



HAL
open science

**Acceptabilité d'une vidéo d'informations sur
l'interruption volontaire de grossesse par voie
médicamenteuse en ville en amont de la consultation de
prise du premier comprimé (mifepristone). Informativité
et utilité**

Florence Belleuvre

► **To cite this version:**

Florence Belleuvre. Acceptabilité d'une vidéo d'informations sur l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ville en amont de la consultation de prise du premier comprimé (mifepristone). Informativité et utilité. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02114334

HAL Id: dumas-02114334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02114334v1>

Submitted on 29 Apr 2019

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 245

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Acceptabilité d'une vidéo d'informations sur l'interruption volontaire
de grossesse par voie médicamenteuse en ville en amont de la
consultation de prise du premier comprimé (mifepristone).
Informativité et utilité

Présentée et soutenue publiquement
le 16 octobre 2018

Par

Florence BELLEUVRE

Née le 15 janvier 1987 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Mathilde Roze, MG
M. Le Docteur Philippe Faucher, PH

Jury :

Mme Le Professeur Isabelle Aubin-Auger, PUPrésidente

Mme Le Professeur Frédérique Noël, PA

M. Le Professeur Max Budowski, PU

M. Le Docteur Paul Clément, MG



Remerciements

Au Professeur Isabelle Aubin-Auger,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez recevoir ici l'expression de ma respectueuse considération et de mes sincères remerciements.

Au Professeur Frédérique Noël,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury. Merci aussi pour votre implication, votre encadrement et vos conseils avisés dans la formation des internes de médecine générale.

Au Professeur Max Budowski,

Merci de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de participer à ce jury. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Paul Clément,

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury. C'est un grand plaisir pour moi de vous compter parmi les membres du jury. Merci de m'avoir accompagnée durant mes débuts en médecine générale par votre soutien, vos enseignements et votre bienveillance.

Au Docteur Mathilde Roze,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et pour ta disponibilité, tes conseils et ta grande patience. Ta rigueur et ta volonté du travail bien fait sont un modèle pour moi. C'était un réel plaisir de faire ce travail avec toi et tu m'as même donné le goût de la recherche !

Au Docteur Philippe Faucher,

Merci de m'avoir fait confiance et proposé ce travail passionnant et enrichissant qui a été un véritable plaisir à réaliser.

Aux Docteur Laurent Blum, Docteur Edouard Devaud et Docteur Jean Laganier,

Merci d'avoir participé à ma formation d'interne, de m'avoir enseigné la rigueur et de m'avoir fait partager votre savoir avec autant de passion. Vous avez marqué mon internat et j'ai une profonde admiration pour chacun de vous. C'était tous les jours un véritable plaisir de venir travailler à vos côtés.

Docteur Laurent Wormser,

Merci d'avoir contribué à ma formation de médecine générale dont je garde un excellent souvenir. Je n'aurais pas pu avoir meilleur maître de stage que toi. Je te remercie également pour la confiance que tu m'as accordée pour mes premiers remplacements.

A tous les médecins et patients qui ont enrichi mon expérience professionnelle et ma vie.

A mon frère, Jean,

Merci de m'avoir accordé deux ans d'adolescence à me faire réciter mes cours de première année de médecine sans relâche. Même si ça ne t'a clairement pas donné envie de suivre mes traces (je ne comprends pas pourquoi), je suis très fière de ta réussite et de ce que tu es devenu aujourd'hui.

A Papy et Mamie,

Merci pour votre soutien sans faille. Vous êtes l'un de mes principaux moteurs dans l'accomplissement de mes études et dans la réalisation de cette thèse.

A Beaupa et Nanou,

Merci pour tous les bons souvenirs que vous m'avez laissés. Vous me manquez. J'aurais tant aimé vous faire lire cette thèse. Je suis sûre que vous auriez été fiers de moi.

A la famille Duboc, Brigitte, Denis, Henri et Titou,

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre merveilleux accueil, votre soutien et votre aide durant toute la P1 dont je garde un souvenir impérissable.

Aurélie, Thomas, Chantal et Christian

Merci pour tous ces moments qui ont été une véritable bouffée d'oxygène durant mes années d'études.

A Baudouin,

Avec toute mon affection (et merci pour le sapin de Noël !).

A Angèle,

Merci de m'avoir accueillie dans ta vie d'enfant lors de mon arrivée à Enghien, et surtout de m'avoir gardée comme amie sans m'avoir tenu rigueur de l'incident du bal masqué. Merci pour cette amitié indéfectible et pour tous les beaux moments partagés. Quel bel hommage à notre amitié que de clore ces années d'étude le même jour... Et c'est PAS FINI !

A Clémence,

Merci pour cette belle amitié et pour tous les moments intenses que nous avons pu partager durant les études ou en dehors. Merci d'avoir été là à chaque épreuve.

A Léa, Julie et Sophie, mes amies de toujours,

Merci pour cette profonde amitié qui a traversé toutes ces années et pour tous ces merveilleux moments partagés ensemble. Je suis très admirative de vos parcours et de ce que vous êtes aujourd'hui.

A Emir,

D'ailleurs, « Et toi... tu es pour ou contre l'avortement ? » Merci d'être toi tout simplement et pour tout ce que tu m'apportes. Tu es indéniablement ma plus belle rencontre de l'internat et je suis fière de t'avoir dans ma vie. Et maintenant, en route (mauvaise troupe!) pour de nouvelles aventures !

A Romain,

Merci d'avoir été aussi volontaire pour m'aider dans cette étude. Merci pour tous les précieux et inlassables moments que nous avons partagés ensemble et merci d'avoir tenté de m'infiltrer dans le monde hollywoodien à coup de sourires de mouette, tu auras essayé... Continue d'être cette personne exceptionnelle dont je ne pourrais me passer.

A mes anciens co-internes, Claire et Virgile,

Merci pour ces incroyables moments passés en gériatrie. Je me rappelle encore comme la séparation avait été dure lorsque nous avons dû changer d'étage et le plaisir que l'on a eu de se retrouver de plus belle après. Je suis très heureuse de vous avoir rencontrés et de maintenir ce lien d'amitié avec vous. Et Claire, merci pour ton très grand soutien pour cette thèse.

A Juliette, Thomas, Yvan, Alison, Mathilde, Audrey, Ludovic et Julien,

A vous tous que j'adore et dont l'amitié est très précieuse pour moi.

A Soukayna, Ludivine, Laurène, Guillaume et Louis,

Quand une grande et profonde amitié naît au travail... Quel bonheur de travailler à vos côtés et de vivre mes plus beaux moments avec vous !

A Hervé,

Merci pour ton aide, ton amitié et ton immense capacité d'écoute et de réconfort.

A toute l'équipe ipso,

Merci de m'avoir aussi vite intégrée au sein de votre équipe et de m'avoir fait confiance en me permettant de travailler avec vous. Je me rends compte chaque jour de la chance que j'ai de travailler et de grandir au sein d'un environnement si bienveillant, et dans une si bonne ambiance que je n'aurais jamais imaginés trouver ailleurs. Vous êtes tous de belles personnes avec de profondes valeurs et de beaux projets dont je suis fière de faire partie.

A Wandrille,

Merci de ton soutien et de ton aide tout au long de cette thèse, mais surtout d'être entré dans ma vie et de me rendre chaque jour plus heureuse...

A mes parents,

Merci infiniment pour votre soutien à toute épreuve, surtout dans mes années de doute et pour l'amour inconditionnel que vous me portez. C'est grâce à vous, à votre éducation et aux valeurs que vous m'avez inculquées que je suis arrivée là aujourd'hui.

Table des matières

Introduction	10
Contexte et objectifs	11
A. L'interruption volontaire de grossesse	11
1. Histoire et législation de l'avortement	11
2. Mise en place de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire	13
3. Epidémiologie de l'IVG en France	14
4. La méthode médicamenteuse	19
B. Délivrance de l'information médicale.....	25
1. Le contenu et les qualités de l'information	26
2. Les modalités de transmission de l'information	28
C. Justifications de l'étude et objectifs	30
Méthodes.....	36
A. Enquête	36
1. Type de l'étude	36
2. Population d'étude	36
3. Recrutement et répartition des patientes	37
B. La vidéo	38
C. La consultation standard de prise du premier comprimé	40
D. Le questionnaire	41
1. La partie commune	41
2. La partie spécifique au groupe « Vidéo ».....	42
E. Techniques d'analyse des données.....	42
1. Description de la population d'étude	42
2. Acceptabilité de la vidéo	43
3. Informativité de la vidéo et de la consultation	43
4. Utilité de la vidéo	43
F. Cadre légal	43
Résultats	45
A. Description de la population	45
B. Objectif principal : acceptabilité de la vidéo	46
1. Acceptabilité et place de la vidéo	46
2. A quel moment montrer la vidéo ?.....	48
3. Analyse des réponses qualitatives des patientes du groupe « Vidéo »	49
C. Informativité de la vidéo	54
1. Clarté des informations.....	54
2. Restitution des informations	55
D. Utilité de la vidéo seule ou avec la consultation standard	57
1. Utilité de la vidéo et/ou de la consultation	57
2. Comparaison entre l'utilité de la vidéo et de la brochure d'informations.....	57
Discussion	58
A. Résultats principaux et leur implication majeure.....	58
B. Comparaison à d'autres études	59
C. Forces et limites de l'étude	64
1. Forces de l'étude.....	64
2. Limites de l'étude.....	65
3. Retour de terrain / Hypothèses expliquant nos résultats.....	67
D. Ouverture	69
1. Perspectives de recherches	69

2. Perspectives d'amélioration	72
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	74
Annexe 1 : Notice d'information patiente REVHO	77
Annexe 2 : Formulaire de consentement	81
Annexe 3 : Questionnaire de l'étude.....	82

Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence régionale de santé

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DGS : Direction générale de santé

DOM : Département d'outre-mer

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DOM : Département d'outre-mer

FIAPAC : Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la
Contraception

HAS : Haute autorité de santé

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IVG : Interruption volontaire de grossesse

NHS : National health service

OMS : Organisation mondiale de la santé

PF : Planning familial

PMI (centre) : Protection maternelle et infantile

REVHO : Réseau entre la ville et l'hôpital

SA : Semaine d'aménorrhée

Introduction

Cela fait un peu plus de 40 ans que l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France grâce à la loi Veil [1]. Cette loi a permis aux femmes de disposer librement de leur corps et de lutter contre les avortements clandestins, responsables de la mort d'une cinquantaine de femmes par an en France [2].

Initialement instrumentale, l'IVG est devenue ensuite possible par méthode médicamenteuse en 1989 grâce au RU 486¹ et autorisée en ambulatoire en 2001 [3]. Depuis 2004, cet acte peut se faire sous surveillance d'un médecin généraliste formé justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention [4].

Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA). Depuis 2009, les centres de santé, et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses [5]. Depuis 2016, les sages-femmes peuvent aussi en pratiquer [6].

En 2015, 218 100 IVG ont été réalisées en France dont 18% en médecine de ville [7].

L'IVG médicamenteuse et notamment à domicile, représente une bonne alternative à l'IVG chirurgicale tant sur le plan social qu'économique puisqu'elle facilite l'accès aux soins, est plus humaine, présente un moindre coût pour la sécurité sociale et avec un taux de succès proche de 98% [7].

La prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville doit être très encadrée et demande une importante rigueur.

La patiente bénéficie d'abord d'une consultation d'informations générales sur les modalités de l'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) puis d'une consultation durant laquelle le soignant lui remet le premier comprimé nécessaire à l'IVG accompagnés d'informations spécifiques (détaillées ci-après) nécessaires au bon déroulement de l'IVG médicamenteuse [4,8,9].

¹ Mifepristone

Contexte et objectifs

A. L'interruption volontaire de grossesse

1. Histoire et législation de l'avortement

Le désir de réguler les naissances, que ce soit via méthodes contraceptives ou méthodes abortives est retrouvé dans toutes les sociétés, et a traversé les siècles, souvent influencées par les contextes socio-politiques et les idéologies religieuses.

Pendant des siècles on pense que la vie débute non pas après la conception, mais après « l'animation » c'est à dire l'infusion de l'âme, qui a lieu vers 40 jours post-conceptionnel selon Hippocrate[10] et jusqu'à 90 jours selon Aristote [11].

Jusqu'au XVIII^e siècle, aucune loi ne punit l'interruption de grossesse, bien que l'acte soit condamné par l'Eglise. Cela est expliqué par le fait qu'il est difficile de différencier une fausse couche précoce d'un avortement provoqué par des méthodes naturelles.

Au XIX^e siècle, le code pénal de 1810 fait de l'avortement un acte criminel passible de la cour d'assises [12]. Durant la même période, en Angleterre, la doctrine de Thomas Malthus (1766-1834), selon laquelle les ressources terrestres s'amenuisent face à une surpopulation; est à l'origine de la création d'un courant « néo-malthusien » qui vise à limiter les naissances de façon à éviter la famine, en promouvant la contraception et l'avortement [13]. En opposition à ce courant considéré comme anarchiste, se développe alors le courant nataliste et populationniste luttant notamment contre la propagande et la banalisation de l'avortement ; principalement suite à la défaite française dans la guerre franco-prussienne en 1871. Celle-ci rend compte du risque de dénatalité.

La maternité devient alors un véritable enjeu politique, renforcé après les grandes pertes démographiques de la guerre de 14-18. Cela aboutit à la loi de 1920 qui réprime alors « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle » et celle de 1923 qui fait

de l'avortement provoqué « un délit » passible du tribunal correctionnel [14].

Avec la seconde guerre mondiale et le régime de Vichy, la répression de l'avortement se majore. La théorie nataliste est à son acmé. Est alors votée la loi du 15 février 1942 qui fait de l'avortement « un crime contre la sureté de l'état » et passible de la peine de mort[14].

Durant les années qui suivent, de nombreuses condamnations sont proclamées où avorteurs et avortées sont guillotins.

En 1956, la France est dans l'euphorie du baby-boom mais en oublie certaines femmes enceintes, esseulées et dans une grande détresse par rapport à une grossesse non désirée. C'est dans ce contexte que se constitue un mouvement appelé « la maternité heureuse », présidée par la doctoresse Lagroua Weill-Hallé qui revendique pour chaque couple, le droit de contrôler les naissances, sous couvert d'assurer le bon équilibre psychologique du couple et de promouvoir la bonne santé des femmes et privilégier une maternité épanouie. Il devient en 1960 le Mouvement français pour le planning familial [15].

Peu à peu les mentalités évoluent et en 1967 est votée la loi Neuwirth autorisant la diffusion de la contraception.

Divers personnages organisent une lutte contre la répression et pour la légalisation. En 1971, le Nouvel Observateur publie un manifeste, appelé ensuite "manifeste des 343 salopes", où 343 femmes, anonymes ou publiques, déclarent avoir avorté. Aucune ne sera condamnée [16]. En 1972, une jeune fille de 17 ans est relaxée au procès de Bobigny après avoir avorté d'une grossesse issue d'un viol [17].

Le fossé entre la loi et la réalité se creusant de plus en plus, un débat instauré par le gouvernement aboutit au vote d'un projet de loi de la ministre de la santé Simone Veil, autorisant l'IVG en 1975. La loi sera reconduite le 30 Novembre 1979, abrogeant définitivement l'article 317 du code pénal. L'IVG devient légale en France.

En décembre 1982, l'IVG est remboursée à 80 % par la Sécurité sociale.

Depuis le 31 mars 2013, l'acte de l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie [18].

Suite à la nouvelle loi Santé du 26 janvier 2016, le délai de réflexion de sept jours entre la première consultation et la confirmation écrite qui était jusqu'ici obligatoire (sauf cas d'urgence), est supprimé ; facilitant ainsi l'accès à l'IVG. Une autre des mesures phares de cette loi la généralisation du tiers payant [19].

Depuis le 1er avril 2016, toute la procédure d'IVG (consultations, examens biologiques et échographies) est remboursée à hauteur de 100 % par l'assurance maladie. Seuls les antalgiques prescrits dans le cadre de l'IVG médicamenteuse ne sont toujours pas pris en charge à 100% [20].

2. Mise en place de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire

Le RU 486, premier nom de la mifépristone, est découvert en 1980 par des chercheurs du laboratoire Roussel-Uclaf.

Il s'agit d'un stéroïde anti-progestatif de synthèse qui sensibilise notamment le myomètre aux contractions utérines.

Il obtient l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France en 1988 sous le nom de Mifégyne®.

Aux Etats-Unis, du fait d'un fort lobby anti-IVG, il faisait partie de la liste des produits interdits d'importation en 1989 par la Food and Drug Administration. Il n'y a obtenu l'AMM qu'en 2000.

A cette époque, en France, les centres d'IVG rencontrent de nombreuses difficultés, tant sur le plan financier qu'organisationnel. Le nombre d'IVG est grandissant. Sous le gouvernement Jospin, le Pr Israël Nisand établit un rapport sur les conditions d'accès à l'IVG, qui aboutira à la loi du 4 juillet 2001 dont les deux principales mesures sont l'allongement du délai autorisé passant de 12 à 14 SA, la fin de l'autorisation parentale pour les mineures et l'annulation de l'obligation d'un entretien psycho-social de la patiente [21].

Sur le plan légal l'IVG s'inscrit désormais dans le code de santé publique et l'article 233-11 du code pénal est abrogé : l'IVG n'est plus un délit.

La mifepristone devient alors une alternative à l'IVG chirurgicale et permet la prise en charge médicamenteuse en hôpital jusqu'à 9 SA, et en ambulatoire jusqu'à 7SA. La prise en charge ambulatoire est pour la première fois inscrite dans la loi de 2001.

La circulaire de 2004 y précise les conditions de réalisation de cette dernière [4]. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en 2010 récapitulent les obligations de suivi et les différentes étapes de la prise en charge des IVG en ambulatoire [8]. Elles sont résumées dans la partie 4 de ce chapitre.

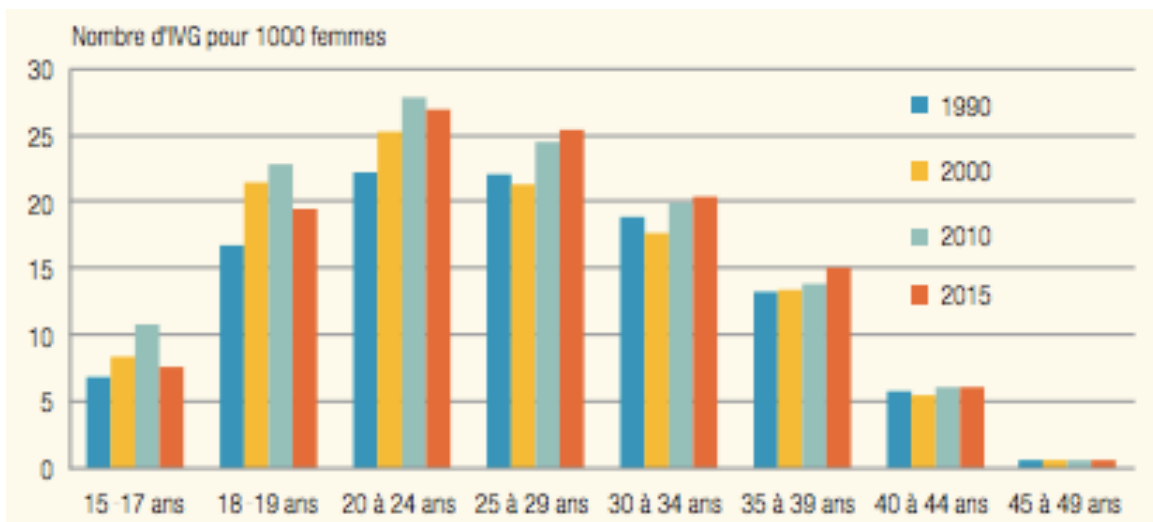
Une convention signée entre le médecin qui réalise l'IVG et le centre hospitalier avec lequel il est rattaché est obligatoire.

