur conjoint, 34% des patientes étaient en couple mais n'habitaient pas avec leur conjoint et 32% des patientes vivaient seule. Ils nous manquaient la situation conjugale de 21 patientes.

- **Tabac**

- **Proportion de fumeuses**

Sur les 121 patientes incluses dans l'étude, on dénombrait 70% de fumeuses (fig 8).

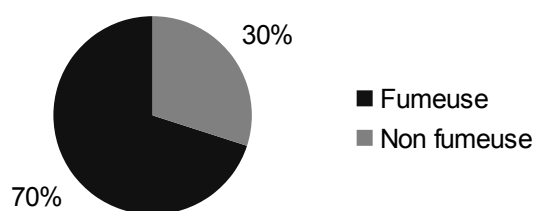


Figure 8: Proportion de fumeuses (n=121)

- **Consommation actuelle de tabac**

Sur nos 86 patientes fumeuses, on a établi le nombre de cigarettes qu'elles consommaient par jour.

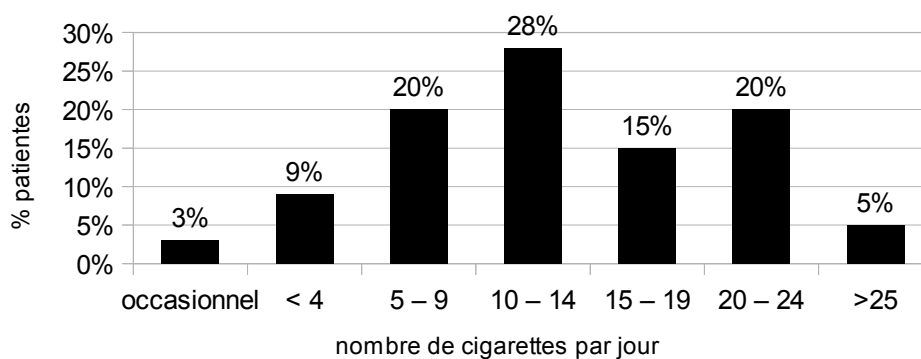


Figure 9 : Consommation actuelle de tabac (n=86)

La majorité des patientes fumeuses consommait une dizaine de cigarettes par jour (fig 9). On observe une proportion élevée (20% soit 17 patientes) qui consommait 20 à 24 cigarettes par jour. Dans la même proportion, on avait une consommation de 5 à 9 cigarettes par jour. Quinze pour cent des fumeuses avaient une consommation entre 15 et 19 cigarettes par jour. Neuf pour cent des fumeuses fumaient moins de 5 cigarettes par jour. A noter également que 3 patientes consommaient

plus de 25 cigarettes par jour. A l'opposé, une minorité (3 patientes) fumait occasionnellement.

- **Toxiques**

Sur nos 121 patientes, un quart des patientes (29 patientes) consommait des toxiques.

Parmi nos 29 patientes consommant un ou plusieurs toxiques, on a établi 3 catégories de toxiques :

- Drogues dures
- Alcool
- Cannabis

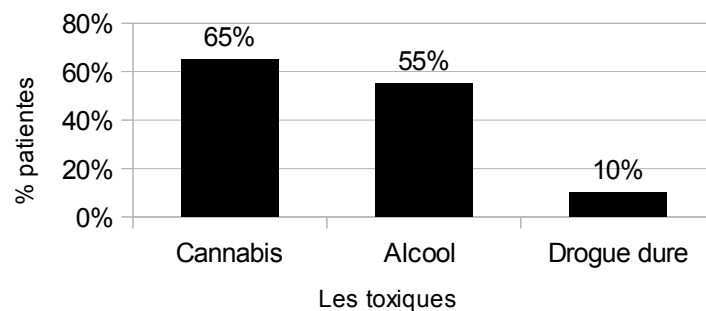


Figure 10 : Consommation actuelle de toxiques (n=29)

Selon la figure 10, on observe que le cannabis était consommé en majorité chez 19 patientes (65%), suivi de l'alcool pour 16 d'entre elles (55%). La consommation de drogue dure était en minorité (3 patientes).

Selon le toxique, on a identifié si la patiente avait une consommation occasionnelle ou quotidienne.

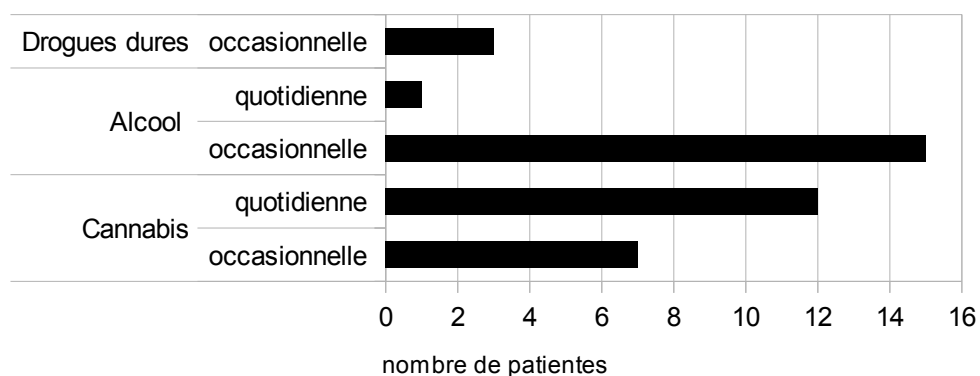


Figure 11: Fréquence de la consommation actuelle de toxiques (n=29)

Concernant la drogue dure (essentiellement cocaïne), 3 patientes en consommaient occasionnellement. L'alcool était consommé occasionnellement chez 15 patientes. La tendance s'inversait pour la consommation de cannabis avec une consommation quotidienne chez 12 patientes. La consommation quotidienne de cannabis allait de 1 à 10 joints par jour, avec une moyenne de 3 joints par jour. (fig 11)

3- Antécédents médicaux-chirurgicaux

L'analyse des antécédents médicaux a montré que 98 patientes soit 81% d'entre-elles n'avaient pas d'antécédents médicaux notables.

A noter que 23 patientes avaient des antécédents dont :

- 6 patientes avaient un suivi psychologique pour dépression ou bipolarité.
- 11 patientes avaient des antécédents gynécologiques : parmi elles, 5 patientes avaient un antécédent de salpingite. Les 6 autres patientes avaient des antécédents de fibrome, HPV traité, tumeur du sein.
- un lupus.
- une spondylarthrite ankylosante.
- une hépatite C.
- une épilepsie.
- un diabète de type 1.
- et une chirurgie bariatrique à type de By-pass puis plastie abdominale en 2012.

A noter que 81% de notre population (soit 98 patientes) avaient un médecin traitant.

4- Antécédents gynéco-obstétricaux

- **Suivi gynécologique**

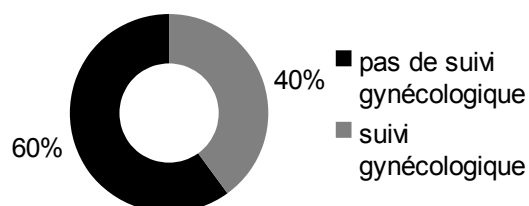


Figure 12 : Suivi gynécologique (n=121)

Concernant le suivi gynécologique, presque 2/3 des patientes (60% soit 72 patientes) n'avaient pas de suivi gynécologique contre plus d'1/3 ayant un suivi (40% soit 49 patientes) (figure 12).

- **Nombre d'enfant(s)**

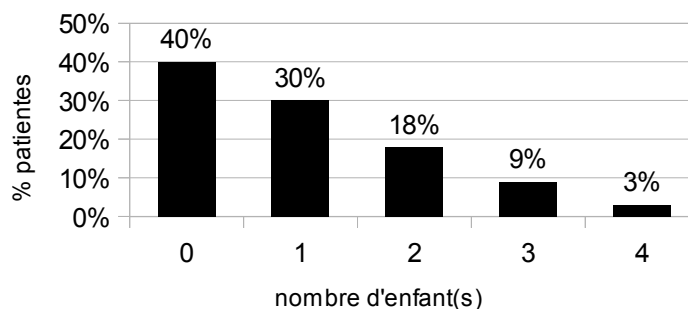


Figure 13 : Nombre d'enfant(s) (n=121)

Parmi nos 121 patientes, 40% n'avaient pas d'enfant et la majorité des patientes (60%) avait au moins un enfant. Parmi elles, 30% avaient déjà un enfant, 18% avaient 2 enfants, 9% avaient 3 enfants et 3% des patientes avaient 4 enfants (fig 13).

- **Nombre d'IVG par patiente**

Sur nos 121 patientes, on a déterminé le nombre total d'IVG par patiente c'est-à-dire les IVG antérieures additionnées avec celles de 2016 à la MSPB. Les IVG antérieures étaient aussi bien médicales que chirurgicales.

