COORDINATION GENERALE DES INSTITUTS DE FORMATION

ÉCOLE D'INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES DIPLOMÉ(E)S D'ÉTAT

Evaluation de la prise en charge des IVG chirurgicales A partir de la nouvelle loi du 2 Mars 2022

Etat des lieux au CHU de Poitiers

Par

Marcel KEITA

Sous la direction de

Docteur Antoine SIMONET

Médecin Anesthésiste Réanimateur – CHU de Poitiers

Monsieur Axel ASSELIN

Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État – CHU de Poitiers

Septembre 2024

UE 7 : MEMOIRE PROFESSIONNEL
En vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier anesthésiste

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine

La Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Nouvelle-Aquitaine délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du sport et de l'animation.
Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.
C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je soussigné KEITA Marcel

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et de m'y être conformé.

et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Poitiers, Le 05 Juillet 2024, Suivi de la signature.



Article 2 :
« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[1].

Article 3 :
Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :
Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation.
En application du Code de l'éducation[2] et du Code pénal[3], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

[1] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf
[2] Article L. 331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».
[3] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Antoine SIMONET pour avoir accepté de suivre ce travail, pour son encadrement avisé, son professionnalisme et sa disponibilité.

A Monsieur Axel ASSELIN pour son soutien, ses encouragements, ses qualités pédagogiques, son implication et son aide plus que précieuse.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Ecole d'infirmier(e)s anesthésistes diplômé(e)s d'État, Mesdames Valérie HAUET et Sandra CHAIGNE, Messieurs Laurent GUIGNARD et Alain CHARRE. A l'ensemble de l'équipe d'anesthésie du CHU de Poitiers pour la qualité de son encadrement et de son enseignement, ainsi que de sa bienveillance durant ma formation.

A mes parents pour leur soutien inconditionnel, leurs encouragements, leur écoute et leur grande patience durant ces deux années.

A ma compagne et à mes enfants pour leur aide inestimable, leur profonde gentillesse, leur abnégation, leur altruisme et leur tendresse.

A mes amis, pour leur joie de vivre, leurs sourires et leur soutien.

A mes collègues de promotion pour les bons moments partagés.

GLOSSAIRE

AG	Anesthésie Générale
AL	Anesthésie Locale
ALR	Anesthésie Locorégionale
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANCIC	Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
ASA	American Society of Anesthesiologists
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIU	Dispositif Intra Utérin
DPO	Douleur Post Opératoire
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EN	Echelle Numérique
EVA	Echelle Visuelle Analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
IMC	Indice de Masse Corporelle
IVD	Intraveineuse Directe
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
NAD	Noradrénaline
NVPO	Nausées Vomissements Post Opératoires
RAI	Recherche d'Agglutinines Irrégulières
REVHO	Réseau Entre Ville et Hôpital d'Orthogénie
SA	Semaine d'Aménorrhée
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SG	Semaine de Grossesse
SSPI	Salle de Surveillance Post Interventionnelle
UCA	Unité de Chirurgie Ambulatoire
VAS	Voies Aériennes Supérieures
<	Inférieur
>	Supérieur
≤	Inférieur ou égal
≥	Supérieur ou égal

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

I. RAPPELS 2

1. Cadre législatif 2

2. Méthodes pour l'IVG 2

2.1. Méthode médicamenteuse 2

2.2. Méthode chirurgicale 3

2.3. Démarches obligatoires 4

3. Epidémiologie des IVG en France 5

4. Morbidité/Mortalité des IVG en France 5

5. Coût et prise en charge des IVG en France 6

6. Vécu des IVG 7

II. ETUDE 8

1. Type d'étude 8

2. Objectif de l'étude 8

3. Matériel et méthode 8

3.1. Critères d'inclusion 8

3.2. Critères de non inclusion 8

3.3. Traitement et recueil des données 8

3.4. Protocole d'anesthésie pour les IVG chirurgicaux au CHU de Poitiers 9

3.5. Méthode 10

3.6. Outils statistiques 10

III. RESULTATS ET ANALYSES 11

1. Caractéristiques de la population étudiée 11

1.1. Caractéristiques pré opératoires de la population étudiée 11

1.2. Caractéristiques per opératoires de la population étudiée 13

1.3. Caractéristiques post opératoires de la population étudiée 16

2. Analyses univariées selon le terme 18

2.1. Protocole anesthésique et gestion des VAS 18

2.2. Médicaments vasopresseurs et Acide tranexamique (Exacyl®) 19

3. Analyses univariées comparant les groupes IVG précoces (<14SA) et IVG tardives (≥14SA) 21

IV. DISCUSSION 23

1. Rationnel de l'étude 23

2. Commentaire général 23

3. Réflexions sur l'allongement du délai légal des IVG 24
3.1. Loi du 2 Mars 2022 et clause de conscience 24
3.2. Parcours de soins des patientes 25
4. L'étude 25
4.1. Données démographiques de la population étudiée 25
4.2. Gestion anesthésique / gestion des VAS 26
4.3. Saignement et gestion hémodynamique 27
4.4. Douleur pré, per et post opératoire 27
4.5. Gestion des NVPO 27
4.6. Durée d'intervention / Syntocinon / Contraception 28
4.7. Durée de séjour en SSPI/ Orientation post opératoire 28
5. Gestion chirurgicale et sécurité du geste opératoire 29
V. LIMITES DE L'ETUDE 30
VI. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES 31
CONCLUSION 32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 33
ANNEXES 35

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 :	Diagramme d'inclusion des patientes	11
Figure 2 :	Effectif total de la population étudiée par tranche d'âge	12
Figure 3 :	Répartition des tranches d'âge en fonction des groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA)	13
Figure 4 :	Répartition des saignements per opératoire selon le terme (SA	16
Figure 5 :	Répartition des EN en SSPI en fonction du terme (SA)	17
Figure 6 :	Gestion des VAS en fonction du terme (SA)	18
Figure 7 :	Utilisation de la noradrénaline en fonction du terme (SA)	19
Figure 8 :	Remplissage vasculaire per opératoire	20
Figure 9 :	Saignement per opératoire	20

Tableau I :	Caractéristiques démographiques de la population	12
Tableau II :	Protocole anesthésique	14
Tableau III :	Gestion de la douleur pré et per opératoire	15
Tableau IV :	Durée d'intervention / Syntocinon / Pose de DIU ou implant	15
Tableau V :	Saignement per opératoire et gestion hémodynamique	16
Tableau VI :	Gestion de la douleur en SSPI	17
Tableau VII :	Gestion des NVPO en SSPI	17
Tableau VIII :	Orientation post opératoire / Durée de séjour / Ambulatoire / Hospitalisation	18
Tableau IX :	Gestion anesthésique	18
Tableau X :	Médicaments vasopresseurs et Exacyl®	19
Tableau XI :	Saignement et remplissage vasculaire per opératoire	20
Tableau XII :	Douleur et NVPO en SSPI	20
Tableau XIII :	Durée intervention / durée de séjour en SSPI	21
Tableau XIV :	Protocole anesthésique et gestion des VAS selon les groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA)	21
Tableau XV :	Saignement et remplissage vasculaire selon les groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA)	22
Tableau XVI :	Médicaments vasopresseurs / Exacyl® / Syntocinon selon les groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA	22
Tableau XVII :	Douleur et NVPO en SSPI selon les groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA)	22
Tableau XVIII :	Durée intervention / durée de séjour en SSPI selon les groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA)	23

« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse, pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devez rester vigilantes votre vie durant ».

Simone de BEAUVOIR
« Le deuxième sexe »

INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) consiste à arrêter volontairement la grossesse dans un cadre légal, réglementé, et plusieurs étapes doivent être respectées. Elle peut être médicamenteuse ou chirurgicale. En France, l'IVG est accessible à toute femme, mineure ou majeure, en situation de détresse du fait de sa grossesse.

Face à l'IVG, les professionnels de santé ne doivent avoir ni prise de position, ni jugement de valeur, avec comme objectif simple et unique une meilleure prise en charge des patientes.

L'IVG chirurgicale réalisée sous anesthésie, soit générale (AG), soit locorégionale (ALR) soit locale (AL), est un acte réalisé en ambulatoire. La réussite de la prise en charge de ces patientes, est un défi collectif, relevé par toute une équipe, pour lequel l'anesthésiste prend une part importante. L'objectif est d'anticiper les douleurs post opératoires (DPO) et les nausées vomissements post opératoires (NVPO). Dans les deux cas, il y a un inconfort et une insatisfaction des patientes.

En 2022**, 234 300 IVG** ont été enregistrées en France, dont 218 400 concernant les femmes résidant en France métropolitaine. La méthode médicamenteuse représente 78% de l'ensemble des IVG réalisées, contre 22% pour la méthode chirurgicale [1].

La loi du 2 Mars 2022 renforce le droit à l'avortement, apportant plusieurs modifications, dont l'allongement du délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, et l'autorisation des sage-femmes à pratiquer des IVG instrumentales en établissement de santé.

Il a paru intéressant d'en observer les conséquences cliniques au CHU de Poitiers.

I. RAPPELS

1. Cadre législatif

Depuis la loi « Veil » du 17 janvier 1975, l'avortement est dépénalisé, c'est-à-dire plus sanctionné par la loi.

Ce droit constitue une avancée majeure en faveur du droit des femmes à disposer de leur corps et à maitriser leur fécondité. C'est également un progrès de santé publique, en permettant aux femmes d'accéder à l'interruption volontaire de grossesse (IGV) dans des conditions encadrées et sécurisées.

Depuis 1975, des lois successives ont permis d'améliorer et d'élargir la prise en charge de l'avortement. Ces mesures garantissent l'accompagnement de l'Etat dans cette démarche, pour que les femmes :

- Bénéficient de bonne condition d'avortement, pour protéger leur santé
- Aient accès à l'IVG de manière anonyme et gratuitement.

Le droit d'avorter, et à pratiquer l'avortement, est garanti par la loi et désormais, ce droit est inscrit dans la constitution. Une chronologie de l'accès à la contraception et à l'IVG est disponible en Annexe I.

2. Méthodes pour l'IVG

La méthode d'interruption volontaire de grossesse est choisie par la patiente en fonction du terme de la grossesse. L'IVG peut être réalisée selon deux méthodes distinctes : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale.

2.1. Méthode médicamenteuse

La grossesse est interrompue en utilisant une combinaison d'un anti-progestatif (Mifegyne® 200mg) et de prostaglandines (Misoprostol® 400µg ou 800µg). Cette méthode permet d'abord de mettre fin à la grossesse, puis favorise l'expulsion ultérieure de l'embryon.

Elle peut être réalisée jusqu'à la fin de la 9ème semaine d'aménorrhée (SA) (Annexe II).

Entre la 7e et la 9e SA, le risque d'échec associé à cette méthode est plus élevé, atteignant environ 4 à 5% [2][3]. Au-delà de la 10e SA, la technique médicale n'est plus préconisée, il est recommandé d'opter pour une IVG chirurgicale [2][3][4].

L'IVG médicamenteuse se déroule :

- Soit en cabinet de ville auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en centre de santé ou en centre de planification et d'éducation familiale
- Soit en téléconsultation : les médecins et les sage-femmes peuvent proposer la téléconsultation pour réaliser certaines ou l'ensemble des consultations prévues dans le parcours d'IVG médicamenteuse. Lorsque la prescription de médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG par voie médicamenteuse est effectuée lors de la téléconsultation, le médecin ou la sage-femme établit une ordonnance et la transmet directement à la pharmacie choisie par la patiente. Les médicaments son délivres gratuitement et de manière anonyme à la patiente. Une consultation entre 15 jours et 3 semaines est programmée pour vérifier que le que le taux de beta-HCG est bas
- Soit en établissement de santé (hôpital ou cliniques).

2.2. Méthode chirurgicale

Elle est possible du début de grossesse jusqu'à 16 SA. Elle ne peut être réalisée qu'en établissement de santé (hôpital ou clinique) ou en centre de santé.

L'IVG chirurgicale requiert une anesthésie, qui peut être locale à travers un bloc para cervical, locorégionale ou générale. La patiente est amenée à prendre sa décision après que le médecin ou la sage-femme lui a présenté les avantages et les inconvénients des deux options. Cette procédure implique l'évacuation du contenu utérin par aspiration, dans des conditions rigoureuses d'asepsie, après dilatation progressive du col de l'utérus [4].

Une préparation cervicale préalable est nécessaire, comprenant :

- L'administration de 200 mg de Mifépristone (Mifegyne®) par voie orale 24 à 48 heures avant l'intervention.
- L'utilisation de 400 µg de Misoprostol (Cytotec®) si l'IVG est prévue entre 12 et 14 SA ou 800µg de Misoprostol si l'IVG est prévue entre 14 et 16 SA, soit par voie orale, soit par voie intravaginale, 1 heure avant l'intervention (Annexe II, Annexe III).

L'opérateur effectue l'aspiration du contenu utérin à l'aide d'une canule appropriée en fonction de l'âge de la grossesse, et à la fin de l'intervention, la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) est réalisée si la femme en a exprimé ce souhait (Annexe II, Annexe III).

2.3. Démarches obligatoires

Deux consultations médicales préalables sont obligatoires avant l'IVG. Il est possible de consulter directement un médecin autre que son médecin traitant. L'accès à un gynécologue est libre, sans passer par son médecin traitant [5].

A la première consultation, la femme choisit le médecin qu'elle souhaite consulter.
Au cours de cette consultation :
- Elle formule sa demande d'IVG
- Le médecin luis informe des différentes méthodes d'IVG et les éventuels risques
- Un entretien avec un psychologue est propose à toutes les femmes qui envisageant une IVG. Il est obligatoire pour les mineures non émancipées. Une autre consultation peut être prévue après l'IVG en cas de besoin.

A la deuxième consultation, elle confirme son choix d'IVG en signant un consentement éclairé. En cas de demande d'IVG par une jeune fille mineure, elle doit présenter l'attestation de la première consultation, l'attestation de consultation psycho-sociale, ainsi que le consentement signé de son père, de sa mère ou d'une personne majeure.
Un entretien pour recueillir les antécédents de la patient, la date des dernières règles et l'échographie de datation est réalisée.
À la suite de cette consultation, le médecin explique les différentes méthodes possibles en fonction de l'âge de la grossesse. Il aborde aussi la question de la contraception, planifie deux autres rendez-vous pour une IVG médicamenteuse, afin de permettre la prise des médicaments abortifs. Pour une IVG chirurgicale, une consultation préanesthésique est programmée si une AG a été choisie plutôt qu'une AL [5].