En 2009, la pratique des IVG médicamenteuses est autorisée dans les CPEF ainsi que dans les centres médicaux de santé [22].

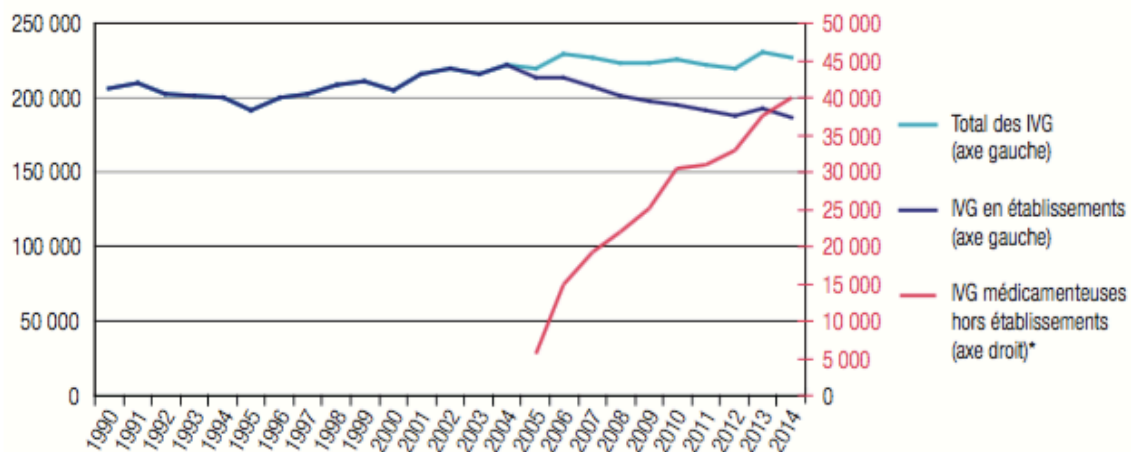
3. Epidémiologie de l'IVG en France

a) Epidémiologie de l'IVG (médicamenteuse et chirurgicale) en France

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) le taux d'IVG en France en 2015 est de 218 000 IVG dont 203 500 en métropole [7]. Ce taux est relativement stable depuis 2006. On compte 14,4 femmes pour 1000, âgées de 15 à 49 ans qui ont eu recours à l'IVG en métropole [7], avec un pic pour les femmes âgées entre 20 et 24 ans (27‰)(Graphique 1). Le nombre d'IVG réalisé en structure hospitalière tend à diminuer puisque le nombre d'IVG réalisée en ville (cabinet médical ou planning familial) augmente et atteint 36 300 en Métropole et 3 400 dans les départements d'outre-mer (DOM), soit 18 % du total des IVG. (Graphique 2)



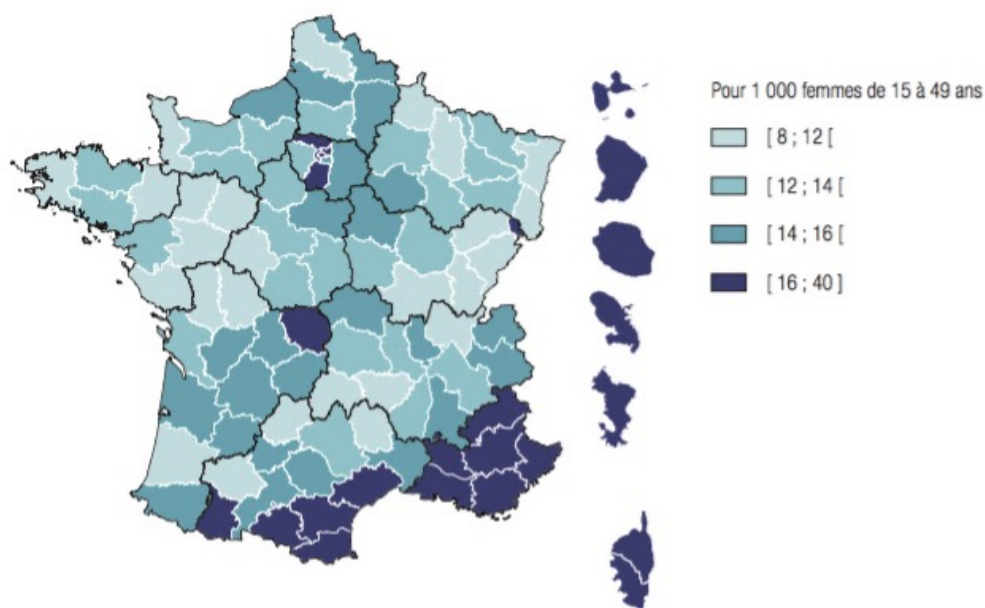
Graphique 1: Evolution du taux de recours à l'IVG en France en 2015 selon l'âge (DREES)



* Forfait médicament de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation et régime général ; à partir de 2010, selon la date de soins et tous régimes.

Graphique 2: Evolution du nombre des IVG en France métropolitaine et DROM depuis 1990 (DREES)

En 2015, le nombre de recours à l'IVG est inégal en France avec une plus grande proportion en Ile-de-France, dans le Languedoc Roussillon, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Corse ; puisque les taux y sont nettement supérieurs à la moyenne nationale avec entre 14 et 20 IVG pour 1000 femmes [7]. Dans les départements et régions d'outre-mer, les taux sont encore supérieurs avec par exemple 21 IVG pour 1000 à la Réunion, 26 IVG en Martinique, en Guyane et à Mayotte et 40 en Guadeloupe [7]. (Carte 1)

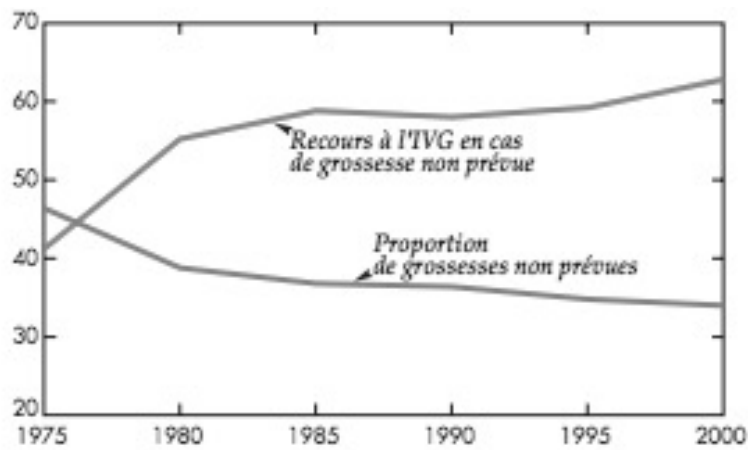


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Carte 1: Répartition géographique des IVG en France en 2014 (DREES ; INSEE)

Lorsque la loi Veil libéralisant l’avortement en France a été votée il y a 43 ans, on s’attendait à ce que sa fréquence diminue avec la diffusion de la contraception moderne. L’article « Pourquoi le nombre d’avortements n-a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? » met en lumière la diminution du taux de grossesses non prévues (passant de 46% en 1975 à 33% en 2004) mais l’absence de baisse du nombre d’avortements car le recours à l’IVG en cas de grossesse non désirée est plus fort [23]. (Graphique 3)

En effet, quatre grossesses non désirées sur dix (41 %) aboutissaient à une IVG en 1975, contre six sur dix (62%) en 2004. Cette modification peut s’expliquer par l’évolution du statut des femmes par l’essor des taux de scolarité et d’activité professionnelle féminine.



Graphique 3: Proportion de grossesses non prévues et fréquence du recours à l'IVG pour 100 femmes (DREES)

b) Epidémiologie de l'IVG médicamenteuse en France

En France en 2014, le taux d'IVG par voie médicamenteuse en ville ou en établissement s'accroît et atteint 59% contre 47% en 2006 [24]. En 2015, près de la moitié des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses, contre 10 % en 1992 [7]. On recense 36 460 IVG (16,3%) en cabinet de ville et 3100 (1,5%) en centre de santé, établissements de PMI (protection maternelle et infantile) et de planification familiale ; soit 18% réalisées en ambulatoire. (Tableau 1)

Tableau 1: Nombres d'IVG médicamenteuses et chirurgicales réalisées en 2015 selon la région de résidence de la femme

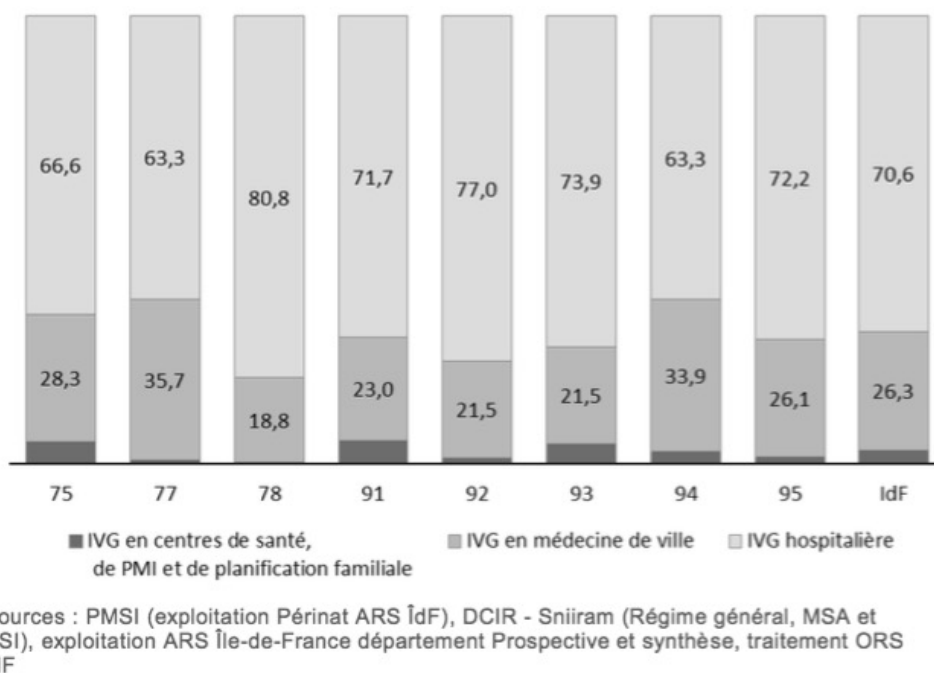
Régions	IVG réalisées en centres hospitaliers	Forfaits remboursés en centre de santé, établissements de PMI et de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total des IVG réalisées	IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans	IVG pour 1000 femmes mineures de 15 à 17 ans
Alsace – Champagne – Ardennes – Lorraine	13 331	205	631	14 367	11,9	6,6
Aquitaine – Limousin – Poitou-Charentes	13 767	373	2 122	16 262	13,5	7,3
Auvergne – Rhône-Alpes	18 762	328	3 565	22 655	13,1	6,2
Bourgogne – Franche-Comté	5 818	7	1 084	6 909	12,1	6,5
Bretagne	7 190	25	519	7 734	11,4	6,7
Centre – Val-de-Loire	5 848	114	736	6 698	12,6	6,1
Corse	1 067	3	141	1 211	17,2	9,2
Ile-de-France	36 450	1 497	13 208	51 155	17,1	7,9
Midi-Pyrénées – Languedoc-Roussillon	16 970	148	2 675	19 793	16,2	8,0
Pays de la Loire	8 028	8	205	8 241	10,5	5,3
Hauts-de-France	16 382	16	1 692	18 090	13,5	9,6
Normandie	7 423	40	1 178	8 641	12,3	7,4
Provence – Alpes-Côte d'Azur	16 144	331	5 232	21 707	20,5	10,6
France métropolitaine	167 180	3 095	33 188	203 463	14,4	7,6
Guadeloupe	1 815		1 328	3 143	33,9	17,5
Martinique	2 140		192	2 332	27,8	18,8
Guyane	1 359		558	1 917	30,0	29,1
Réunion	3 246		1 088	4 334	20,5	16,0
Mayotte	1 501		108	1 609	28,4	25,9
Total des DOM	10 061	7	3 274	13 335	26,5	20,0
France entière (y compris Mayotte)	177 241	3 102	36 462	216 798	14,9	8,1

Près de 1300 praticiens dont 501 omnipraticiens réalisent des IVG dans leur cabinet en 2015. La méthode médicamenteuse constitue une avancée très importante, dans la mesure où elle offre une alternative nouvelle permettant d'élargir le choix des femmes. Bénéficiant d'une image a priori attractive auprès des femmes, d'une tarification moins désavantageuse pour les établissements hospitaliers et présentant pour eux de moindres contraintes d'organisation, en particulier parce qu'elle ne nécessite pas le recours au bloc opératoire. Cette méthode a de ce fait un grand potentiel de développement. Cependant certains experts redoutent qu'elle se substitue à la méthode chirurgicale alors que comme le rappelle l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), elle n'est pas forcément adaptée à toutes les femmes [22] (par exemple du fait d'une contre-indication médicale à l'un des médicaments ou d'une incapacité à effectuer la prise de sang de contrôle et/ou se rendre à la consultation de contrôle).

C) Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse en Ile-de-France

En 2015, un peu plus de 51 000 IVG ont été réalisées par des femmes domiciliées en Île-de-France, soit un taux de recours de 17,1 pour 1 000 femmes en âge de procréer. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France souligne une importante offre de soins d'IVG à Paris, engendrant un flux considérable de femmes requérant une IVG, de la périphérie vers Paris.

Pour 59,5% des IVG concernant des Franciliennes, la méthode est médicamenteuse [25]. Les Franciliennes ont recours au secteur hospitalier pour 70,6% d'entre elles, 26,3% à la médecine libérale et 3,1% à un centre de santé, centre de PMI ou centre de planification et d'éducation familiale. Il existe cependant quelques inégalités entre les départements. (Graphique 4)



Graphique 4: Répartition des lieux de recours à l'IVG selon le département de domicile des Franciliennes en 2015 (%)

4. La méthode médicamenteuse

Les médicaments utilisés actuellement en France sont la mifépristone (Mifégyne®) associée au misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®).

a) *Le protocole dit « français » et ses alternatives possibles*

De nombreux essais randomisés ou non ont été réalisés et ont permis d'aboutir au protocole officiel dit « français », qui a l'AMM en France mais aussi en Union Européenne et aux Etats-Unis.

Les alternatives sont également issues d'essais portant sur les doses optimales de mifepristone, la dose et la voie d'administration du misoprostol, le moment de l'administration du misoprostol et le lieu d'administration des produits.

Protocole français

J1 : MIFEPRISTONE 600mg (3cp) par voie orale

36 à 48h plus tard : MISOPROSTOL 400µg (2cp) par voie orale

J15 : Visite de contrôle

- *La dose de mifepristone (J1)*

Deux études randomisées multicentriques publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1993 et 2000 ont comparé l'efficacité de 200, 400 et 600mg de mifepristone suivis 48h plus tard par le géméprost pour la première étude et le misoprostol pour la seconde.

Les résultats montrent une efficacité identique pour les 3 dosages. Celle-ci ne diminue qu'en fonction du terme de la grossesse.

Plusieurs autres études ont montré que la dose de 200mg de mifepristone était aussi efficace que 600mg quelle que soit la voie d'administration, ce jusqu'à 8 SA.

Cependant en 2009, une méta analyse rapporte un pourcentage plus important de grossesses évolutives avec l'utilisation de 200mg. ($p= 0,004$) [26].

- *La voie d'administration du misoprostol (entre 36 et 48h plus tard)*

Toutes les études ont montré qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité quelle que soit la voie d'administration du misoprostol jusqu'à 8 SA [27][28]. Cependant suite à des accidents mortels survenus aux Etats-Unis, la voie vaginale a été abandonnée à partir de 2005, même si l'imputabilité de cette voie d'administration n'a pas été prouvée.

Ce sont désormais les voies sublinguales et jugales qui sont utilisées et qui permettent d'atteindre avec les doses de 400µg, 600µg, ou 800µg de misoprostol une efficacité comprise entre 94% et 98% jusqu'à 9 SA. Il semble par contre que la fréquence des effets secondaires soit plus marquée avec la voie sublinguale qu'avec la voie vaginale [29].

- *Les doses de misoprostol (entre 36 et 48h plus tard)*

Une méta-analyse d'études proposant des doses répétées de misoprostol, avec la prise d'une deuxième dose de 400µg 4 heures après la première prise si l'expulsion n'a pas eu lieu n'a pas permis pas de démontrer l'efficacité de la répétition des doses de Misoprostol jusqu'à 10 SA [30]. Une étude plus récente n'a pas retrouvé d'augmentation de l'efficacité globale de la méthode après une deuxième dose de misoprostol mais révélait en revanche une diminution du taux de grossesses évolutives [31].

- *Le délai entre mifepristone (J1) et misoprostol*

Une méta-analyse de 5 essais randomisés comparant l'efficacité de différents intervalles de temps entre la prise de la mifepristone et de misoprostol (de 0 à 72h) ne montre pas de différence statistiquement significative mais une tendance à une moindre efficacité si l'intervalle de temps est inférieur à 8h [32].

- *Le lieu de prise de misoprostol*

Initialement le protocole prévoyait de garder les femmes en observation après la prise de misoprostol du fait de la dangerosité de la prostaglandine (sulprostone) utilisée au début des études (risques cardio-vasculaires) et de la crainte d'une complication hémorragique. Or le misoprostol, utilisé actuellement, n'a pas d'effet cardiaque délétère et ne justifie donc plus cette hospitalisation dans cette indication.

Quant au risque hémorragique en dehors de l'hôpital, plusieurs études ont montré que cet accident, lorsqu'il survenait, apparaissait au-delà des 3h d'hospitalisation [33–36].

Une des études met en évidence la préférence des femmes à rester chez elle lors de l'avortement (98%) plutôt que d'être sous surveillance hospitalière. Seules 5% des femmes ont regretté ce choix [37].

b) Contre-indications de l'IVG médicamenteuse, précautions d'emploi et limites de son utilisation

Il faut distinguer les contre-indications du fait de potentielles toxicités des médicaments des contre-indications de l'utilisation de la méthode médicamenteuse.

Enfin, la réalisation de l'IVG médicamenteuse hors structure hospitalière requiert le respect de certaines précautions.

- *Précautions d'emploi de l'utilisation du misoprostol à domicile*

Bien que les données de la littérature n'aient pas montré plus de complications au-delà du terme de 7SA, les textes réglementaires stipulent que les médecins de ville ne sont autorisés à pratiquer l'IVG médicamenteuse que jusqu'à 7SA. La HAS fixe une limite de durée de transport n'excédant pas 1h entre le domicile de la patiente et un centre hospitalier référent [8]. La mise en place d'un réseau ville/hôpital permet de donner aux femmes des indications précises sur l'hôpital de référence le plus proche de chez elle et où elles peuvent se rendre aux urgences 24h/24.