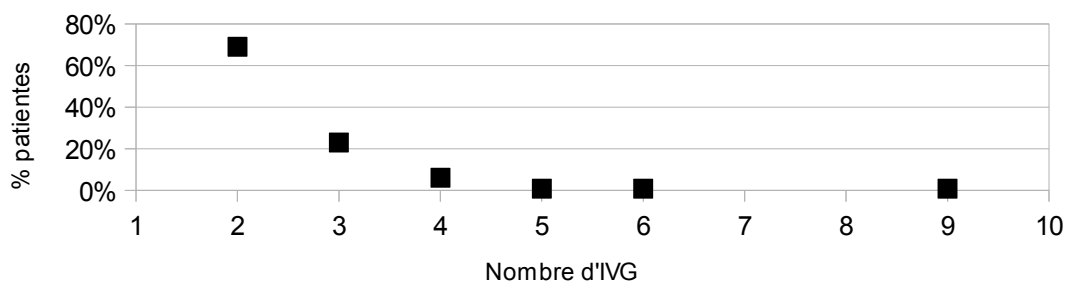


Figure 14 : Nombre total d'IVG par patiente (n=121)

La figure 14 nous montre que la plupart des patientes (69%) réalisait une seconde IVG. Un quart des patientes était à leur 3ème IVG. Un faible pourcentage de 6% (soit 7 patientes) réalisait leur 4ème IVG. Trois patientes venaient respectivement pour leur 5ème, 6ème et 9ème IVG.

- **Age de la première IVG**

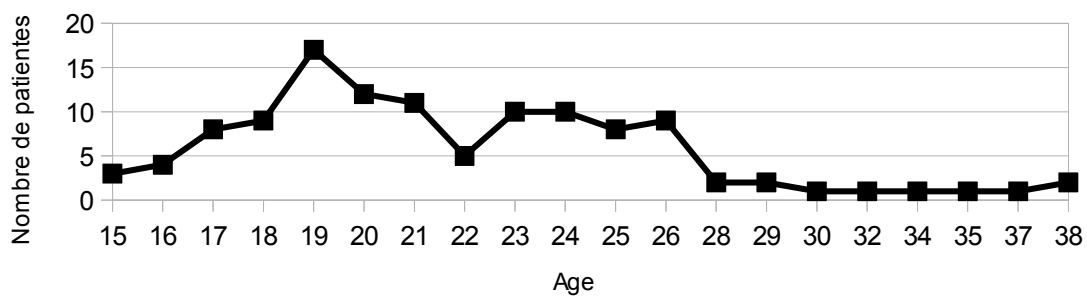


Figure 15 : Age de la première IVG (n=117)

Grâce aux antécédents d'IVG et les dates correspondantes, nous avons pu établir l'âge de la première IVG pour 117 patientes. La moyenne d'âge pour la première IVG est de 22 ans. La médiane se rapproche également de la moyenne avec un âge pour la première IVG de 21 ans. Trois patientes avaient réalisé leur première IVG à l'âge de 15 ans. Deux patientes avaient réalisé leur première IVG tardivement à 38 ans. La moitié des patientes avait réalisé leur première IVG entre 19 ans et 24 ans (figure 15).

- **Délai entre les IVG**

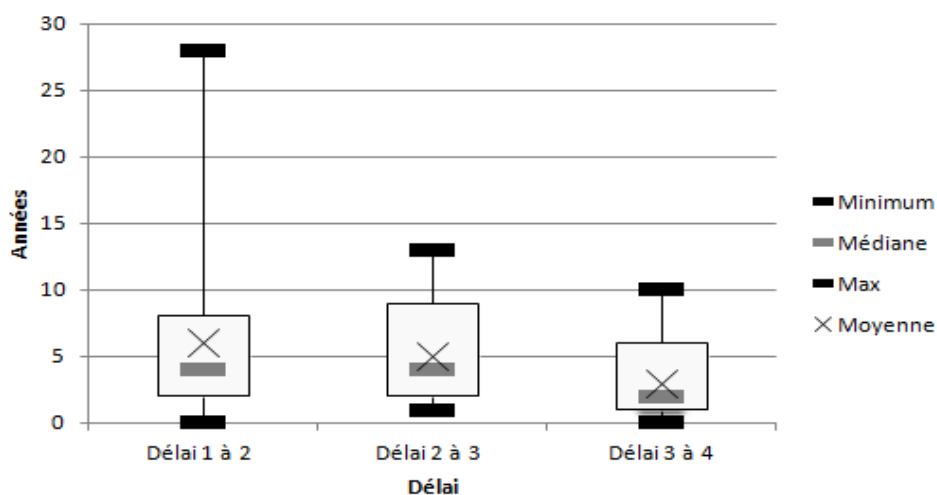


Figure 16 : Délai entre les IVG (années) (n= 117)

La figure 16 montre le délai entre les IVG. Pour le délai entre le 1er et la 2ème IVG, il nous manquait les dates d'IVG de 4 patientes dont les 3 patientes qui avaient fait 5, 6 et 9 IVG, ainsi qu'une patiente qui réalisait sa 3ème IVG, soit au total 117 patientes. Concernant le délai entre la 2ème et 3ème IVG, nous avons 34 patientes. Enfin pour le délai entre la 3ème et 4ème IVG, nous avons 7 patientes. Les données quantitatives sont exprimées par leur médiane encadrée par les 1er et 3ème quartiles ; la moyenne, ainsi que le délai minimal et maximal entre les IVG est noté de

manière indicative.

On peut ainsi constater que le délai entre la 1ère et la 2ème IVG ainsi qu'entre la 2ème et la 3ème était de 4 ans, selon la médiane. Alors que le délai entre la 3ème et 4ème IVG était raccourci (délai de 2 ans).

Tableau 2 : Délai entre les IVG

	Délai 1 à 2	Délai 2 à 3	Délai 3 à 4	TOTAL
Minimum	0	1	0	0,3
Q1	2	2	1	1,7
Médiane	4	4	2	3,3
Moyenne	6	5	3	4,7
Q3	8	9	6	7,7
Maximum	28	13	10	17

Les minimales très basses (tableau 2) représentaient une IVG reproduite dans l'année ou un an après.

5- Les raisons de l'IVG

La raison d'IVG évoquée par les patientes était surtout liée au mode de vie (97% soit 108 patientes). 10 données étaient manquantes. A noter que 2 patientes avaient choisi l'IVG car une d'entre elle devait se faire opérer des varices dans le mois et l'autre patiente devait avoir une conisation. Une patiente, à l'antécédent d'œuf clair en 2011, avait préféré arrêter sa grossesse sur suspicion d'œuf clair à l'échographie. Aucune patiente n'a été victime de viol ou d'inceste.

Nous avons établi les raisons d'IVG liées au mode de vie, en 5 groupes (fig 17) :

- 1- Grossesse sous contraception
- 2- Refus de l'entourage : désir de garder l'enfant mais le conjoint ou un proche ne souhaitait pas que la grossesse soit poursuivie.
- 3- Raison socio-financière : patiente ayant déjà un ou des enfants en bas âge, impossibilité financière à assumer la grossesse ou début d'un nouvel emploi ;
- 4- Absence de contraception.
- 5- Problème de couple : relation terminée ou trop récente, conjoint à distance.

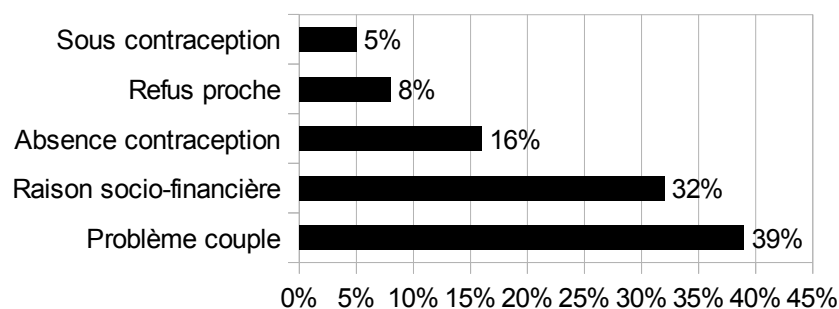


Figure 17 : Les raisons de l'IVG liées au mode de vie (n=108)

On observe qu'une minorité 5% (5 patientes) déclare que la grossesse s'était produite sous contraception. On développera ce chapitre plus bas. 8% des IVG étaient souhaitées par un proche (compagnon, mère de la patiente). 16% des IVG (soit 17 patientes) étaient dues à une absence de contraception. 32% des IVG sont évoquées pour une raison socio-financière. La raison d'IVG était liée à un problème de couple dans la majorité des cas, 38% (soit 41 patientes).

Certaines patientes cumulaient 2 à 3 raisons d'IVG mais la raison évoquée en priorité avec la conseillère conjugable a été mis en avant.

