



HAL
open science

Étude de satisfaction concernant la prise en charge des femmes lors d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse : étude descriptive réalisée au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble

Manon Gelin

► To cite this version:

Manon Gelin. Étude de satisfaction concernant la prise en charge des femmes lors d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse : étude descriptive réalisée au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02285189

HAL Id: dumas-02285189

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02285189>

Submitted on 12 Sep 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE GRENOBLE-ALPES
UFR DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

ETUDE DE SATISFACTION CONCERNANT
LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES LORS
D'UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE

*Etude descriptive réalisée au centre d'orthogénie du CHU de
Grenoble*

Par : Manon Gelin

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 19 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2019

UNIVERSITE GRENOBLE-ALPES
UFR DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

ETUDE DE SATISFACTION CONCERNANT
LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES LORS
D'UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE PAR VOIE MEDICAMENTEUSE

*Etude descriptive réalisée au centre d'orthogénie du CHU de
Grenoble*

Par : Manon Gelin

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 19 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2019

RESUME

Etude de satisfaction concernant la prise en charge des femmes lors d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

Objectif : Environ 150 000 IVG ont lieu tous les ans en France par la méthode médicamenteuse. L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant leur prise en charge lors d'une IVG médicamenteuse. De plus, nous cherchions à déterminer la proportion de femmes ayant pu choisir cette méthode pour réaliser l'IVG, ainsi que le délai entre la prise de contact avec le centre d'orthogénie et la réalisation de l'IVG.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête de satisfaction monocentrique au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire distribué aux femmes lors de leur consultation post-IVG.

Résultats : Sur 106 femmes revenant à leur consultation post-IVG, 39 ont répondu à notre questionnaire. Le taux de satisfaction globale était de 9,7 sur 10 et 97,2% des femmes ont été satisfaites par leur prise en charge au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble. Les critères qui ont le moins satisfait les femmes sont l'accueil de leur partenaire (71,4% de satisfaction, médiane à 8,8 sur 10), le temps d'attente à l'accueil et entre les consultations (75,1% de satisfaction, médiane à 9,0 sur 10) et l'information reçue sur la douleur (86,8% de satisfaction, médiane à 8,8 sur 10). En effet, nous avons pu constater que la douleur était sous-estimée chez 41,7% des patientes. En revanche, l'accueil au secrétariat a été jugé très satisfaisant par les femmes (94,7% de satisfaction, médiane à 9,5 sur 10), ainsi que la consultation pré-IVG (91,7% de satisfaction, médiane à 9,4 sur 10) et les délais que 92,1% des femmes ont estimés rapides. Les patientes ont trouvé l'équipe bienveillante, à l'écoute et ne se sont pas senties jugées. Toutes les femmes ont pu choisir la méthode pour l'IVG et les délais retrouvés sont satisfaisants et conformes aux recommandations. En moyenne, il faut quatre jours ouvrés entre le premier contact et la consultation puis six jours entre cette dernière et l'IVG.

Conclusion : Grâce à cette étude, nous pouvons proposer plusieurs axes d'amélioration. Concernant l'information, le soignant pourrait vérifier la compréhension de la femme à la fin de la consultation, notamment sur les informations concernant la douleur et sa prise en charge. De plus, il faudrait accorder une place plus importante au partenaire, en l'écoutant et en l'informant mais également en lui proposant systématiquement la possibilité de s'entretenir avec le psychologue du centre.

Mots-clés : IVG médicamenteuse, satisfaction, prise en charge

ABSTRACT

Assesment of women's satisfaction with drug-induced abortion care.

Objective : In France, there are around 150 000 drug-induced abortion, every years. The aim of the study was to assess women's satisfaction with abortion care. Furthermore, we wanted to determine the proportion of women who could choose the abortion method as well as the period between the first contact with the center and the abortion.

Methods : We carried out a satisfaction survey at the university hospital's orthogenic center, in Grenoble. We developped a questionnaire which was offered to women during the post-abortion appointment.

Results : In 106 women coming back to their post-abortion appointment, 39 answered our questionnaire. Global satisfaction rate was 9,7 over 10 and 97,2% of women was satisfied by care abortion received at the orthogenic center. Points that less satisfied women were the attention given to the partner (71,4% of statisfaction, median at 8,8 over 10), waiting time at the secretary's office and between consultations (75,1% of satisfaction, median at 9,0 sur 10) and informations about pain (86,8% of satisfaction, median at 8,8 sur 10). Actually, we noticed pain were underestimated for 41,7% women. In addition, the reception at the secretary's office satisfied women (94,7%, median at 9,5 sur 10), as well as the pre-abortion appointment (91,7% of satisfaction, median at 9,4 sur 10) and the period needed for the abortion (97,2% of satisfaction). Women thought the center team was benevolent, listenning and they did not have the feeling to be judge. Every women could choose the abortion method. On average, period between the first call and the appointment was four working days and the period between this appointment and the abortion was six days which is satisfying and conform to the recommandations.