- *Limites de l'utilisation de la méthode médicamenteuse en ville*

- *Patiente ne comprenant pas les informations fournies*

L'acceptabilité et la tolérance de la méthode dépendent de la qualité et de la compréhension de son déroulement. Les patientes ne pouvant pas comprendre les informations données (barrière de la langue...), doivent être exclues de ce protocole.

- *Patiente ambivalente ayant besoin d'un délai de réflexion plus long*

Une patiente ambivalente sur son choix doit se faire proposer un délai de réflexion plus long même si l'on sort des délais autorisés pour la méthode médicamenteuse.

- *Patiente en situation de grande précarité*

Il est préférable de proposer à une patiente isolée ou en en grande précarité une prise en charge en cadre hospitalier via la méthode médicamenteuse ou chirurgicale.

- *Impossibilité d'une visite de contrôle (voyage...)*

La visite de contrôle post IVG doit avoir lieu entre 15 et 21 après la prise du 1^{er} comprimé.
Une patiente ne pouvant s'y rendre devrait être exclue du protocole médicamenteux

c) Modalités de réalisation des IVG médicamenteuses en ville

(1) Principes généraux

La pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé est possible à condition qu'une convention ait été signée entre le praticien pratiquant les IVG, un centre de planification d'éducation familiale, un centre de santé et un établissement de santé (hôpital ou clinique) selon les conditions fixées par le décret du 3 mai 2002, par l'arrêté du 23 juillet 2004 et par la circulaire du 6 octobre 2009 [35,36].

La convention est établie pour une durée de 1 an et est renouvelée chaque année par tacite reconduction.

Ces IVG sont exclusivement réalisées par voie médicamenteuse et jusqu'à 7SA. Le médecin effectuant ces IVG assure le suivi de la femme conformément aux recommandations de la HAS.

Le médecin doit justifier d'une expérience professionnelle dans la pratique des IVG médicamenteuses soit via une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique, soit par la pratique régulière d'IVG médicamenteuses dans un établissement de santé, dans lequel le médecin, quel que soit son statut, pratique ou a pratiqué des IVG.

Le directeur de l'établissement signe alors la convention.

(2) Réseau ville-hôpital

Afin d'apporter une aide et un support logistique aux médecins et aux établissements de santé souhaitant réaliser un réseau ville-hôpital, des associations se sont créées.

C'est le cas par exemple du centre REVHO (Réseau entre la ville et l'hôpital) en Ile-de-France. Elle organise et propose des formations régulières aux médecins de ville, au personnel des centres de santé et des CPEF.

Elle crée et fournit des documents d'information aux professionnels (fiche de liaison, fiche d'information patiente...).

Elle centralise une base de données qui permet d'évaluer la qualité des soins, la satisfaction des patientes et des professionnels de santé.

(3) La consultation pré-IVG

Le médecin transmet à la patiente les informations concernant les deux méthodes d'IVG, les modalités, les avantages, les éventuelles complications.

Cette consultation peut être faite par un médecin qui ne pratique pas les IVG. Il doit lui proposer la possibilité d'avoir un entretien psychosocial, qui est obligatoire chez la patiente mineure.

Le médecin en profite également pour aborder les sujets de la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Une feuille ou un guide d'informations est généralement remis à la patiente.

Depuis la loi du 26 janvier 2016, le délai légal de réflexion entre la première consultation pré-IVG et l'IVG est supprimé, mais le principe d'information et de choix éclairé de la femme reste en vigueur.

Le recueil du consentement attestant que la patiente souhaite réaliser une IVG peut donc se faire lors de cette consultation.

(4) Réalisation de l'IVG

Cette consultation doit être réalisée par un praticien autorisé à pratiquer les IVG.

Lors de cette consultation, le praticien est tenu de recueillir le consentement à l'IVG et à la prise de médicament. Un exemplaire est donné à la patiente et un autre est conservé dans le dossier médical.

Il est également tenu de l'informer sur protocole de prise des différents médicaments, leurs éventuels effets secondaires et sur les mesures à prendre en cas de survenue de ceux-ci. Il lui remet le protocole écrit.

Il doit s'assurer de la bonne compréhension des informations, et lui remet les numéros d'urgence et les coordonnées d'un établissement de santé adapté en cas d'urgence.

Suivant l'arrêté du 23 juillet 2004, la prise du misoprostol doit se faire lors d'une consultation médicale ; et d'après la circulaire du 26 novembre 2004 de la Direction générale de santé (DGS), en aucun cas les médicaments ne sont remis à la patiente pour une prise à domicile.

Néanmoins, les recommandations professionnelles validées par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 2001 et confirmées par la HAS en 2011 indiquent que « les comprimés de misoprostol peuvent être confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48h plus tard » [38].

Par ailleurs, si la patiente est Rhésus négatif, il lui doit lui prescrire le sérum anti-D pour prévenir l'allo-immunisation.

Il lui remet la mifepristone que la patiente doit prendre devant lui et les comprimés de misoprostol qu'elle peut donc, d'après la HAS prendre à son domicile, accompagnés de la fiche de liaison.

(5) La consultation post IVG

Celle-ci doit avoir lieu entre 15 et 21j après la prise de mifepristone. Elle permet de s'assurer de l'efficacité de l'IVG. La méthode de contrôle de l'efficacité de la méthode est laissée à l'appréciation du praticien (contrôles sanguin ou échographique).

B. Délivrance de l'information médicale

Depuis la loi Kouchner du 4 Mars 2002, le personnel de santé a le devoir d'informer le patient sur son état de santé, les investigations réalisées, les possibilités thérapeutiques et le pronostic de sa maladie.

C'est l'aboutissement d'une évolution confirmant une demande de plus en plus forte du corps social à plus d'autonomie et à une meilleure information.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Le principe et les modalités sont posés à l'article L.1111-2 du code de la santé publique [39].

Les articles R.4127-3434 et R.4127-35 du code de santé publique sont respectivement relatifs à la prescription et à l'information.

L'article 34 stipule que le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution [40].

L'article 35 impose au soignant de fournir une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose tout au long de la maladie, en tenant compte de la personnalité du patient dans ses explications.

Le personnel médical doit veiller à leur bonne compréhension [41].

Malgré cela, plusieurs études réalisées mettent en lumière le fait que les patients ne s'estiment pas assez informés notamment concernant les effets indésirables potentiels des médicaments qu'on leur prescrit.

Dans l'étude « What patients want to know about their medications » de Kalpana, les patients déclarent souhaiter avoir des renseignements précis sur les thérapeutiques notamment sur les effets secondaires. Or les soignants remettaient en question la quantité d'informations sur les effets indésirables que voulaient les patients jugeant que trop d'informations risquaient de décourager les patients à suivre leur médication [42].

Une autre étude portant sur l'information des patients sur les effets indésirables des médicaments, montre que les patients s'estiment majoritairement suffisamment bien informés sur les EIM et que la source première d'information qu'ils estiment fiable est un professionnel de santé. Pourtant au décours de la consultation étudiée, l'information sur les EIM de la majorité des médicaments prescrits, parfois responsables d'EIM fréquents ou graves, ne semble pas avoir été retenue par les patients. En effet pour 85 % des prescriptions aucune information sur les EIM n'a été retenue par les patients. Différents facteurs négatifs interviendraient dans la transmission des informations : un faible niveau socio-économique, l'âge, le genre masculin et la chronicité du traitement [43].

1. Le contenu et les qualités de l'information

Le contenu et la qualité des informations transmises par le soignant sont proposés dans les recommandations de bonne pratique de la HAS publiées en 2012. [44]

a) Le contenu de l'information

L'information ne porte pas uniquement sur l'état de santé du patient, mais aussi sur les investigations, les traitements et actions de prévention envisagés. Le professionnel de santé délivre toutes les informations nécessaires à la prise de décision du patient et répond aux questions posées. L'information prend en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle et doit comprendre « la description, le déroulement et l'organisation des investigations, des soins, des actes envisagés et l'existence ou non d'une alternative ; leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence ; les bénéfices escomptés ; les suites, les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles ; les conseils à la personne et les précautions qui lui sont recommandées ; le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées». Ces informations sont indispensables au recueil du consentement du patient.

b) Les qualités de l'information

La HAS établit une liste de qualités auxquelles l'information donnée par le professionnel de santé doit répondre, que celle-ci soit écrite ou orale [44].

- Etre synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée
- Présenter, quand elles existent, les alternatives possibles
- Présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels.

Le professionnel de santé doit s'enquérir de ce que le patient a retenu et de sa bonne compréhension, par exemple en demandant ce qu'il a compris. Il doit inviter la personne à poser des questions sur les informations données.

2. Les modalités de transmission de l'information

a) L'entretien

L'information peut être divulguée en entretien individuel ou en présence d'un tiers, après accord du patient. La délivrance de l'information requiert du tact, du temps et de la disponibilité, ainsi qu'un environnement adapté. Elle implique un dialogue entre le professionnel de santé et le patient. Souvent, il est nécessaire de la transmettre en plusieurs fois, ou la réitérer chaque fois que cela est nécessaire. Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de faire appel, si possible, à un interprète. De même, lorsque la personne est en situation de handicap sensoriel (surdité) ou moteur (dysarthries) en dehors de toute altération cognitive, il est recommandé de faire appel à un assistant de communication.

b) L'utilisation de supports écrit

L'information doit absolument être donnée à l'oral mais s'il existe des documents écrits venant appuyer celle-ci ou l'agrémentant, il est recommandé de les utiliser autant que faire se peut, et de les remettre à la personne afin que celle-ci puisse les consulter quand elle le souhaite et/ou en discuter avec des personnes de son choix [44].

La HAS donne également une liste de qualités requises pour l'information qui figure dans ces documents écrits. Celle-ci doit être :

- Hiérarchisée, reposant sur des données validées, et présentant les bénéfices attendus des actes ou des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels. Elle précise les risques fréquents, et pour les risques normalement prévisibles, les risques graves. Elle indique les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par la personne
- Synthétique, claire et courte
- Compréhensible par le plus grand nombre.

Dans le cas de l'IVG médicamenteuse en ville, il y a par exemple la notice d'information REVHO qui est un document destiné aux patientes. (Annexe 1)

c) L'utilisation des supports multimédias

Il est possible également d'utiliser des supports multimédias en complément de l'information orale et écrite mais sans s'y substituer. Des adresses de sites Internet peuvent être communiquées à la personne qui souhaite s'y référer.

L'évolution exponentielle de nouveaux médias permet d'ouvrir de nouvelles perspectives à des fins d'éducation thérapeutiques pour le patient, définie par l'OMS en 1998 comme étant un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants et ce sans altérer sa qualité de vie. [19] Ils peuvent s'avérer être de très bons outils pédagogiques en complément des entretiens avec le médecin, permettant une meilleure mémorisation (via l'utilisation de la mémoire visuelle) et en rendant l'éducation plus ludique.

En 2015, 80% des Français disposent d'un ordinateur à domicile. Une très grande majorité des 12 ans et plus (86%) sont équipés soit d'un micro-ordinateur à domicile, soit d'une tablette, soit d'un smartphone et 99% des moins de 40 ans sont équipés, soit 20% de plus que les 40 ans et plus (78%) [45].

Compte tenu de la démocratisation de l'accès à Internet (63% des ménages français avaient accès à Internet au premier trimestre 2009, selon la source Eurostat), nous tendons de plus en plus à utiliser ce moyen de communication en éducation thérapeutique [44–46].

Cela permet un accès à l'information quelle que soit la situation géographique et une liberté totale en termes d'horaires puisque le patient choisit lui-même quand avoir accès à l'information et autant de fois qu'il le souhaite.

Le programme IndiGO, outil numérique dans l'éducation du diabète de type I est un exemple de l'apport bénéfique de ces supports dans l'éducation thérapeutique du patient. Deux études ont été faites et rapportent que cet outil a été apprécié, acceptable, accessible, informatif, « attrayant », et permettant également à l'entourage du patient (pas forcément présent en consultation avec le patient) d'y avoir accès, de s'informer, pouvant alors s'investir dans l'éducation thérapeutique du patient [46,47].

L'« éducation » est délivrée de manière plus ludique et on peut penser également que cette nouvelle façon d'aborder les connaissances permettra au patient de mettre en jeu des processus cognitifs non encore explorés.

C. Justifications de l'étude et objectifs

L'IVG médicamenteuse est autorisée en ville jusqu'à 7SA depuis la loi de 2001 et les demandes sont croissantes [7].

Malgré l'arrêté stipulant qu'aucun traitement ne doit être pris en dehors du cabinet, la HAS autorise la prise du 2e traitement au domicile de la patiente ; ce qui implique que toutes les informations concernant les modalités de la prise de ce deuxième traitement, les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires, mais aussi concernant la nécessité du suivi post IVG doivent être données lors de la consultation de la prise du premier traitement.

Différentes méthodes sont utilisées par les médecins pour transmettre les informations concernant l'IVG médicamenteuse en ville par exemple avec un support écrit (la fiche d'informations REVHO).

Une étude américaine « Quality of care » a montré l'importance d'une explication claire, corrélée à une meilleure qualité des soins. Les femmes appréhendent de façon mieux préparée les effets secondaires [48].

L'ANAES recommande « de dispenser à chaque patient une information pertinente et de qualité, tout au long du processus de soin, en tenant compte des besoins propres de ce dernier et du respect dû à sa personne » [49].

Aussi, l'article 34 du code de la santé publique stipule que la délivrance doit être accompagnée par des explications claires et précises, nécessaires au patient et à son entourage, pour une bonne observance du traitement.

La transmission de l'information concernant l'IVG médicamenteuse est donc primordiale.

Pour autant, la consultation initiale peut être très dense et longue puisqu'elle peut regrouper l'échographie de datation de la grossesse, la prise du premier comprimé accompagnée d'informations concernant le protocole, les modalités, les effets indésirables, l'organisation

du suivi, mais elle est aussi l'occasion de revenir sur l'histoire personnelle de la patiente, son vécu, et de discuter de son choix de contraception.

Quelques récentes études ont évalué auprès de patients, l'acceptabilité et l'utilité d'une information audiovisuelle dans diverses prises en charge. Celles-ci ont toutes démontré que les patients en avaient une opinion favorable.

- *Etude d'une vidéo sur l'IVG, visionnée à posteriori : Lara's story*

Une étude qualitative du National Health Service (NHS), système de santé publique du Royaume-Uni, a été réalisée auprès de 13 femmes qui venaient de réaliser une IVG médicamenteuse [50].

Elles étaient interrogées après avoir visualisé une vidéo d'animation de 9mn sur l'expérience d'une femme sur l'IVG médicamenteuse à domicile : Lara's story (depuis la prise de décision à son IVG).

Toutes les femmes (100%) jugeaient que la vidéo expliquait de manière très réaliste l'IVG médicamenteuse et que celle-ci était utile. La majorité déclaraient qu'elles auraient trouvé utile de la visionner avant l'IVG, à la maison, afin de mieux se préparer mentalement à l'IVG. Elles rapportaient que la vidéo aurait été « apaisante » en amont de l'IVG, surtout en comparaison à tous les sites anti-IVG ou les « horribles histoires » qu'elles pouvaient trouver en faisant des recherches sur internet. Une femme trouvait qu'elle pourrait notamment être utile pour les patientes qui douteraient de leur choix concernant l'IVG.

Par ailleurs, beaucoup de femmes préféraient l'animation plutôt qu'une actrice car elles pouvaient ainsi mieux se projeter et s'approprier l'histoire.

Les femmes ont suggéré que la vidéo soit accessible sur le site internet du service, afin d'être mieux informées et rassurées.

- *Etude d'un DVD d'informations sur l'implant*

Une étude écossaise [51] a été réalisée chez 50 femmes d'une moyenne d'âge de 24 ans dans un centre d'IVG en vue de la mise en place d'une contraception et portait sur l'acceptabilité et l'utilité d'une vidéo sur l'implant. Les patientes ont été randomisées en deux groupes : 15

patientes bénéficiaient d'une consultation traditionnelle et 35 patientes visionnaient le DVD dans une pièce isolée puis étaient vues en consultation afin de poser les questions qu'elles souhaitaient au soignant. Après la consultation, chaque femme était interviewée et amenée à évaluer l'acceptabilité, l'utilité et l'informativité et à restituer les informations retenues. Parmi toutes les patientes, 65% ont trouvé la vidéo acceptable, 89% l'ont trouvée utile. Les informations restituées étaient similaires dans les deux groupes excepté pour le changement sur l'humeur et la peau, que les femmes du groupe standard citaient, à tort, plus fréquemment ($p < 0,001$).

L'appréciation globale de l'utilité du DVD sur l'implant était évaluée à 9/10. Cependant, pour toutes les femmes, le DVD ne pouvait pas remplacer la consultation traditionnelle qui permettait de poser des questions en direct.

- *Etude d'un DVD d'informations sur l'IVG*

Une autre étude écossaise s'est intéressée à évaluer l'utilité d'un DVD d'informations sur l'IVG en complément d'une information écrite et orale (brochure + consultation) chez des femmes qui en faisaient la demande dans une clinique de gynécologie-obstétrique, en comparant la satisfaction globale des patientes et des médecins avant et après que les patientes aient vu le DVD [52].

Celui-ci était basé sur les recommandations et contenait des informations sur les méthodes d'IVG, les examens à réaliser, l'importance du suivi post-IVG, ce que l'IVG pouvait impliquer sur les plans émotionnels et physique. Il contenait également une partie sur les méthodes contraceptives.

La note de satisfaction globale des informations reçues était significativement plus élevée après avoir vu le DVD (9,2/10 vs 8,3/10, $p < 0,001$, respectivement après et avant le DVD).

Sur 100 patientes, 65% ont trouvé que les informations étaient claires et 74% des patientes ont trouvé que les informations du DVD étaient « beaucoup plus claires » que celles de la brochure. A noter que 14% des patientes n'avaient pas lu la brochure.

L'étude s'est également intéressée au point de vue de 20 soignants sur l'utilité de ce DVD et l'impact qu'il pouvait avoir dans la consultation. Pour 57% d'entre eux, les patientes semblaient mieux informées après le DVD et pour 26%, cela permettait de dédier plus de

temps pour des questions spécifiques et pour l'information sur la contraception lors de la consultation.

- *Etude d'un DVD d'informations sur la contraception d'urgence*

En 2015, une étude américaine multicentrique, dans l'état de l'UTAH a comparé les connaissances des contraceptions d'urgence des patientes et la distribution de celles-ci dans des plannings familiaux avant et après avoir visionné une vidéo d'informations lorsqu'elles viennent dans les centre en vue de s'en faire prescrire une [53].