Quelle que soit la méthode :
- En cas de groupe sanguin Rh négatif, la femme recevra une injection de gammaglobulines anti-D afin de prévenir les complications liées à la compatibilité sanguine lors de futures grossesses.
- Il est important d'initier une contraception dès la réalisation de l'IVG.

- Un rendez-vous post IVG, entre 15 jours et 3 semaines est planifier après l'intervention pour confirmer l'interruption de la grossesse et détecter d'éventuelles complication.
- Une consultation psycho-sociale est systématiquement proposée après l'IVG (Annexe III).

3. Epidémiologie des IVG en France

En 2022, 234 300 IVG ont été enregistrées en France. Après la nette baisse liée à la pandémie de Covid-19 en 2020 et 2021, le nombre d'IVG a augmenté en 2022 avec le plus haut niveau depuis 1990 (16,2 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans). Cette augmentation s'observe autant en France métropolitaine (15,7‰) que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (30,7‰) [1].

La baisse du nombre d'IVG en secteur hospitalier se poursuit (144 600 IVG) tandis que la progression hors établissement s'accélère (89 600 en 2022 en comptant les IVG par téléconsultation et les IVG instrumentales en centre de Santé). Ainsi, 38% du total des IVG sont réalisés hors secteur hospitalier, avec d'importantes variations régionales [1].

La méthode médicamenteuse représente 78% de l'ensemble des IVG (contre 68% en 2019 et 31% en 2000). Elle se pratique dans 51% des cas en établissement, en cabinet libéral dans 44% des cas, et en centre de Santé et centre de Santé sexuelle (ex centre de planification et d'éducation familiale) dans 5% des cas [1].

L'avortement clandestin est resté significatif jusqu'en 1995 où il a commencé à régresser. Ce n'est qu'en 2003 qu'il a disparu des statistiques officielles [1].

4. Morbidité/Mortalité des IVG en France

Actuellement, le taux de mortalité lié aux IVG est d'environ trois décès pour un million d'interventions, alors qu'on comptait un décès par jour lié à l'avortement en 1960 et de deux par mois avant la loi Veil de 1975 [2] [3].

L'IVG chirurgicale comporte des risques de déchirure du col de l'utérus (< 1%) et de perforation utérine (1 à 4 ‰). Le pourcentage de ces complications est d'autant plus faible que l'âge gestationnel est précoce et l'opérateur entrainé. L'anesthésie générale est associée à un risque de complications anesthésiques plus élevé que l'anesthésie locale [4] [6].

D’autres complications peuvent être associées aux deux techniques [6] :

- l’infection (5 à 6% IVG médicamenteuse ; 1 à 2% pour l’IVG chirurgicale)
- l’hémorragie (1,5‰)
- la rétention ovulaire (2,3‰ IVG chirurgicale et 1,4‰ IVG médicamenteuse).

5. Coût et prise en charge des IVG en France

L'IVG est prise en charge **à 100 % par l'Assurance Maladie** dans le cadre d'un forfait.
Lorsqu’une femme demande que son IVG soit anonyme, cet anonymat est assuré par la prise en charge à 100% sans avance de frais et pas de décompte de remboursement lié à l’IVG envoyé à la patiente [5].
L’ensemble de ces dispositions sont applicables sur l’ensemble du territoire métropolitain, mais également en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon [5].
Le détail des tarifs, des forfaits et des prises en charge par méthode d’IVG :

Pour l’IVG médicamenteuse réalisée en ville (médecin libéral, sage-femme libérale, centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale), le **forfait fixé est de 183,57 €** (sans échographie) à **188,81 €** (avec **échographie**).
Ce forfait comprend : Les consultations médicales, les médicaments et l’éventuelle injection d’anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est négatif.

***L'IVG médicamenteuse en établissement de santé (hôpital, clinique*)** est remboursée par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un **tarif forfaitaire fixé à 282,91 euros**.
Ce tarif comprend : Les consultations médicales, les analyses biologiques et l’échographie préalable à l’IVG, les médicaments, l’éventuelle injection d’anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est négatif, l’analyse de contrôle biologique après l’IVG.

L'IVG instrumentale est remboursée par l'Assurance Maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire variable de **500,14 euros à 644,71 euros** en fonction de l'établissement de santé (hôpital ou clinique), du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée de l'hospitalisation [5].

Ce tarif comprend :

- La consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG, si celle-ci n'a pas été réalisée en ville
- Les analyses préalables à l'IVG
- L'anesthésie locale ou générale et la consultation pré anesthésique si besoin, l'acte d'IVG et la surveillance, l'accueil et l'hébergement
- La consultation médicale de contrôle, au cours de laquelle le médecin peut choisir de réaliser un contrôle par échographie [5].

6. Vécu des IVG

Vivre une IVG, que ce soit de manière médicamenteuse ou chirurgicale, est une épreuve qui peut engendrer des douleurs psychologiques variables en fonction du contexte. Pour certaines femmes, cette expérience est vécue comme un soulagement, pour d'autre c'est une souffrance, et parfois l'ambivalence de ces deux émotions associées. Les composantes de cette douleur psychologique, incluent d'une part l'acceptation de la prise de décision seule et le regard de la société, ce qui peut entraîner un conflit intérieur significatif. D'autre part, l'IVG représente une forme de perte, nécessitant un processus de deuil à entreprendre par la suite.

L'accompagnement, que ce soit de la part de l'entourage familial et amical, du médecin généraliste, du gynécologue, voire d'un psychologue, revêt une importance cruciale pour favoriser la cicatrisation de cet événement dans la vie d'une femme. Il est essentiel, de ni dramatiser, ni minimiser, ni banaliser cette épreuve, mais de reconnaître et de respecter la diversité des réactions émotionnelles des femmes. Compte tenu de l'importance de considérer ce vécu, il est primordial d'optimiser le parcours patient de ces femmes. Pour cela nous avons souhaité mener une étude, visant à établir un état des lieux de la prise en charge des IVG chirurgicales au CHU de Poitiers.

II. ETUDE

1. Type d'étude

L'étude a inclus des patientes majeures, opérées sous AG, ALR ou AL d'une IVG chirurgicale, au CHU de Poitiers, du 3 Mars 2022 au 3 Septembre 2023.
Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective.
Elle n'a pas nécessité d'autorisation auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP). Une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été faite au préalable (Annexe IV).

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal a été, de faire un état des lieux au CHU de Poitiers, de la prise en charge chirurgicale et anesthésique des IVG instrumentales, des patientes adultes, depuis la loi du 2 mars 2022 allongeant le délai légal de l'IVG de 14 à 16 SA.

3. Matériel et méthode

3.1. Critères d'inclusion

- Patientes majeures (≥ 18 ans)
- Patientes opérées en chirurgie programmée sous AG, ALR ou AL d'une IVG chirurgicale.

3.2. Critères de non inclusion

- Patientes mineures (< 18 ans)
- Reprise d'IVG pour complications.

3.3. Traitement et recueil des données

Pour cette étude rétrospective, toutes les données relevées ont été extraites des dossiers médicaux informatisés du logiciel d'anesthésie DIANE®, pour les interventions ayant eu lieu au bloc de gynécologie sur une période de 18 mois. Elles ont été anonymisées par ordre de récupération, puis enregistrées dans un tableur EXCEL® (Microsoft Corp, Office 2021, Windows 11 Version 23H2).

Les paramètres relevés ont été les suivants :

Période pré opératoire	Période per opératoire	Période post opératoire
- Age, poids, taille, indice de masse corporel (IMC), score ASA - Gestité (Nombre de grossesses) - Parité (Nombre d'accouchements) - Terme (SA) - Antécédents d'IVG.	- AG intubation, masque laryngé (ML) - ALR (Rachianesthésie) - AG+ALR - Morphiniques : type - Antalgiques : type - Prévention NVPO : type - Dispositif intra utérin (DIU) / implant associé à l'IVG - Saignement - Durée de l'intervention	- EN maximale en SSPI - EN maximale en SSPI >3 - EN maximale en SSPI ≤3 - Nombre d'antalgiques supplémentaires reçus en SSPI - Antalgiques reçus en SSPI : type - Morphine reçue en SSPI : oui / non, si oui posologie - NVPO en SSPI - Durée de séjour en SSPI.

3.4. Protocole d'anesthésie pour les IVG chirurgicaux au CHU de Poitiers

L'IVG est pratiquée en ambulatoire, sauf raison médicale. L'intervention est de courte durée (10 à 20 minutes).

Prémédication : elle est donnée dans le service clinique chirurgicale (UCA)

- Misoprolol 800 µg en sublingual 1 heure avant la chirurgie
- Nausées et vomissements : Setron (Setofilm®) 8mg en sublingual
- L'analgésie pré opératoire repose sur l'administration per os de six cent milligrammes de Kétoprofène
- Antibiothérapie : à adapter en fonction du résultat du prélèvement vaginal (Annexes II, Annexes III).

Anesthésie : Il n'existe pas de protocole d'anesthésie défini au bloc opératoire de gynécologie du CHU de Poitiers. Néanmoins l'attitude générale pour la période per opératoire est la suivante :

- Monitorage standard non invasif
- Positon gynécologique après induction
- Induction par propofol 2,5 à 3 mg/kg + sufentanil 0,1 à 0,15 µg /kg le plus souvent, et parfois alfentanil 10 à 20 µg/kg et dexaméthasone 4 à 8 mg
- Entretien de la narcose par un agent anesthésique halogéné : Sevoflurane ou Desflurane
- Ventilation par masque facial, masque laryngé (ML) ou une intubation orotrachéale (IOT)

- Injection intra veineuse lente (IVL) d'Ocytocine 5 UI, si besoin en cas de mauvaise rétraction utérine ou à la demande de l'opérateur et en fonction des saignements 5 à 10 UI en perfusion lente.

3.5. Méthode

Les données des patientes adultes, opérées d'une IVG sous AG, ALR ou AL quel que soit le terme de grossesse en semaine d'aménorrhée, ont été traitées dans un premier temps, simultanément. Elles ont été présentées sous forme de données descriptives.

Nous avons mené par la suite, des analyses univariées visant à comparer les patientes bénéficiant d'une IVG précoce (< 14 SA) à celles bénéficiant d'une IVG tardive (≥ 14 SA = toutes les patientes de plus de 14 SA + 6 jours).

3.6. Outils statistiques

Les données collectées ont été préalablement triées et classées à l'aide du logiciel EXCEL®, ce qui a permis leur analyse par un logiciel statistiques.

Les données descriptives ont été produites par le logiciel EXCEL®, l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel P value.io® (https://www.pvalue.io/fr/).

Pour **l'analyse univariée**, les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et l'écart interquartile, les variables qualitatives par leur effectif et leur pourcentage. Les comparaisons des variables ont été réalisées au moyen des test statistique de Anova, Kruskal-Wallis, Welch, Mann-Whitney, Chi2, Fisher en cas d'effectif insuffisant et le coefficient de corrélation de Pearson. Une valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme significative.

III. RESULTATS ET ANALYSES

1. Caractéristiques de la population étudiée

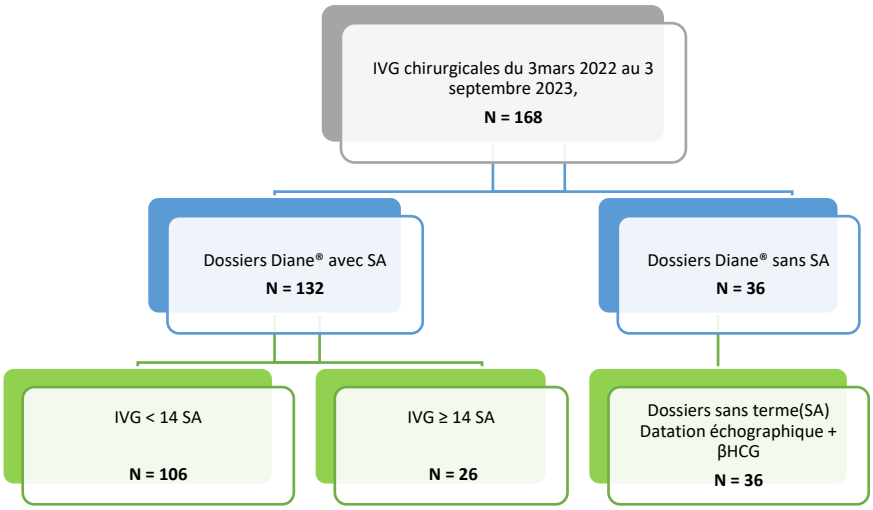


Figure 1 : diagramme d'inclusion des patientes

Durant la période prise en compte du 3 Mars 2023 au 3 Septembre 2023, 168 patientes ont été répertoriées, 36 (21%) dossiers n'ont pas permis de relever le terme (SA) dans le logiciel Diane®. Cependant, une datation par prise de sang et échographie a été réalisée par l'équipe du Centre de santé sexuel, consultable uniquement dans le dossier papier.

Au total, la population étudiée a été de 168 patientes, dont 106 (63%) pour le groupe < 14 SA (*IVG précoce*) et 26 (16%) pour le groupe ≥ 14 SA (*IVG tardive* = toutes les patientes de plus de 14SA +6 jours).

1.1. Caractéristiques pré opératoires de la population étudiée

Les caractéristiques pré opératoires de l'ensemble des patientes sont présentées dans le tableau I et les figures 2 et 3. Les données quantitatives sont exprimées en nombre et pourcentage dans les tableaux.