6- Profil IVG chirurgicale

- La période

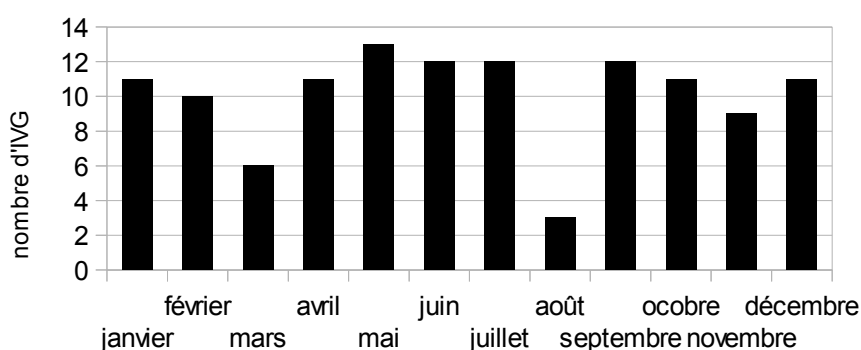


Figure 18 : Les IVG selon le mois (n=121)

Sur les 121 IVG chirurgicales, on observait une répartition plutôt homogène au cours de l'année 2016, hormis une nette baisse en Août car le centre de santé de la MSPB est fermé durant 3 semaines. (fig 18)

- **Le Terme de l'IVG**

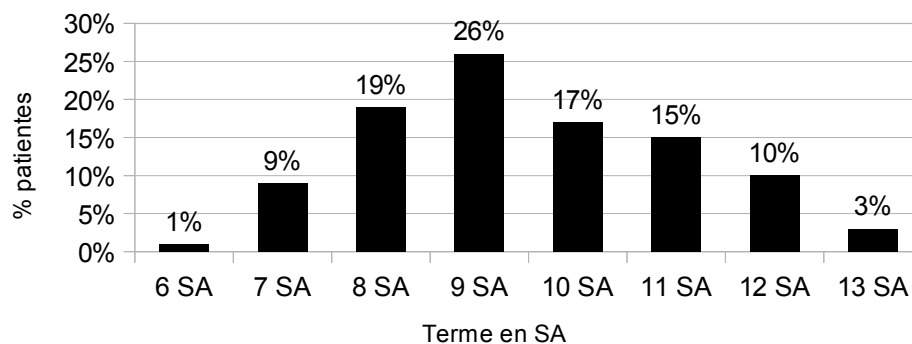


Figure 19 : Terme des IVG (n=121)

Concernant nos 121 dossiers, on observait une majorité d'IVG, soit plus d'un quart, ayant lieu à 9 SA. Les dates extrêmes; les IVG précoces à 6 SA et les IVG tardives à 13 SA étaient rares, avec respectivement 1% et 3%. (fig 19)

7- Profil contraceptif

- **Avant l'IVG**

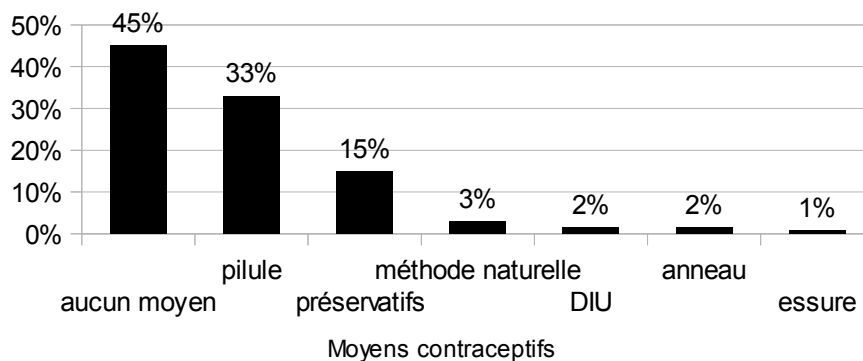


Figure 20 : Contraception avant IVG (n=121)

Une majorité de 45% des patientes (soit 55 patientes) n'avait toujours pas de contraception (fig 20). Certaines patientes (14 soit 11% des patientes) n'avaient pas de contraception car elles étaient en attente d'un autre moyen de contraception. Huit patientes étaient en attente de la pose d'un DIU sans autre moyen de contraception en attendant cette pose. Trois patientes avaient retiré leur DIU sans prescription d'un autre moyen de contraception. Deux patientes avaient eu un retrait d'implant : l'une d'elle avait eu son retrait d'implant deux mois avant l'IVG et aucune contraception

prescrite au décours. L'autre avait eu son retrait d'implant 3 mois avant l'IVG car la date d'expiration était passée et attendait d'avoir la CMU pour la pose d'un nouvel implant. Une patiente changeait de pilule et attendait d'avoir ses règles pour commencer la nouvelle pilule.

Un tiers des patientes (39 patientes) était sous pilule. On relevait un oubli de pilule dans 60% des cas (fig 21) et 40% déclaraient avoir une bonne observance.

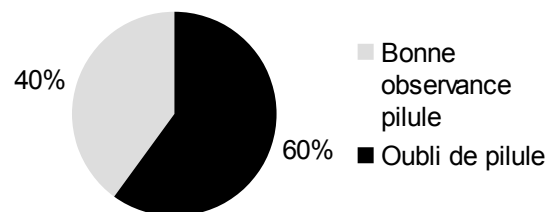


Figure 21 : Observance pilule (n=39)

Concernant les autres moyens de contraception : 15% des patientes (18 patientes) utilisaient le préservatif (fig 20), 3% des patientes (4 patientes) utilisaient des méthodes naturelles (retrait, comptage, spermicides) et 1,6% (2 patientes) était sous DIU. Une patiente avait l'anneau et une autre la méthode ESSURE.

- **Contraception envisagée après l'IVG**

Lors de la consultation pré-IVG, un certain nombre d'éléments sont renseignés dont la contraception avant l'IVG, mais également, le moyen de contraception envisagé pour la suite pour ne pas se retrouver une nouvelle fois dans cette situation.

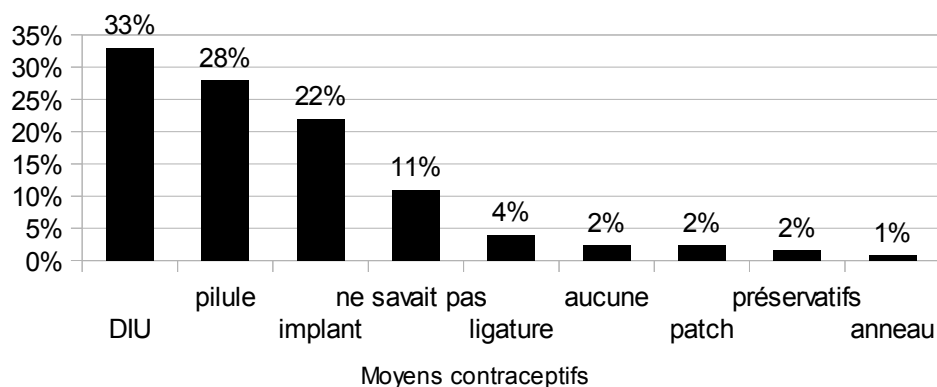


Figure 22 : Contraception envisagée (n=121)

Les 3 moyens de contraception envisagés en post-IVG étaient : le DIU 33%, suivi de la pilule 28% et de l'implant 22% (fig 22). Une minorité de patientes souhaitait une méthode définitive par ligature 4% (5 patientes). Quatorze patientes (11%) ne savaient pas quel moyen de contraception choisir. Les moyens de contraception de type patch, préservatif et anneau étaient envisagés dans une minorité de cas, respectivement, 3, 2 et 1 patiente. Trois patientes ne souhaitaient toujours pas de contraception malgré 2 IVG pour 2 de ces patientes et 3 IVG pour l'une d'entre elle.

- **Quelle méthode de contraception choisie selon la contraception initiale**

Tableau 3: Relation entre contraception initiale et contraception envisagée (n=112)

Contraception envisagée	Pilule	Implant	DIU	« Ne sait pas »	Rien	Ligature
Contraception initiale						
Aucune (55)	36% (20)	20 % (11)	31% (17)	7% (4)	5% (3)	2% (1)
Pilule (39)	15% (6)	30% (12)	36% (14)	13% (5)	0%	8% (3)
Préservatifs (18)	33% (6)	11% (2)	55% (10)	11% (2)	0%	5% (1)

Selon le tableau 3, les patientes n'ayant aucune contraception vont préférer la pilule à 36%, puis le DIU à 31%, et l'implant à 20%.

Les patientes ayant une pilule vont préférer le DIU à 36%, puis l'implant à 30%. Certaines voulaient poursuivre avec une pilule (15%) et une autre partie ne savait pas (13%).

Les patientes utilisant le préservatif vont préférer le DIU à 55% puis la pilule à 33%. A nombre égal (11%), certaines souhaitaient l'implant et d'autres ne savaient pas quel moyen de contraception utiliser.

Différents doublons de réponses ont été introduits dans le tableau. En effet, 8 patientes hésitaient entre 2 moyens de contraception :

- Une patiente n'ayant pas de moyen de contraception hésitait entre la pilule et le patch, une autre hésitait entre la pilule et le DIU.

- Concernant la pilule, 2 patientes hésitaient entre l'implant et le DIU et une autre entre le patch et l'anneau.

- Concernant le préservatif, 3 patientes hésitaient entre la pilule et le DIU.