Sur 2293 patientes, 19% ont accepté de regarder la vidéo. Cela a engendré une augmentation de prescription d'acétate d'ulipristal² en passant de 12% avant visionnage de la vidéo et à 25% après visionnage de la vidéo ($p < 0,001$). L'utilisation du DIU en tant que contraception d'urgence n'a changé dans aucune clinique. Parmi les patientes ayant vu la vidéo, 56% ont pris conscience qu'il y'avait plusieurs options dans la contraception d'urgence ; 67% ont appris que l'efficacité de celle-ci différait selon la méthode utilisée. Parmi les femmes qui ont visionné la vidéo, 60% ont rapporté que la vidéo avait impacté leur choix final. 96% recommanderaient la vidéo d'informations aux autres femmes qui aimeraient une contraception d'urgence.

- *Etude d'un DVD d'information sur la vasectomie*

Une étude anglaise de 2011 a été réalisée dans une clinique chez des hommes envisageant une vasectomie, en partant du principe que la vasectomie en tant que moyen de contraception était courante et facilement accessible au Royaume-Uni (14% des couples en font leur moyen de contraception) et que la décision n'appartenait qu'au patient et non au chirurgien ; le patient devant être alors capable d'établir la balance bénéfice/risque lui-même avant l'intervention [54].

Durant toute l'année 2011, tous les patients souhaitant une vasectomie recevaient un DVD avec une animation portant sur les informations concernant l'opération, les bénéfices et les risques. Parmi les patients, 842 hommes avaient pris rendez-vous pour l'opération dont 82% qui avaient pris le rendez-vous après avoir vu la vidéo (exactement le même taux que celui de

² Contraception d'urgence

l'année précédente pour la programmation de l'opération après avoir eu une consultation traditionnelle).

Ils ont ensuite pris un échantillon de 100 patients et se sont intéressés à ceux qui avaient vu la vidéo, et ceux qui l'avaient vue en entier ; en évaluant son acceptabilité et son utilité.

Parmi les 100 patients, 94% ont dit avoir vu la vidéo et 83% dans son intégralité.

Le DVD a été apprécié par 93% patients et 96% des hommes ont trouvé qu'il était préférable de recevoir le DVD plutôt que d'attendre un rendez-vous pré opératoire qui pouvait être long à obtenir et/ou difficilement adaptable à son agenda, et permettant aussi de diminuer les déplacements. Ils appréciaient également le fait de pouvoir regarder le DVD confortablement à la maison avec sa partenaire et autant de fois qu'ils le souhaitaient. Enfin, 95% recommandaient cette vidéo à des amis. Si le DVD n'a pas modifié leur décision qui pour 82% des patients étaient déjà prises avant de visionner la vidéo, ceux-ci le considéraient utile en tant que moyen d'informations. Seuls 4% des hommes préféraient avoir un rendez-vous avec un praticien trouvant que la vidéo « avait un côté moins personnel » et afin de pouvoir poser toutes les questions qu'ils souhaitaient. Pour 73% des patients, toutes les informations relatives à l'intervention devaient leur être données mais regarder ou non la vidéo d'informations devait rester leur choix.

Par ailleurs, il a aussi été constaté que son utilisation était économiquement bénéfique pour le patient et la NHS, et permettait un gain de temps. Ce DVD a remporté le prix de l'information patient de la British Medical Association en 2012 et le jury a estimé que le support multimédia était un moyen d'information innovant et devrait être plus largement diffusé dans le domaine chirurgical notamment pour les petites chirurgies ambulatoires.

La Fédération internationale des associés professionnels de l'avortement et de la contraception (FIAPAC) a créé une vidéo d'animation de courte durée sur les informations de la prise en charge médicamenteuse de l'IVG en ville qui a été traduite en anglais, français, suédois et portugais. Elle est disponible sur internet via l'url suivant :

<https://youtu.be/wQcQ0VC0VTw> [55].

Des études sont actuellement faites en parallèle afin de voir si la délivrance de l'information en amont de la consultation d'IVG, via cette vidéo est acceptable par les patientes et informative, et si cela est bénéfique dans le déroulement de la consultation.

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer l'acceptabilité de la délivrance d'une information audiovisuelle sur l'IVG médicamenteuse en ville en amont de la consultation. L'objectif secondaire était d'en étudier l'utilité et l'informativité de cette information audiovisuelle

Méthodes

A. Enquête

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude interventionnelle quantitative monocentrique à risque minime, randomisée contrôlée. Des entretiens semi-dirigés individuels ont été menés par l'investigateur (médecin-enquêteur unique).

2. Population d'étude

L'étude a été réalisée auprès des patientes consultant pour une IVG médicamenteuse jusqu'à 7 SA en ambulatoire dans notre cabinet médical, le cabinet médical ipso - 323 rue Saint Martin dans le 3^{ème} arrondissement de Paris.

- Critères d'inclusion :

- Les patientes enceintes âgées de 16 ans ou plus, consultant au cabinet médical ipso pour la prise du premier comprimé (mifépristone) dans le cadre d'une IVG médicamenteuse de ville, jusqu'à 7SA (terme théorique défini à l'échographie de datation)
- Elles devaient être capables de comprendre et parler le français.

- Critères de non inclusion :

- Les femmes non enceintes ou avec une grossesse de localisation indéterminée à l'échographie ne pouvaient être incluses.
- Les grossesses de plus de 7SA (dont la prise en charge devait être hospitalière).
- Les patientes âgées de moins de 16 ans, ne comprenant pas le français, présentant une surdité ou une c civit  ou une d ficiency mentale.
- Les femmes n'acceptant pas de donner leur consentement à l'étude.
- Les femmes dans l'incapacité de donner leur consentement.
- Les femmes ne bénéficiant pas d'une couverture maladie.

3. Recrutement et répartition des patientes

Durant la période de l'étude (mars à juin 2018), toutes les femmes enceintes se présentant au cabinet médical ipso, formulant une demande d'IVG médicamenteuse en ville, et répondant aux critères d'inclusion, se sont vues proposer de participer à l'étude par le médecin réalisant la consultation.

Celles qui acceptaient de participer à l'étude recevaient une note d'information et signaient un consentement. (Annexe 2)

Elles étaient alors randomisées en 2 groupes selon leur date de naissance :

- Celles nées une année paire étaient incluses dans le groupe « Vidéo »
- Celles nées une année impaire dans le groupe « Standard »

a) Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le critère de jugement principal de cette étude était la fréquence de l'acceptabilité de la visualisation d'une vidéo pour des patientes consultant en ville pour réaliser une IVG médicamenteuse. On a estimé que l'ordre de grandeur de cette fréquence serait de 80%.

On a souhaité mesurer cette fréquence avec une précision de plus ou moins 15%. 42 patientes étaient donc nécessaires pour atteindre la précision souhaitée. L'étude comportant un groupe contrôle permettant de répondre aux critères secondaires, de taille identique au groupe « Vidéo », on devait donc inclure 84 patientes au total.

b) Nombre de patientes incluses

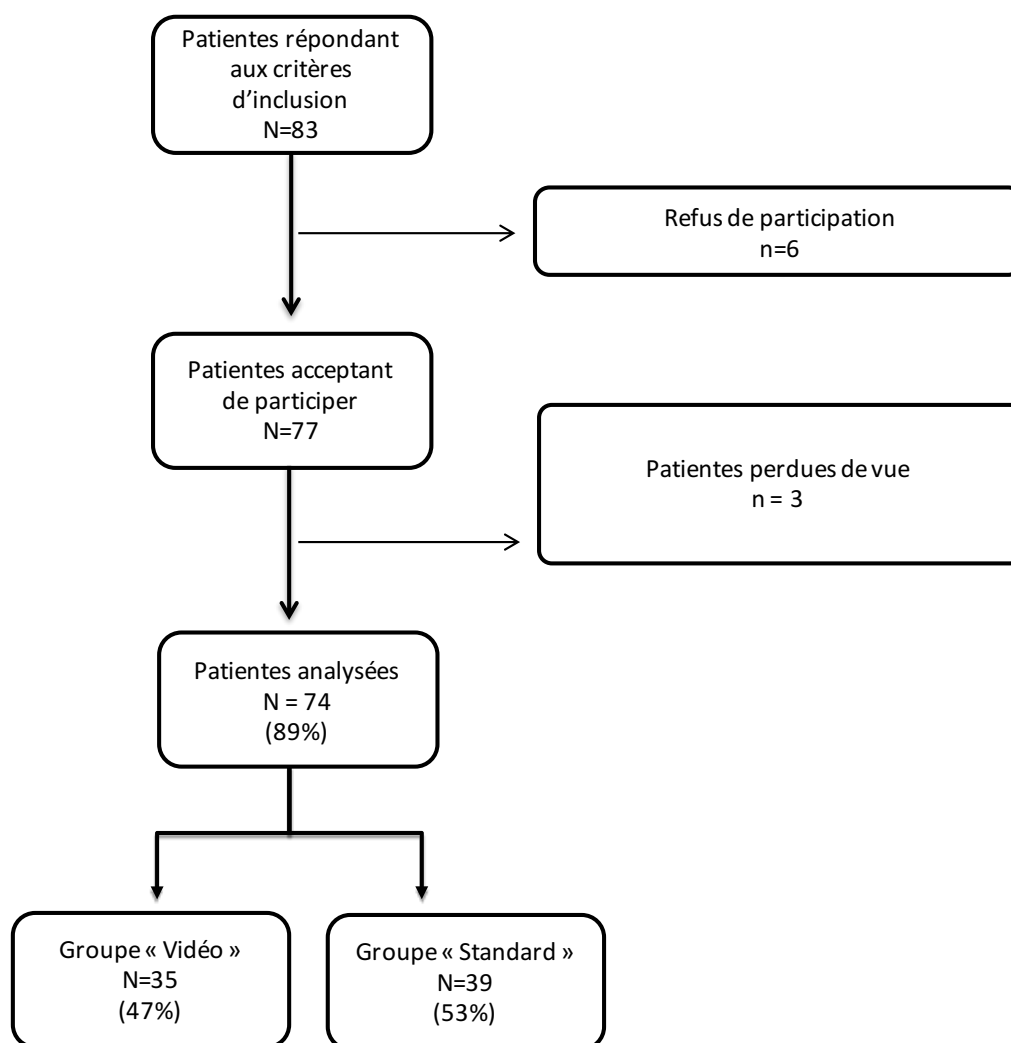


Figure 1: Flow chart de l'enquête sur l'acceptabilité, l'informativité et l'utilité d'une vidéo sur l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ville en amont de la consultation de prise du premier comprimé (cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

B. La vidéo

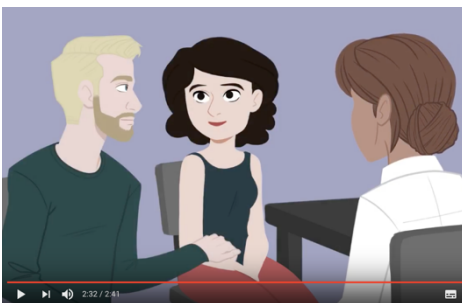
La FIAPAC a créé une vidéo d'animation de courte durée (3min environ) sur les informations de la prise en charge médicamenteuse de l'IVG en ville.

La version française, que l'on montrait aux patientes est disponible sur l'url : <https://youtu.be/wQcQ0VC0VTw> [55].

Cette vidéo informe sur le droit à l'IVG chez toutes les femmes, les critères pour pouvoir bénéficier d'une IVG médicamenteuse, notamment en ville, et met en scène une femme

enceinte durant les différentes étapes de celle-ci :

- La confirmation et la datation de la grossesse
- La prise des 2 médicaments (mifépristone et misoprostol)
- Les éventuels effets secondaires de la prise des médicaments
- Les signes devant alerter la patiente, et les conduites à tenir
- La consultation de contrôle post-IVG
- La proposition d'un entretien psychosocial
- La mise en place d'une contraception



Quelques phrases extraites de la vidéo :

« Une femme sur trois a eu un avortement »

« Quel que soit l'âge, la religion ou le contexte, l'interruption volontaire de grossesse est un droit »

« Il y'a deux étapes dans la méthode. D'abord on va vous donner une pilule appelée mifépristone »

« Un ou deux jours plus tard, vous prendrez la deuxième partie du traitement »

« Cette douleur est du même genre que celle ressentie pendant les règles mais peut être plus forte »

« Nous proposerons si besoin une rencontre avec une conseillère, pour vous et pour votre partenaire »

C. La consultation standard de prise du premier comprimé

La consultation était réalisée par un médecin du centre qui est habilité à pratiquer les IVG médicamenteuses en ville.

Si la patiente venait pour la première fois au cabinet, les antécédents personnels, familiaux et de son mode de vie étaient recueillis.

Le médecin s'enquêrait du groupe sanguin de la patiente et de l'échographie de datation.

Pour les patientes qui consultaient pour la réalisation conjointe d'une échographie de datation avant la prise du premier comprimé, les médecins proposaient aux patientes de participer à l'étude APRÈS la réalisation de l'échographie afin de s'assurer de la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse en ville (avant 7SA).

Si la patiente remplissait les critères d'inclusion dans notre étude, le médecin lui expliquait l'étude et lui proposait d'y participer. Le consentement pour la réalisation de l'étude était alors recueilli.

Les patientes du groupe « Vidéo » visionnaient la vidéo d'animation en tout début de la consultation sur tablette type iPad® dans une pièce isolée, et sans la présence du médecin.

Immédiatement après le visionnage de la vidéo, les patientes bénéficiaient de la consultation dite « standard » de prise du premier comprimé d'IVG en ville, par le praticien.

Les patientes du groupe « Standard » bénéficiaient de la consultation standard de prise du premier comprimé d'IVG par le praticien.

La consultation « standard » se déroulait selon les recommandations de REVHO :

- Le médecin informait des modalités des deux types d'IVG (médicamenteuse et chirurgicale), leurs avantages et leurs risques.
- Avec l'aide de la notice d'information REVHO, il expliquait le déroulement de l'IVG médicamenteuse avec la prise des 2 comprimés, les potentiels effets indésirables et comment y pallier, les signes devant alerter et la conduite à tenir en fonction de ceux-ci.
- Il informait également de la nécessité de réaliser la consultation de contrôle post-IVG, et pouvait aussi proposer un entretien psycho-social si la patiente le désirait.
- Il informait sur les différents moyens de contraception et en mettait un en place si la

patiente le souhaitait.

- Le consentement pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse était ensuite recueilli, puis la fiche de liaison ville-hôpital remplie. Le médecin rédigeait les ordonnances qu'il expliquait à la patiente et remettait ensuite la brochure d'informations à la patiente.
- Enfin, la patiente prenait le premier comprimé de l'IVG (mifepristone) devant le médecin.

Les patientes étaient ensuite reçues par un unique médecin-enquêteur afin de répondre à un questionnaire commun aux deux groupes et à un questionnaire spécifique du groupe « Vidéo » concernant l'acceptabilité et l'informativité de la vidéo.

Par soucis d'équité, il était proposé aux patientes du groupe « Standard » l'envoi par mail de la vidéo d'animation, à la sortie de l'entretien.

D. Le questionnaire

Le questionnaire (annexe 3) a été réalisé sur Googleform® [56] et comprenait deux parties :

- Une partie commune aux deux groupes
- Une partie uniquement destinée au groupe « Vidéo »

Les questionnaires étaient anonymisés à l'aide d'un trigramme (par ex MAJ1 pour Mme **MA**rtin **J**ulie et **1** car première patiente du cabinet ayant pour trigramme MAJ)

1. La partie commune

Cette partie évaluait :

- les informations retenues par les patientes pendant la consultation (et la vidéo pour les patientes du groupe « Vidéo »)
- le niveau global des connaissances des patientes, d'après elles, avant et après la consultation
- l'utilité de la vidéo (pour les patientes du groupe « Vidéo ») ou l'utilité de la consultation (pour les patientes du groupe « Standard »)
- la clarté du déroulement de l'IVG médicamenteuse pour les patientes

- Les caractéristiques des patientes (1ère consultation au cabinet, âge, code postal, statut tabagique, groupe sanguin, nombre de grossesse et d'IVG)

2. La partie spécifique au groupe « Vidéo »

Cette partie évaluait :

- les aspects de la vidéo aimés/non aimés par les patientes
- l'utilité de la brochure par rapport à celle de la vidéo (pour les patientes qui avaient reçu et lu la brochure)
- l'acceptabilité de la vidéo
- la place de la vidéo notamment avec une question sur l'intérêt de diffuser la vidéo à toutes les patientes qui consultent pour une IVG médicamenteuse en ville
- le moment où cette vidéo devrait être montrée
- la possibilité de la substitution de la consultation par la vidéo

E. Techniques d'analyse des données

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R® dans sa version la plus à jour au moment des analyses.

Le risque de première espèce (alpha) était fixé à 5% pour toutes les analyses. Les tests étaient donc considérés comme significatifs si $p < 0,05$.

1. Description de la population d'étude

Pour décrire la population étudiée (âge et caractéristiques démographiques), nous avons utilisé des prévalences, des moyennes, des minimums et des maximums et des quartiles. Pour comparer les caractéristiques de la population du groupe « Vidéo » à celles du groupe « Standard » nous avons utilisé des tests de Fisher (comparaison de prévalence) et des tests de Student (comparaison de moyennes).

2. Acceptabilité de la vidéo

Pour évaluer l'acceptabilité de la vidéo, les patientes ont répondu à 4 questions (2 qualitatives et 2 quantitatives). Les résultats à cette question sont purement descriptifs, il s'agit principalement de prévalences d'acceptabilité/non acceptabilité et des moyennes (notamment pour la question : « Pour vous, quelle est l'acceptabilité de la vidéo en tant que moyen d'informations concernant l'IVG médicamenteuse en ville ? »).

3. Informativité de la vidéo et de la consultation

Pour répondre à la question de l'informativité de la vidéo et décrire les informations retenues par les patientes suite à la consultation, nous avons utilisé des tests de Fisher pour les prévalences et des tests de Student pour les moyennes, pour comparer les réponses des patientes du groupe « Vidéo » et du groupe « Standard ».

4. Utilité de la vidéo

Pour répondre à la question de l'utilité, nous avons utilisé des prévalences et des tests de Fisher pour comparer ensuite les deux groupes.

F. Cadre légal

Cette étude nécessitait le recueil de données cliniques systématiquement évaluées auprès des patientes dans le cadre de leur prise en charge médicale.

Elle n'engendrait pas de modification de la prise en charge médicale habituelle des personnes concernées, et ne portait pas atteinte à l'intégrité physique ou psychique du patient. En conséquence, l'étude ne s'inscrivait pas dans le champ d'application de l'article L. 1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

Conformément à la loi « informatiques et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, tout patient participant à l'étude pouvait exercer à tout moment ses droits d'accès (article 39).

Les questionnaires étaient anonymisés. Les patientes étaient identifiées par un trigramme (2

premières lettres de leur nom de famille et première lettre du prénom) qui apparaissaient sur le document du recueil des données. Aucune donnée nominative, directement ou indirectement, n'était transmise à quiconque. Seules les données anonymes et résumées ont été communiquées dans le cadre de l'analyse statistique.

Cette étude ne modifiait en rien la relation médecin-patient, la prise en charge médicale ni le suivi des patientes.

Résultats

A. Description de la population

Les caractéristiques des patientes sont présentées dans le tableau 2. La moyenne d'âge des patientes était de 27,5 ans avec une médiane à 26 ans. L'âge minimal était de 18 ans et l'âge maximal de 40 ans [Q1 25 ; Q2 26 ; Q3 31].