Tableau I : Données démographiques et cliniques

PARAMETRES		VALEURS
Nombre de patientes (n)		168
Age (ans)		28 (7) * ; [18-46] **
Poids (Kg)		65 (15) ; [42-117]
Taille (cm)		163 (5.6) ; [150-179]
IMC (Kg/m²)		27 (5.13) ; [20-30]
Gestité (nombre de grossesses)		2.9 (2) ; [1-11]
Parité (nombre d'accouchements)		1.9 (1.2) ; [1-7]
Terme (SA)		11.6 (2.1) ; [7-16]
ASA (%)	1	107 (64%)
	1U	2 (1%)
	2	58 (35%)
	3	1 (0,6%)
Antécédents IVG (%)		
	Oui	59 (35%)
	Non	109 (65%)
RAI (< 72 heures) (%)		
	Oui	105(62%)
	Non	63(38%)

*Moyenne et écart type ; ** minimale-maximal

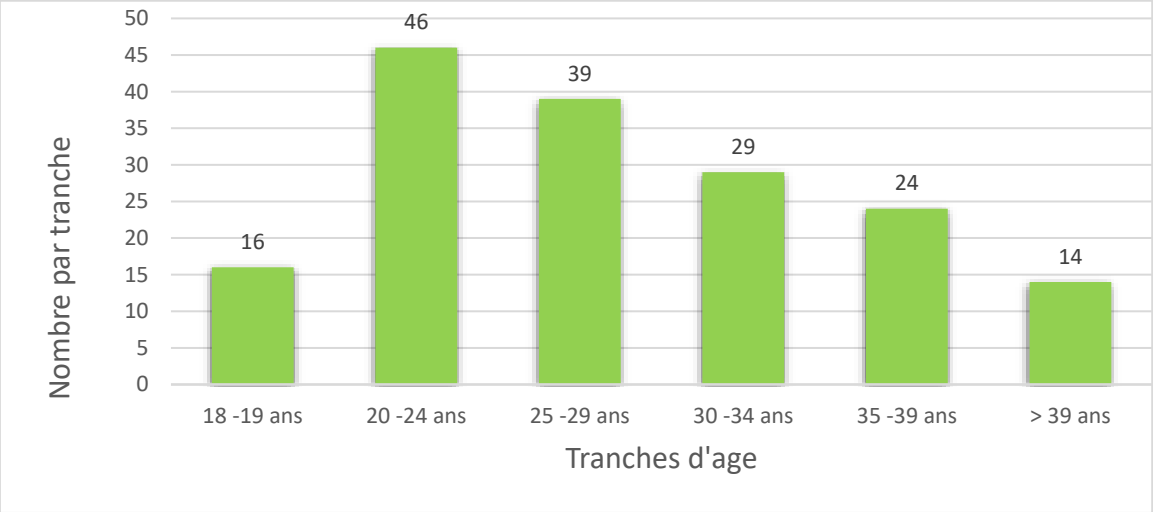


Figure 2 : Effectif total de la population étudiée par tranche d'âge

La majorité des IVG chirurgicales de l'étude, a concerné les tranches d'âge 20-29 ans (51%), suivies des 30-39 ans (32%). Les patientes de moins de 20 ans et de plus de 39 ans sont peu nombreuses avec une répartition homogène, respectivement de 9 et 8%.

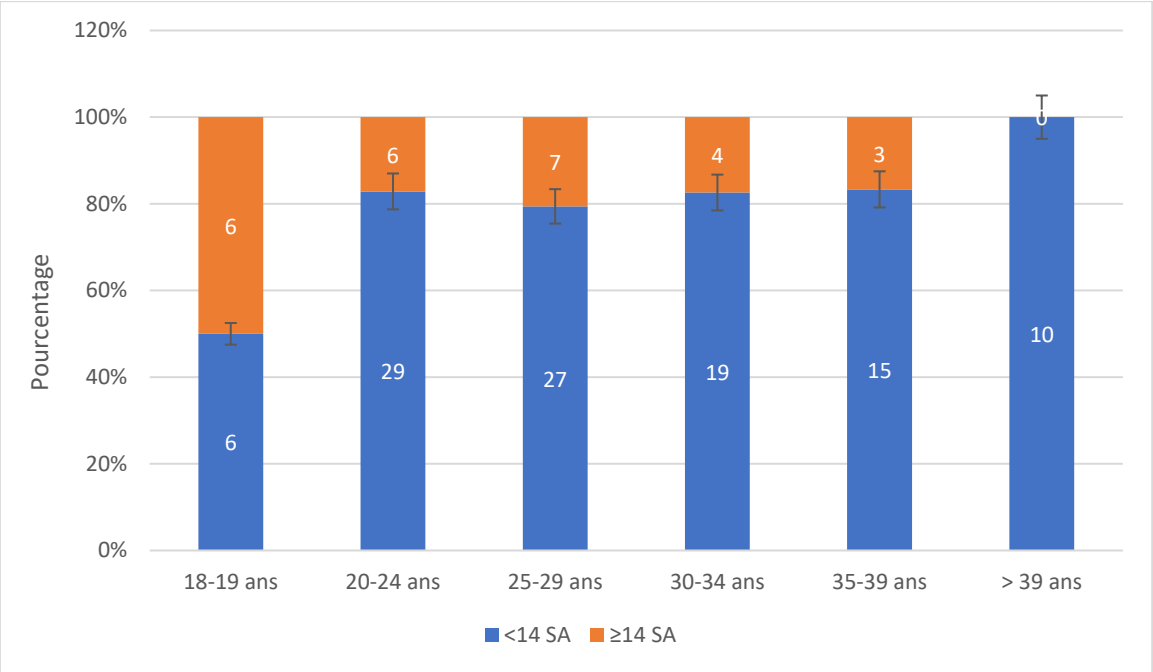


Figure 3 : Répartition des tranches d'âge en fonction des groupes IVG précoces (<14 SA) et IVG tardives (≥14 SA)

6 patientes sur 12 des 18-19 ans ont eu une IVG tardive, soit 50% de cette catégorie d'âge. Le ratio a été nettement plus bas dans les autres catégories d'âge. **Les IVG tardives concernent majoritairement les femmes les plus jeunes.**

1.2. Caractéristiques per opératoires de la population étudiée

Les caractéristiques per opératoires sont décrites dans les tableaux II, III, IV, V et la figure 4.

Tableau II : Protocole anesthésique

PARAMETRES	VALEURS
Protocole anesthésie (%)	
AG	141 (84%)
ALR	25(15%)
ALR + AG	2 (1%)
AG	n= 141
Intubation (%)	15 (11%)
Masque laryngé (%)	123(87%)
ML+IOT (%)	3 (2%)
ALR (Rachianesthésie)	n= 25
Clorotekal (%)	16 (64%)
Bupivacaïne (%)	9 (36%)
Morphinique (%)	n=143
Rémifentanil (%)	3 (3%)
Sufentanil (%)	140 (97%)
Hypnotique (%)	n= 143
Propofol	143 (100%)
Curares (%)	n= 11
Celocurine	2 (18%)
Rocuronium	7 (64%)
Tracrium	2 (18%)
Halogénés (%)	n=141
Sevoflurane	98 (70%)
Desflurane	43(30%)

Concernant le protocole anesthésique de l'étude :

La majorité des patientes ont eu une AG (84%) parmi elles 87% ont bénéficié de l'utilisation d'un masque laryngé (ML).

Le morphinique le plus utilisé a été le Sufentanil (97%).

L'hypnotique a été essentiellement le Propofol (100%) et le Sévoflurane, l'halogéné en agent d'entretien (70%).

Lorsqu'il y a eu intubation orotrachéale (IOT) (9%) le Rocuronium a été le curare le plus utilisé (64%).

L'anesthésie locorégionale (ALR) a été essentiellement la rachianesthésie faite avec davantage de Clorotekal comme anesthésique local (AL) (64%) que de Bupivacaine (36%).

Tableau III : Gestion de la douleur pré et per opératoire

PARAMETRES	VALEURS
Prémédication (%)	
Oui	129 (77%)
Non	39 (23%)
Paracétamol	72 (43%)
Profenid	53 (32%)
Ibuprofène	56 (33%)
Cimétidine	19 (11%)
Antalgiques per opératoire (%)	
Oui	108(64%)
Non	59(35%)
Paracétamol	98 (58%)
Profenid	33 (20%)
Acupan	18 (11%)
Topalgic	4 (2%)
Spasfon	104 (62%)

La gestion de la douleur pré opératoire : montre une analgésie préemptive à 77% avec du Paracétamol (43%) associé soit à de l'Ibuprofène (33%) soit à du Profénid (32%).

La prévention anti H2 : avec le Cimétidine n'a été faite que dans 11% des cas.

L'analgésie per opératoire : a été faite dans 64% des cas, avec majoritairement du Paracétamol (58%) et du Spasfon (62%).

Tableau IV : Durée d'intervention / Syntocinon / Pose de DIU ou implant

PARAMETRES	VALEURS
Durée d'intervention (min)	17 (14)* ; [2-128]**
Syntocinon (%)	
Oui	77 (46%)
Non	91 (54%)
Pose DIU / Implant per opératoire (%)	
Oui	88(52%)
Non	80(48%)

*Moyenne et écart type ; ** minimale- maximale

La durée d'intervention des IVG chirurgicales de l'étude est en moyenne de 17 minutes (min).

L'administration de Syntocinon : il n'a pas été nécessaire d'injecter du Syntocinon dans 54% des cas.

La pose d'un dispositif intra utérin (DIU) ou d'un implant a concerné la moitié de la population de l'étude (52%).

Tableau V : Saignement per opératoire et gestion hémodynamique

PARAMETRES	VALEURS
Saignement (ml)	324 (356)* ; [0-2700]**
Remplissage vasculaire (ml)	829 (516) ; [250-4500]
Hémorragie nécessitant une embolisation	1 (0,6%)
Hémorragie nécessitant une transfusion	1 (0,6%)
Traitements cardiogéniques	
Ephédrine	93 (55%)
Noradrénaline	12 (7%)
Atropine	3 (2%)
Exacyl®	14(8%)

*Moyenne et écart type ; **minimale-maximale

Le saignement per opératoire : a été en moyenne de 324 ml, le saignement maximal de 2700ml.
Le remplissage vasculaire : a été en moyenne de 830 ml, le remplissage maximal de 4500ml.
Le médicament vasopresseur majoritairement utilisé a été l'Ephédrine (55%). L'acide tranexamique (Exacyl®) a été peu utilisé (8%).

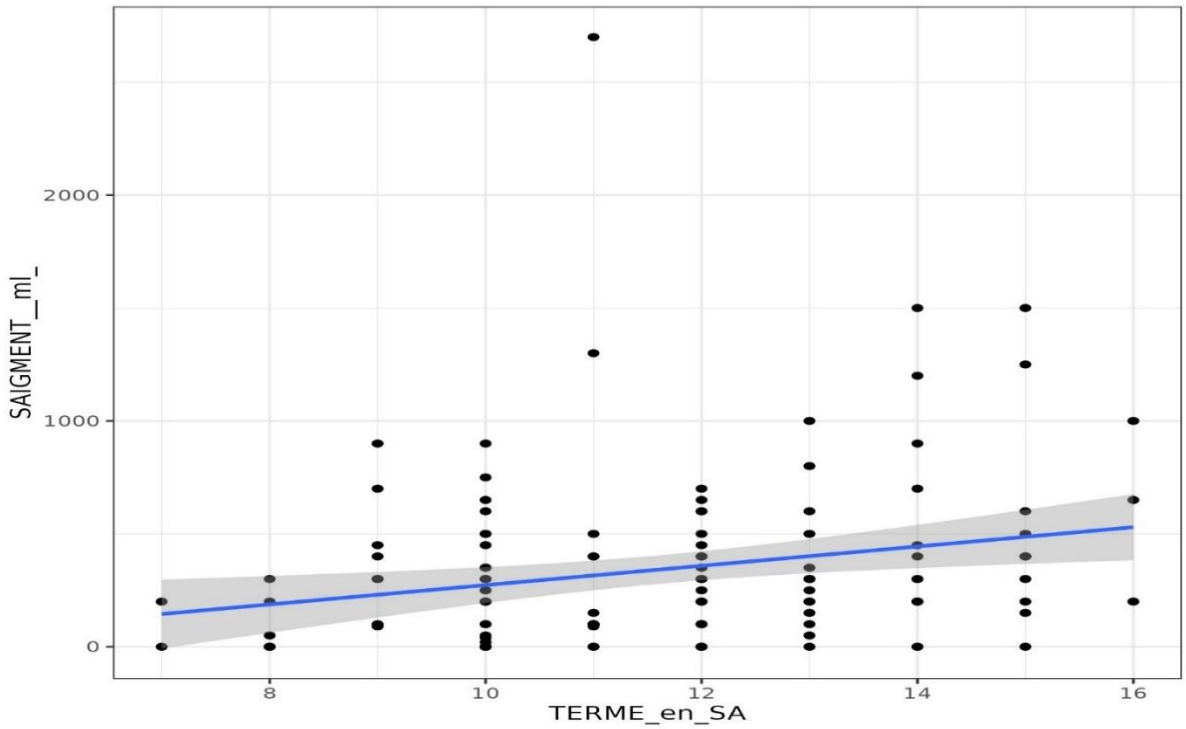


Figure 4 : Répartition des saignements per opératoire selon le terme (SA)

Le saignement est plus important au fur et à mesure que le terme en SA augmente.

1.3. Caractéristiques post opératoires de la population étudiée

Les caractéristiques post opératoires sont spécifiées dans les tableaux VI, VII, VIII et la figure 5.

Tableau VI : Gestion de la douleur en SSPI

PARAMETRES	VALEURS
Nécessité d'un antalgique en SSPI (%)	
Oui	10 (6%)
Non	158 (94%)
Antalgiques post opératoire	
Oui	10 (6%)
Non	158 (94%)
EN maximale en SSPI ≤ 3 (%)	158 (94%)
en SSPI > 3 (%)	10 (6%)

La Douleur post opératoire : 94% des patientes de l'étude n'ont pas nécessité d'antalgique en SSPI. L'échelle numérique ≤ 3 a été dominante (94%). Les patientes sont donc majoritairement peu douloureuses en post opératoire immédiat, d'autant plus que nous avons uniquement relevé la valeur de l'EN la plus élevée durant le séjour en SSPI.

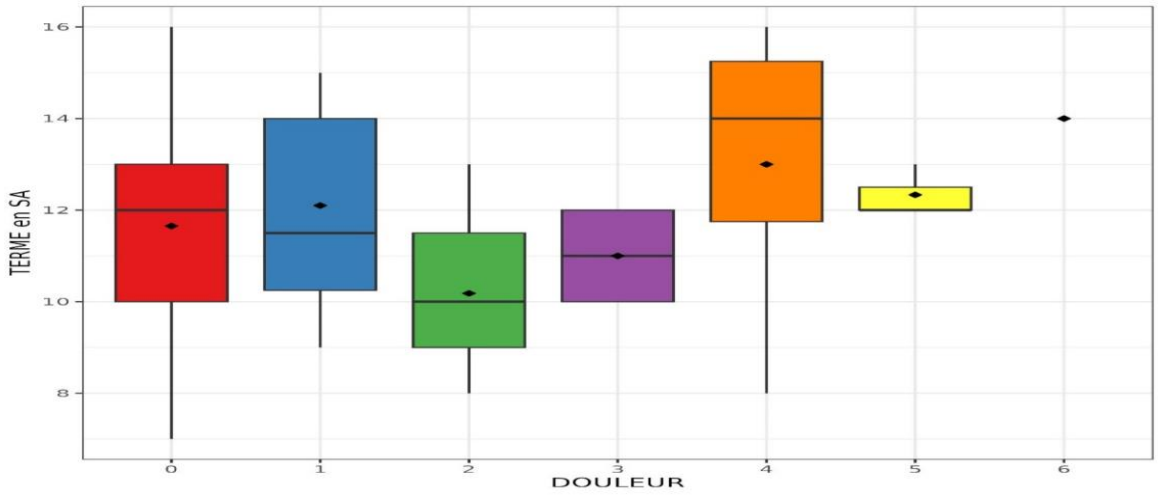


Figure 5 : Répartition des EN en SSPI en fonction du terme (SA)

La figure 5 montre la répartition des valeurs d'EN en SSPI en fonction du terme. Il n'a pas été retrouvé de relation entre la douleur post opératoire et le terme des patientes. Ces dernières sont majoritairement peu douloureuses.