Les résultats concernant la méthode naturelle (4 patientes), l'anneau (2 patientes), DIU (2 patientes) et méthode Essure (1 patiente) ne sont pas présentés dans ce tableau car le nombre de patientes était faible.

- **Contraception post-IVG**

Nous n'avons pas pu établir le profil contraceptif de 78 patientes (64%) par absence de données : 73 patientes n'ayant pas pris de RDV ou ne s'étant pas présentées le jour de la consultation et 5 patientes ayant pris RDV avec leur gynécologue habituel.

Sur nos 43 patientes restantes, on a pu établir un profil contraceptif post-IVG.

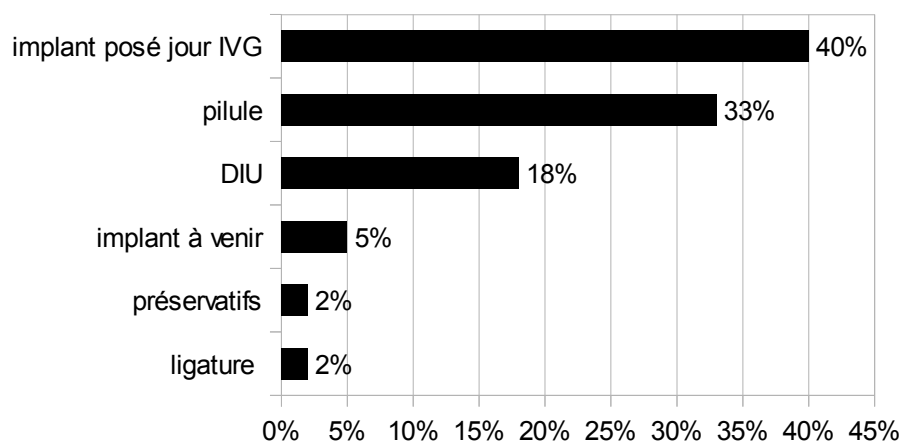


Figure 23 : Contraception post-IVG (n=43)

L'implant avait été posé le jour de l'IVG chez 17 patientes (fig 23). La pilule restait un moyen de contraception privilégié dans 33% des cas. Le DIU avait été posé chez 18% des patientes soit le jour de la consultation post-IVG ou à distance de la consultation post-IVG. 2 patientes n'avaient pas fait le pas de l'implant lors de l'IVG mais à posteriori elles souhaitaient la pose d'un implant. Une patiente préférait le préservatif. En revanche, une patiente s'était dirigée vers la ligature tubaire.

8- Consultation post-IVG

- **Proportion de consultation post-IVG**



Figure 24 : Proportion de consultation post-IVG (n=121)

Malgré une consultation post-IVG proposée à toutes les patientes, on notera que presque 3/4 des patientes (87 patientes) n'ont pas bénéficié de consultation post-IVG. Seulement 34 patientes (28%) se sont présentées à cette consultation. (fig 24)

- **Les raisons de cet absentéisme**

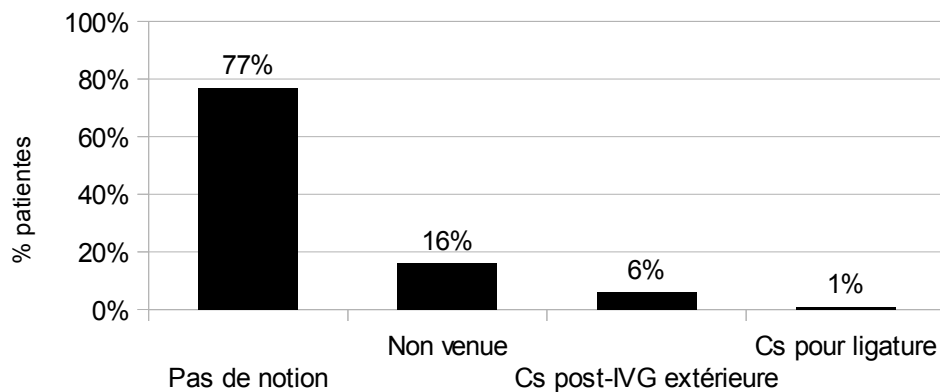


Figure 25 : Les raisons de l'absence de consultation post-IVG (n=87)

Parmi les raisons de l'absence de consultation post-IVG, on note pour 77% l'absence de RDV programmé (aucun RDV donné ou pris par la patiente). A noter que 16% des patientes avaient un RDV mais ne sont pas venues. 5 patientes avaient RDV avec leur gynécologue habituel. Nous ne savons pas si elles ont honoré leur RDV.

Une patiente n'était pas venue en consultation post-IVG car elle avait une consultation avec l'obstétricien pour une ligature des trompes sur la MSPB.

On relève concernant les 17 patientes ayant eu un implant posé le jour de l'IVG que 12 d'entre-elles n'ont pas eu de consultation post-IVG. (fig 25)

Discussion

1- Principaux résultats

- Sur la MSPB, 36% des IVG chirurgicales étaient des IVG répétées, soit plus d'une IVG sur 3.
- L'analyse des résultats nous permettait de faire ressortir un profil de la patiente se présentant pour une répétition d'IVG :
 - Femme âgée de 25 à 29 ans, ayant au moins un enfant.
 - Sans suivi gynécologique.
 - Salariée.
 - Fumeuse.
- Concernant le profil contraceptif :
 - Avant l'IVG, les femmes n'avaient pas de contraception (45%) ou une inobservance de la pilule (20%).
 - Après l'IVG, les moyens de contraceptions les plus prescrits étaient l'implant (40%), avec une pose le jour de l'IVG, la pilule (33%) et le DIU (18%), posé le jour de la consultation post-IVG ou à distance.
- En revanche, on observait une dysfonction dans la prise en charge concernant la consultation post-IVG. Cette consultation, en plus de vérifier l'absence de complication, est un moment clé pour la contraception et de ce fait pour éviter toute récurrence. On s'aperçoit que 72% des patientes n'avaient pas eu de consultation post-IVG.

2- Biais et limites de l'étude

Notre étude présentait des limites.

Les caractéristiques de notre étude étant épidémiologique et descriptive, elle bénéficiait d'un faible niveau de preuve scientifique : niveau 4 de preuve des études et grade de recommandations C. [17]

Un biais d'information était probable, notamment sur le recueil d'informations et de tenue de

dossiers.

- la patiente pouvait avoir omis de donner certaines informations comme la consommation de tabac ou de toxiques,
- concernant le recueil d'information fait par deux intervenants (la conseillère conjugale et un gynécologue-obstétricien), la trame du dossier était présente mais certaines questions n'étaient pas posées systématiquement ou les réponses n'étaient pas notées dans les dossiers.

Certaines informations étaient manquantes par rapport à d'autres études : la nationalité, le niveau d'étude, le revenu du ménage. De nombreuses données ont été relevées afin d'établir le profil de la patiente se présentant pour une IVG répétée, le plus précisément possible.

On retiendra également la monocentricité de celle-ci : elle ne concernait que la population du Centre de santé de la MSPB et les caractéristiques des femmes se présentant pour une répétition d'IVG peuvent varier d'une ville ou d'un établissement à l'autre.

3- Force de l'étude

Malgré le faible niveau de preuve scientifique de notre étude, notre étude se préoccupe d'un réel phénomène de santé publique.

Le droit à l'IVG est acquis mais les conséquences d'une répétition d'IVG, notamment chirurgicale peuvent entraîner de nombreuses complications et avoir un important retentissement psychologique. L'acte de l'IVG est en général difficilement accepté pour la majorité des femmes. Alors lorsque cet acte est répété, quel en est l'impact ?

Le recueil de données a été réalisé par un seul investigateur (moi-même) avec la même méthodologie.

La MSPB est un établissement de santé réalisant surtout des IVG chirurgicales, et proposant un parcours de santé de la consultation pré-IVG à la consultation post-IVG. La population étudiée correspondait à la population cible.

4- Discussion générale et perspectives

4.1- Comparaison des résultats à la littérature

- Proportion d'IVG répétée

Le Docteur HENGY Gabrielle [18] a fait une analyse de la littérature pour essayer de comprendre la répétition des IVG. Des études de 1980 à 2011 retrouvaient un taux entre 21,6% à 47% , dans différentes villes. Des études plus récentes avaient des résultats proches de notre étude (36%). L'étude COCON [7] retrouvait 25% des femmes de 18 à 44 ans ayant déjà eu au moins une IVG. La thèse du Docteur LAFAYSSSE en 2010 sur les « caractéristiques psycho-sociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009 » [19] montrait que 38,8% des femmes se présentaient pour une IVG répétée. Les dernières données au niveau national remontaient à 2011 par l'enquête conduite par la DRESS (Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la Santé) [20], montrant un taux d'IVG répétée à 37%.

L'étude de M.Opatowski et al sur les « Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG : Enquête multicentrique sur les IVG med en France en 2014 » [21] dénombrait 29,6% de femmes ayant au moins un antécédent d'IVG. Parmi elles, 73,7% avaient eu une seule IVG antérieure, 16,5% en avaient eu deux, 6,8% en avaient eu trois et 3% en avaient eu quatre ou plus en comparaison à notre étude avec respectivement 69%, 23%, 6% et 2%.