A noter que seules 7% des patientes de l'étude n'avaient aucune connaissance sur l'IVG médicamenteuse avant la consultation.

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes consultant pour une IVG médicamenteuse (N=74, Cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

Variable	modalités	Ensemble des patientes (N=74)		Groupe " Vidéo "		Groupe "Standard" (N=39)		p
		n	proportion (%)	n	proportion (%)	n	Proportion (%)	
Âge	≤25	26	35	15	43	11	28	0,454
	≥30	22	30	9	26	13	33	
	25-30	26	35	11	31	15	38	
Ville	Paris	55	74	26	74	29	74	1,000
	Autre	19	26	9	26	10	26	
Antécédent grossesses	Non	40	54	15	43	25	64	0,102
	Oui	34	46	20	57	14	36	
Antécédent IVG	Non	52	70	22	63	30	77	0,195
	Oui	21	28	13	37	8	21	
	Donnée manquante	1	1	0	0	1	3	
Patiente nouvelle	Non	26	35	13	37	13	33	0,848
	Oui	48	65	22	63	26	67	
Tabac	Je fume actuellement	34	46	14	40	20	51	0,433

	Je n'ai jamais fumé	34	46	19	54	15	38	
	Je suis une ancienne fumeuse	6	8	2	6	4	10	
Niveau de connaissances avant la consultation	J'en savais déjà beaucoup	27	36	13	37	14	36	0,172
	J'en savais déjà un peu	31	42	16	46	15	38	
	Je ne savais pas grand-chose	11	15	6	17	5	13	
	Je ne savais rien	5	7	0	0	5	13	
Niveau de connaissances après la consultation	J'en ai appris beaucoup	57	77	25	71	32	82	0,260
	J'en ai appris un peu	11	15	5	14	6	15	
	Je n'ai pas appris grand-chose	5	7	4	11	1	3	
	Je n'ai rien appris	1	1	1	3	0	0	

B. Objectif principal : acceptabilité de la vidéo

1. Acceptabilité et place de la vidéo

L'acceptabilité et la place de la vidéo sont présentées respectivement dans les tableaux 3 et 4.

Tableau 3 : Acceptabilité de la vidéo par les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse (N=35 , Cabinet médical ipso mars-juin 2018)

	n	Proportion (%)
Très acceptable	31	89
Moyennement acceptable	4	11
Peu ou pas acceptable	0	0

Tableau 4 : Place de la vidéo dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville selon les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse (N=35, Cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

		n	Proportion (%)
Devrait-elle être montrée à toutes les patientes ?	Oui	26	74
	Non	6	17
	Ne sait pas	3	9
Pourrait-elle se substituer à la consultation d'informations ?	Oui	2	6
	Oui mais en gardant la possibilité de contacter un médecin (téléphone, télémédecine)	3	9
	Non	29	83
	Ne sait pas	1	3

2. A quel moment montrer la vidéo ?

- Bien avant le rendez-vous

Sur les 35 patientes, 24 (69%) pensaient que la vidéo devrait être montrée bien avant le rendez-vous (les femmes devraient pouvoir la regarder à la maison via un lien internet).

Une femme trouvait qu'en effet cela permettrait de « *la regarder **chez soi**, dans un **environnement familial** ».*

Sur 35 patientes, 3 (9%) trouvaient que l'on devrait avoir accès à la vidéo sur internet :

« *En ligne sur un **site officiel**. Il y'a trop de sites, on ne sait pas où regarder* ».

« *Sur le **site du cabinet** », ou encore « en **lien par mail**, quand on prend le rendez-vous* ».

- Dans le cabinet

Sur les 35 femmes, 8 (23%) suggéraient de montrer la vidéo « dans le cabinet médical, dans un pièce séparée ». Une ajoute que « *l'on risque de ne pas prendre le temps de la regarder à la maison* ».

Une patiente proposait : « *Et peut-être une deuxième fois (après l'avoir vue à la maison) avant la consultation d'informations* ».

- À titre de prévention collective, dans un but de santé publique

Selon 7 femmes sur 35 (20%), la vidéo devrait être diffusée à toutes les femmes dans un but de prévention collective.

« *Car beaucoup de femmes ne savent pas que ça existe l'IVG médicamenteuse en ville, et surtout que c'est possible avec une sage-femme et un médecin généraliste. Elles peuvent penser directement au planning familial, à une structure hospitalière ou à un gynécologue avec des délais de rendez-vous parfois longs* ».

« *Ça devrait être diffusé partout* ».

« *Ça devrait être montré à toutes les femmes, à titre d'information* ».

« *C'est un bon moyen de prévention* ».

« *Elle devrait être montrée à tout le monde, en prévention* ».

« *Toutes les femmes devraient la regarder* ».

« *Elle devrait être diffusée à titre d'information, en prévention collective* ».

- Après l'échographie de datation ou la consultation d'informations

Une patiente avait eu l'échographie de datation la veille de la prise des comprimés. Pour elle, « *c'est très utile de faire une première consultation d'infos, puis de voir la vidéo, puis de faire la consultation du premier comprimé et de pouvoir poser toutes les questions que l'on s'est posé entre temps* ».

Cela permettrait ainsi de « *digérer les informations* ». Une autre a dit également « *après les informations données par le médecin* ».

3. Analyse des réponses qualitatives des patientes du groupe « Vidéo »

a) Forces de la vidéo

À la question « Y-a-t-il quelque chose que vous avez particulièrement aimé dans cette vidéo ? », les réponses des patientes ont permis de faire ressortir quatre notions :

- L'aspect pédagogique et accessible :

Sur les 35 patientes du groupe « Vidéo », 20 (57%) mettaient en avant le côté pédagogique de la vidéo en soulignant que les informations sont « claires ».

Certaines ont aussi aimé l'apport du visuel qui permet d'intégrer facilement les informations, « *de s'imaginer* » ; et de faire travailler « *la mémoire visuelle* » :

« *Très **pédagogique**. Elle parlera encore plus à des ados et à des très jeunes filles* ».

« *Les animations sont très **claires**, les mots **précis*** ».

« *Elle **vulgarise** le process. Permet de bien intégrer ce qui va se passer* ».

« *C'est plus **facile** avec la mémoire visuelle* »

« *Le côté **pédagogique*** ».

« *L'aspect **clair** et **pédagogique*** ».

« *Les images, les infos visuelles ; les étapes sont **bien expliquées*** »

« *Elle détaille, explique très bien les différentes étapes* ».

« *Le fait que ce soit animé, bien illustré. C'est court et ça **va à l'essentiel*** ».

« *C'est **clair**, **bien expliqué*** ».

« *C'est **visuel**, **bien explicatif*** ».

« *Le discours assez **simple*** ».

« *C'est **simple**, **clair*** ».

« C'est objectif. Avec les images, c'est **facile** à comprendre ».

« C'est très **clair** ».

« C'est très **abordable**, visuel. Elle met en scène la femme avec la prise des médicaments, très **accessible** pour un large public ».

« Très **clair**, on s'imagine bien envoyant les images. On a la possibilité de se projeter. C'est **accessible** ».

« C'est **simple** et **efficace**. Va droit au but ».

« C'est **didactique** ».

« Elle est **complète**, elle donne des conseils par rapport aux douleurs ».

- Une vidéo rassurante dans le fond et dans la forme :

- L'IVG : un droit

Sur 35 femmes interviewées, 14 (40%) ont particulièrement apprécié entendre et voir dans la vidéo que l'IVG est un droit et que c'est une procédure commune puisqu'elle concerne une femme sur 3. Cela les faisait « déculpabiliser » :

« J'ai bien aimé connaître le nombre de patientes qui pratiquaient les IVG. C'est **déculpabilisant** ».

« Elle est pacifique. Il y'a un **côté tolérant** et ouvert ».

« C'est hyper inclusif. On voit des femmes noires, grosses, en fauteuil roulant... ça rappelle que c'est un **droit** ».

« C'est **rassurant** ».

« C'est bizarre mais quelque part on se sent **moins coupable**. Il n'y'a **aucun jugement** ».

« Peu importe la religion, c'est un **droit** »

« Le fait de dire que ça concerne une femme sur 3, ça **dédramatise** ».

« Le côté **déculpabilisant** au début de la vidéo ».

« C'est **déculpabilisant** avec le « 1 femme/3 qui a une IVG dans sa vie », ça rappelle que c'est un **droit**, qu'importe les origines ».

« Le fait de rappeler que c'est un **droit**. Il n'y a **pas de jugement**. »

« C'est très **déculpabilisant**, surtout en début de vidéo ».

« C'est un **droit** ».

« C'est neutre mais sans non plus normaliser ».

« Ça **évite de dramatiser** la chose ».

- *Visuel et musique apaisants*

Parmi les 35 femmes, 10 (29%) ont trouvé le choix de l'animation rassurant :

« *Même si c'est un peu enfantin, il y'a un côté très **rassurant**, même pour des adultes* ».

« *C'est **rassurant**, ça dédramatise* ».

« *Traite un sujet dur d'une manière assez **agréable**. Tout est choisi, la musique, pour que ce ne soit **pas anxiogène*** ».

« *C'est **rassurant*** ».

« *C'est rassurant, comparé à ce qu'on peut trouver sur internet qui donne souvent des extrêmes. C'est **agréable**, ça **détend** comme un dessin anime* ».

« *C'est **rassurant** le fait que ce soit en dessin animé* ».

« *C'est dédramatisant, **réconfortant*** ».

« ***Ludique**, rassurant* ».

« ***Joli, agréable*** ».

« *Les images sont **agréables** à regarder* ».

- Inclusion du partenaire dans la prise en charge de l'IVG

Une patiente a apprécié de « *ne pas tourner tout autour de la femme. Ça peut-être aussi perturbant pour le conjoint, c'est bien de l'inclure dans la prise en charge (on le voit en entretien psy)* ».

- Rappel de la possibilité d'un entretien psychosocial :

Une patiente évoque le fait que « *ça souligne qu'il faut un accompagnement personnel* »

b) Faiblesses de la vidéo

Dans la majorité des cas, les patientes n'ont relevé aucun élément déplaisant dans la vidéo : 27 patientes sur 35 (77%) ont répondu « Non » à la question « Y-a-t-il quelque chose que vous n'avez particulièrement pas aimé dans la vidéo ? »

Quatre notions qui ont déplu aux patientes sont ressorties de cette question :

- Le côté un peu « léger » et/ou non représentatif

L'animation était jugée un peu « enfantine » et « légère pour 4 des 35 patientes (11%) :

« Peut-être un peu **trop légère**, pas forcément représentative ».

« C'est un peu **enfantin** ».

« Toutes les histoires d'IVG ne **ressemblent pas** forcément à la situation de la vidéo, ici on a une femme hétéro en couple, qui est soutenue. Ça pourrait renforcer le mal être »

« C'est un peu **trop consensuel** »

- Manque de clarté et d'informations

Sur les 35 patientes, 3 (9%) se sont plaintes de la courte durée de la vidéo et/ou du manque de clarté :

« C'est peu **trop rapide** ».

« La première étape n'est **pas très claire**. On nous dit de consulter un médecin ou un conseiller, mais on ne sait pas quel médecin ».

Une patiente aurait aimé plus amples informations notamment sur le mécanisme d'action des médicaments :

« Il manquait le mécanisme des deux médicaments ».

- La mise en avant de la supériorité de la méthode médicamenteuse en ville par rapport aux autres méthodes

Une patiente a trouvé que la vidéo donnait l'impression que la méthode médicamenteuse en ville était meilleure que la prise en charge hospitalière (médicamenteuse ou chirurgicale) :

« C'est dommage de laisser supposer que l'IVG médicamenteuse à la maison est supérieure et mieux. **L'IVG médicamenteuse à l'hôpital et la chirurgie sont diabolisées**, avec le médecin en blouse qui est barré. Ça pourrait être mal ressenti par des patientes qui ne pourraient plus bénéficier de la prise en charge médicamenteuse en ville. »

- Atmosphère « angoissante » de la vidéo

Une patiente a trouvé la mise en scène de la femme dans la vidéo « triste » :

« Quand elle prend le 2^e médicament, elle est dans une salle noire. C'est **angoissant et triste** ».

Une autre patiente trouvait que « *le sujet était bien assez lourd comme ça pour en rajouter une couche avec le droit pour toutes les femmes* ».

c) *Pourquoi ne pas montrer la vidéo ?*

- La vidéo : moyen d'information non indispensable

Pour 9 femmes sur 35 (25%), la vidéo n'était pas indispensable et/ou ne devait pas être montrée systématiquement dans le cadre de l'IVG médicamenteuse.

Pour 7 femmes sur 35 (20%), la vidéo n'est pas forcément nécessaire du fait de la redondance des informations et 2 (5%) évoquent l'importance d'un contact humain dans la prise en charge :

« *Tout dépend de l'information que le médecin donne* ».

« *S'il y'a une bonne explication et des informations complètes par le médecin, ce n'est **pas nécessaire**. Il n'y a pas de valeur ajoutée. Mais très bien comme première approche pour quelqu'un qui se renseigne avant la consultation ou n'ose pas en parler. Enlève la peur* ».

« *Ça dépend si la patiente est déjà informée ou non* ».

« *La vidéo ne remplace par l'explication par une personne Et vu que le médecin dit la même chose, je ne vois **pas l'intérêt*** ».

« *Il y'a une **redondance** avec la consultation avec le médecin. Mais à titre d'informations sur internet, c'est plus rassurant de tomber là-dessus que sur des forums* ».

« *On ne doit pas forcément la montrer si c'est très bien expliqué par le médecin* ».

« *Le **rapport avec le médecin est primordial** et il est capable de répondre aux questions en direct* ».

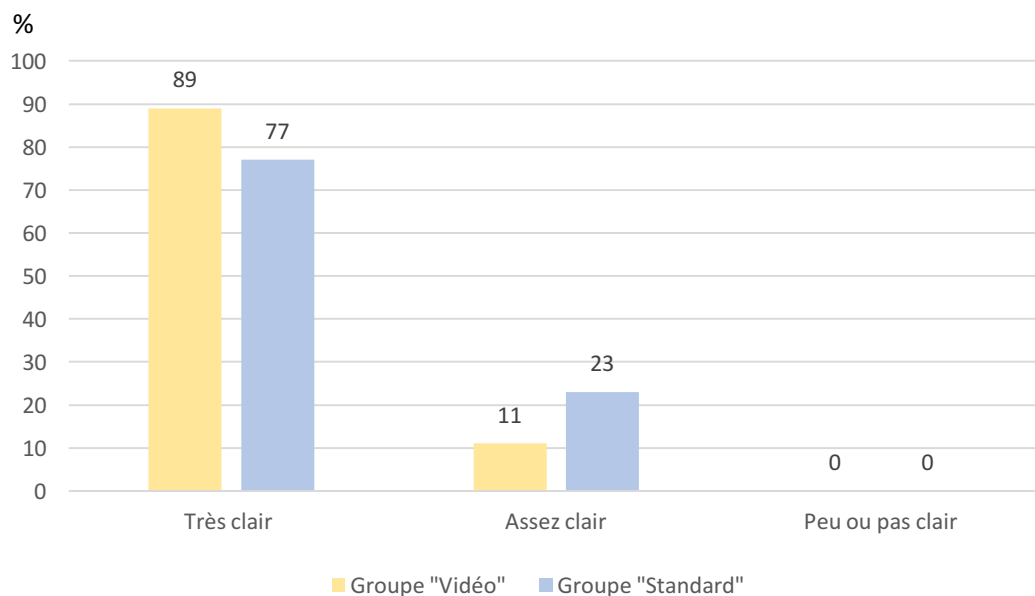
Une patiente estime que la vidéo n'est pas indispensable pour les femmes ayant un antécédent d'IVG :

« *Pas pour les personnes qui ont déjà vécu une IVG médicamenteuse. On a envie d'accélérer la procédure et pas de rabâcher* ».

Une autre patiente souligne le côté « non représentatif » de la vidéo, et juge de ce fait qu'elle ne devrait pas être montrée systématiquement. « *La jeune femme est mise en scène dans un couple hétérosexuel avec un partenaire au courant, or ce n'est pas forcément aussi facile* ».

C. Informativité de la vidéo

1. Clarté des informations



Graphique 5: Clarté des informations délivrées selon les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse (N=74, Cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

Toutes les patientes du groupe « Vidéo » ont trouvé les informations très claires (89%) ou assez claires (11%). Toutes les patientes du groupe « Standard » ont trouvé les informations très claires (77%) ou assez claires (23%). Ainsi aucune patiente n'a trouvé que les informations étaient peu ou pas claires, que ce soit dans le groupe « Vidéo » ou dans le groupe « Standard ». La proportion de patientes qui a trouvé les informations « très claires » est dans notre échantillon plus élevée dans le groupe « Vidéo » (89%) que dans le groupe « Standard » (77%) mais cette différence n'est pas significative ($p=0.232$).

2. Restitution des informations

Les informations restituées et/ou attendues sont exposées dans le tableau 5.

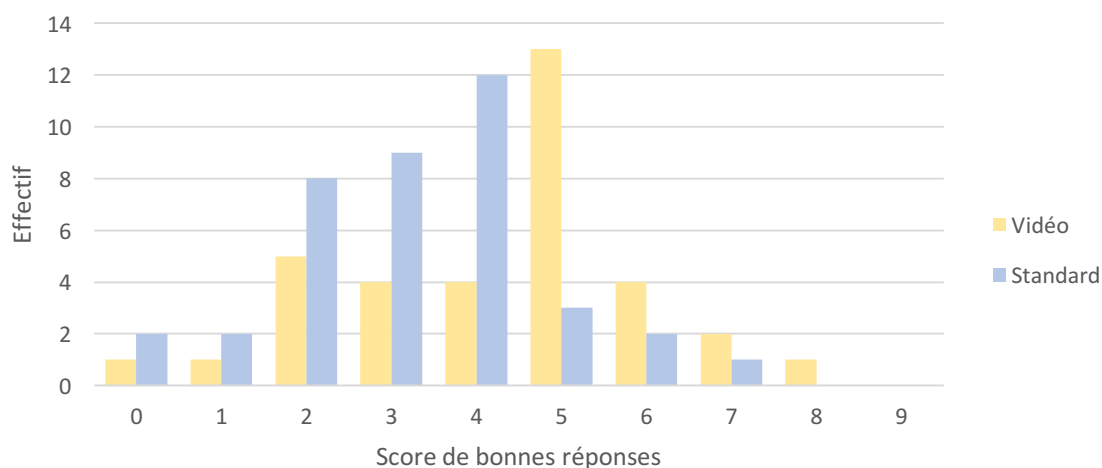
Tableau 5: Informations spontanément évoquées (N=74, Cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

Informations	modalités	Ensemble des patientes (N=74)		Groupe « Vidéo » (N= 35)		Groupe « Standard » (N=39)		p
		n	proportion (%)	n	proportion (%)	n	proportion (%)	
Absence de délai de réflexion	Evoquée	17	23	9	26	8	21	0,783
	Non évoquée	57	77	26	74	31	79	
Prise du 1er comprimé	Evoquée	67	91	34	97	33	85	0,111
	Non évoquée	7	9	1	3	6	15	
Prise du 2e comprimé	Evoqué	63	85	32	91	31	79	0,198
	Non évoquée	11	15	3	9	8	21	
Présence d'un adulte	Evoquée	23	31	11	31	12	31	1,000
	Non évoquée	51	69	24	69	27	69	
Effets secondaires	Evoquée	35	47	21	60	14	36	0,061
	Non évoquée	39	53	14	40	25	64	
Hémorragie	Evoquée	26	35	14	40	12	31	0,469
	Non évoquée	48	65	21	60	27	69	
Contrôle IVG	Evoquée	24	32	12	34	12	31	0,807
	Non évoquée	50	68	23	66	27	69	
Contracep-tion	Evoquée	7	9	3	9	4	10	1,000
	Non évoquée	67	91	32	91	35	90	
Procédure commune-Droit	Evoquée	15	20	14	40	1	3	<0,001
	Non évoquée	59	80	21	60	38	97	

Les patientes évoquaient spontanément en moyenne 3,74 notions sur les 9 recherchées. Les patientes du groupe « Vidéo » évoquaient en moyenne plus de notions que celles du groupe « Standard » (4,29 vs 3,26, $p=0,010$).