Conclusion : Through this study, we can suggest some improvements. With reference to the information, the health professional could check what the women understood at the end of the appointment, above all about pain. Furthermore, we should give a more important place to the partner by listenning him and giving him informations about abortion but also by suggesting him to talk with the center psychologist.

Keywords : drug-induced abortion, care satisfaction, abortion care

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

- Le président du jury : M. Lionel DI MARCO, Sage-Femme Enseignant au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble Alpes ;
- Le co-président du jury : Mme le Professeur Pascale HOFFMANN, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Couple Enfant du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Grenoble-Alpes ;
- Le membre invité du jury : M. Laurent GAUCHER, Sage-Femme à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant des Hospices Civils de Lyon ;
- La directrice de ce mémoire : Mme le Dr Marie SICOT, Praticien Hospitalier au CHU Grenoble-Alpes et Médecin Référent du Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG) ;
- La co-directrice de ce mémoire : Mme Claudine MARTIN, Sage-Femme Enseignante au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de l'Université Grenoble-Alpes.

Je remercie plus particulièrement :

Mme le Dr Marie SICOT, Praticien Hospitalier et Médecin Référent du CIVG au CHU Grenoble-Alpes, directrice de ce mémoire,

Pour sa disponibilité, l'aide précieuse accordée à l'élaboration de ce mémoire et son intérêt pour ce sujet ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de médecine de Grenoble, co-directrice de ce mémoire,

Pour l'aide apportée à la rédaction de mon questionnaire, ainsi que la relecture avisée de mon mémoire ;

Les professionnels du service d'orthogénie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, médecins et secrétaires ;

Pour leur collaboration dans la distribution des questionnaires.

Je remercie sincèrement :

Toutes les femmes du centre d'orthogénie,

Pour avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire ;

Mes amies de promotion,

Pour le soutien qu'elles m'ont apporté au cours de ces quatre années et les bons moments passés ensemble ;

Ma famille, mes proches et mes amis,

Merci pour votre présence depuis longtemps et votre soutien dans mes projets.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
MATERIEL ET METHODE	11
1. Type d'étude	11
2. Site de l'étude	11
3. Population.....	11
4. Recueil de données	11
5. Critères de jugement	12
6. Analyse statistique	12
RESULTATS	13
1. Diagramme d'inclusion	13
2. Caractéristiques de la population.....	14
3. Objectif principal.....	15
3.1. L'accueil au secrétariat	15
3.2. La consultation pré-IVG	17
3.3. La prise en charge de la douleur	18
3.4. L'information reçue	18
3.4.1. Concernant la douleur.....	18
3.4.2. Concernant les saignements	20
3.4.3. Concernant le déroulement de l'IVG.....	20
3.5. La satisfaction de la méthode utilisée	21
3.6. Le partenaire	22
4. Objectifs secondaires	22
4.1. Le choix de la méthode	22
4.2. Les délais	23
4.2.1. Le premier contact avec le centre d'orthogénie	23
4.2.2. Les délais entre le premier contact et l'IVG.....	23
DISCUSSION	25
1. Limites et biais de l'étude	25
2. Discussions des résultats	27
2.1. Caractéristiques de la population	27
2.2. Objectif principal	27
2.3. Objectifs secondaires	35
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	40
ANNEXES	44

ABREVIATIONS :

ANSFO	Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes
CIVG	Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
COCON	Enquête de COhorte sur la CONtraception
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Hôpital Couple Enfant
INED	Institut National d'Etudes Démographiques
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RSSP	Réseau de Santé Sexuelle Publique
SA	Semaine d'Aménorrhée

INTRODUCTION

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été dépénalisée avec la promulgation de la loi du 17 janvier 1975, également nommée « Loi Veil », autorisant l'IVG jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA). [1,2] Ensuite, le cadre juridique a évolué au cours des années. L'IVG par la méthode médicamenteuse est permise depuis décembre 1988. La même année, la Mifégyne® obtient l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). [3,4] En 2001, le délai légal maximum pour avoir recours à une IVG est porté à 14 SA et l'IVG médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à neuf SA. Le 26 janvier 2016, un décret permet aux sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse et le délai de réflexion de sept jours entre la demande initiale d'IVG et sa confirmation n'est plus obligatoire. [2,5]