- Profil socio-démographique des patientes

L'étude du Dr HENGY [18] concluait que les femmes aux IVG itératives présentaient certaines caractéristiques socio-démographiques :

- Elles étaient plus âgées.
- La première grossesse, ainsi que la première IVG, survenait de manière plus précoce.
- Leurs conditions de vie et situation économique étaient plus difficiles. (Notre étude ne nous a pas permis d'étudier les conditions de vie et les revenus des patientes.)

L'étude d'Opatowski et al [21] retrouvait:

- des patientes âgées de 30 à 34 ans
- un niveau d'étude faible

- l'absence d'emploi
- un ménage à faibles revenus
- une situation sociale fragile (CMU ou aucune assurance sociale)
- une consommation de tabac plus importante et d'environ 10 cigarettes par jour
- une consommation de drogue : cannabis une fois par mois ou plus
- une situation socio-familiale défavorisée : patientes vivant seules ou en couple non cohabitant, isolées, peu entourées par leurs proches, subissant des contraintes ou des violences de leur partenaire
- avec des enfants
- déclarant avoir une contraception notamment la pilule pour cette grossesse.

En 2007, l'étude DREES retrouvait un âge moyen au moment de la première IVG de 26,6 ans, de 28,8 ans pour la seconde, et de 30,2 ans au delà de deux [22]. Notre étude retrouvait majoritairement des patientes âgées de 25 à 29 ans.

Notre étude n'a pas pu analyser tous les critères cités plus haut du fait de son caractère rétrospectif et de l'absence de ces diverses données dans le dossier. Elle avait cependant certaines similitudes dans les caractéristiques mais également quelques résultats différents ; on constatait par exemple une proportion de patientes ayant une activité professionnelle supérieure (60%).

- Profil contraceptif

Notre étude retrouvait 45% des patientes sans contraception; le rapport de la DRESS 2007 [20], lui, 36%. Cette absence de contraception s'expliquait de différentes manières selon les patientes [23] : elles ne pensaient pas pouvoir être enceintes (27,5%), d'autres n'avaient pas prévu d'avoir un rapport sexuel à ce moment-là (17%) ; d'autres encore (19%) rapportaient avoir rencontré des problèmes avec leurs méthodes de contraception dans le passé tandis que 15% indiquaient qu'elles n'avaient pas de partenaire régulier à ce moment-là. Dans le cadre de notre étude rétrospective, ces différents motifs n'ont pas pu être relevés.

Il ne faut pas négliger le taux d'IVG sous contraception, soit 55% dans notre étude contre 70% dans la littérature française [20-23], contre 46% aux États unis et 54% au Danemark [24-25]. D'après l'étude de Moreau [23], 2/3 des IVG correspondaient à un échec de contraception.

Nous avons souligné que 60% des patientes sous pilule déclaraient avoir des problèmes d'observance. Selon l'étude de Moreau [23], 92% des utilisatrices de pilule avaient oublié au moins une fois leur comprimé ou avaient temporairement arrêté de la prendre, et 84% des utilisatrices de préservatifs attribuaient leur grossesse à un déchirement du préservatif.

On enregistre que 2% des IVG correspondaient à un échec des méthodes à longue durée d'action (DIU, anneau), taux identique dans la littérature [23].

Comme nous l'avons constaté dans nos résultats, nous avons une patiente de 41 ans avec une méthode de contraception définitive par méthode ESSURE réalisée en 2013. Un contrôle à 3 mois par hystérosalpingographie avait été prescrit devant des douleurs en post-opératoire mais finalement non réalisé. Elle est tombée enceinte de nouveau et bénéficiait d'une IVG (la 2ème) en décembre 2016. Un mois plus tard, au cours d'une coelioscopie pour pose de clips, le chirurgien s'est aperçu que l'implant de l'ESSURE avait perforé la corne utérine droite.

L'étude de la littérature du Dr HENGY [18] montrait que :

- les femmes avaient une bonne information sur la contraception. La mauvaise utilisation de celle-ci était probablement en rapport avec une ambivalence du désir d'enfant.
- les femmes, qui avaient recours aux IVG itératives, utilisaient autant, voire plus fréquemment, une contraception avant l'IVG. Cependant, les oublis semblaient plus fréquents et la contraception était inadaptée. Généralement, la contraception par voie orale était proposée en post-IVG et elles n'étaient pas informées de la possibilité de la pose d'un DIU ou d'un implant progestatif.
- il n'apparaît pas dans les études que les femmes considéraient l'IVG comme un moyen de contraception.

Ces données de la littérature sont assez anciennes. L'implant ou le DIU sont de plus en plus proposés et sont sûrement un moyen de pallier aux répétitions d'IVG. Sur nos 43 patientes ayant une contraception post IVG, 40% des patientes avaient eu la pose de l'implant le jour de l'IVG et 18% avaient eu un DIU à la consultation post-IVG ou à distance. Ces moyens sont de plus en plus connus et acceptés par la population. En effet, d'après l'étude de la Santé publique, « *Baromètre 2016 : la contraception* » [5], après le débat sur la pilule en 2012, on a constaté une baisse globale de l'utilisation des pilules contraceptives et un report vers le DIU et le préservatif. La thèse du Dr Mayenc [26] montrait un maintien du DIU à 6 mois de la pose de 75,8% et de 57,4% à 1 an. Concernant l'implant, on observait un maintien de 88,9% à 6 mois et de 66,7% à 1 an.

L'IVG doit être un moment clé pour aborder la contraception. Certaines patientes (18,7%) déclaraient ne pas avoir reçu d'information sur la contraception et 23% repartaient sans prescription contraceptive après l'IVG [23].

Cela met en lumière une difficulté de la communication « soignant-soigné ». En effet, plusieurs études [18-23] montraient une discordance entre la déclaration des femmes et celles des professionnels qui les ont pris en charge. Parmi les femmes qui considéraient ne pas avoir reçu d'information sur la contraception, 95% des soignants (médecins ou sages-femmes) ont indiqué le contraire [23]. Certaines femmes n'utilisaient pas la méthode qui leur a été prescrite ou l'abandonnait rapidement [26-27].

Nous comptabilisions 11% des patientes en cours de changement contraceptif. D'après la thèse du Dr ARNAUD Aude, sur « le parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES » [28], 20,3% des patientes avaient eu un changement de contraception dans les 6 mois précédents l'IVG.

- Consultation post-IVG

Dans les textes de l'HAS, la consultation de contrôle post-IVG est recommandée et indiquée comme une étape essentielle de la prise en charge d'une IVG. Elle doit être prévue entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après la procédure et fait partie du forfait IVG remboursé à 100% par la Sécurité Sociale [29].

Notre étude retrouvait un taux d'inobservance à la consultation post-IVG de 72%. Nous avons un biais d'information concernant ce chiffre. Nous n'avons pas contacté les patientes pour savoir si elles avaient effectué cette consultation auprès d'un autre professionnel de santé. Pour rappel, 59% de nos patientes n'avaient pas de suivi gynécologique avant l'IVG.

Aucun travail ne s'est intéressé à la consultation post-IVG répétée. Deux études américaines étudiant la pose de DIU après des IVG, avaient des taux d'absence respectivement de 40% [30] et de 69% [31]. Une étude portugaise, réalisée en 2014 au centre hospitalier et universitaire de Lisbonne, travaillant sur la pose d'implant post-IVG, retrouvait des chiffres similaires avec 59,7% d'absence [32]. Plus récemment, des thèses de médecine en France sur le sujet de l'inobservance de la consultation post-IVG médicamenteuse notaient des taux d'absence allant de 15,9% [33] à 37,5%

[34]. Une autre thèse ayant étudié le devenir des contraceptions à longue durée d'action suite à des IVG instrumentales dans un CPEF aquitain, révélait environ 50% d'absence à la visite de contrôle [26].

Réaliser une IVG répétée est-il un facteur de cet absentéisme ? Réaliser une IVG chirurgicale est-il également un facteur de cet absentéisme ?

Le mémoire de PARES Julie [35] a étudié ces caractéristiques. Elle met en évidence que les patientes n'ayant jamais subi d'IVG reviennent significativement plus à la consultation de contrôle. 74% des femmes qui n'ont pas d'antécédent d'IVG se rendent à la consultation contre 59% des femmes qui ont au moins un antécédent d'IVG. Les femmes ayant un antécédent d'IVG ont 1,93 fois plus de risque de ne pas venir que celles n'en ayant pas (IC95% [1,71 – 2,17] ; $p < 0,0001$). De plus, son étude révèle que les femmes ayant eu une IVG chirurgicale se rendent moins à la consultation post-IVG. 57,1% des femmes ayant eu une IVG chirurgicale se rendent à la consultation post-IVG contre 76,98% pour une IVG médicamenteuse. L'IVG médicamenteuse est significativement protectrice de se rendre à la consultation post-IVG (OR 0,4 ; IC 95% [0,36 – 0,46] ; $p < 0,0001$).