Groupe « Vidéo » : [min 0, Q1 3, Q2 5, Q3 5, max 8]

Groupe « Standard » : [min 0, Q1 2, Q2 3, Q3 4, max 7]



Graphique 6 : Notions évoquées spontanément par les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse (N=74, Cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

Parmi les patientes du groupe « Vidéo », celles qui avaient un antécédent d'IVG évoquaient spontanément en moyenne 3,71 notions sur les 9 recherchées. Les patientes n'ayant pas d'antécédent d'IVG en évoquaient en moyenne 3,77 ($p=0,091$)

Patientes ayant un antécédent d'IVG : [min 0, Q1 2, Q2 4, Q3 5, max 8]

Patientes sans antécédent d'IVG : [min 0, Q1 3, Q2 4, Q3 5, max 7]

D. Utilité de la vidéo seule ou avec la consultation standard

1. Utilité de la vidéo et/ou de la consultation

Tableau 6 : Utilité de la vidéo pour les patientes consultant pour une IVG médicamenteuse (N=35, Cabinet médical ipso, mars-juin 2018)

	n	Proportion (%)
Très utile	26	74
Un peu utile	8	23
Ni utile ni inutile	1	3
Un peu ou totalement inutile	0	0

Dans le groupe standard, 100% des patientes ont trouvé que la consultation était très utile. Les patientes du groupe « Vidéo » appréciaient davantage leur consultation (vidéo incluse) que les patientes du groupe « Standard » (sur une échelle de 0 à 10, respectivement 9,80 et 9,46 de moyenne, $p=0,043$)

2. Comparaison entre l'utilité de la vidéo et de la brochure d'informations

Seules 6 patientes (17%) ont reçu la brochure d'informations en amont de la consultation de l'IVG médicamenteuse. L'ensemble de ces 6 patientes a lu la brochure.

Pour 3 d'entre elles la brochure était aussi utile que la vidéo, et pour les 3 autres, la vidéo était plus utile que la brochure.

Une patiente a ajouté que la brochure avait un côté « un peu trop légal et pouvait ne pas être claire surtout pour des patientes ne faisant pas partie du milieu médical » et trouvait que la vidéo était de ce fait « beaucoup plus accessible à un large public ».

Discussion

A. Résultats principaux et leur implication majeure

Nos résultats montrent que l'utilisation d'un support multimédia et audiovisuel dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse est acceptable.

La vidéo était jugée claire (100%), utile (97%) et était bien appréciée (note d'appréciation globale 9,8/10) par toutes les patientes.

Une seule femme a trouvé la vidéo ni utile ni inutile. Et aucune ne l'a trouvée inutile.

Les patientes du groupe « Vidéo » évoquaient spontanément plus de notions que celles du groupe « Standard » (4,29 vs 3,26 ; $p=0,010$). La seule notion davantage évoquée spontanément par les patientes du groupe « Vidéo » était « le droit à l'IVG » : l'IVG médicamenteuse est un droit et concerne 1 femme sur 3 ($p<0,001$).

A noter que quel que soit le groupe, les patientes étaient satisfaites de la qualité des informations données. Cependant, il s'avère que les informations données par l'association de la vidéo et de la consultation étaient jugées plus utiles que celles données par la consultation seule (note d'utilité 9,80/10 vs 9,48/10 respectivement dans le groupe « Vidéo » et le groupe « Standard », $p=0,043$).

Les réponses aux questions ouvertes sur les points forts et les points faibles de la vidéo, nous ont permis de mettre en évidence que la grande majorité des femmes a trouvé que la vidéo était pédagogique et permettait de bien se projeter car facile de s'y identifier, et la plupart a trouvé qu'elle était rassurante, dédramatisante et déculpabilisante. Les femmes ont particulièrement aimé qu'elle souligne que l'IVG était un droit quels que soient l'ethnie, la religion, le statut...

Visionner la vidéo, peut aussi permettre aux patientes d'être plus apaisées, d'éradiquer un « obstacle émotionnel » et ainsi être plus disposées à recevoir les informations.

Une patiente a fait part d'une remarque négative sur la vidéo, disant qu'elle avait tendance à démontrer la supériorité de la prise en charge médicamenteuse en ville par rapport à la prise

en charge hospitalière que ce soit médicamenteuse ou chirurgicale, en « diabolisant l'hôpital », ce qui pourrait être mal ressenti par les patientes ayant dépassé le délai légal pour réaliser l'IVG médicamenteuse en ville et n'ayant plus le choix du lieu et/ou de la méthode.

Si la plupart des femmes interrogées estiment que la vidéo ne peut pas se substituer à la consultation d'informations, parce que le contact humain est essentiel, surtout dans « un contexte aussi délicat que l'IVG » et qu'elles préfèrent pouvoir poser leurs questions en direct, le plus grande majorité a recommandé de montrer la vidéo à toutes les patientes en amont de la consultation d'informations notamment via internet, permettant ainsi d'être mieux renseignée et de mieux préparer sa consultation avec le médecin, mais aussi d'éviter une redondance des informations le jour même de la consultation.

Certaines recommanderaient même de la diffuser à toutes les femmes dans un but de prévention.

Les résultats sont ainsi tout à fait prometteurs quant à l'utilisation de cette vidéo d'informations dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville.

B. Comparaison à d'autres études

Toutes nos patientes ont trouvé la vidéo acceptable, ce qui va dans le même sens que d'autres études évaluant l'impact d'une vidéo d'informations notamment les études sur le DVD pré-vasectomie [54], sur la vidéo sur la pose de l'implant [51], sur les vidéos sur l'IVG [52] sur la contraception d'urgence [53], dans lesquelles la quasi-totalité des patients trouvaient l'utilisation de la vidéo en tant que moyen d'information acceptable.

Chacune de ces études a également démontré que les vidéos étaient claires, informatives et utiles.

- Etude sur le DVD de l'implant :

Dans l'étude sur le DVD de l'implant [51] comme dans notre étude, les informations restituées par les patientes étaient similaires dans les groupes vidéos et standard sauf pour une seule information avec une différence significative ($p < 0,001$). Les patientes du groupe standard

restituaient plus fréquemment, à tort, que l'implant donnait fréquemment des troubles de l'humeur et des problèmes de peau.

Sur une échelle de satisfaction globale concernant l'utilité de la vidéo, les patientes de l'étude de l'implant ont attribué d'excellentes notes puisque la moyenne était de 9/10.

A noter que le taux d'acceptabilité était un peu plus faible que dans la nôtre (65% vs 100% dans la nôtre). Cette différence peut être expliquée par le fait que les patientes jugeaient l'acceptabilité de la vidéo en comparaison à une consultation traditionnelle et non éventuellement en complément de celle-ci tandis que dans notre étude, nous posions la question de l'acceptabilité de la vidéo de manière générale et non en comparaison à la consultation avec le médecin.

De ce fait, les patientes de cette étude justifiaient leur réponse en répondant que le DVD ne pouvait pas remplacer une consultation traditionnelle, en face à face avec un médecin notamment car elles voulaient avoir la possibilité de poser leurs questions en direct, ce qui a été également rapporté par les patientes dans notre étude.

Comme dans notre étude, les patientes recommandaient que ces vidéos soient diffusées sur internet, notamment sur le site du service.

A noter que dans cette étude et la nôtre, les patientes ont exprimé qu'elles auraient aimé avoir des informations sur les mécanismes d'action des médicaments.

- Etude sur le DVD de l'IVG :

Dans l'étude sur le DVD de l'IVG chez 100 patientes désireuses d'effectuer une IVG [52], la note d'appréciation globale était meilleure dans le groupe DVD (DVD+brochure+consultation) que dans le groupe traditionnel (brochure+consultation) (9,2/10 vs 8,3, $p < 0,001$).

Par ailleurs, parmi les médecins participant à cette étude, 56% trouvaient les patientes mieux informées après avoir vu le DVD et cela permettait de libérer du temps de consultation pour approfondir certains points spécifiques et/ou parler de la contraception.

En ce qui concerne l'utilité du DVD par rapport à la brochure, 74% des patientes trouvaient le DVD plus utile que la brochure et 21% trouvaient que l'utilité était similaire et 3% que le DVD était moins utile. Les femmes trouvaient que le DVD expliquait « beaucoup mieux » l'IVG que la brochure ($p < 0,001$). Parmi les patientes, 14% n'avaient pas lu la brochure. Nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence significative entre la vidéo et la brochure dans notre

étude, possiblement du fait de notre plus faible effectif dans le groupe « Vidéo » mais aussi de la plus faible proportion de femmes qui avaient reçu la brochure (seulement 17% dans notre étude contre 100% dans l'étude sur le DVD sur l'IVG). De plus, dans notre étude toutes les femmes qui avaient reçu la brochure l'avaient lue.

- Vidéo sur le retour d'expérience de l'IVG médicamenteuse précoce, Lara's story

Dans l'étude Lara's story [50], les patientes visionnaient une vidéo sur l'expérience d'une femme à propos de l'IVG médicamenteuse précoce après avoir bénéficié d'une IVG par médicamenteuse en ville. Toutes les patientes ont trouvé que la vidéo expliquait de manière très réaliste l'IVG médicamenteuse, et qu'elle était utile. La majorité a déclaré qu'elles auraient aimé voir la vidéo avant l'IVG afin de mieux s'y préparer et d'être plus informée. Une patiente a trouvé que la vidéo serait utile pour des femmes qui doutent de leur décision.

Comme dans notre étude, les patientes trouvaient la vidéo rassurante et suggéraient de la rendre disponible sur le site internet du service pour toutes les femmes.

- Etude sur le DVD pré-vasectomie :

Dans l'étude sur le DVD pré-vasectomie [54], 93% des patients recommanderaient le DVD à des proches. Pour 96% des hommes interviewés, le DVD pourrait se substituer à la consultation d'informations pré-opératoire. Un seul patient a souhaité voir un médecin après avoir visionné le DVD. Pour eux, regarder le DVD chez soi était plus pratique, plus confortable, moins embarrassant et permettait de le regarder autant de fois qu'ils le souhaitaient et avec leur partenaire. A noter que la vasectomie est une procédure courante et bien connue au Royaume-Uni (14% des couples y ont recours en tant que moyen de contraception) et que contrairement à d'autres types de chirurgies, c'est le patient qui pose son indication et non le chirurgien ; cela peut aussi expliquer qu'il y ait eu autant de patients qui estimaient que le DVD pouvait remplacer la consultation d'informations ; ce d'autant que cela pouvait parfois être long et compliqué d'obtenir un rendez-vous.

- Etude sur la vidéo sur la contraception d'urgence :

Dans l'étude sur la vidéo sur la contraception d'urgence [53], la majorité des patientes a déclaré que la vidéo avait eu un impact dans leur choix final sachant que 44% des patientes ne connaissaient pas les différentes alternatives avant de la regarder.

La vidéo de notre étude n'a pas eu d'impact sur la prise de décision puisque celle-ci était déjà prise, en connaissance de cause puisque seulement 7% de nos patientes ne savaient rien du tout avant la consultation et la vidéo ne décrivait que la procédure de l'IVG médicamenteuse alors que la vidéo de l'étude sur la contraception d'urgence informait de toutes les alternatives possibles et pouvait donc impacter sur le choix des patientes. De plus, dans notre étude, la moitié des femmes avaient déjà eu une grossesse, dont 28% une IVG.

Dans cette étude, 96% des patientes recommanderaient la vidéo à des proches.

Tableau 7 : Comparaison d'études portant sur l'apport d'une information audiovisuelle dans la prise en charge des patients

	Notre étude (Vidéo IVG médicamen- teuse) (N=74)	DVD IVG (N=106)	DVD implant (N=50)	DVD pré- vasectom ie (N=100)	Vidéo contra- ception d'urgence (N=2293)	Vidéo IVG Lara's Story
Echantillon						
Patients ayant visionné l'information audiovisuelle (%)	47	100	70	94	19	13
Acceptabilité						
Taux (%)	100		69	93	?	
Pourrait-elle se substituer à la consultation ?	89% non (contact avec le médecin primordial)		100% non (contact avec le médecin primordial)	96% oui (plus pratique, moins embarras sant)	?	
Informativité et utilité						
Clarté des informations (%)	100	65	97		?	
Restitution des informations	similaires		similaires		?	
Utilité (%)	97		89		?	100
Note d'appréciation	9,8/10	9,2/10	9,0/10		?	
Recommanda- tions à d'autres personnes	Diffusion sur internet, sur le site du cabinet		sur le site internet du service	93% oui	96% oui	100% oui sur le site internet du service
impact dans la prise de décision				18% oui	60% oui	

C. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Une des forces de notre étude était le bon taux de participation (89%).

De plus, dans notre étude, la répartition des patientes était faite de manière randomisée afin d'éviter un biais de sélection. Cela rendait ainsi les deux groupes comparables.

Le fait d'avoir un enquêteur unique a permis d'éviter un biais de mesure, notamment en évitant une variabilité inter-enquêteur.

Par ailleurs, l'enquêteur n'était pas un des médecins réalisant les consultations. Ainsi, ce dernier n'a eu aucune influence lors des consultations.

Le choix d'utiliser un questionnaire standardisé a également permis de d'éviter un biais de mesure. Le médecin-enquêteur devait lire les questions « mot pour mot ». Celles-ci étaient précises. De plus, il ne devait pas relancer la patiente dans la première question (« Qu'avez-vous retenu de la vidéo/de la consultation ? »).

Le but étant de ne pas influencer ni suggérer des réponses, ce d'autant que l'étude n'était pas en aveugle, ainsi l'enquêteur aurait pu inconsciemment suggérer des réponses allant dans le sens de ses convictions.

Enfin, il s'agissait d'une étude interventionnelle à risque minime. Pour éviter de désavantager les patientes du groupe « Standard » dans leur prise en charge nous proposons également à ces patientes de recevoir la vidéo par email si elles souhaitent la visionner.

2. Limites de l'étude

a) Recrutement des médecins

Il s'agit du premier biais de recrutement.

Tous les médecins ayant participé à l'étude sont des médecins généralistes ayant eu la même formation à l'IVG médicamenteuse via REVHO et exerçant dans le même cabinet médical.

Au sein du cabinet médical ipso, les pratiques sont harmonisées.

De plus, lors de la consultation d'IVG, les médecins du centre s'appuient sur la notice d'informations REVHO qui est complète et détaillée, et qui donne globalement les mêmes informations que la vidéo.

Ainsi, d'une part les consultations d'un médecin à un autre sont semblables dans leur déroulement mais les informations données oralement sont aussi très exhaustives.

Ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres centres ou avec d'autres praticiens.

On peut penser que cela a influé sur les résultats des comparaisons entre les groupe vidéo et standard.

Une étude multicentrique en intervenant dans différents cabinets médicaux, plannings familiaux, centres médicaux de santé, hôpitaux, avec une plus grande diversité de soignants habilités à réaliser des IVG médicamenteuses et qui n'auraient pas forcément les mêmes pratiques (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) aurait été intéressante et cela aurait permis un plus large recrutement.

b) Recrutement des patientes

Les patientes qui ont été analysées l'étaient sur la base du volontariat.

On peut penser de ce fait, que sachant qu'elles allaient être interrogées au décours de la consultation ; elles étaient plus attentives et concentrées lors du visionnage de la vidéo et/ou de la consultation et influencer nos résultats en créant un biais de mémorisation.

Autre limite, nous ne nous sommes pas intéressés à la catégorie socio professionnelle des patientes car nous avons choisi de réaliser le protocole écossais sans le modifier et celui-ci ne

prenait pas cette caractéristique en considération. Or cela pourrait influencer sur le niveau de compréhension des patientes.

Par ailleurs, l'étude étant unicentrique, dans un cabinet médical dans le centre de Paris, on peut penser que la population étudiée n'était pas forcément représentative de la population générale française et que l'on aurait peut-être eu des résultats statistiquement différents si l'on avait enquêté chez des patientes de catégories socio-professionnelles différentes. En l'occurrence, la majorité de la patientèle du cabinet ipso est d'une catégorie socio-professionnelle élevée.

Nous aurions pu nous y intéresser et analyser nos résultats en fonction de ceux-ci, voire réaliser une étude de plus grande ampleur, multicentrique, incluant des patientes dans des régions favorisées et défavorisées, rurales, urbaines, afin de pouvoir généraliser les résultats.

Lors de l'analyse, nous n'avons pas non plus tenu compte du ressenti de la patiente concernant son vécu de l'IVG.

Certaines femmes vivaient très mal l'IVG ou exprimaient l'envie que la procédure aille le plus vite possible ; certaines pleuraient lors de l'interview. On peut supposer que cela a eu un impact sur l'attention qu'elles portaient à la vidéo et/ou la consultation et par conséquent, dans la mémorisation et la restitution des informations, mais aussi dans leur investissement lors de l'entretien avec l'investigateur.

Il aurait alors fallu demander au médecin enquêteur ou au médecin réalisant la consultation d'évaluer l'état émotionnel de la patiente.

c) Méthodologie

Nous avons calculé qu'il fallait 42 patientes dans le groupe « Vidéo » pour assurer une puissance statistique suffisante or nous n'avons pu recruter que 35 patientes, rendant de ce fait l'étude moins puissante.

Les patientes étant vues en entretien immédiatement après la consultation, la bonne restitution des informations pouvait être en partie dues à une sollicitation de la mémoire à très court terme.

Néanmoins, on peut aussi se dire que la restitution pourrait être meilleure quelques heures ou jours après, le temps que le cerveau ait mis en place des mécanismes de stockage de l'information (répétitions des informations...).

Pour éviter le biais lié à la mémoire à court terme, peut-être aurait-il fallu interroger les patientes le lendemain, mais cela aurait été plus contraignant pour la patiente si on lui avait demandé un nouveau déplacement. Si l'entretien était fait par téléphone le lendemain, on ne pourrait pas être sûr que celle-ci ne s'aide pas d'un autre moyen d'informations (fiche d'informations par exemple).

Il est également possible que nous ayons eu un biais de restitution lors de l'évocation des informations des patientes du groupe « Vidéo » par rapport au groupe « Standard ».

Les patientes du groupe « Vidéo » recevaient deux fois les informations (en vidéo et oralement par le médecin) ce qui, on peut supposer, permettait de mieux mémoriser celles-ci mais ce qui a aussi pu être confusogène, ne sachant pas forcément si les informations retenues étaient issues de la vidéo ou de la consultation.