En septembre 2018, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a publié son dernier rapport concernant les chiffres sur l'IVG. [6] En 2017, 216 700 IVG ont été réalisées en France. Le nombre d'IVG reste stable depuis plus de 10 ans (autour de 220 000 IVG). Selon l'Institut National d'Etude Démographique (INED), 40 % des femmes auront recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie, en France. [7]

Le taux d'IVG médicamenteuse a progressivement augmenté depuis les années 90 où la méthode médicamenteuse était utilisée dans 10% des IVG alors qu'en 2017, ce sont 67,5% des IVG qui sont réalisées par la méthode médicamenteuse, en France métropolitaine. En Auvergne Rhône Alpes 22 550 IVG ont eu lieu en 2017. Le taux de recours est légèrement inférieur à la moyenne nationale. [6]

L'IVG par la méthode médicamenteuse se déroule en plusieurs temps. Pour commencer, deux consultations médicales permettent à la femme d'obtenir toutes les informations nécessaires pour choisir la méthode d'interruption de la grossesse et lui permet d'évoquer sa contraception ultérieure. Du côté médical, c'est l'occasion de réaliser un examen clinique et de dater la grossesse grâce au dosage des β -HCG (Hormone Chorionique Gonadotrope) ou à une échographie. Lors de la première consultation un entretien psycho-social est systématiquement proposé, il est obligatoire si la patiente est mineure. Avant la prise du traitement, le consentement écrit de la femme est recueilli. [8]

L'IVG est réalisée grâce à la prise successive de deux médicaments : [9–11]

- La mifépristone (Mifégyne®), 200 mg per os, prise en présence d'un professionnel de santé. La dose de 200 mg doit être préférée à celle de 600 mg. [10] La mifépristone est un anti-progestérone, la progestérone étant l'hormone nécessaire au

maintien de la grossesse. La mifépristone peut favoriser l'apparition de contractions utérines et des saignements sont parfois observés.

- Le misoprostol (MisoOne® ou Gymiso®), 400 ou 800 µg per os ou le géméprost (Cervagème®), 1 mg par voie vaginale. La prise a lieu 36 à 48 heures après celle de mifépristone. Auparavant, le Cytotec® était majoritairement utilisé mais il a été retiré du marché en mars 2018 car il était utilisé hors AMM. [12] Le misoprostol est utilisé pour les grossesses dont le terme est inférieur à sept SA et le géméprost est le seul à avoir l'AMM dans l'interruption des grossesses dont le terme se situe entre sept et neuf SA. [13] En pratique, le misoprostol est également utilisé pour les IVG entre sept et neuf SA. Le misoprostol et le géméprost sont des prostaglandines. Ils vont favoriser les contractions utérines et ainsi provoquer l'expulsion de l'œuf. Les contractions induisant des douleurs, des antalgiques doivent être proposés aux femmes selon l'intensité de la douleur.

Dans 60% des cas, l'expulsion de l'œuf a lieu dans les quatre heures suivant la prise de misoprostol.

Le taux de succès de la méthode médicamenteuse est d'environ 95%. [11] Une visite de contrôle est nécessaire 14 à 21 jours après la prise de misoprostol pour s'assurer de l'interruption de la grossesse et de l'absence de complications. Un contrôle du taux de β -HCG est réalisé avant la consultation afin de vérifier la décroissance de celui-ci.

Le parcours et les caractéristiques des femmes réalisant une IVG médicamenteuse ont déjà été analysés. [14,15] Cependant la satisfaction de femmes ayant recours à ce type d'IVG n'a été que très peu étudié.

La satisfaction est l'action de répondre à un besoin, un désir ou une demande. C'est une notion subjective car elle représente l'écart entre deux notions : ce qui a été perçu par la personne et la réalité. [16]

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant leur prise en charge lors d'une IVG médicamenteuse au centre d'orthogénie du CHU Grenoble-Alpes. Les objectifs secondaires étaient de déterminer si ces femmes avaient eu le choix de la méthode et d'estimer les délais nécessaires à la prise de rendez-vous et à la réalisation de l'IVG.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective et monocentrique.

2. Site d'étude

Cette étude a été menée au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple Enfant (HCE), appartenant au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA).