Tableau VII : gestion des NVPO en SSPI

PARAMETRES	VALEURS
Prévention NVPO (%)	
Oui	126 (75%)
Non	42 (25%)
Dexaméthasone	116 (69%)
Droleptan	32 (19%)
Zophren	16 (10%)
NVPO en SSPI	
Zophren	10 (6%)

Les NVPO en SSPI ont été peu fréquentes (6%). La Dexaméthasone a été l'antiémétique de choix pour la prévention des NVPO (69%).

Tableau VIII : Orientation post opératoire (Durée de séjour/ Ambulatoire (J0) / Hospitalisation (J+1)

PARAMETRES	VALEURS
Durée de séjour en SSPI (min)	54 (51) ; [12-378]
Ambulatoire J0 (%)	163 (97%)
Hospitalisation J+1 (%)	5 (3%)

La durée de séjour en SSPI : a été en moyenne de 54 minutes. 97% des IVG ont été réalisées en ambulatoire, 3% ont nécessité une hospitalisation.

2. Analyses univariées selon le terme

Nous avons mené des analyses statistiques univariées selon le terme de la grossesse, afin de déterminer si ce dernier, avait une influence sur la prise en charge des patientes.

2.1. Protocole anesthésique et gestion des VAS

La gestion anesthésique et des VAS, sont représentées dans le tableau IX et la figure 6.

Tableau IX : Gestion anesthésique

PARAMETRES	N	MOYENNE (ECART-TYPE)	P	TEST
Protocole anesthésique	132			
AG	113	11.6 (2.10)	0.83	Anova
RA	17	11.5 (2.24)	-	-
RA+AG	2	12.5 (2.12)	-	-
Gestion des VAS	132			
ML	99	11.4 (1.98)	**<0.01**	Kruskal-Wallis
VS	18	11.4 (2.25)	-	-
IOT	12	13.1 (2.07)	-	-
ML+IOT	3	14.7(0.577)	-	-

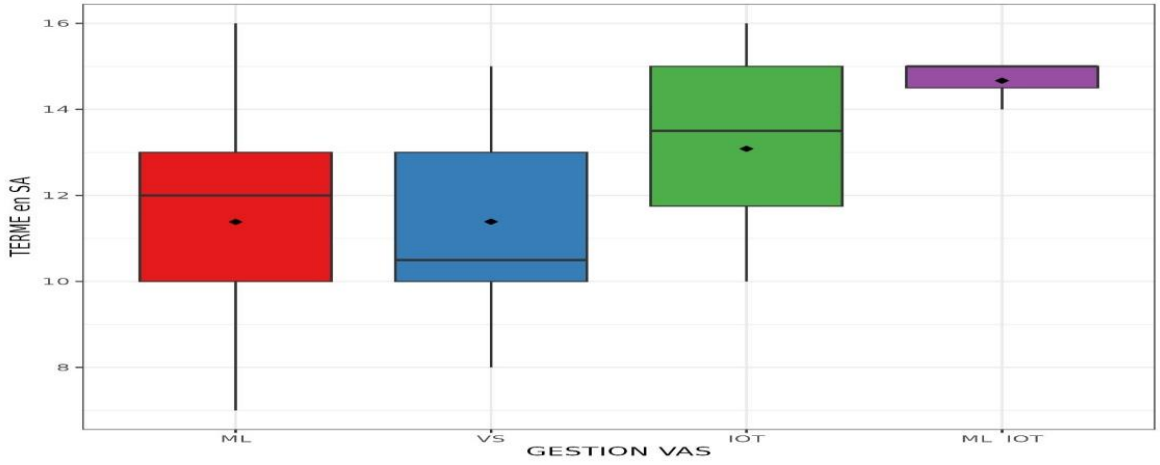


Figure 6 : Gestion des VAS

Les analyses statistiques montrent que plus le terme augmente, plus la gestion des VAS nécessite une intubation orotrachéale, ou bien l'association d'un masque laryngé puis d'une intubation orotrachéale, et cela surtout à partir de 12 SA.

2.2. Médicaments vasopresseurs et Acide tranexamique (Exacyl®)

L'utilisation des médicaments vasopresseurs et de l'Exacyl®, le saignement et le remplissage vasculaire apparaissent dans les tableaux X, XI et les figures 7,8, et 9.

Tableau X : Médicaments vasopresseurs et Exacyl®

PARAMETRES	N	MOYENNE (ECART-TYPE)	P	TEST
Médicaments vasopresseurs	132			
Atropine				
Oui	2	14.5 (2.83)	-	-
Non	130	116 (2.08)	0.44	Welch
Ephédrine				
Oui	76	11.9 (2.19)	0.099	Welch
Non	56	11.3 (1.94)	-	-
Noradrénaline				
Oui	10	13.1 (1.97)	-	
Non	122	11.5 (2.07)	**0.025**	Mann-Whitney
Exacyl®	132			
Oui	13	12.8 (2.19)	-	-
Non	119	11.5 (2.06)	**0.0492**	Welch

Bien que la Noradrénaline soit peu utilisée lors des IVG, les analyses statistiques univariées, montrent que son utilisation est corrélée au terme de la grossesse. Nous retrouvons des résultats similaires avec l'utilisation de l'Exacyl®.

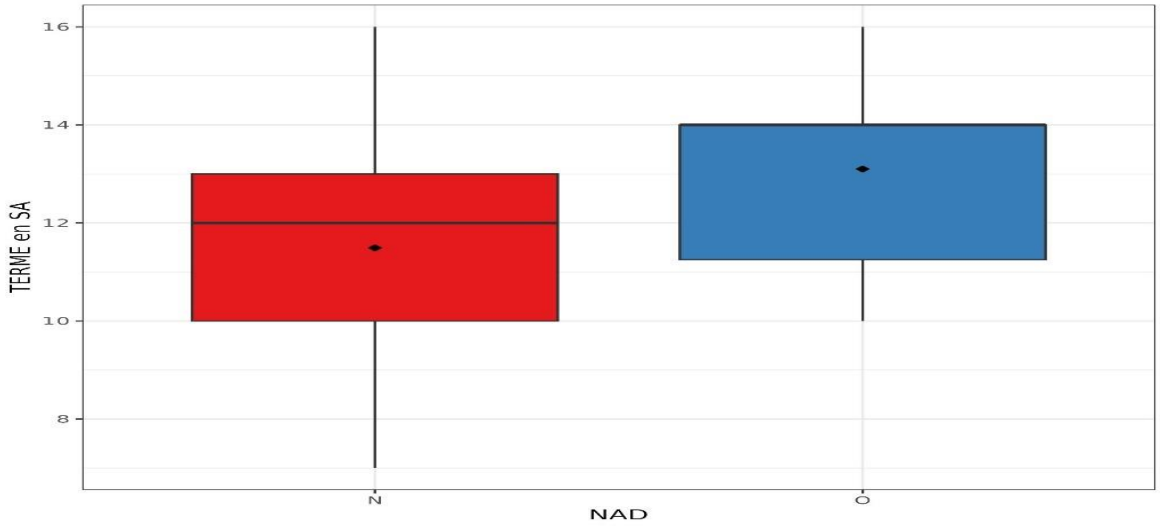


Figure 7 : Utilisation de la noradrénaline en fonction du terme (SA)

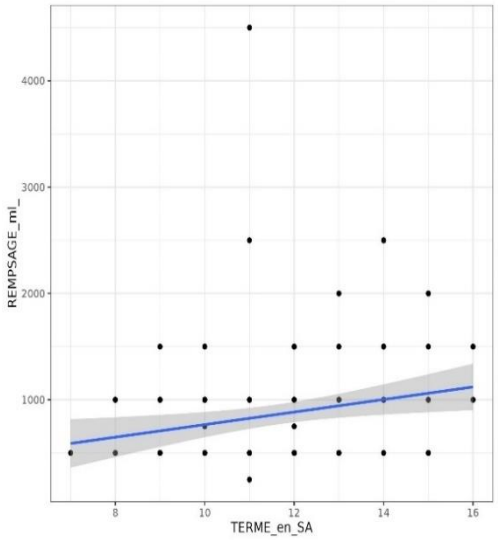


Figure 8 : Remplissage vasculaire per opératoire

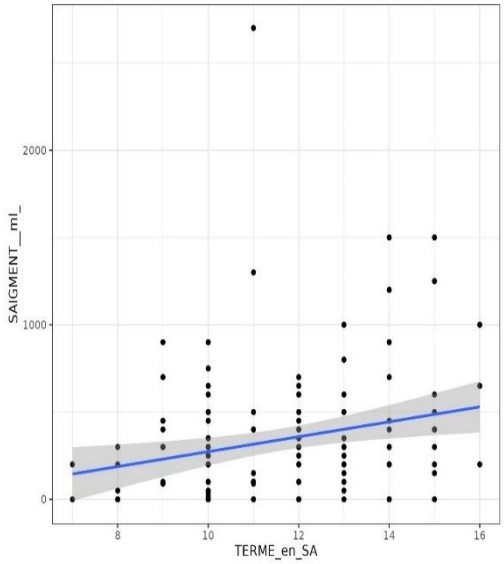


Figure 9 : Saignement per opératoire

Tableau XI : Saignement et remplissage vasculaire per opératoire

PARAMETRES	N	P	TEST	COEFFICIENT DE CORRELATION	IC (95%)
Saignement (ml)	132	**<0.01**	Pearson	0.239	[0.0713-0.394]
Remplissage (ml)	132	**0.01**	Pearson	0.223	[0.0540-0.379]

Les résultats précédents sur l'utilisation de la Noradrénaline et de l'Exacyl®, peuvent s'expliquer par une corrélation entre le terme et le saignement. Par conséquent, la quantité de remplissage vasculaire est également associée au terme.

La DPO, les NVPO en SSPI, les durées d'intervention et de séjour en SSPI sont présentées dans les tableaux XII et XIII.

Tableau XII : Douleur et NVPO en SSPI

PARAMETRES	N	MOYENNE (ECART-TYPE)	MINI-MAXI	MEDIANE INTERQUARTILE	P	TEST
Douleur (EN)	132					
Oui	8	12.9 (2.42)	; [8-16]	13 [12-14.2]	-	-
Non	124	11.5 (2.07)	; [7-16]	12 [10-13]	0.075	Mann-Whitney
Prévention NVPO	132					
Oui	105	11.7 (2.18)	; [7-16]	12[10-13]	0.53	Welch
Non	27	11.4 (1.80)	; [8-15]	12 [10-13]	-	-

Il n'y a pas ou peu de DPO. La prévention des NVPO a été faite pour la majorité des patientes.

Tableau XIII : Durée d'intervention / Durée de séjour en SSPI

PARAMETRES	N	p	TEST	COEFFICIENT DE CORRELATION	IC (95%)
Durée intervention (min)	132	0.096	Pearson	0.146	[-0.0258-0.309]
Durée séjour SSPI (min)	132	0.084	Pearson	0.151	[-0.0202-0.314]

Selon le terme, il n'a pas été retrouvé de corrélation concernant les douleurs post opératoires, les NVPO, la durée d'intervention, ainsi que la durée de séjour en SSPI.

3. Analyses univariées comparant les groupes IVG précoces (<14SA) et IVG tardives (≥14SA)

Les analyses univariées comparant le groupe < 14 SA et le groupe ≥ 14 SA montrent la gestion anesthésie et des VAS per opératoire dans le tableau XIV. Les saignements, le remplissage vasculaire, l'utilisation des médicaments vasopresseurs et de l'Exacyl® dans les tableaux XV et XVI. Enfin, la DPO, les NVPO en SSPI dans le tableau XVII. Les durées d'intervention et de séjour en SSPI apparaissent dans le tableau XVIII.

Les résultats sont similaires aux analyses univariées tous termes confondus sauf pour la durée d'intervention qui est légèrement plus élevée dans le groupe IVG tardive.

Tableau XIV : Protocole anesthésique et gestion des VAS per opératoire

PARAMETRES	IVG précoces (n=106)	IVG tardives (n=26)	N	P	TEST
Protocole anesthésique					
AG	92 (87%)	21 (81%)	113	0.4	Fisher
RA	13 (12%)	4 (15%)	17	-	-
RA+AG	1 (0.94)	1 (3.8)	2	-	-
Gestion des VAS					
ML	85 (80%)	14 (54%)	99	**<0.01**	Fisher
VS	14 (13%)	4 (15%)	18	-	-
IOT	7 (7%)	5 (19%)	12	-	-
ML+IOT	0 (0%)	3 (12%)	3	-	-

L'AG a été utilisée pour la majeure partie des patientes des 2 groupes. La rachianesthésie a été faite de façon homogène pour les deux groupes. L'IOT ou ML + IOT ont été plus importantes dans le groupe des IVG tardives.

Tableau XV : Saignement et remplissage vasculaire per opératoire

PARAMETRES	IVG précoces (n=106)	IVG tardives (n=26)	N	P	TEST
Saignements per opératoire (ml)[interquartiles]	250[100-400]	350[200-675]	132	**0.033**	Mann-Whitney
Remplissage vasculaire (ml)[interquartiles]	500[500-1000]	1000[625-1500]	132	**<0.001**	Mann-Whitney

Le saignement et le remplissage vasculaire ont été plus importants pour les IVG tardives. La différence entre les deux groupes a été en moyenne de 100ml pour le saignement et de 500 ml pour le remplissage vasculaire.