Notre taux d'inobservance était donc en parti expliqué par les caractéristiques de notre population.

Le Dr Alesi a mis en évidence différentes raisons de l'inobservance à la consultation post-IVG [36] :

- le vécu difficile de l'IVG
- la volonté de tourner la page
- les raisons pratiques : absentéisme au travail, la distance domicile/centre de soins
- une mauvaise expérience avec l'équipe soignante
- l'intérêt de la consultation post-IVG
- l'oubli du RDV

A la MSPB, la consultation post-IVG est évoquée lors de la consultation pré-IVG. Je ne suis pas allée dans le service de chirurgie pour voir comment se déroulait le post-opératoire. Sachant que ce post-opératoire était assuré par l'IDE, existait-il un biais dans la délivrance de l'information concernant l'importance de la consultation post-IVG? Le chirurgien gynéco-obstétricien était uniquement appelé si le retour post-op ne se déroulait pas correctement.

4.2- L'IVG répétée : envisager un renforcement de la consultation post-IVG

Afin de limiter le problème d'IVG répétée qui constitue un problème de santé publique majeur (plus d'1/3 des IVG sont des IVG répétées), un des objectifs principaux devrait être une diminution de l'inobservance de la consultation post-IVG.

En nous basant sur l'étude d'ALESI [36] qui a analysé le ressenti des patientes pour améliorer l'observance à cette consultation, différentes actions pourraient être mises en place :

- Renforcer la sensibilisation de l'intérêt de la consultation post-IVG des femmes lors de la consultation pré-IVG, par un comportement empathique et non jugeant, et par une information claire expliquant l'intérêt de cette consultation. L'intérêt de la consultation post-IVG doit être renouvelé au décours de l'acte, à l'aide d'une brochure par exemple en leur présentant cette consultation comme un moment plus favorable à la discussion tournée vers l'avenir.

- Fixer un RDV pour la consultation de contrôle dès la consultation pré-IVG, pour les patientes non suivies par un gynécologue. Les IDE du service de chirurgie ambulatoire pourraient s'assurer de la prise du RDV de contrôle et de le rappeler aux patientes.

- Rappeler automatiquement les patientes ne se présentant pas à la consultation post-IVG, par téléphone. La thèse de Kourio [33] retrouvait une baisse significative du nombre de perdues de vue en cas de relance téléphonique. Le dossier administratif devra être mis à jour dès la consultation pré-IVG par les secrétaires.

- Effectuer la consultation post-IVG par un autre professionnel de santé, hors du centre de l'IVG donc soit avec un généraliste, un gynécologue, une sage-femme qui les connaissent. Avec l'accord de la patiente, un courrier pourrait être adressé au spécialiste de son choix (médecin traitant ou le gynécologue habituel).

En post-IVG, certaines mesures pourraient être mises en place afin d'augmenter la présence d'une contraception :

- Insister sur le suivi gynécologique de prévention (frottis, contraception) qui peut être

assuré par son gynécologue, sa sage-femme ou son médecin traitant. Il est important de donner une information complète au sujet de la contraception (6% des IVG ont lieu dans le post-partum). Cela souligne l'importance de délivrer une information complète sur la contraception lors d'un temps dédié, et de prendre en compte le mode de vie, les préférences, et les freins matériels des patientes en situation de précarité, en consultation post-IVG.

- Laisser à la patiente le choix de sa contraception. En effet, dans plusieurs études [19-28-35], les patientes expriment le fait d'avoir «subi» le choix de leur contraception. Une contraception choisie et comprise sera toujours plus efficace qu'une contraception qui a été imposée.

- Renforcer la formation médicale des médecins généralistes sur la contraception.

- Renforcer la communication entre les établissements de santé et la médecine de ville. Le médecin généraliste peut jouer un rôle clé en s'assurant de la présence d'une contraception adaptée et pour une prise en charge psychologique.

L'association de différents intervenants dont le médecin généraliste pourrait amener à une diminution d'une partie de ces IVG répétées.

Conclusion

La répétition d'IVG est un réel phénomène de santé publique, 1/3 des IVG sont des IVG répétées. Notre étude montre que cette répétition d'IVG résulte de plusieurs facteurs plus ou moins associés chez certaines patientes. Une contraception inexistante ou inadaptée est l'un des premiers facteurs amenant à une répétition d'IVG. Les difficultés économiques et conjugales amènent ces patientes à l'IVG.

L'inobservance à la consultation post-IVG avoisine les 30% dans la plupart des études. Ce taux augmente lorsqu'on s'intéresse aux IVG chirurgicales, chez des patientes avec au moins un antécédent d'IVG, soit 70%.

Ce taux pourrait diminuer si l'observance à cette consultation de contrôle augmentait afin de trouver une contraception adaptée.

Différentes perspectives d'évolution pourraient être mise en place :

- Renforcer l'information et les explications sur la consultation post-IVG auprès des patientes, dès la demande d'IVG et tout au long du parcours de soin. Un rendez-vous pour cette consultation de contrôle devrait être fixé avec la patiente dès la consultation pré-IVG et les IDE du service de chirurgie s'assureraient et rappelleraient aux patientes ce RDV.
- Le rappel automatique des patientes ne se présentant pas à la consultation post-IVG.
- Renforcer la communication entre les établissements de santé et la médecine de ville. Le médecin généraliste peut jouer un rôle clé soit en s'assurant de la présence d'une contraception adaptée, soit en instaurant une contraception ou en s'assurant d'un suivi gynécologique et d'une bonne observance de la contraception.

Bibliographie

- 1- Mazuy M, Toulemon L, Baril E. *Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété*, Population et Sociétés, 2015 ; 518.
- 2- Vilan A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2015*, Etudes et Résultats, DRESS, juin 2016 ; 968.
- 3- Bajos N, Ferrand M, et al. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans*, Population et Sociétés, décembre 2004 ; 407.
- 4- Mazuy M., Toulemon L., Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours, *Population*, INED, 2014 ; n°69, 3.
- 5- Santé publique France. *Baromètre Santé 2016- Contraception*. Septembre 2017. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Les-Francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-Barometre-sante-2016> Consulté le 03 Octobre 2018
- 6- ANAES, INPES et AFSSAPS, *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, 2001, Paris. Services de recommandations et références professionnelles.
- 7- Lelong N, Moreau C, Kaminski M et l'équipe COCON. *Prise en charge de l'IVG en France: résultats de l'enquête COCON*, J Gynecol Obstet Biol Reprod , 2005 ; 34 (cahier 1) : 53-61.
- 8- Merg-Essadi D, Araujo-Attali L, Nisand I. *Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse*. EMC- Gynécologie 2016 ; 11(3):1-15 [Article 738-B-80]
- 9- *Loi du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse*, Journal Officiel du 18 janvier 1975, France..
- 10- *Loi du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financements de cette mesure*, Journal Officiel du 31 décembre 1982, France.
- 11- *Loi du 4 juillet 2001 dite loi Aubry-Guigou relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, Journal Officiel du 4 juillet 2001, France.
- 12- *Loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé*, Journal Officiel du 27 janvier 2016, France

- 13- Haute Autorité de Santé, *Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé*, mars 2016.
- 14- Trignol-Viguié N. *Interruption Volontaire de grossesse*. La Rev du Prat. 2014 Sep;64:1001–6.
- 15- Touraine M, Valls M. Décret n°2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la recherche humaine. Journal officiel de la République Française. [En ligne]. http://www.dm-experts.fr/wp-content/uploads/2016/11/2016-11-17_Decret_application_loi_Jarde.pdf. Consulté le 03 Octobre 2018
- 16- INSEE- *Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles*. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>. Consulté le 03 Octobre 2018
- 17- HAS, Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – Avril 2013. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf Consulté le 03 Octobre 2018
- 18- Hengy G. *Revue de la littérature systématiques sur les IVG : comprendre la répétition* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] Toulouse III : Paul Sabatier ; Mai 2015.
- 19- Lafaysse M. *Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux : Université Victor Segalen ; Juin 2010.
- 20- Vilain A, *Les interruptions volontaires de grossesse en 2007*. Etudes et Résultats, DRESS, Décembre 2009 ; 713.
- 21- Opatowski M et al. *Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG- Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014*. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2017 ; 45 : 22-27
- 22-Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France:des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2013;61(4):291-8.
- 23- Moreau C, Bajos N, Desfrères J. *Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG*, *Revue française des affaires sociales*, 2011 ; 1 : 148-161.