En 2017, 1420 IVG ont été réalisées à l'HCE dont 440 par la méthode médicamenteuse.

3. Population

Ont été incluses toutes les femmes réalisant une IVG avec la méthode médicamenteuse entre le 29 septembre 2018 et le 23 janvier 2019.

Les critères d'exclusion étaient :

- IVG réalisée avec la méthode instrumentale
- Absence au rendez-vous post-IVG
- Incapacité de répondre au questionnaire : non-maîtrise de la langue française, état émotionnel compliqué etc...
- Refus de répondre au questionnaire

4. Recueil de données

Les données ont été recueillies rétrospectivement par un questionnaire anonyme distribué par les secrétaires du centre d'orthogénie, lorsque la patiente venait à la consultation de contrôle (soit avant, soit après le rendez-vous). Le questionnaire comportait 24 questions réparties de la façon suivante :

- Deux questions à choix multiples concernant les modalités de contact du centre d'orthogénie
- Deux questions ouvertes afin d'évaluer les délais pour obtenir un rendez-vous et pour réaliser l'IVG
- Onze échelles permettant aux femmes de coter leur satisfaction. Ces échelles mesuraient 10 cm et elles étaient graduées de zéro au début et 10 à la fin, zéro correspondant à « très insatisfaisant » et 10 correspondant à « très satisfaisant ». Les femmes devaient placer une croix

sur cette barre pour évaluer leur satisfaction. La mesure était ensuite réalisée à l'aide d'une règle une fois les questionnaires récupérés. Les questions traitaient des différentes étapes de l'IVG : accueil, rendez-vous pré-IVG, informations reçues, prise en charge de la douleur, accueil du conjoint etc...

- Trois questions à choix multiples concernaient les sentiments ressentis par la femme vis-à-vis de l'équipe professionnelle

- Une question à choix multiple portait sur le choix de la méthode

- Deux questions à choix multiples évaluaient si la femme se sentait actrice de la procédure et si elle trouvait les délais suffisamment rapides

- Trois questions ouvertes ou à choix multiples concernaient les caractéristiques personnelles socio-démographiques de la femme : âge, profession et situation maritale

- Une question ouverte permettait aux patientes d'écrire des suggestions pour améliorer la prise en charge des femmes réalisant une IVG médicamenteuse au CHU de Grenoble.

Trente-neuf questionnaires ont ainsi été récupérés, sur la période allant du 13 octobre 2018 au 6 février 2019. Ils ont tous pu être analysés pour l'étude.

5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le taux de satisfaction évalué par la femme concernant sa prise en charge lors de l'IVG médicamenteuse.

Les critères de jugement secondaires étaient de déterminer la proportion des femmes ayant choisi la méthode pour réaliser l'IVG ainsi que d'évaluer le délai entre la prise de contact avec le centre d'orthogénie et la réalisation de l'IVG.

6. Analyse des données

Les données ont été saisies informatiquement et de façon anonyme sur un document Microsoft Excel 2013. Elles ont été analysées par un logiciel de statistique : R4web®.