Tableau XVI : Médicaments vasopresseurs / Exacyl® /Syntocinon per opératoire

PARAMETRES	IVG précoces (n=106)	IVG tardives (n=26)	N	P	TEST
Ephédrine					
Oui	57 (54%)	19 (73%)	76	0.074	Chi²
Non	49 (46%)	7 (27%)	56	-	-
Noradrénaline					
Oui	5 (5%)	5 (19%)	10	-	-
Non	101 (95%)	21 (81%)	122	**0.025**	Fisher
Exacyl®					
Oui	7 (7%)	6 (23%)	13	-	-
Non	99 (93%)	20 (77%)	119	**0.021**	Fisher
Syntocinon					
Oui	45 (42%)	20 (77%)	65	-	-
Non	61 (58%)	6 (23%)	67	**<0.01**	Chi²

Il n'a pas été retrouvé de différence significative quant à l'utilisation de l'Ephédrine entre les groupes IVG précoces versus IVG tardives. En revanche le recours à la Noradrénaline a été plus répandu dans le groupe IVG tardives.

L'administration du Syntocinon a été plus fréquente pour les IVG tardives.

Tableau XVII : Douleur en SSPI et Prévention NVPO

PARAMETRES	IVG précoces (n=106)	IVG tardives (n=26)	N	P	TEST
Douleur en SSPI					
Oui	5 (5%)	3 (12%)	8	-	-
Non	101 (95%)	23(88%)	124	0.19	Fisher
Prévention NVPO					
Oui	82 (77%)	23(88%)	105	0.21	Chi²
Non	24 (23%)	3 (12%)	27	-	-

Les patientes des deux groupes ont reçu en majorité une prévention des NVPO. Il n'y a pas ou peu eu de DPO pour l'ensemble des patientes.

Tableau XVIII : Durée intervention / durée de séjour en SSPI

PARAMETRES	IVG précoces (n=106)	IVG tardives (n=26)	N	P	TEST
Durée intervention (min) Médiane[interquartiles]	13.5[9-20]	18.5[14-28]	132	**0.033**	Mann-Whitney
Durée séjour SSPI (min) Médiane[interquartiles]	39[30-50]	46[33-78]	132	0.14	Mann-Whitney

Les durées d'intervention ont été significativement plus longues lors des IVG tardives, alors que les durées de séjour en SSPI ont été similaires dans les deux groupes.

IV. DISCUSSION

1. Rationnel de l'étude

La législation française, a autorisé le 2 Mars 2022, l'allongement du délai légal de l'IVG, de 14 à 16 SA, dans la volonté de favoriser l'accessibilité à l'avortement pour toutes les femmes en France. De là, nous est venu l'idée de faire un état des lieux au CHU de Poitiers, de la prise en charge chirurgicale et anesthésique des IVG instrumentales, depuis cette loi.
La réalisation de notre étude, s'est faite du 3 Mars 2022 au 3 Septembre 2023, soit, sur 18 mois après la promulgation de la loi, ce qui laisse un faible recul, avec des difficultés de recherches bibliographiques, en raison du nombre restreint d'études menées sur les conséquences cliniques de l'allongement du délai légal du recours à l'IVG instrumentale.

2. Commentaire général

L'IVG, est une problématique de santé publique complexe, qui fait appel à des questionnements d'ordre personnel, éthique, philosophique, politique et religieux.

L'allongement du délai légal de l'IVG de 14 à 16 SA, a suscité des inquiétudes chez les gynécologues et obstétriciens en France, notamment sur le risque des complications liées à ce geste, des difficultés techniques et organisationnelles, et sur le profil des femmes demandant une IVG tardive.

A ce jour, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés savantes sont en attente. Néanmoins, concernant le geste chirurgical, le Réseau entre la ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO), a mis à disposition, en ligne, un protocole actualisé et des recommandations à destination des professionnels de santé (Annexe V).

Concernant l'anesthésie, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) n'a pas encore réactualisé ses recommandations, depuis la loi du 2 Mars 2022. Les anesthésistes se réfèrent aux recommandations de la SFAR et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de Mars 2001[4].

3. Réflexions sur l'allongement du délai légal des IVG

3.1. Loi du 2 Mars 2022 et clause de conscience

L'IVG a été légalisée par la loi Veil de 1975. Cette loi a introduit une close de conscience spécifique à l'IVG dans notre législation. Cela représentait une concession faite aux parlementaire opposés à la légalisation de l'IVG à cette époque.

Si la clause de conscience, ne figure pas dans la loi, le Conseil Constitutionnel, l'a rattachée à la liberté de conscience, or celle-ci est constitutionnelle (Conseil Constitutionnel 23 Novembre 1977), la clause de conscience a donc valeur constitutionnelle. Cette clause protège une liberté, sans entraver la liberté des autres. Un médecin ou une sage-femme peut refuser de pratiquer une IVG, mais doit : « *informer sans délai l'intéressée de son refus, et lui communiquer immédiatement, le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention*. » (Article L.2212-8 du code de la santé publique).

Aujourd'hui, la clause de conscience est maintenue dans la loi du 2 Mars 2022, depuis que l'IVG est entrée dans la Constitution [7].

3.2. Parcours de soins des patientes

La loi du 2 Mars 2022, a été motivée par un rapport d'information de l'assemblée nationale de septembre 2020, décrivant la difficulté d'accès à l'IVG, dû à des zones territoriales en sous-effectif médical, ainsi qu'à des problèmes d'orientation des femmes au début de leur parcours. Cela les conduisait à se retrouver hors délai pour avoir une IVG en France, ce qui les amenait à avorter à l'étranger. Ce rapport proposait plusieurs mesures : améliorer la visibilité des centres d'orthogénie, augmenter le nombre de praticiens travaillant dans ces centres, et augmenter le délai de recours à l'IVG [8]. Il existe encore peu de données sur les femmes vivant en France concernées par une IVG entre 14 et 16 SA, néanmoins, une étude prospective et monocentrique à l'Hôpital Armand Trousseau du 2 Mars 2022 au 31 Octobre 2022, incluant 46 patientes ayant eu une IVG entre 14 et 16 SA, montre que le délai médian entre la découverte de la grossesse et la date de réalisation de l'IVG a été de 14 jours. Parmi ces 46 patientes, 22 (49%) ont dû consulter plusieurs centres hospitaliers avant d'être prises en charge, avec plus de la moitié des femmes (65%) ayant consulté pour la première fois pour une demande d'IVG avant 14 SA. Le parcours de soins des femmes avant la réalisation de l'IVG semble difficile et contribue à une réalisation tardive de l'IVG [9].

4. L'étude

4.1. Données démographiques de la population étudiée

Le nombre de patientes inclues dans l'étude a été de 168. L'échantillon de la population étudiée, présente un âge moyen de 28 ans.

La majorité des IVG chirurgicales de l'étude a concerné les tranches d'âge de 20 à 39 ans, avec un recours plus élevé entre 20 - 29 ans, là où la fécondité est la plus élevée. Les patientes de moins de 20 ans et de plus de 39 ans, représentent moins de 10% des IVG réalisées. Ces chiffres corroborent avec ceux de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) publiés en Mars 2024 [10]. Plus de la moitié des patientes n'ont pas d'antécédent d'IVG.

La majorité des IVG concerne les femmes de moins de 30 ans, avec une proportion plus importante d'IVG tardives dans la catégorie des 18-19 ans, que dans les autres catégories d'âges.

En revanche, La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques (DREES), dans une étude de 2022, constate que le recours aux IVG diminue parmi les plus jeunes femmes et augmente légèrement pour les 30 ans et plus [1].

Le nombre de grossesses a été en moyenne de 3, le nombre d'accouchements de 2.

Le terme en semaine d'aménorrhée (SA) a été en moyenne ≤ 12 SA. Selon la DREES, plus de la moitié des IVG à l'hôpital, sont réalisées avant 8 SA, 20% pour les IVG instrumentales, tandis que 18% sont pratiquées à partir de 12 SA [1].

Le score ASA (American Society of Anesthesiologists) a été majoritairement de 1.

Les RAI de moins de 72h ont été retrouvées pour une majorité relative des patientes (63%). Néanmoins, ce chiffre est probablement sous-estimé car une certaine proportion des résultats de RAI apparaît uniquement sous format papier sans qu'ils soient visibles informatiquement.

4.2. Gestion anesthésique / gestion des VAS

La majorité de la population étudiée a bénéficié d'une anesthésie générale (AG) avec masque laryngé (ML) pour la prise en charge des voies aériennes supérieures (VAS). Le Sufentanil a été le morphinique principalement utilisé. L'hypnotique a été le Propofol à l'induction et le Sévoflurane, l'halogéné comme agent d'entretien de l'anesthésie. Une étude randomisée, prospective de Nathan et al, a montré que l'utilisation du Propofol diminue le risque hémorragique, comparé au Sévoflurane pour l'induction. Les auteurs concluent que l'emploi du Sévoflurane comme seul agent anesthésique n'est pas recommandé, mais utilisé à faible concentration comme agent d'entretien, n'augmente pas de façon importante le volume de l'hémorragie et a un effet utéro-relaxant [11].

La gestion des VAS dans notre travail, montre que plus le terme augmente, plus les patientes nécessitent une intubation orotrachéale (IOT), cela à partir de 12 SA. La Mise au Point en Anesthésie et Réanimation du Kremlin Bicêtre (MAPAR), estime que les patientes sont estomac plein à partir du 4ème ou 5ème mois de grossesse ou 15 SA, et que le risque d'inhalation pulmonaire apparait dès 16 SA. Au niveau Européen les recommandations sont le jeun avec prise de liquide clair permis 2h avant l'intervention. En 2017 le MAPAR stipule, que l'évaluation échographique du contenu gastrique, pourrait être utile pour l'estimation du risque d'inhalation pulmonaire, avant une AG.

4.3. Saignement et gestion hémodynamique

Le saignement per opératoire dans notre travail, a été en moyenne de 325 ml, et le remplissage vasculaire de 850 ml, compensant le jeun et les pertes sanguines.

Le médicament vasopresseur utilisé, a été l'Ephédrine pour la moitié des patientes. L'Exacyl® a été peu employé.

Lorsque l'on compare les IVG tardives et les IVG précoces, le saignement, le remplissage et l'utilisation de la Noradrénaline (NAD), augmentent avec le terme.

L'hémorragie ayant nécessité une embolisation et une transfusion est inférieure à 1%. Une étude à l'hôpital Armand Trousseau, s'est intéressée aux complications de la pratique de l'IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA. Une seule femme a présenté une hémorragie supérieure à 500ml sans nécessité de transfusion [9].

4.4. Douleur pré, per et post opératoire

La douleur après une IVG instrumentale, est liée aux contractions utérines. Les douleurs sont comparables à des douleurs de règles, qui peuvent être plus intenses que d'ordinaire.

L'analgésie préemptive a été importante dans notre travail (77%), avec comme antalgique du Paracétamol associé à un anti inflammatoire non stéroïdien (AINS). L'analgésie per opératoire montre l'administration de Paracétamol et de Spasfon. En post opératoire 94% des patientes de l'étude n'ont pas eu de douleur. L'EN a été ≤ 3. La HAS 2016 montre que le jeune âge, les nullipares sont des facteurs favorisant la douleur, que les antécédents d'IVG et le terme n'ont pas d'impact sur la douleur. Elle préconise l'association du Paracétamol avec les AINS en prémédication, plus efficace sur la douleur. En per opératoire l'association du Paracétamol avec le Spasfon. Ce dernier utilisé seul n'est pas suffisamment efficace [12].

4.5. Gestion des NVPO

L'étude montre une prévention des NVPO faite dans 75% avec principalement de la Dexaméthasone. Il n'y a pas ou très peu de NVPO (6%). Selon le terme, il n'y a pas eu de différence sur les NVPO. Cependant, le recueil du critère NVPO en SSPI, a été uniquement basé sur l'administration de Zophren. Cela peut donc avoir comme conséquence, de sous-estimer la survenue de nausées non traitées, ce qui constitue une des limites de notre étude.

Les NVPO sont les évènements les plus fréquents et mal vécus après une AG. La prophylaxie avec un antiémétique, que ce soit la Dexaméthasone 4-8 mg, l'Ondansétron 4 mg ou le Dropéridol 1,25 mg, chacun réduit le risque de NVPO de 25% [13].

La connaissance des facteurs de risque des NVPO (score d'Apfel) : sexe féminin, jeune âge, non-fumeur, mal des transports, ainsi que des facteurs favorisant des NVPO : AG, durée d'intervention, halogénés, et la prophylaxie permettent de diminuer l'incidence des NVPO [14].

4.6. Durée d'intervention / Syntocinon / Contraception

La durée d'intervention dans l'étude a été en moyenne de 17 minutes, temps conforme des IVG instrumentales (10 à 15 minutes).

L'administration de Syntocinon a été de 46 % pour l'ensemble des patientes, elle a été plus élevée (77%) pour les IVG tardives (≥14 SA). L'injection de 5 UI de Syntocinon en IVD, puis de 10 UI en perfusion, diminue le risque hémorragique, facilite l'extraction et raccourcit le geste chirurgical. Cette injection est réalisée à la demande du chirurgien.
La pose d'implant ou de DIU associée à l'IVG instrumentale a été faite pour la moitié de la population étudiée. Ces dispositifs sont des méthodes contraceptives réversibles, à longue durée d'action, qui semblent efficaces pour éviter la répétition des IVG, notamment si elles sont débutées le jour de l'IVG.

4.7. Durée de séjour en SSPI/ Orientation post opératoire

La durée de séjour en SSPI a été d'environ 60 minutes, la majorité des patientes (97%) ont été en ambulatoire, seul 3% ont nécessité une hospitalisation.

En résumé

- Notre travail a permis de constater que lorsque l'on compare les patientes ayant une IVG précoce à celles ayant une IVG tardive, plus le terme augmente, plus il y a de saignement, de remplissage vasculaire, d'utilisation de NAD et de Syntocinon. Les complications hémorragiques sont < à 1% avec la méthode d'aspiration endo-utérine faite au CHU de Poitiers.
- Les IVG tardives nécessitent d'avantage d'IOT
- Il n'y a pas eu de DPO ni de NVPO.
- La majorité des patientes ont été en ambulatoire
- La moitié ont bénéficié d'une contraception associée à l'IVG instrumentale.

5. Gestion chirurgicale et sécurité du geste opératoire

Au CHU de Poitiers, la technique chirurgicale utilisée actuellement pour les IVG précoces et les IVG tardives, est l'aspiration endo-utérine.