Il aurait été intéressant d'interviewer les patientes du groupe « Vidéo » immédiatement après qu'elles aient visionné la vidéo et avant la consultation avec le médecin, mais cela aurait pu engendrer des retards de consultation, et/ou aurait nécessité un réajustement du planning de consultations du médecin.

3. Retour de terrain / Hypothèses expliquant nos résultats

a) Mauvaise compréhension des questions de l'enquête

Certaines patientes n'ont pas compris le sens de la question sur la restitution des informations. Notamment 5 patientes du groupe standard ont fait un hors sujet et n'ont parlé que de la mésinformation de l'IVG ou de leur vécu et n'ont restitué aucune information attendue.

D'autres ne savaient pas quel niveau de détails nous attendions et ne donnaient pas forcément le plus grand nombre d'informations.

Or, il était prévu dans le protocole que l'enquêteur ne relance ni ne redirige la patiente afin d'éviter d'influencer les réponses. Par conséquent, cela peut expliquer certains scores bas, sans que cela veuille forcément signifier qu'elles avaient peu ou rien retenu de la vidéo et/ou de la consultation.

A noter qu'une patiente a déclaré que la vidéo n'était ni utile, ni inutile. Elle a justifié cela par le fait que les informations de la vidéo étaient redondantes avec celles du médecin. Elle a donc comparé l'utilité de la vidéo par rapport à la consultation, ce qui n'était pas l'objet de cette question.

b) Variable spécifique pouvant affecter la moyenne de réponses restituées

Il y a une différence significative dans la restitution spontanée des informations entre les deux groupes avec $p < 0,050$ en faveur du groupe vidéo. Une de nos hypothèses est que cette différence pourrait être expliquée par la plus grande fréquence de restitution de l'information « procédure commune-droit » dans le groupe « Vidéo », (si on retire cette variable, on ne retrouve plus de différence significative, $p = 0,076$).

c) Informations délivrées par la vidéo et par les médecins semblables

Il n'a pas été mis en évidence une différence significative entre la clarté des informations délivrées par la vidéo et celles délivrées par le médecin lors de la consultation (les patientes des deux groupes ont trouvé les informations « très claires » (89% dans le groupe « Vidéo » et 77% dans le groupe « Standard », $p = 0,232$). Cela pourrait être expliqué par le fait que les informations délivrées par le médecin au sein de notre cabinet sont superposables à celles délivrées dans la vidéo.

d) Distribution faible de la brochure aux patients

Il n'a pas été mis en évidence une supériorité de l'utilité de la vidéo par rapport à la brochure d'informations. On peut penser que c'est dû au fait qu'il y avait une faible proportion de patientes ayant reçu et lu la brochure dans notre échantillon vidéo (17%). Par ailleurs, l'étude écossaise s'attend à démontrer que la vidéo est plus informative qu'il existe une importante prévalence d'illettrés dans leur pays (25%) [57] ce qui n'est pas le cas dans la population française (7% en 2011) [58].

e) Des réticences face à la télémédecine

La question sur la télémédecine proposant que la vidéo se substitue à la consultation sous réserve qu'il y ait un contact avec un médecin possible (notamment par télémédecine) a été posée parce que le questionnaire a été réalisé pour l'étude écossaise. Or l'Ecosse est très avancée dans ce domaine [59].

Seulement trois patientes de notre étude ont répondu favorablement à cette question, ce qui peut être expliqué par le fait qu'en France, la télémédecine peine encore à se développer et s'expose encore à certaines réticences.

Cependant celle-ci se développe progressivement (et un accord devrait être d'ailleurs annoncé en septembre 2018 par le gouvernement pour le remboursement par l'assurance maladie), on peut alors imaginer une meilleure acceptation par les patientes dans le futur.

D. Ouverture

1. Perspectives de recherches

Nous pensons que cela pourrait être bénéfique de diffuser la vidéo sur notre site internet, afin que la patiente ayant un rendez-vous pour la prise du premier comprimé d'IVG puisse la visionner en amont de la consultation. Cela permettrait d'une part de la rassurer et de venir peut-être plus apaisée en consultation et d'autre part de se préparer à cette consultation en posant toutes les questions qu'elle souhaiterait.

Nous pourrions imaginer une étude avec mise en place d'un nouveau protocole au seins du cabinet ipso : La patiente visionnerait la vidéo en amont de son rendez-vous de prise du

premier comprimé. Parallèlement à cela, les médecins pourraient établir une « check-list » de toutes les informations importantes qu'ils jugent indispensables à connaître pour le bon déroulement de l'IVG médicamenteuse en ville. En consultation, le médecin demanderait alors la patiente de lui poser toutes les questions qu'elle souhaite, les points spécifiques qu'elle souhaite aborder. A chaque item important abordé, le patient cocherait l'information qui était attendue. En cas d'oubli de certaines notions importantes, il s'assurerait que la patiente avait bien assimilé l'information et non pas qu'elle l'avait oubliée par exemple. La consultation serait alors plus un moment d'échange avec des questions/réponses et de vérification de la compréhension des informations.

Nous pourrions imaginer une étude évaluant l'acceptabilité et l'utilité de ce protocole, la satisfaction des patientes mais aussi des médecins sur le déroulement de la consultation, son impact sur la consultation.

Nous pourrions également comparer les patientes ayant vu la vidéo et ayant bénéficié d'une consultation avec le système de « check-list » à celles qui verraient la vidéo et auraient la consultation traditionnelle, et nous intéresser à la survenue d'évènements en lien avec l'IVG dans les suites de la consultation. Il pourrait s'agir d'évènements indésirables ou non graves, (consultations non programmées, avis téléphoniques de la part des patientes, absence à la consultation post-IVG...) qui résulteraient d'une mauvaise compréhension des patientes et évaluer ainsi la supériorité ou non infériorité d'un des protocoles.

Nous pensons également que la vidéo a toute sa place dans le domaine de la prévention et devrait être accessible à toutes les personnes souhaitant s'informer sur l'IVG, voire diffusée lors des cours d'éducation sexuelle au collège/lycée. Simplement, on peut supposer que des jeunes filles ou jeunes femmes qui ne se sentiraient pas concernées lors du visionnage de la vidéo, seraient moins réceptives aux informations, voire ne trouveraient pas la vidéo si acceptable. Il serait par exemple intéressant de réaliser la même étude au sein du cabinet ipso auprès de jeunes filles ou jeunes femmes venant consulter au cabinet pour des informations sur la contraception et/ou pour des informations et dépistages des infections sexuellement transmissibles. On pourrait leur proposer de leur envoyer un mail avec des documents ou liens sur la prévention des risques sexuels accompagnés de la vidéo d'informations sur l'IVG, et évaluer ensuite ce qu'elles en ont retenu et son utilité.

Par ailleurs, toutes les patientes de notre étude avaient pris leur décision et étaient vues pour la prise du 1^{er} comprimé. Elles avaient donc déjà choisi le lieu (à domicile) et la méthode (médicamenteuse).

Il serait intéressant de réaliser des études de plus grande ampleur et de voir l'impact de cette vidéo sur le taux d'IVG médicamenteuses en ville sur des femmes qui hésitent sur la méthode.

2. Perspectives d'amélioration

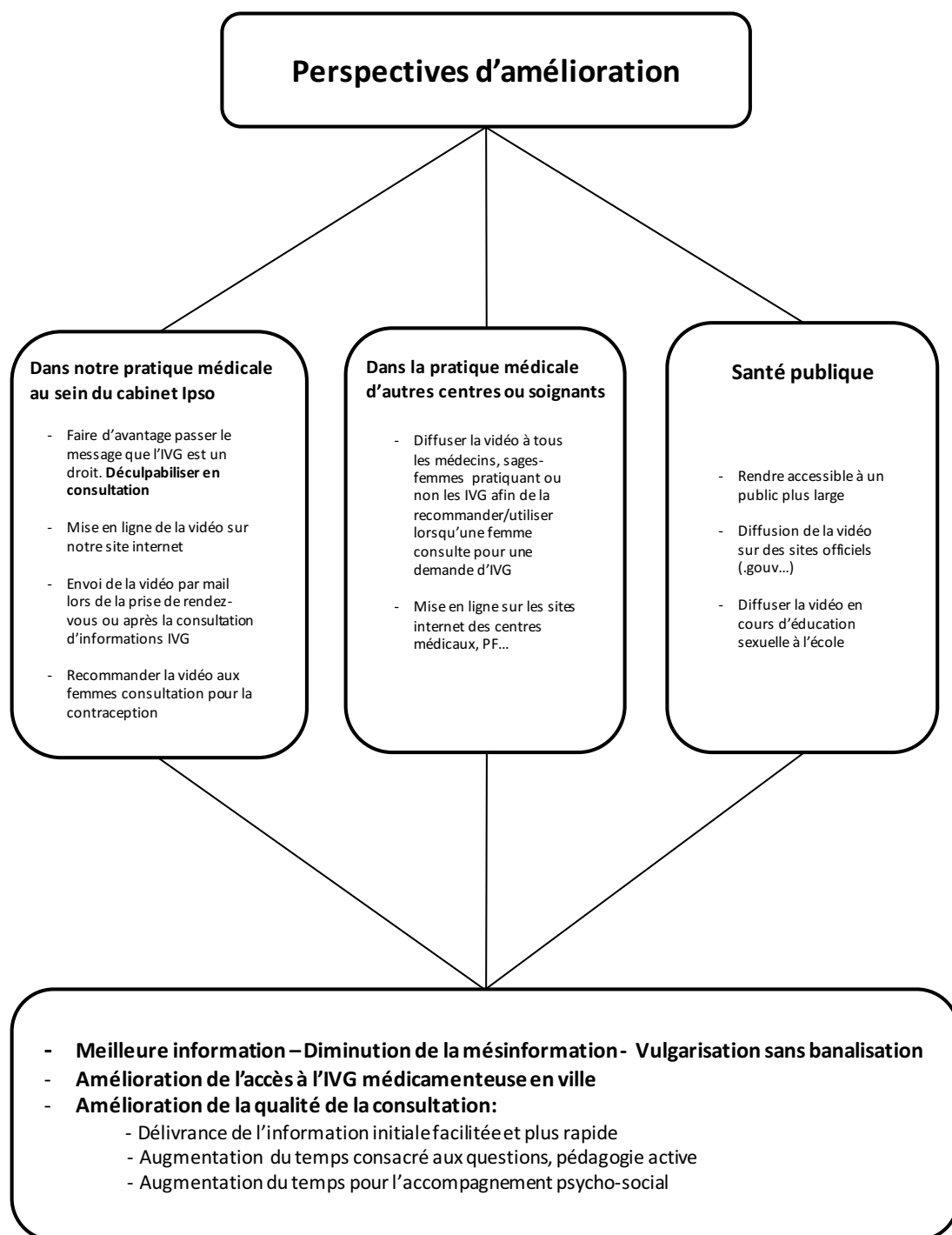


Figure 2 : Perspectives d'amélioration à partir de la vidéo d'animations sur les informations sur l'IVG médicamenteuse en ville

Conclusion

Afin d'assurer une prise en charge optimale des patientes souhaitant une IVG médicamenteuse en ville, il est primordial que celles-ci aient assimilé parfaitement les informations nécessaires au bon déroulement de celle-ci.

Or, la consultation de la prise du premier comprimé peut être longue et dense, puisque le médecin y délivre bien sûr toutes les informations concernant le protocole de l'IVG médicamenteuse en ville, mais cette consultation peut être aussi le moment où les antécédents de la patiente, le vécu de l'IVG et la contraception sont abordés.

A l'ère où le numérique est de plus en plus présent dans la pratique médicale et facilement accessible, l'étude a permis de démontrer que l'utilisation d'une vidéo d'informations sur l'IVG médicamenteuse en amont de la consultation de prise du premier comprimé d'IVG avait toute sa place dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville, puisqu'elle était acceptable, informative et utile.

Il a également été mis en évidence que les informations délivrées par l'association de la vidéo et de la consultation étaient jugées plus utiles que celles transmises en consultation seule.

De plus, les patientes ont particulièrement apprécié le côté rassurant et déculpabilisant de la vidéo.

Cette étude a permis de dégager quelques pistes d'amélioration sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville, notamment en déculpabilisant davantage les patientes pour améliorer leur vécu de l'IVG mais également, comme suggéré par celles-ci, en diffusant la vidéo plus largement sur des sites internet officiels et fiables, afin de pouvoir regarder la vidéo en amont de la consultation et de mieux se préparer à la consultation de la prise du premier comprimé.

Bibliographie

- [1] Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000700230 (accessed March 31, 2017).
- [2] Dumont GF, Legrand J. Evolution récente du nombre des décès déclarés dus à l'avortement. *Population* 1981;36:410–4. doi:10.2307/1532557.
- [3] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. n.d.
- [4] Circulaire n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé paru dans le Bulletin Officiel n°2004-50 [Internet]. [cité 13 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr> n.d.
- [5] Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. n.d.
- [6] Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes | Legifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/8/8/AFSP1613265A/jo/texte> (accessed March 31, 2017).
- [7] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES; 2016.
- [8] HAS. IVG méthode médicamenteuse - Recommandations de bonnes pratiques 2010.
- [9] Santé gouv. Interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé . Livret d'informations à l'attention des médecins. n.d.
- [10] Hippocrate. Du fœtus de sept mois, littéré, t. VII, p448 n.d.
- [11] Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de l'avortement n.d. <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article43> (accessed April 21, 2017).
- [12] Code pénal (ancien) - Article 317. vol. 317. 1810.
- [13] Le Naour J-Y, Valenti C. Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). du Seuil. 2003.
- [14] Hassoun D. Histoire de la législation de la contraception et de l'avortement en France 2013. <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3> (accessed April 21, 2017).
- [15] D'une revolte a une lutte : 25 ans d'histoire du planning familial. Paris : MFPP/Tierce; 1981.
- [16] Le "Manifeste des 343 salopes" paru dans le Nouvel Obs en 1971. L'Obs n.d. <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20071127.OBS7018/le-manifeste-des-343-salopes-paru-dans-le-nouvel-obs-en-1971.html> (accessed April 21, 2017).
- [17] Justice / Portail / Il y a 40 ans, le procès de Bobigny n.d. <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/proces-historiques-10411/il-y-a-40-ans-le-proces-de-bobigny-24792.html> (accessed April 21, 2017).
- [18] LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. 2012.
- [19] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016.
- [20] Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse. n.d.
- [21] Nisand I. L'IVG en France. Propositions Pour Diminuer les Difficultés Que Rencontrent les Femmes. 1999.
- [22] Chambaud L, Jourdain Menningre D, Aubin C. Inspection générale des affaires sociales (IGAS)La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. 2009.
- [23] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? 2004:2–7.

- [24] DREES. Les interruptions volontaires de grossesse. Établ Santé 2016.
- [25] Les interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France. ORS; 2016.
- [26] Lièvre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception*. 2009;95–100.
- [27] El-Rafaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. *Contraception* 1994;111–4.
- [28] El-Rafaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *N Engl J Med* 1995;983–7.
- [29] Middleton T, Schaff E, Fielding S, Scahill M, Shannon C, Westheimer E, et al. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*. 2005;328–32.
- [30] Gallo M, Cahill S, Castelman L, Mitchell E. A systematic review of more than one dose of misoprostol after mifepristone for early abortion up to 10 weeks of gestation. *Contraception* 2006;74(1):36–41.
- [31] Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one ? *BJOG* 2007;114–3:271–8.
- [32] Wedisinghe L, Elsandabese D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first-trimester medical termination. *Contraception*. 2010;80(4):269–74.
- [33] Guengant J-P, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in guadeloupe. *Contraception* 1999;60:167–72. doi:10.1016/S0010-7824(99)00074-8.
- [34] Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, Simonds W, Westhoff C. In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol. *J Am Med Womens Assoc* 1972 2000;55:169–72.
- [35] Décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé et modifiant le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2002.
- [36] Circulaire du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées. vol. DGS/MC1/DHOS/O1. n.d.
- [37] Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *J Fam Pract* 1997;44:353–60.
- [38] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée. 2001.
- [39] Code de la santé publique - Article L1111-2. vol. L1111-2. n.d.
- [40] Article 34 - Prescription | Conseil National de l'Ordre des Médecins n.d. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-34-prescription-258> (accessed July 6, 2017).
- [41] Article 35 - Information du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins n.d. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259> (accessed July 6, 2017).
- [42] Nair K, Dolovich L, Cassels A, McCormack J, Levine M, Gray J, et al. What patients want to know about their medications. Focus group study of patient and clinician perspectives. *Can Fam Physician* 2002;48:104–10.
- [43] Vallée J, Trombert-Paviot B. Information des patients sur les effets indésirables des médicaments 2015.
- [44] HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé 2012.
- [45] Statistiques sur l'économie et la société numériques - ménages et particuliers - Statistics Explained n.d. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Digital_economy_and_society_statistics_-

- [_households_and_individuals/fr#Acc.C3.A8s_.C3.A0_1.E2.80.99internet](#) (accessed December 14, 2017).
- [46] Knapp C. Indigo, outil multimédia d'éducation thérapeutique destinée à des patients diabétiques de type 1 adultes : évaluation du point de vue des patients utilisateurs. 2013.
- [47] Benoit M. Conception et réalisation d'un outil éducatif multimédia destiné au patient diabétique de type 1 : le programme IndiGO. 2012.
- [48] Henry J Kaiser Family foundation. Picker Institute. From the patient's perspective. : Quality of care, Menlo Park, Calif. 1999.
- [49] ANAES. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. 2000.
- [50] Sherman S, Harden J, Cattanach D, Cameron ST. Providing experiential information on early medical abortion: a qualitative evaluation of an animated personal account, Lara's Story. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2017;43:269–73. doi:10.1136/jfprhc-2016-101641.
- [51] Michie L, Et al. Giving information about the contraceptive implant using a DVD: is it acceptable and informative? A pilot randomised study. 2015.
- [52] Powell-Jackson R, Glasier A, Cameron ST. Benefits of using a digital video disk for providing information about abortion to women requesting termination of pregnancy. *Contraception* 2010;81:537–41. doi:10.1016/j.contraception.2010.01.015.
- [53] Moran L. Video counseling for emergency contraception: impact on patient choice 2016.
- [54] FIAPAC. L'IVG médicamenteuse. vol. <https://youtu.be/wQcQ0VC0VTw>. n.d.
- [55] Questionnaires patientes Vidéo IVG. Google Docs n.d. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfnB6ED26XoEc3AiRaLJo1NNKypsdUnCeTeUWm5zXqrBzbaqg/viewform?usp=forms_home&ths=true&usp=embed_facebook (accessed September 2, 2018).
- [56] Davies A, Fleming C. Vasectomy: replacing the preoperative outpatient appointment with a DVD. *BMJ Sex Reprod Health* 2013.
- [57] Scottish survey of Adult Literacies 2009: Report of Findings. n.d.
- [58] Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul - Insee Première - 1426 n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281410> (accessed September 2, 2018).
- [59] Gallois F, Raully A. La télémédecine au prisme de l'efficience des politiques publiques Une cartographie de trois pays européens 2017.