- 24- Jones R.K., Darroch J.E., Henshaw S.K. *Contraceptive use among US women having abortions in 2000-2001*. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2002 ; 34: 294-303.
- 25- Jones R.K., Kost K., *Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: An analysis of the 2002 National Survey of Family Growth*. Stud Fam Plann, 2007 ; 38: 187-97.
- 26- Mayenc M. *Devenir et tolérance à 6 mois des contraceptions de longue durée d'action posées au cours d'une IVG chirurgicale (2013-2015) au CPEF de Bayonne*. [Thèse pour le Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux. 2016. Université Victor Segalen.
- 27- Schunmann C., Glasier A. *Specialist contraceptive counseling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: A randomized trial*. Human Reproduction, 2006 ; 21: 2296-303.
- 28- Arnaud A. *Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux : Université Victor Segalen ; Octobre 2014.
- 29- ANCIC. Le forfait IVG. 2016. Disponible sur www.avortementancic.net Consulté le 03 Octobre 2018
- 30- Goodman S, Hendlish SK, and Al. *Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion*. Contraception. Août 2008;78(2):143-8.
- 31- Fox MC, Oat-Judge J, and Al. *Immediate placement of intrauterine devices after first and second trimester pregnancy termination*. Contraception. Janv 2011;83(1):34-40.
- 32- Barros Pereira I, Carvalho RM, and Al. *Intra-abortion contraception with etonogestrel subdermal implant*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Fev 2015 ;185 :33-5.
- 33- Kourio A. *Analyse de pratique de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du réseau REIV en région Midi-Pyrénées* [Thèse pour le Doctorat de Médecin Générale], Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2016.
- 34- Auvara C. *Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale], Nice: Université Sophia Antipolis, 2013.

35- PARES J. *Consultation post-IVG : Profil des femmes inobservantes* [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-femme] Université de Limoges ; Août 2017

36-ALESI M. *Comprendre l'absence à la consultation post-IVG : Etude qualitative auprès des femmes concernées en Aquitaine* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux : Université Victor Segalen ; Juin 2017

ANNEXES

Annexe 1 : Les grandes dates du droit à l'avortement en France

En 1975, Simone Veil faisait adopter par l'Assemblée sa loi dépénalisant l'avortement en France. Près de quarante ans plus tard, le texte continue de connaître des modifications visant à renforcer ce droit. Retour sur l'histoire du droit à l'IVG. [8]

1810: Le Code civil (Napoléon) instaure le crime d'avortement. Les femmes ayant volontairement mis fin à leur grossesse risquent la prison, ainsi que ceux les ayant aidées dans la démarche. Les médecins et les pharmaciens qui auraient participé à un avortement sont passibles de travaux forcés.

1920 : L'avortement est interdit. La contraception est passible d'une amende, voire d'une peine de prison. Toute information diffusée sur le sujet peut également aboutir à une pénalité. Le gouvernement espère ainsi augmenter le taux de natalité, au détriment de la condition féminine.

Décembre 1967: L'Assemblée vote la loi Neuwirth autorisant la contraception.

1970 : La naissance du MLF (Mouvement de Libération des Femmes), réclame la législation de l'avortement et le droit d'accéder librement à la contraception.

1971 : L'opinion publique se mobilise avec la publication dans le *Nouvel Observateur* du «Manifeste des 343 salopes». 343 femmes y déclarent avoir avorté, parmi lesquelles, des personnalités du monde des lettres et du spectacle, telles que Simone de Beauvoir, Marguerite Duras, Françoise Sagan ou bien encore Catherine Deneuve.

Octobre-novembre 1972: Le procès de Bobigny défraie la chronique. Marie-Claire, qui a avorté à 16 ans après un viol, est poursuivie, ainsi que sa mère et trois femmes qui l'avaient aidée. Défendue par l'avocate Gisèle Halimi, la jeune fille est acquittée. La libération de la jeune femme apparaît comme un grand pas en avant pour ce combat mené depuis des années par les féministes.

17 janvier 1975: L'Assemblée nationale adopte la loi dite Veil, après des débats houleux. La loi permet de légaliser et d'encadrer l'avortement. L'IVG peut être pratiquée par un médecin à la demande de la femme enceinte, avant la fin de la 12 semaine d'aménorrhée. La loi est votée à titre provisoire pour une période de 5 ans. Elle sera reconduite le 31 décembre 1979.[9]

1er Janvier 1980 : La loi est définitivement adoptée

Décembre 1982: La loi Roudy prévoit le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale, à hauteur de 70% [10].

1990: L'IVG médicamenteuse est autorisée en milieu hospitalier.

Janvier 1993: Le délit d'entrave à l'IVG est créé par la loi Neiertz. Le fait de tenter d'empêcher une IVG, en perturbant l'accès aux établissements de santé ou en menaçant les femmes souhaitant avorter ou le personnel médical, est passible de deux ans de prison et 30.000 euros d'amende.

Avril 1999: La pilule dite «du lendemain» est en vente libre dans les pharmacies. Elle sera délivrée gratuitement aux mineures à partir de 2002.

Juillet 2001: Le délai légal pour avorter est allongé de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. Les mineures acquièrent le droit d'avorter sans autorisation parentale – elles doivent toutefois être accompagnées par un adulte référent [11].

2004: L'IVG médicamenteuse (l'utilisation du RU 486 (Mifégyne)) est autorisée en médecine de ville jusqu'à 7 SA.

Mars 2013: L'IVG est remboursée à 100% pour toutes les femmes. La contraception devient gratuite pour les filles de 15 à 18 ans.

Janvier 2014: L'Assemblée nationale vote en première lecture un article supprimant la notion de détresse pour une femme voulant avorter. Le texte doit être maintenant adopté au Sénat

27 Janvier 2016 : Suppression du délai de réflexion obligatoire (les 7 jours) dans le cadre des demandes d'avortement [12]

29 Septembre 2016 : Le Sénat repousse l'amendement visant à élargir le délit d'entrave à l'IVG à certains sites internet

Annexe 2 : Le dossier médical de la MSPB pour les IVG chirurgicales

IVG chirurgicale

Page 1 sur 4

 Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1967	Version 2 Mars 2015	FICHE D'ADMISSION MEDICALE IVG Chirurgicale	ENR/DIM/029	Page 1 sur 2
--	------------------------	--	-------------	-----------------

ETIQUETTE PATIENT

A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN DE CONSULTATION

VERSION ELECTRONIQUE
VALIDEE

DATE DE CONSULTATION : 30/08/2018

FICHE D'ADMISSION MEDICALE AVANT HOSPITALISATION POUR IVG CHIRURGICALE

Nom de naissance : - Nom usuel : - Prénom : -

Date de naissance : - Médecin effectuant la consultation pré-IVG : -

Objet de l'Hospitalisation : Chirurgie **Mode :** Ambulatoire

Date d'entrée et d'intervention : -

CONSIGNES

Installation prévue : Gynéco **Risque hémorragique estimé :** ☐ Important ☐ Faible

Durée opératoire prévue : - **Transmissions :** -

EVALUATION CLINIQUE INITIALE - CONSULTATION PRE IVG

CONTRACEPTION		DDR	-
Antérieure	-	Dosage BHCG	-
Envisagée	-	DGe	-
ECHO du	-		
SA du	-	SA le jour de l'intervention	-

ANTECEDENTS

Groupe sanguin : -

GYNECOLOGIQUES		OBSTETRIQUES	
		G : -	P : -
		FCS : -	Année IVG antérieure : -
		IVG chir : -	IVG méd : -
MEDICAUX		CHIRURGICAUX	
Allergie	-	Risque infectieux	☐ Hépatite
Tabac	-		☐ VIH
Alcool	-		☐ BMR
Autres toxiques	-		☐ Autres : -

CONCLUSION EXAMEN CLINIQUE

SIGNATURE DU MEDECIN :

INFORMATION DONNEE : ☐ OUI ☐ NON

DECISION ET CONSENTEMENT : ☐ Certain ☐ Incertain

Dossier patient (ex F2-3)

TSVP

☐

le:///C:/Users/s.centredesante/AppData/Local/Temp/519/HDTemp/HDhtml5538EB9... 30/08/2018

 Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1857	Version 2 Mars 2015	FICHE D'ADMISSION MEDICALE IVG Chirurgicale	ENR/DIM/029	Page 2 sur 2
--	------------------------	--	-------------	-----------------

RISQUE INFECTIEUX

EVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE ATNC (AGENT TRANSMISSIBLE NON CONVENTIONNEL)

PARTIE I INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE		PARTIE II TYPE D'INTERVENTION CHIRURGICALE	
☐ 1 Patient suspect ou atteint : présence, d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission, d'au moins un signe clinique neurologique (myoclonies, troubles visuels, troubles cérébelleux, troubles pyramidaux, troubles extrapyramidaux, ataxie, chorée, dystonie, symptômes sensitifs douloureux persistants, épilepsie, mutisme akinétique) associé à des troubles intellectuels (ralentissement psychomoteur, démence) ou psychiatriques (dépression, anxiété, apathie, comportement de retrait, délire) et après élimination de toute autre cause. Le diagnostic ne peut être confirmé que sur les résultats d'un examen neuropathologique.		☐ 4 Actes invasifs réalisés en neurochirurgie (à l'exclusion du rachis) ☐ 5 Actes invasifs réalisés en ophtalmologie chirurgicale touchant la rétine ou le nerf optique ☐ 6 Actes invasifs réalisés en chirurgie ORL touchant la muqueuse olfactive ☐ 7 Actes invasifs chirurgicaux avec contact , biopsie ou curage d'un ganglion, contact, biopsie ou exérèse d'une formation lymphoïde organisée, les intubations ou utilisations de masque laryngé, les endoscopies ou échographies réalisées via le carrefour aérodigestif ou par voie rectale ☐ 8 Autres actes invasifs chirurgicaux	
☐ 2 Patient cliniquement ni suspect ni atteint : patient sans caractéristique particulière et patient présentant des facteurs de risque individuel d'EST : antécédents de traitement par hormone de croissance d'origine humaine, antécédents de greffe de dure-mère d'origine humaine ou antécédents, dans la famille génétique, d'un cas d'EST liée à une mutation codant la protéine prion.			
PARTIE III DECISION ET CHOIX D'UNE PROCEDURE			
COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE	Acte invasif à risque ATNC 4 5 6	Acte invasif à risque ATNC 7	Autre acte invasif 8
Patient suspect ou atteint 1	☐	☐	☐
Patient ni atteint ni suspect 2	☐	☐	☐

Si le choix se situe dans une case grisée, les DM devront subir une inactivation ATNC ± une séquestration.
 Si l'acte est maintenu, le praticien AVERTIRA IMPERATIVEMENT l'équipe du bloc et lui transmettra une copie de ce questionnaire par fax (3423).