Une étude française, rétrospective, centrée sur des patientes ayant eu une IVG instrumentale entre 12 SA et 16 SA au CHU de Necker de janvier 2015 à décembre 2020, a inclus 414 patientes. Les principales complications hémorragiques, infectieuses et chirurgicales ont été recueillies. Cette étude a montré que les estimations de pertes sanguines, le taux de saignement supérieur à 500 ml et de transfusion, sont plus importants en cas d'aspiration endo-utérine plutôt que de dilatation cervicale et évacuation, cela quel que soit le terme. La prise en charge entre 14 et 16 SA ne semble pas exposer les patientes à plus de complications majeures, la seule différence retrouvée est une augmentation du taux de recours à la transfusion sanguine en cas d'aspiration endo-utérine, mais qui reste inférieur à 5% [15].

En France, c'est actuellement la technique par aspiration endo-utérine qui est la plus couramment utilisée au-delà de 9 SA. Alors que de nombreux autres pays (Royaume Unis, Pays Bas, Espagne, Etats Unis) utilisent la technique dilatation cervicale et évacuation après 14 SA, avec un taux de complication faible jusqu'à 18 SA [16].

Le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO), à la suite de la loi du 2 Mars 2022, a proposé aux professionnels de santé des formations de l'IVG instrumentale après 14 SA et une fiche technique de référence de la méthode dilatation cervicale et évacuation pour les IVG de 14 à 16 SA (Annexe V). Dont les points clés sont :

- Une bonne préparation cervicale
- Une dilatation suffisante (entre 14 et 15 SA, bougie n° 14 ou 15 ; entre 15 et 16, bougie n° 15 ou 16 pas au-delà)
- Un échoguidage
- Un geste fait sous Syntocinon.

V. LIMITES DE L'ETUDE

- Cette étude est rétrospective et descriptive, elle se base d'une part, sur une collecte de données informatisées, dépendante de la qualité et de la traçabilité des actes durant la période étudiée. D'autre part, malgré plusieurs vérifications rigoureuses, il existe un risque d'erreur lors de la retranscription des données et de l'analyse de ces dernières.

- Une étude randomisée aurait permis d'obtenir un meilleur résultat d'enquête concernant l'impact de l'allongement du délai légal de L'IVG sur la prise en charge chirurgicale et anesthésique des IVG instrumentales, mais elle aurait nécessité beaucoup plus de temps que celui imparti à l'élaboration de ce mémoire de fin d'étude.

- Par ailleurs, la loi allongeant le délai légal de l'IVG est récente, elle date du 2 Mars 2022. De ce fait :
    - Il existe à ce jour encore peu d'études sur la répercussion tant sur la prise en charge chirurgicale et anesthésique des IVG chirurgicales que sur la survenue d'effets indésirables en post opératoire. Limitant ainsi la comparaison des résultats de notre travail à la littérature.
    - Dans notre travail, peu de femmes ont effectué une IVG chirurgicale ≥ à 14 SA limitant les résultats, et la puissance de l'étude.

VI. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Cette étude, quant à la prise en charge chirurgicale et anesthésique des IVG instrumentales de 14 à 16 SA, nous a permis de constater des points positifs tels que la gestion anesthésique et des VAS, malgré l'absence de recommandations réactualisées des sociétés savantes, la prévention des NVPO et la gestion de la douleur en pré, per et post opératoire. Cependant, il reste des points qui nécessitent des efforts supplémentaires, notamment l'utilisation des anti H2 et du Syntocinon. Côté chirurgical, la méthode instrumentale utilisée actuellement, est l'aspiration endo-utérine.

Quelques états des lieux, sur le même sujet que notre travail, sont en cours dans différents hôpitaux en France.

Il serait intéressant :

- D'avoir tous les résultats de ces états des lieux pour connaitre l'ensemble des problématiques mises en évidence
- D'impliquer davantage les internes et les étudiants en anesthésie et en maïeutique, au regard de la démographie médicale défavorable. L'extension des compétences des sages- femmes à réaliser une IVG instrumentale, est en expérimentation dans 18 centres hospitaliers, peut pallier ce manque de médecin réalisant cet acte, mais il soulève plusieurs problématiques : un manque de temps pour intégrer cette pratique à leurs activités actuelles et la nécessité d'une formation théorique et pratique, mais aussi à la prise en charge des complications possibles des IVG tardives
- De développer l'information sur la contraception dans les établissements scolaires
- De faire en systématique une prémédication d'anti H2 (cimrtidine)
- De faire de façon réglée une injection de Syntocinon, 5UI en IVD et 10 UI en perfusion si nécessaire, à la demande de l'opérateur, en attendant les recommandations à venir
- Chaque IVG, quel que soit le terme, est une épreuve physique et mentale pour les patientes, qui nécessitent d'être accompagnées. De ce fait, proposer une consultation psychosociale systématique pour les patientes ayant une IVG tardive.

CONCLUSION

Cette étude a contribué à faire un état des lieux au CHU de Poitiers, de la prise en charge anesthésique des IVG chirurgicales chez des patientes adultes, depuis la loi du 2 Mars 2022, allongeant le délai légal de l'IVG de 14 SA à 16 SA.

Nous avons pu constater plusieurs aspects positifs qui doivent être poursuivis et renforcés, comme la gestion anesthésique et des VAS, ainsi que la prise en charge pré per et post opératoire de la douleur et des NVPO.

Il existe aussi des aspects pour lesquels des efforts supplémentaires doivent être apportés tels que la prémédication anti H2 et l'utilisation du Syntocinon.

La lutte contre les DPO et les NVPO reste une préoccupation majeure des actes réalisés en ambulatoire. Le défi est de les anticiper ce qui est le cas pour les IVG chirurgicales au CHU de Poitiers.

Il reste maintenant aux équipes d'anesthésie et de chirurgie de mieux prendre connaissance des conséquences cliniques de l'allongement du délai légal des IVG afin d'améliorer encore plus la qualité de la prise en charge des IVG tardives chirurgicales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 9 janv 2024] . Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/le-nombre-des-interruptions-volontaires-de

[2] Blayo C. L'avortement volontaire en chiffres depuis sa légalisation. In CESBRUN P. L'IVG depuis la loi Veil, Médecine-Sciences Flammarion, mai 1997.p 22-35.

[3] Blayo C. Le point sur l'avortement en France. In Populations et Sociétés n°325 Juin 1997.p1-4.

[4] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique, revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf. Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 SA, Mars 2001. [Internet]. [cité 17 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001

[5] http://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraceptionivg/ivg#text_76.IVG [Internet]. [cité 24 janv 2024].

[6] Pons J-C, Vendittelli F, Lachar P. *Les complications des IVG.* L'IVG et sa prévention, Paris : Masson, 2004, p 95-101.

[7] Barbarit S. Public Sénat. 2024 [cité 17 juin 2024]. IVG : qu'est-ce que la clause de conscience ? Disponible sur: https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/ivg-quest-ce-que-la-clause-de-conscience

[8] P.A. Lohr surgical abortion in the second trimester. Reprod Health Matters. 2008; 16 (31) : 151-61.

[9] Gouret G, Faucher P, Kayem G, Pinton A. Étude prospective sur 46 patientes de la pratique de l'IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA : parcours de soins et complications. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 sept 2023;51(9):415-9.

[10] http://www.ined.fr/fr/publications/editions/conjoncture-demographique/evolution-dem ographique-recente-de-la-france-2023. Bricard D, Duthé G, Remillon D. Éditorial : Population. 24 juill 2023; Vol. 78(1):7-10.

[11] Nathan N, Peyclit A, Lahrimi A, Feiss P. Comparison of sevoflurane and propofol for ambulatory anaesthesia in gynaecological surgery. Can J Anaesth 1998 ;45 :1148-50.

[12] httpps://www.has.sante.fr/upload/docs/applications/pdf/2016-04/rapport-ivg-vd.pdf Clémence T. Haute Autorité de santé. 2016.

[13] Apfel et al. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. Br J Anaesth 2012 ;109 : 742-53.

[14] Apfel CC, Korttila K, Abdalla M et al. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. N Engl J Med 2004 ;350 : 2441-51.

[15] E. Gottardi et al Interruption of pregnancy between 12 and 16 weeks of gestation : complications depending on term and method.

[16] C Vayssière et al Elective abortion : clinical practice guidelines from French College of Gynecologits and Obstetricians (CNGOF) Eur j obstet Gynecol Reprod Biol (2018).

ANNEXES

Sommaire des annexes

ANNEXE I	Chronologie de l'accès à la contraception et à l'IVG	I
ANNEXE II	FME-GYN-OBS : IVG Médicamenteuse et IVG Chirurgicale <14SA : documents récupérés le 19/01/2024 au Centre de Santé Sexuelle du CHU Poitiers	II
ANNEXE III	FME-GYN-OBS : IVG Médicamenteuse et IVG Chirurgicale ≥14SA : documents récupérés le 19/01/2024 au Centre de Santé Sexuelle du CHU Poitiers	IV
ANNEXE IV	Demande CNIL	VI
ANNEXE V	REVHO fiche technique de référence de la méthode dilatation cervicale et évacuation pour les IVG de 14 à 16 SA	VII

ANNEXE I

Chronologie de l'accès à la contraception et à l'IVG

ANNEES	LOIS
1971	Juillet : Création de l'association "Choisir", autour de l'avocate Gisèle Halimi, qui lutte pour l'abrogation de la loi de 1920 qui fait de l'avortement un crime. 5 avril : Le Nouvel Observateur publie un manifeste signé par 343 femmes, parmi lesquelles de nombreuses personnalités (actrices, avocates, femmes de lettre, enseignantes, etc.) qui déclarent avoir avorté et réclament l'avortement libre [2]
1973	Création du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC), qui regroupe des militants du Planning familial, du Mouvement de libération de la femme (MLF) et Groupe information santé (GIS).
1975	17 janvier : La loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), dite loi "Veil" est adoptée pour une période de 5 ans. Après une longue procédure législative et des débats très vifs, le projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse est adopté le 20 décembre. Elle autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines de grossesse, sur demande à un médecin ; elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG. Elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité sociale mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.
1979	31 décembre : La loi du 31 décembre 1979 sur l'IVG rend définitives les dispositions de la loi de 1975, qui supprime notamment certaines entraves à la réalisation de l'IVG, concernant les modalités d'accord du médecin et l'accueil dans les services hospitaliers. Le projet de loi est adopté par 271 voix contre 201, seuls 70 députés de la majorité sur 290 ayant voté pour.
1982	31 décembre : La loi du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure instaure la prise en charge par l'Etat des dépenses engagées par l'Assurance maladie au titre des IVG.
1993	27 janvier : La loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social crée notamment un délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse et supprime la pénalisation de l'auto-avortement.
2001	4 juillet : La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception allonge le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse et assouplit les conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures. 27 janvier : La loi du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social crée notamment un délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse et supprime la pénalisation de l'auto-avortement.
2012	17 décembre : La loi du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 permet une prise en charge à 100% des IVG par l'Assurance maladie. Les tarifs des IVG instrumentales sont par ailleurs revalorisés afin de renforcer cette activité dans les établissements.
2014	4 août : La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information à l'IVG.
2016	26 janvier : La loi de modernisation de notre système de santé autorise les sage-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses et supprime le délai de réflexion de sept jours entre la consultation d'information et la consultation de recueil du consentement.
2020	Des mesures dérogatoires concernant l'IVG ont été mises en place durant les périodes d'état d'urgence sanitaire, afin de limiter les déplacements des femmes vers les établissements de santé et leur garantir la continuité d'accès à l'IVG dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Ces mesures ont permis, d'une part, la prolongation des IVG médicamenteuses en ville, de 7 à 9 semaines d'aménorrhée (SA) (ou de 5 à 7 semaines de grossesse (SG)), et, d'autre part, la téléconsultation pour l'ensemble des consultations prévues avec, en lien, la possibilité de délivrance des médicaments abortifs par les pharmacies d'officine directement aux femmes.
2021	30 décembre : Le décret du 30 décembre 2021 permet, à titre expérimental, la réalisation d'IVG instrumentales par les sage-femmes en établissements de santé. 15 avril : Le décret du 15 avril 2021 permet la réalisation d'IVG instrumentales par des médecins en centres de santé.
2022	2 mars : La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement apporte plusieurs modifications qui viennent permettre un meilleur accès à l'IVG : Allongement du délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse (SA) ; Des sage-femmes à pratiquer des IVG instrumentales en établissement de santé (expérimentation en cours) ; Possibilité de réaliser l'IVG médicamenteuse en téléconsultation ; Suppression du délai légal minimum de réflexion, pour les mineures comme pour les majeures, entre la consultation d'information et l'entretien psycho-social. 19 février : Le décret du 19 février 2022 permet un accès plus large à l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé : Suppression de l'obligation de prendre le premier médicament devant le professionnel ; Possibilité de réaliser l'IVG médicamenteuse en téléconsultation ; Allongement du délai réglementaire de l'IVG médicamenteuse de 5 à 7 semaines de grossesse hors établissement de santé.
2024	LOI constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. "La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce ***la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse***".