Annexe 1 : Notice d'information patiente REVHO

Coordonnées médecin

Coordonnées hôpital

NOTICE D'INFORMATION PATIENTE

Vous m'avez fait part de votre souhait d'interrompre votre grossesse.

Je travaille en collaboration avec un centre hospitalier et le réseau de santé REVHO, coordinateur de l'IVG médicamenteuse en ville.

Durant cette consultation, je vous ai proposé de pratiquer votre IVG par méthode médicamenteuse à domicile dans le cadre de ce réseau de santé.

Cette notice est destinée à vous présenter les étapes de l'IVG et les modalités de fonctionnement en réseau pour que vous puissiez décider si vous acceptez ce type de prise en charge.

- *Je vous invite à la lire et à prendre le temps nécessaire pour y réfléchir.*
- *Je répondrai ensuite à toutes les questions que vous vous posez et vous pourrez ainsi prendre votre décision.*

L'IVG médicamenteuse en ville :

Cette méthode d'interruption volontaire de grossesse implique la prise de deux médicaments à 48 heures d'intervalles: la mifépristone et le misoprostol. Elle est efficace dans 95 à 98% des cas.

Dans le cadre du réseau ville/hôpital, le médecin ou sage-femme vous donnera les médicaments nécessaires, il assurera les consultations et la surveillance de l'IVG. Le centre hospitalier vous recevra en cas de complications.

Le médecin ou sage-femme vous remettra une fiche de liaison. Vous la conserverez pendant toute la durée de la procédure jusqu'à la visite de suivi. Cette fiche rassemblera les principaux éléments de votre dossier médical. Elle facilitera les soins si vous deviez aller à l'hôpital.

L'IVG sera facturée 187,92 €. C'est un forfait qui couvre les consultations avec le médecin ou sage-femme et les médicaments. Il sera remboursé par votre caisse d'Assurance maladie à 100% ainsi que l'intégralité des examens réalisés dans le cadre de l'IVG.

EN PRATIQUE

Calendrier de prise des médicaments

Date	Heure	Médicament	Nombre de comprimés	Voie d'administration et/ou commentaires
		mifépristone		
		misoprostol		
		Anti-douleurs		

1. Le jour où vous prenez les comprimés de mifépristone

Après la prise de mifépristone, il n'y a habituellement pas de réactions importantes. Vous pouvez mener vos activités normales. Vous pouvez saigner un peu. Très rarement on observe des saignements plus abondants et quelques douleurs. N'hésitez pas à prendre les anti-douleurs.

Même si vous avez déjà saigné, il est important que vous preniez comme prévu, le misoprostol.

2. Le jour où vous prenez les comprimés de misoprostol

Le misoprostol est indispensable pour que l'expulsion soit complète. Vous devez impérativement prendre les comprimés de misoprostol 36 à 48 heures après la prise de mifépristone.

- Respectez le calendrier de prise des médicaments indiqué plus haut.
- Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée, avec la possibilité de téléphoner et quelqu'un pour vous tenir compagnie. Nous vous conseillons de ne pas être seule. Vous pouvez manger et boire légèrement.
- Il est recommandé de commencer les anti-douleurs avant les comprimés de misoprostol suivant les conseils de l'ordonnance.

Ce qui va se passer :

Dans 60% des cas, l'avortement se produit rapidement dans les 4 à 6 heures qui suivent la prise de misoprostol ; dans les autres cas, il aura lieu dans les 3 jours qui suivent la prise des comprimés.

Des saignements, généralement plus abondants que des règles vont survenir. Ils sont souvent accompagnés de douleurs, comme des douleurs de règles ou plus fortes. Il peut y avoir des caillots de sang. Vous pourrez peut-être distinguer l'œuf sous forme d'une boule gélatineuse de un à trois centimètres. Il n'est pas nécessaire de le recueillir, l'avortement sera contrôlé lors de notre prochain rendez-vous.

- Il est possible de ressentir des nausées, plus rarement de vomir ou d'avoir la diarrhée. Ces symptômes sont de courte durée. Si vous vomissez moins d'une demi-heure après la prise des comprimés, contactez-moi. Si vous vomissez plus d'une demi-heure après la prise des comprimés, ne vous inquiétez pas, ils seront efficaces.
- Il est normal de saigner pendant une quinzaine de jours, parfois des pertes de sang peu abondantes persistent jusqu'à la visite de contrôle.

Ce qui doit vous alerter :

- Si 5 jours après la prise des comprimés vous n'avez pas saigné ou très peu, **appelez-moi avant la visite de contrôle.**
- Si vous faites une hémorragie: nécessité de changer de protection toutes les ½ heures pendant plus de deux heures, il faut vous rendre au **service des urgences indiqué page 4.**
- Si vous êtes inquiète, si des douleurs et/ou de la fièvre persistent plus de 24 heures, appelez-moi. En cas de douleurs persistantes ou de fièvre et si le cabinet est fermé, rendez-vous au service des urgences.

3. La contraception après l'IVG

Si vous avez choisi la pilule comme contraception

Il faudra commencer à la prendre le / /

Si vous avez choisi un stérilet ou un implant comme contraception, il pourra être posé lors de la visite de contrôle

4. Le rendez vous de contrôle est prévu le

Le / / à heures

Une visite de contrôle est indispensable, elle permet de vérifier que la grossesse ne s'est pas poursuivie et que l'IVG s'est bien déroulée. Elle est incluse dans le forfait global.

Pensez à apporter les résultats des examens que je vous ai prescrits :

Prise de sang Bêta-HCG à faire le / /

Echographie à faire le / /

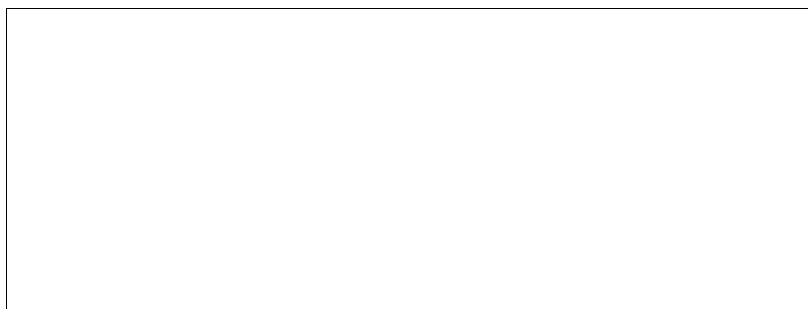
Pensez aussi à apporter le stérilet ou l'implant contraceptif si vous souhaitez qu'il soit posé ce jour là.

Attention :

Le dosage des Bêta-HCG sera encore positif, ce qui est normal, car quand une grossesse s'arrête, le taux d'hormone dans le sang décroît lentement. C'est la quantité restante qui permet de savoir que l'interruption de grossesse est terminée.

Si vous allez en urgence à l'hôpital

- Présentez-vous **avec la fiche de liaison**, votre **carte de groupe sanguin**, votre **échographie** et votre carte vitale.



Qu'est-ce que le réseau « IVG médicamenteuse en ville » REVHO?

- **REVHO** est un réseau de santé qui permet à des médecins de ville, membres du réseau, d'effectuer le suivi des patientes désirant pratiquer une IVG médicamenteuse à domicile, en coordination avec une équipe hospitalière.
- Le réseau vous garantit une prise en charge conforme aux recommandations médicales nationales et internationales. Les modalités de cette prise en charge ont fait l'objet d'un protocole écrit et validé par des professionnels experts.
- Dans le réseau de santé, vous pourrez être sollicitée sous la forme d'une enquête anonyme pour donner votre avis sur votre prise en charge, vos soins, et pour faire part de vos observations et suggestions.
- Vous avez également la possibilité de vous exprimer sur le vécu de votre IVG médicamenteuse sur notre site internet www.revho.fr

Le respect de votre vie privée

- Tout au long de votre prise en charge, le respect de votre vie privée ainsi que le secret de l'ensemble des informations vous concernant sont garantis. Ceci veut dire que dans le réseau chaque intervenant est tenu au **secret professionnel**.
- Les informations vous concernant devront être échangées entre deux ou plusieurs professionnels de santé. Seules les informations strictement utiles à votre prise en charge seront partagées : cet échange est en effet nécessaire pour assurer une bonne continuité de vos soins. Nous avons besoin de votre accord de principe sur l'échange de ces informations.
- Vous pourrez vous-même et à tout moment accéder à ces informations, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin que vous désignerez pour le faire (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).
- Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, nous vous informons que les données vous concernant pourront faire l'objet d'un traitement anonyme et d'un enregistrement informatique, sauf avis contraire de votre part. Si ces données devaient faire l'objet d'études ou de statistiques et/ou devaient être publiées, votre anonymat serait absolument préservé.

REVHO – Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

Annexe 2 : Formulaire de consentement

Trigramme de la patiente :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Délivrance d'une information audiovisuelle sur l'IVG médicamenteuse en ville, en amont de la consultation: Acceptabilité et informativité.

L'IVG médicamenteuse est possible en ville jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. Lors de la consultation de prise du 1^{er} comprimé, le soignant vous transmet beaucoup d'informations qui sont primordiales pour une prise en charge optimale de l'IVG.

Une courte vidéo d'animation a été réalisée par un comité de la société européenne de contraception afin d'améliorer l'information délivrée aux patientes se présentant pour une IVG médicamenteuse en ville.

Le but de cette étude est de déterminer si la vidéo serait acceptable et informative pour les femmes pratiquant une IVG médicamenteuse en ville.

Pour cela, les patientes souhaitant participer à cette étude seront réparties aléatoirement en deux groupes.

Le groupe « vidéo » et le groupe « consultation standard ».

Les patientes du groupe « vidéo » seront installées dans une pièce isolée pour regarder la vidéo qui dure environ 3mn, juste avant la consultation avec le médecin.

Les patientes du groupe « consultation standard » seront vues en consultation par le médecin comme prévu.

Immédiatement après la consultation, si vous avez accepté de participer à notre étude, vous serez reçue par un médecin-enquêteur pour remplir un questionnaire concernant les informations que vous avez retenues.

Par soucis d'équité, les patientes faisant partie du groupe « consultation standard » pourront visionner également la vidéo si elles le souhaitent.

Votre participation est totalement facultative et anonyme et vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment sans donner de raison.

- J'ai lu et compris l'objectif de cette étude
- J'accepte que mes commentaires soient divulgués à des fins de recherche
- J'accepte de participer à cette recherche

Fait à :

Le :/...../.....

Nom de la participante :

Signature :

Annexe 3 : Questionnaire de l'étude

Trigramme de la patiente

Votre réponse

De quel groupe faisiez-vous partie ?

- Groupe "Vidéo d'animation"
- Groupe "Témoin" (consultation standard)

SUIVANT

Questions communes

1/ Restitution des informations

" Qu'avez-vous retenu de la vidéo/de la consultation ?"

correct

Une seule visite nécessaire (consentement et Premier comprimé) = Pas besoin de délai de réflexion	<input type="checkbox"/>
1er comprimé (mifepristone)	<input type="checkbox"/>
2e médicament (misoprostol) 24-48h après le 1er comprimé	<input type="checkbox"/>
Présence d'un adulte lors de la prise du 2e médicament	<input type="checkbox"/>
Que peut-il se passer ? (douleurs, saignements "comme des grosses règles")	<input type="checkbox"/>
Quantité anormale de saignements	<input type="checkbox"/>
Test de grossesse à faire 2 semaines après la prise du comprimé	<input type="checkbox"/>
Contraception à débiter immédiatement après l'IVG	<input type="checkbox"/>
Procédure courante (1 femme sur 3 aura au moins une IVG dans sa vie)	<input type="checkbox"/>

A noter que la question « restitution des informations » était une question ouverte. L'enquêteur ne relançait pas la patiente. La patiente n'était donc pas influencée et ses réponses étaient spontanées.

2/ Avant d'assister à la consultation, comment évalueriez-vous votre niveau global de connaissances à propos de l'IVG médicamenteuse en ville?

- J'en savais déjà beaucoup
- J'en savais déjà un peu
- Je ne savais pas grand chose
- Je ne savais rien

3/ Après avoir assisté à la consultation, comment évalueriez-vous votre niveau global de connaissances à propos de l'IVG médicamenteuse en ville?

- J'en ai appris beaucoup
- J'en ai appris un peu
- Je n'ai pas appris grand chose
- Je n'ai rien appris

4/ Comment jugeriez-vous l'utilité de la vidéo ou de la consultation pour aider à comprendre comment se passe l'IVG médicamenteuse en ville ?

- Très utile
- Un peu utile
- Ni utile ni inutile
- Un peu inutile
- Totalement inutile

5/ Après avoir visionné la vidéo ou avoir eu la consultation standard, à quel point la méthode médicamenteuse en ville est-elle claire pour vous ?

- Ce qu'il va se passer est très clair pour moi
- Ce qu'il va se passer est assez clair pour moi
- Je ne suis pas certaine d'avoir compris ce qu'il va se passer
- Je n'ai pas très bien compris ce qu'il va se passer
- Je n'ai pas du tout compris ce qu'il va se passer

6/ Groupe standard: Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous l'utilité des informations qui vous ont été données aujourd'hui ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inutile Très utile

7/ Groupe VIDEO D'ANIMATION seulement: Après la consultation, comment évalueriez-vous l'utilité des informations qui vous ont été données aujourd'hui ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inutile Très utile

Caractéristiques

1/ Est-ce la première fois que vous venez au cabinet ?

- Oui
 Non

2/ Quel âge avez-vous ?

Votre réponse

2/ Quel est votre code postal ?

Votre réponse

3/ Statut tabagique:

- Je suis une ancienne fumeuse
 Je fume actuellement
 Je n'ai jamais fumé

4/ Quel est votre groupe sanguin ?

Votre réponse

5/ Avez-vous déjà eu d'autres grossesses ?

Oui

Non

6/ Si oui, avez-vous déjà bénéficié d'une IVG médicamenteuse ?

Oui

Non

RETOUR

SUIVANT

Questions destinées au groupe "vidéo" uniquement:

1/ Y'a-t-il quelque chose que vous avez particulièrement aimé dans cette vidéo ?

Votre réponse

2/ Y'a-t-il quelque chose que vous n'avez particulièrement pas aimé dans cette vidéo ?

Votre réponse

3/ Aviez-vous reçu une brochure d'informations avant votre rendez-vous d'aujourd'hui? (que ce soit une brochure papier ou un lien internet permettant d'y accéder en ligne)

- Oui
- Non

4/ Si oui, l'avez-vous lue ?

- Oui
- Non

5/ De quelle utilité était la vidéo comparée à la brochure d'informations ?

- La vidéo était plus utile que la brochure
- La vidéo était aussi utile que la brochure
- La vidéo était moins utile que la brochure
- Je n'ai pas lu la brochure
- Non concernée

6/ Pour vous, quelle est l'acceptabilité de la vidéo en tant que moyen d'informations concernant l'IVG médicamenteuse en ville ?

- Très acceptable
- Moyennement acceptable
- Ni acceptable ni inacceptable
- Un peu inacceptable
- Très inacceptable

7/ Pensez-vous que la vidéo devrait être montrée à toutes les patientes qui consultent pour une IVG médicamenteuse en ville ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si vous avez répondu "non" ou "Ne sait pas" à la question précédente, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

Votre réponse

8/ A quel moment pensez-vous que la vidéo devrait être montrée ?

- Bien avant le rendez-vous (les femmes devraient pouvoir la regarder à la maison via un lien internet)
- Dans le centre médical, dans une pièce séparée
- Autre : _____

9/ Pensez-vous que la vidéo accompagnée de la notice d'informations, pourrait se substituer à la consultation d'informations ?

- Oui
- Non
- Oui mais en gardant la possibilité de contacter un médecin (téléphone, télé-médecine...)
- Ne sait pas

RETOUR

ENVOYER

Résumé

Titre : Acceptabilité d'une vidéo d'informations sur l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ville en amont de la consultation de prise du premier comprimé (mifepristone). Informativité et utilité.

Résumé :

Contexte/Objectifs

La consultation initiale d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse peut être longue et dense. La Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la Contraception a développé une vidéo d'animation afin d'améliorer la transmission d'informations aux patientes qui consultent pour une IVG médicamenteuse.

L'objectif de ce travail était d'évaluer si les femmes trouvaient cette vidéo acceptable, informative et utile.

Méthodes

Il s'agit d'une étude interventionnelle quantitative, réalisée auprès de 74 patientes qui consultaient pour une IVG médicamenteuse dans un cabinet médical à Paris de mars à juin 2018. Les patientes étaient randomisées en deux groupes : un groupe « Vidéo » (vidéo et consultation) (N=35) et un groupe « Standard » (consultation seule) (N=39). Les patientes étaient interrogées immédiatement après la consultation par un médecin enquêteur à l'aide d'un questionnaire.

Résultats

Toutes les femmes interrogées ont trouvé la vidéo acceptable (100%) et claire (100%). La grande majorité a trouvé qu'elle était utile (97%).

Les patientes du groupe « Vidéo » restituaient plus de réponses attendues que celles du groupe « Standard » ($p=0,010$), avec la notion sur le droit à l'IVG davantage évoquée ($p<0,001$). Les patientes jugeaient l'association de la vidéo et de la consultation plus utile que la consultation seule ($p=0,043$). En outre, la plupart des femmes a trouvé que la vidéo était rassurante et déculpabilisante, et la majorité la recommanderait à toutes les femmes dans le parcours de l'IVG médicamenteuse (74%), notamment en la diffusant sur Internet afin de pouvoir la regarder en amont de la consultation (69%).

Conclusion

L'utilisation d'une vidéo d'animation pour transmettre des informations sur l'IVG médicamenteuse en ville est acceptable, informative et utile, et a toute sa place en amont de la consultation car elle permettrait de mieux préparer les femmes à cette dernière.

Mots clés : interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, information, audiovisuel, vidéo

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06

Abstract

Title: Acceptability of a video containing audio-visual information about early medical abortion at home before the consultation for the first tablet (mifepristone). Informativity and utility.

Abstract:

Background:

The initial visit for early medical abortion (EMA) at home can be lengthy and heavy. The International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates developed a short animated video to improve the delivery of information to women requesting an EMA. The aim of this study was to determine if the women found this video acceptable, informative and useful.

Methods:

We conducted an interventional quantitative study with 74 women attending for an EMA in a Parisian clinic from March to June 2018. The women were randomised in two groups: a « Video » group (video and consultation) (N=35) and a « Standard » group (only consultation) (N=39). Immediately following the consultation, all women were interviewed by a research doctor with a questionnaire.

Results:

All women found the video acceptable (100%) and clear (100%). Majority of patients agreed it was helpful (97%). Knowledge recall was better in the « Video » group than in the « Standard » group ($p=0,010$), with the notion that abortion is a right which was more restituted ($p<0,001$). Women agreed that the association of video and consultation together was more helpful than the consultation alone ($p=0,043$). Furthermore, most of women felt the video was guilt-freeing, and the majority would recommend it to all women requesting abortion (74%), for example by making it available on a website to watch prior the consultation (69%).

Conclusion:

The use of an animated video to provide information about EMA at home is acceptable, informative and helpful, and could be useful prior the consultation because it could allow the women to prepare better for that.

Keywords : medical abortion, audiovisual, video, information

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06