RISQUE BMR (BACTERIE MULTI-RESISTANTE AUX ANTIBIOTIQUES) : ☐ OUI ☐ NON

	PATIENTS A RISQUE DE TRANSMISSION	CONDUITE A TENIR
RISQUE DE TRANSMISSION ERG (entérocoque résistant aux glycopeptides)	☐ Patient ayant séjourné dans un service de réanimation ou SSR dans l'année qui précède	Pour les patients à risque, une hospitalisation initiale en chambre seule systématique est prévue avec mise en oeuvre immédiate des précautions complémentaires contacts ainsi qu'un dépistage de portage digestif (écouvillonnage rectal ou coproculture).
RISQUE DE TRANSMISSION EPC (entérobactérie productrice de carbapénémase)	☐ Patient ayant séjourné dans un établissement de santé hors du territoire français* dans l'année qui précède ☐ Patient transféré d'un établissement de santé hors du territoire français* * Le territoire français inclut les DOM-TOM	Les précautions complémentaires contacts sont levées si le résultat du dépistage est négatif.
RISQUE DE TRANSMISSION AUTRE BMR (SAMR, ABRI, ...)	☐ Patient ayant présenté dans l'année qui précède une infection et/ou une colonisation à BMR	Pour les patients à risque de SAMR, procéder à un dépistage systématique à l'entrée (écouvillonnage nasal).

DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN : 30/08/2018

 Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1867	Version 2 Mars 2015	FICHE DE PRISE EN CHARGE IVG CHIRURGICALE	ENR/DIM/032	Page 1 sur 1
--	--	--	----------------------------	---------------------------------

ETIQUETTE PATIENT

COMPTE RENDU D'INTERVENTION

NOM OPERATEUR : -

DATE : -

Hystéromètre	-
Dilatation	-
Quantité recueillie	-
Observations	-

Injection IMMUNO-GLOBULINE ANTI D en SSPI (Cf. prescriptions péri opératoires) ☐ Oui ☐ Non

SIGNATURE DE L'OPERATEUR :

☐ RV de consultation de contrôle donné : -

CONSULTATION POST-OPERATOIRE

NOM MEDECIN : -

DATE : -

EXAMEN : -

CONTRACEPTION : -

SIGNATURE DU MEDECIN :

file:///C:/Users/s.centredesante/AppData/Local/Temp/519/HDTemp/HDhtml5538EB9... 30/08/2018

Annexe 3 : Ordonnance de sortie

Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle
Centre de Santé Bagatelle
203 route de Toulouse
BP 50048 - 33401 Talence
Tél : 05 57 12 40 32- Fax : 05 57 12 34 30
Numéro Finess : 330781394

Le

Mme

* DAILY GE à commencer le soir de l'intervention	1 plaquette
* PARACETAMOL 1g 1g 4 fois/jour pendant 48h.	1 boîte
* IBUPROFENE 400 1cp 2 à 3fois/jour maximum pendant 3 jours si le paracétamol est inefficace	1 boîte

Annexe 4 : Bulletin statistique d'IVG



N° 42842*03
Ce modèle Cerfa a cours également en 3164

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Cachet de l'établissement

**BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

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

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

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

Département Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 975	Lieu de l'acte médical Hôpital ou clinique 1 Cabinet de gynécologie 2 Cabinet de généraliste ou autre 3 Centre de planification ou d'éducation familiale .. 4 Centre de santé 5	Statut de l'établissement ST avec lequel le praticien a convenu ou a eu son duplex à émettre l'acte. Ne concerne que les items 1, 2 et 3 du lieu de l'acte médical Public 1 Privé à but non lucratif 2 Privé à but lucratif 3
--	---	---

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

Date de naissance DATNAI

mois année

Département ou lieu de naissance LNAB

(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 975, DOM (ex-TOM) = 986, étranger: Europe = EUR; Magreb = ARK; Autres pays d'Afrique = AFR; Asie = AS; Autres pays = AUT)

Département ou lieu de domicile DOM

Activité professionnelle

Cocher une case ACT

Occupe un emploi 1

Actuellement au chômage 2

Femme au foyer 3

Étudiante ou élève 4

Autre 5

Vié en couple 1 2 VEG

Oui Non

Cachet et signature du médecin

C. DONNÉES MÉDICALES

Date de l'acte médical DA

jour mois année

Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale
Selon date de prise de la MIFEPRESTONE

Durée d'aménorrhée DSAS DSAJ

semaines jours

S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?

C'est-à-dire avec l'intention légale de deux médecins (art. L. 2212-4)

Oui 1 IMG

Non 2

Technique employée

Cocher une ou plusieurs cases

Chirurgicale avec anesthésie locale TOL

Chirurgicale avec anesthésie générale TCG

Médicamenteuse TM

Nombre de naissances antérieures GA

Nombre d'IVG antérieures MGA ANG

0 première IVG codée 00

Année de l'IVG précédente ANG

Serment d'Hippocrate

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.

Résumé

Profil des patientes avec un ou plusieurs antécédents d'IVG ayant eu recours à une IVG chirurgicale à la Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle, en 2016.

Introduction : Le taux d'IVG connaît depuis les années 2000 une certaine stabilité résultant de deux mouvements opposés : d'une part, la proportion de femmes ayant recours à l'IVG diminue et d'autre part, la répétition d'IVG augmente.

Objectif : Cette étude a pour objectif d'établir le profil des patientes ayant eu recours à plusieurs IVG, afin de proposer des pistes pour diminuer ce taux.

Matériel et méthode : Étude descriptive, observationnelle, monocentrique, épidémiologique, rétrospective, réalisée au centre de santé de la MSPB à Talence, chez des patientes avec un ou plusieurs antécédents d'IVG, ayant recours à une IVG chirurgicale, sur l'année 2016.

Résultats : 121 patientes ont été incluses ; 36% des IVG chirurgicales étaient des IVG répétées. La patiente était en général âgée de 25 à 29 ans, avec au moins un enfant, fumeuse, sans suivi gynécologique, professionnellement active. Ces femmes étaient plus à risque de répéter les IVG par une absence de contraception (45%) ou une inobservance de la pilule (20%). 72% des patientes n'ont pas eu de consultation post-IVG, alors qu'elle permet de vérifier l'absence de complications, et est un moment clé pour la contraception.

Conclusion : Dans ce contexte d'augmentation des IVG répétées, il est indispensable de conserver et d'optimiser la consultation post-IVG. C'est le moment idéal pour définir une contraception adaptée.

Mots clés : IVG répétées, IVG chirurgicale, consultation post-IVG.

Abstract

Patients' profile with prior history of one or more induced abortion, who underwent surgical abortions in Bordeaux-Bagatelle in 2016.

Introduction : Since the 2000s, the rate of abortion has been stable due to two opposing movements : on the one hand, the proportion of women undergoing abortions is decreasing and, on the other hand, the number of repeat abortion is increasing.

Objectif : This study aims to establish the profile of patients who have undergone several abortions, to suggest ways to reduce this rate.

Matériel et méthode : Descriptive, observational, monocentric, epidemiological, retrospective study, conducted at the MSPB health center in Talence, of patients with a medical history of one or more abortions, using surgical abortion, in 2016.

Résultats : 121 patients were included ; 36% of surgical abortions were repeat abortions. The typical patient undergoing a repeat abortion was 25 to 29 years old, with at least one child, a smoker, without gynecological care, professionally active. These women were at higher risk for repeating IVGs due to lack of contraception (45%) or non-compliance with the pill (20%). 72% of patients did not have post-abortion consultation, which help rule out complications and is a key moment for contraception.

Conclusion : In this context of increasing repeated abortion, it is essential to maintain and optimize post-abortion consultation. This is the perfect time to define appropriate contraception.

Keywords : repeat abortion, surgical abortion, post-abortion consultation

DISCIPLINE : Médecine générale
Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales
146 rue Léo Saignat
33076 BORDEAUX