ANNEXE II

FME-GYN-OBS : IVG Médicamenteuse et IVG Chirurgicale : documents récupérés le 19/01/2024 au Centre de Santé Sexuelle du CHU Poitiers

- Indications :

Femme ayant une grossesse intra utérine
Désirant une IVG Chirurgicale
Peut être réalisé ≤ 14 SA

- Prise en charge :

Consultation par un médecin ou par la sage-femme
Interrogatoire complet
Echographie de datation si non faite avant
Prélèvement vaginal pour dépistage des IST pour toutes les patientes
Dépistage par frottis cervical ou test HPV selon modalités de dépistage
Vérifier le groupe sanguin

- IVG chirurgicale

PREPARATION CERVICALE POUR TOUTES LES FEMMES SOIT :
Misoprostol 400 µg en sublingual, dispensé à l'admission en UCA

SI IVG prévue sous anesthésie locale ou entre 12 et 14 SA
Mifépristone 200 mg per os, à prendre 24 à 48 h avant l'intervention, et
Misoprostol 400 µg en sublingual, dispensé à l'admission en UCA
Antalgiques : Ibuprofène 600 mg per os, à prendre 2 heures avant l'admission
Nausées/vomissements : sétron orodispersible (Sétofilm®) 8mg sur la langue

Antibioprophylaxie à adapter en fonction du résultat du PV (analyses faites les lundis, jeudis et vendredis) qui sera donné en UCA
Neisseria Gonorrhoeae : Ceftriaxone 500 mg en 1 injection IM unique
Si allergie : •Azithromycine 2 g per os en dose unique
Chlamydiae Trachomatis : Doxycycline 100 mg fois 2 par jour pendant 7 jours
Mycoplasma Genitalium : Azithromycine PO 5 jours : 500 mg per os à J1, puis 250 mg par jour de J2 à J4
ou Moxifloxacine per os 400 mg par jour pendant 7 jours si résistance

Traitement des partenaires en cas de Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydiae Trachomatis, ou Mycoplasma Genitalium

Le dossier complet accompagne la patiente au bloc :

- **médical + anesthésie + étiquettes**
- **résultats biologiques et/ou ECG si faits + dispositif de contraception si pose au bloc**
- **fiche de liaison service bloc.**

AU BLOC

L'IVG chirurgicale est possible sous différentes anesthésie :

- locale
- loco-régionale
- générale

INSTALLATION EN POSITION GYNECOLOGIQUE

ANTISEPSIE VAGINALE CHIRURGICALE

SI ANESTHESIE LOCALE

- Lidocaine non adrénalinée 1% (20 cc)
- 2 méthodes :
  - Injections à2, 4, 8, et 10 « heures »
    Profondeur : > 1,5 cm,
    Jusqu'à la garde, vérifier l'absence de retour sanguin, injecter doucement 5cc dans chaque quadrant
  - Injection superficielle au niveau des ligaments utéro sacrés puis injection en profondeur 2 cm
    Vérifier l'absence de retour sanguin

DILATATION CERVICALE

- progressive par bougie, sans forcer après pose d'une pozzi.
- Objectif : SA –1 ou -2 = calibre en mm

ASPIRATION ÉLECTRIQUE

- Mise en place de la canule dans l'utérus puis ensuite connexion avec l'aspiration
- Traction de l'utérus
- Aspiration uniquement quand la canule est dans la cavité utérine (éviter d'aspirer au niveau du col et de l'isthme)
- Laisser tout d'abord le temps à l'aspiration de décoller le sac gestationnel puis :
- Aspiration par mouvements de rotation, éviter le va et vient cervico-fundique
- Des débris ovulaires se présentant à l'orifice externe peuvent être extraits à la pince
- Eviter la vérification à la curette
- La vérification échographique de vacuité utérine n'est pas obligatoire et ne doit pas être systématique
- L'injection d'ocytocine en fin d'intervention n'est pas recommandée

POSE DU DISPOSITIF CONTRACEPTIF, ÉTIQUETTE SPÉCIFIQUE À COLLER DANS LE DOSSIER IVG ET CARTE DE TRAÇABILITÉ À REMETTRE À LA PATIENTE À LA SORTIE

SURVEILLANCE POSTOPÉRATOIRES PAR LES SOIGNANTS DE SSPI (2 HEURES) PUIS D'UCA (2 HEURES)
Vérification du groupe sanguin rhésus et agglutinines ⇒ **SI RH NÉGATIF :**
Prévention par Gamma globulines anti D : dotation du CPEF
RHOPHYLAC ® 200 µg / 2 ml 1 injection intraveineuse sur prescription cochée dans le dossier IVG par la sage-femme ou l'infirmière du CPEF ou l'infirmière d'UCA

CONSIGNES DE SORTIE

Les consignes de sorties, les RDV, les informations et ordonnances sont données par la sage-femme ou l'infirmière du CPEF qui en prévient l'infirmière d'UCA.

IVG sous AG pour les femmes **majeures** ou **mineures** :

Si les consignes de la chirurgie ambulatoire ne sont pas respectées, hospitalisation 24heures

- *Sortie avec accompagnant majeur*
- *Ne peut conduire de véhicule (voiture ou 2 roues)*
- *Doit être accompagnée d'une personne majeure jusqu'au lendemain matin*

Anesthésie : consignes notées dans le dossier d'anesthésie, si doute contacter l'anesthésiste (42 219)
Chirurgie : le chirurgien signe l'accord de sortie

IVG sous anesthésie locale et patiente majeure, l'autorisation du chirurgien suffit, un accompagnant majeur n'est pas obligatoire mais fortement recommandé

IVG sous anesthésie locale et patiente mineure, la sortie n'est possible qu'avec un accompagnant majeur

FEUILLE DE LIAISON de l'IVG CHIRURGICALE :

ADMISSION & SURVEILLANCE IVG CHIRURGICALE

Date :

Nom et signature IDE ou SF :

Médecin pratiquant l'IVG :

Interne pratiquant l'IVG :

Anesthésiste :

Etiquette du patient

Administration des prescriptions (voir page 6)

Préparation cervicale : ☐ NON, si oui préciser :

☐ misoprostol seul donné en UCA ☐ fait / signature :

☐ mifégyne prise à domicile + ☐ misoprostol donné en UCA ☐ fait / signature :

Antalgique pré admission (ibuprofène 600mg) pris ☐ OUI ☐ NON

Prévention des nausées /vomissements ☐ Sétofilm® 8mg ☐ fait / signature :

Antibioprophylaxie administrée selon prescription page : ☐ fait / signature :

Traitement :

Sérum anti-D 200 µg fait à h ..... ☐ fait / signature :

✱ **Type d'anesthésie** : ☐ AG ☐ AL ☐ Autre :

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Dr Caroline POUDOU, Gynécologue 1er Juin 2021 Mr PEQUERIAU Antonin, SF 1er Juin 2021	Dr Dr ROBERT BITAUDEAU, Gynécologue 1er Juin 2021 **Lucie CROSLAND**, Fonction, Direction Usagers, Qualité, Médecine de ville 1er Juin 2021	Guillaume LEVARD, PU –PH, Chef de Service 1er Juin 2021

✱ **Complications**

☐ Aucune

☐ Saignement

☐ Déchirure du col

☐ Perforation utérine 1811Paul

✱ **Contraception débutée ce jour** :

☐ OP ☐ Progestatifs ☐ Aucune

☐ DIU ☐Posé ou ☐ Implant ☐ Posé

Etiquette traçabilité

✱ **Consultation post-IVG prévue** ☐ avec ? Le : (si au CPEF)

✱ **Autorisation de sortie** le ..... à .....h.....

Signature de sortie

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Dr Caroline POUDOU, Gynécologue 1er Juin 2021 Mr PEQUERIAU Antonin, SF 1er Juin 2021	Dr Dr ROBERT BITAUDEAU, Gynécologue 1er Juin 2021 **Lucie CROSLAND**, Fonction, Direction Usagers, Qualité, Médecine de ville 1er Juin 2021	Guillaume LEVARD, PU –PH, Chef de Service 1er Juin 2021

ANNEXE III

FME-GYN-OBS : IVG Médicamenteuse et IVG Chirurgicale : documents récupérés le 19/01/2024 au Centre de Santé Sexuelle du CHU Poitiers

[Texte]

FME-GYN-OBS	Pôle Femme Mère Enfant	Page : 2/6
		Date : JANVIER 2023
Version n° 01	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE ENTRE 14SA+1J ET 16SA	

Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
02	Mai 2023	

- Déroulement de l'IVG chirurgicale (cf. page 11 dossier « orange » IVG)

Préparation cervicale prescrite lors de la consultation pré-IVG pour toutes les femmes :

Mifépristone 200 mg per os, à prendre 24 à 48 h avant l'intervention.

Antalgiques : Selon le protocole prescrit par le médecin anesthésiste

Une hospitalisation à la clinique chirurgicale devra être faite par le(a) sage femme ou l'IDE du CPEF au minimum 1 heure avant la chirurgie

En hospitalisation :

Misoprostol 800 µg en sublingual, dispensé à la clinique chirurgicale 1 heure avant la chirurgie

Nausées/vomissements : sétron orodispersible (Sétofilm®) 8mg sur la langue

Antibiothérapie à adapter en fonction du résultat du PV (analyses faites les lundi, jeudi et vendredi) qui sera prescrite par l'équipe du CPEF.

Neisseria Gonorrhoeae : Ceftriaxone 500 mg en 1 injection IM unique

Si allergie : Azithromycine 2 g per os en dose unique

Chlamydiae Trachomatis : Doxycycline 100 mg fois 2 par jour pendant 7 jours

Mycoplasma Genitalium : Azithromycine PO 5 jours : 500 mg per os à J1, puis 250 mg par jour de J2 à J4

ou Moxifloxacine per os 400 mg par jour pendant 7 jours si résistance

Traitement des partenaires en cas de Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydiae Trachomatis, ou Mycoplasma Genitalium

Le dossier complet accompagne la patiente au bloc :

- **Dossier médical + dossier d'anesthésie + étiquettes**
- **Résultats biologiques et/ou ECG si faits**
- **DIU (si DIU au lévonorgestrel préférer le Miréna®) ou Nexplanon si choisi par la patiente**

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Mr Antonin PEQUERIAU SF Dr Martine MARECHAUD	Dr Richard SARFATI Dr Amélie CHARVERIAT	Pr Xavier FRITEL

[Texte]

FME-GYN-OBS	Pôle Femme Mère Enfant	Page : 1/6
		Date : JANVIER 2023
Version n° 01	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE ENTRE 14SA+1J ET 16SA	

Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
02	Mai 2023	

- Indications :

Femme ayant une grossesse intra utérine

Désirant une IVG chirurgicale

Peut être réalisée entre 14+1J et 16SA

- Prise en charge :

Lors de la consultation par le médecin ou par le(a) sage-femme

Interrogatoire complet avec signatures des différents consentements

Echographie de datation par un médecin ou sage-femme ayant un DU d'échographie si non faite avant la consultation pré-IVG

Prélèvement vaginal pour dépistage des IST pour toutes les patientes

Dépistage par frottis cervical ou test HPV selon les modalités de dépistage

Vérification du groupe sanguin selon protocole EFS

Prescription de RAI et NFS plaquettes dans les 72 heures précédant la chirurgie à réaliser dans n'importe quel laboratoire, la patiente devant arriver avec ses résultats si les examens sont faits hors CHU.

En l'absence d'infection par la COVID 19 dans les 8 semaines précédent l'intervention chirurgicale, une PCR COVID sera prescrite et le prélèvement pourra être, en cas d'urgence, réalisé au CPEF.

Donner à la patiente une information claire, loyale et appropriée concernant le risque accru de saignement et la possibilité d'une hospitalisation en cas d'hémorragie

La consultation d'anesthésie devra être réalisée dans un délai minimal de 48 heures précédent la chirurgie, dans le cas ou le délai ne pourrait être respecté, il revient a l'anesthésiste de garde d'accepter ou non de réaliser la consultation.

Le dossier devra être présenté au staff chirurgical par le(a) sage femme ou l'IDE pour validation et la programmation se fera sur les vacations du Dr Charveriat ou du Dr Sarfati. Dans le cas ou le délai ne pourrait être respecté pour attendre le Staff chirurgical, il conviendra de voir avec le Dr Charveriat et la(e)cadre du bloc, ou le praticien de garde en cas d'absence pour un rajout en urgence

Tout chirurgien peut faire valoir son droit de retrait conformément à l'article 18 du code de déontologie sans avoir à se justifier, en l'absence de formation adéquat, et/ou selon la situation clinique, et/ou sociale de la patiente le médecin pourra refuser l'acte chirurgical.

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Mr Antonin PEQUERIAU SF Dr Martine MARECHAUD	Dr Richard SARFATI Dr Amélie CHARVERIAT	Pr Xavier FRITEL

[Texte]

FME-GYN-OBS	Pôle Femme Mère Enfant	Page : 4/6
		Date : JANVIER 2023
Version n° 01	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE ENTRE 14SA+1J ET 16SA	

Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
02	Mai 2023	

SURVEILLANCE POSTOPÉRATOIRE PAR LES SOIGNANTS DE SSPI (2 HEURES).

A la Clinique Chirurgicale, le(a) sage femme ou l'IDE du CPEF vérifie le groupe sanguin rhésus et les agglutinines

⇨ **Si RH NÉGATIF :** Prévention par Gamma globulines anti D : dotation du CPEF
RHOPHYLAC ® 200 µg / 2 ml 1 injection intraveineuse sur prescription cochée dans le dossier

DEVENIR DU PRODUIT D'ASPIRATION

L'heure de l'intervention est notée par l'IBODE sur la feuille de transmission pour la chambre mortuaire.

Placer la feuille avec le produit d'aspiration non formolé dans un double emballage (pot anatomopathologie + poche DASRI) avec une étiquette de la patiente sur chaque emballage ainsi que l'étiquette rouge « chambre mortuaire » présente dans le dossier et la FICHE DE LIAISON (annexe 2)

Placer le tout dans le réfrigérateur dédié (DAN) au bloc obstétrical, l'équipe du CPEF s'occupera du transfert vers la chambre mortuaire dans les 24 heures qui suivent l'expulsion.

CONSIGNES DE SORTIE

La sortie se fera soit le soir de l'intervention soit le lendemain après accord du chirurgien responsable, de l'anesthésiste et de l'équipe du CPEF.

Dans le cas ou les conditions de sortie de la chirurgie ambulatoire ne seraient pas respectées (patiente isolée…) une hospitalisation de 24 heures à la clinique chirurgicale devra être réalisée.

LETTRE DE SORTIE INSTITUTIONNELLE A REMETTRE A LA PATIENTE

Un RDV de contrôle sera programmé avec un médecin ou un(e) sage femme du CPEF entre 15 jours et 3 semaines suivant l'intervention.

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Mr Antonin PEQUERIAU SF Dr Martine MARECHAUD	Dr Richard SARFATI Dr Amélie CHARVERIAT	Pr Xavier FRITEL

[Texte]

FME-GYN-OBS	Pôle Femme Mère Enfant	Page : 3/6
		Date : JANVIER 2023
Version n° 01	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE ENTRE 14SA+1J ET 16SA	

Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
02	Mai 2023	

AU BLOC OPERATOIRE :

L'IVG chirurgicale est possible sous différentes anesthésies en fonction du contexte clinique et de l'accord anesthésiste/patiente/chirurgien :

- Locorégionale ou générale

INSTALLATION EN POSITION GYNECOLOGIQUE

ANTISEPSIE VAGINALE CHIRURGICALE

DILATATION CERVICALE

- progressive par bougie, sans forcer après pose d'une pince de Pozzi.
- Objectif : SA –1 ou -2 = calibre en mm

ASPIRATION ÉLECTRIQUE

- Mise en place de la canule dans l'utérus puis ensuite connexion avec l'aspiration
- Traction de l'utérus
- Aspiration uniquement quand la canule est dans la cavité utérine (éviter d'aspirer au niveau du col et de l'isthme)
- Laisser le temps à la dépression de décoller le sac gestationnel puis poursuivre l'aspiration
- Des débris ovulaires se présentant à l'orifice externe du col peuvent être extraits à la pince
- Eviter la vérification à la curette
- La vérification échographique de vacuité utérine n'est pas obligatoire et ne doit pas être systématique
- L'injection d'ocytocine en fin d'intervention n'est pas recommandée
- Remplir la feuille mauve CRO qui sera jointe au dossier, comme pour toute IVG chirurgicale (annexe 1)

POSE DU DISPOSITIF CONTRACEPTIF, ÉTIQUETTE SPÉCIFIQUE À COLLER DANS LE DOSSIER IVG ET CARTE DE TRAÇABILITÉ À REMETTRE À LA PATIENTE À LA SORTIE SI LA CLINIQUE LE PERMET.

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Mr Antonin PEQUERIAU SF Dr Martine MARECHAUD	Dr Richard SARFATI Dr Amélie CHARVERIAT	Pr Xavier FRITEL

[Texte]

FME-GYN-OBS	Pôle Femme Mère Enfant	Page : 6/6
		Date : JANVIER 2023
Version n° 01	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE ENTRE 14SA+1J ET 16SA	

Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
02	Mai 2023	

❋ **Complications**

☐ Aucune ☐ Saignement ☐ Déchirure du col ☐ Perforation utérine

❋ **Contraception débutée ce jour** :

☐ OP ☐ Progestatifs ☐ Aucune

☐ DIU ☐Posé ou ☐ Implant ☐ Posé

Etiquette traçabilité

❋ **Consultation post-IVG prévue** ☐ avec ? Le :

❋ **Autorisation de sortie** le ..... à ..... h.....

Par

Signature de sortie

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Mr Antonin PEQUERIAU SF Dr Martine MARECHAUD	Dr Richard SARFATI Dr Amélie CHARVERIAT	Pr Xavier FRITEL

[Texte]

FME-GYN-OBS	Pôle Femme Mère Enfant	Page : 5/6
		Date : JANVIER 2023
Version n° 01	INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE CHIRURGICALE ENTRE 14SA+1J ET 16SA	

Historique		
Numéro de version	Date	Nature des éventuelles modifications
02	Mai 2023	

FEUILLE DE LIAISON de l'IVG CHIRURGICALE (DOSSIER « ORANGE » IVG page 11

ADMISSION & SURVEILLANCE IVG CHIRURGICALE

Date :

Nom et signature IDE ou SF :

Médecin pratiquant l'IVG :

Interne pratiquant l'IVG :

Anesthésiste :

Etiquette du patient

Administration des prescriptions (voir page 6)

Préparation cervicale :

☐ mifégyne prise à domicile + ☐ misoprostol donné en hospitalisation ☐ fait / signature :

Antalgique pré admission selon la precription de l'anesthésiste ☐ OUI ☐ NON

Prévention des nausées /vomissements ☐ Sétofilm® 8mg ☐ fait / signature :

Antibiothérapie prescrite au CPEF selon les recommandations débutée ☐ oui ☐ non

Sérum anti-D 200 µg fait à h ..... ☐ fait / signature :

❋ **Type d'anesthésie** : ☐ AG ☐ AL ☐ Autre :

[Texte]

Rédaction	Vérification	Approbation
Mr Antonin PEQUERIAU SF Dr Martine MARECHAUD	Dr Richard SARFATI Dr Amélie CHARVERIAT	Pr Xavier FRITEL

ANNEXE IV

Demande CNIL

CHU Poitiers

Délégué à la protection des données

AVIS D'INSCRIPTION AU REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT

J'ai le plaisir de vous confirmer l'inscription au registre des traitements du CHU de Poitiers à compter de ce jour :

03/07/2024

Des traitements suivants :

- Etat des lieux des prises en charges des IVG chirurgicales au CHU de Poitiers

Ce traitement est anonyme

Il est inscrit sur le registre des activités de traitement, dans le domaine :

ECOLE

Avec le numéro d'inscription :

CHU86-ECOL-R2024-07-04

Cordialement,

Pierre Taveau

DPO CHU Poitiers et GHT86

ANNEXE V

REVHO fiche technique de référence de la méthode dilatation cervicale et évacuation pour les IVG de 14 à 16 SA

IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA

Technique pas à pas

Avertissement : cette fiche technique s'adresse à des professionnel.le.s qui maitrisent déjà la technique de l'IVG instrumentale. Nous ne reprenons pas la description de la totalité du manuel opératoire de celle-ci.

Si jusqu'à 15 SA, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration, technique de référence pour les IVG à 14 SA, entre 14 et 16 SA, il est nécessaire de maitriser la technique dite de Dilation-Evacuation (D&E).

Points clés
- Une bonne préparation cervicale
- Une dilatation suffisante
- Un échoguidage
- Un geste sous syntocinon

La préparation cervicale :

On associe mifépristone et misoprostol
- Mifépristone 200 mg 36 à 48 heures avant le geste

  Si possible ne pas réduire le délai
- Misoprostol 400 microgrammes de (Misoone 1 cp ou Gymyso 2 cp) 2 à 3 heures avant le geste par voie jugale ou per os

  Contrairement aux termes de grossesse plus jeunes où le misoprostol peut être donné ½ heures avant le geste, le délai de 2 heures d'action est nécessaire

Ne pas oublier les antalgiques (Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracétamol 1 gr) 1/2h avant le misoprostol.

Attention avec l'association Mifépristone + misoprostol une expulsion peut avoir lieu, surveiller l'apparition de CU.

Exceptionnellement l'association mifépristone + misoprostol + dilapan pourrait être nécessaire: dans quelques cas où l'on craint une dilation difficile tels que ATCD de conisation, col punctiforme, utérus multi-cicatriciel, IVG au 90 ième percentile de 16 sa (BIP = 38 mn, PC = 132 mn) en début de pratique, on pourrait utiliser la triple association mifépristone + misoprostol + dilapan

La séquence d'administration que nous vous conseillons est alors la suivante :
- 36 à 48 h avant 200 mg de Mifépristone
- Le jour de l'intervention :
  - H0 : Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracétamol 1 gr
  - 30 mn plus tard pose de Dilapan, au moins 2 et idéalement 3
  - 1h avant le passage au bloc : 400 microgrammes de misoprostol par voie jugale
  - Passage au bloc 3/4h après la pose de Dilapan

La dilatation du col

La procédure de D&E ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé.
La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante.
Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel.
- entre 14 et 15 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 14 ou n° 15
- entre 15 et 16 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16

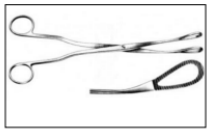
  Si le col peut admettre une bougie d'un diamètre supérieur, utiliser des bougies plus grandes sans dépasser la bougie n°16.

Une dilatation insuffisante est source de prolongation excessive du geste et augmente le risque hémorragique.

L'évacuation de l'utérus
- Commencer par une aspiration intra-utérine (prendre la plus grosse canule disponible) et aspirer le liquide amniotique.
- Demander l'injection de 5 unités de syntocynon en IVL qui peut être poursuivie par 10 U dans une poche de 250 ml durant toute la procédure. L'ocytocyne provoque la contraction de l'utérus qui
  - favorise le décollement du trophoblaste « délivrance dirigée per abortum »
  - diminue le risque de perforation
  - diminue les pertes sanguines
- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.
- Réaliser la procédure de D&E. sous contrôle échographique à l'aide d'une pince

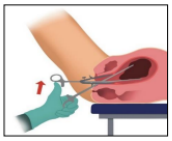
Le type de pince recommandée est une pince de Mc Clintok 24 cm
C'est un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 12 et qui ne se démonte pas. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.

Pince de Mc Clintok 24

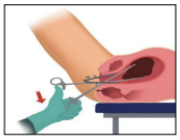


- Introduire la pince sous contrôle écho

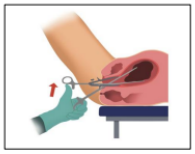
- Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement (Figure1)



- Après passage de l'orifice cervical interne, ouvrir la pince aussi largement que possible en abaissant la main et la pince en direction du sol pour amener les mâchoires de celle-ci dans la partie antéro-inférieure de l'utérus. (Figure 2)



- Evacuer les tissus, en fermant les mâchoires de la pince autour des tissus fœtaux et la faire pivoter de 90° avant de la retirer par traction douce avec des petits mouvements de droite/ gauche de la main.
- Pour ne pas saisir le myomètre avec la pince : maintenir la pince en bas et au milieu de la cavité utérine et ne pas aller au fond de la cavité utérine, ce qui augmente le risque de perforation. (Figure 3*)*



- Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste

- Conseils pratiques :
    - Déposer les fragments extraits dans un sac de recueil sous fessier
    - Vider la vessie en début de geste si elle est pleine
    - Recourir à l'aspiration en cours de geste est très utile pour amener à portée de la pince des fragments situés au fond de l'utérus.
    - 5 nouvelles unités de syntocynon en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.
    - Les vacurettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles
- Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels.
- Faire une échographie finale de vacuité

L'antibioprophylaxie :

Comme pour les termes plus précoces un dépistage systématique des IST est indiqué.
Il n'y a donc pas lieu de faire une antibioprophylaxie systématique sauf si ce dépistage des IST n'a pas pu être réalisé à temps (contexte d'urgence) . On utilisera alors dans ce cas la Doxycycline et/ou le Métronidazole

Anesthésie :

L'anesthésie peut être générale ou locale. L'anesthésie locale semble possible sous réserve que ce soit vraiment le choix de la patiente (le geste est plus long et nécessite un échoguidage peu discret) et que l'opérateur. e soit très expérimenté.e. .

Rédaction S. Gaudu et P. Faucher :

Références :

LOI no 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement

Dilatation & Evacuation : Reference Guide IPAS 2018

Antibioprophylaxie dans l'IVG_ recommandations conjointes CNGOF, SFAR, SPILF ; janvier 2020

Faucher P. https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-1-page-38.

Ecole d'Infirmier(e)s Anesthésistes Diplômé(e)s d'Etat

UE 7 - MEMOIRE PROFESSIONNEL

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

2022-2024

Evaluation de la prise en charge des IVG chirurgicales à partir de la nouvelle loi de 2 Mars 2022

Etat des lieux au CHU de Poitiers

Introduction

La loi du 2 Mars 2022, allongeant le délai légal de 14 à 16 semaines d'aménorrhée, veut favoriser l'accessibilité à l'avortement pour toutes les femmes, mineures ou majeures, sur le territoire français. Il a paru intéressant, d'en observer les conséquences cliniques au CHU de Poitiers.

L'objectif principal de ce travail, a été de faire un état des lieux, au CHU de Poitiers, de la prise en charge chirurgicale et anesthésique des IVG instrumentales, de patientes adultes, depuis la loi du 2 Mars 2022, d'en évaluer les conséquences cliniques et de réfléchir aux améliorations possibles de la qualité de prise en charge des IVG chirurgicales.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, monocentrique et rétrospective réalisée au CHU de Poitiers, pour les interventions ayant eu lieu au bloc de gynécologie du 3 mars 2022 au 3 septembre 2023. L'étude a inclus 168 patientes.

Résultats

La majorité des IVG instrumentales de l'étude, concerne les tranches d'âges de 20 à 34 ans. Plus le terme augmente, plus il y a de saignement, de remplissage vasculaire, d'utilisation de la noradenaline, de Syntocinon et d'intubation orotrachéale. Il n'y a pas de différence concernant la douleur post opératoire, les nausées vomissements post opératoire et la durée de séjour en Salle de surveillance post interventionnelle. Lorsque l'on compare les groupes IVG précoces et IVG tardives, les résultats sont similaires, sauf pour la durée de l'intervention qui est légèrement supérieure pour les IVG tardives (5 à 8 minutes).

Conclusion

Cette étude met en évidence plusieurs aspects positifs qui doivent être poursuivis et renforcés. Il existe des aspects pour lesquels des efforts supplémentaires doivent être apportés (Syntocinon, Cimétidine). Il reste maintenant aux équipes de chirurgie et d'anesthésie de prendre connaissance des conséquences cliniques de l'allongement du délai légal des IVG, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des IVG instrumentales.

Mots clés : IVG instrumentale, loi, anesthésie, chirurgie, complications, qualité, prise en charge

Auteur : Marcel KEITA

Directeur de mémoire : Docteur Antoine SIMONET

SCHOOL OF STATE-CERTIFIED ANAESTHETISTS NURSES

UE 7 PROFESSIONAL DISSERTATION

To obtain the National Diploma in Anaesthetic Nursing

2022-2024

Evaluation of the management of surgical abortions based on the new law of 2 March 2022

Overview-Poitiers University Hospital

Introduction

The law of 2 March 2022, extending the legal period from 14 to 16 weeks of amenorrhea, permits and promotes accessibility to abortion for all women, minors or adults, on French territory. Therefore it seemed relevant and pertinent to observe the clinical impact of this new length of time to end a pregnancy at the University Hospital of Poitiers.

The main objective of this study was to consider the current status of surgical and anesthetic management of surgical abortions in adult patients at the University Hospital of Poitiers since the enactment of the 2 March 2022 law, to assess the clinical consequences and concive possible improvements in the quality of care in the case of surgical abortions.

Methodology

This observational, descriptive, single-center, retrospective study conducted at the University Hospital of Poitiers, for operations performed in the gynecology operating theatre from 3 March 2022 to 3 September 2023. The study included 168 patients.

Results

The majority of surgical abortions involved women aged 20 to 34 years. As the term increases, there is more bleeding, vascular filling, use of norepinephrine, Oxytocin and orotracheal intubation. There are no significant differences in postoperative pain, postoperative nausea, vomiting (PONV), or length of stay in the post-anesthesia care unit (PACU). When comparing early abortion groups and the late abortion groups the results are similar, except for the duration of the intervention, which is slightly longer for the late abortion groups 5 to 8 minutes.

Conclusion

This study aimed at highlighting several positive aspects which must be continued and reinforced (postoperative pain, PONV). However, additional efforts are required in areas such as the use of oxytocin and cimetidine.

It now remains for surgery and anaesthesia teams to better understand the clinical impact of the extended legal deadline for abortions to further improve the quality of care for surgical abortions.

Keywords: Law, surgical abortion, anesthesia, surgery, complications, quality, care, support

Author: Marcel KEITA
Supervisor: Antoine SIMONET