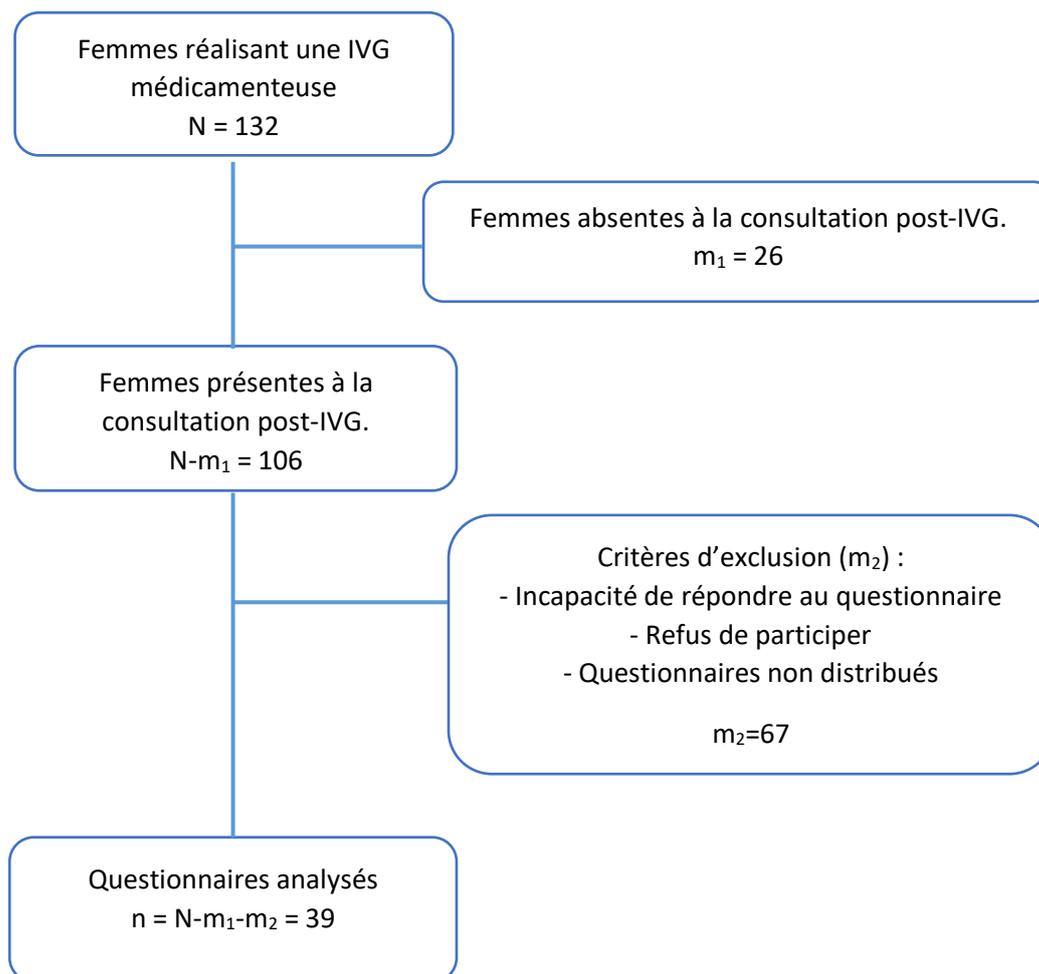
Les variables quantitatives sont décrites par la médiane (m) et l'écart interquartile (EI) car elles n'avaient pas une distribution normale. Les variables qualitatives sont décrites par l'effectif (n) et le pourcentage (%).

RESULTATS

1. Diagramme d'inclusion

Notre enquête de satisfaction a porté sur 39 femmes se présentant à leur consultation post-IVG au centre d'orthogénie du CHUGA. Le recueil des questionnaires a eu lieu du 13 octobre 2018 au 6 février 2019 chez des patientes ayant réalisé une IVG par la méthode médicamenteuse entre le 29 septembre 2018 et le 23 janvier 2019. En effet, le questionnaire était rempli par les femmes pendant la consultation post-IVG qui se déroule deux semaines après la prise de misoprostol. Le taux de participation est de 36,8%.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion



Taux de participation = 36,8%

2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des femmes ayant participé à l'étude sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon*

	n=38
Age m, (EI)	32 (25-34)
- <18 ans n, (%)	0 (0)
- 18 – 19 ans n, (%)	1 (2,6)
- 20 – 24 ans n, (%)	6 (15,7)
- 25 – 29 ans n, (%)	11 (29,0)
- 30 – 34 ans n, (%)	11 (29,0)
- > 34 ans n, (%)	9 (23,7)
Situation maritale	
- Mariée / pacsée n, (%)	9 (23,7)
- En couple n, (%)	19 (50,0)
- Célibataire n, (%)	10 (26,3)
Catégorie professionnelle	
- Agriculteurs n, (%)	0 (0)
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise n, (%)	1 (2,6)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures n, (%)	4 (10,5)
- Professions intermédiaires n, (%)	11 (29,0)
- Employés n, (%)	11 (29,0)
- Ouvriers n, (%)	1 (2,6)
- Sans emploi n, (%)	4 (10,5)
- Etudiants n, (%)	6 (15,8)

m = médiane ; EI = écart interquartile ; n = effectif ; % = pourcentage

*une donnée manquante

L'âge des femmes variait entre 19 et 39 ans avec une médiane à 32 ans. Les classes d'âge les plus représentées étaient 25 – 29 ans et 30 – 34 ans. Les résultats montrent que la majorité des femmes avaient un conjoint au moment de l'IVG (n = 28 ; 73,7%), parmi elles neuf étaient mariées ou pacsées (23,7%). Concernant leur activité professionnelle, 10 patientes étaient sans emploi (26,3%), parmi elles six étaient étudiantes (15,8%). Chez les femmes ayant une activité professionnelle, la majorité appartenait à la catégorie des professions intermédiaires ou à celle des employés (n = 22 ; 58%).

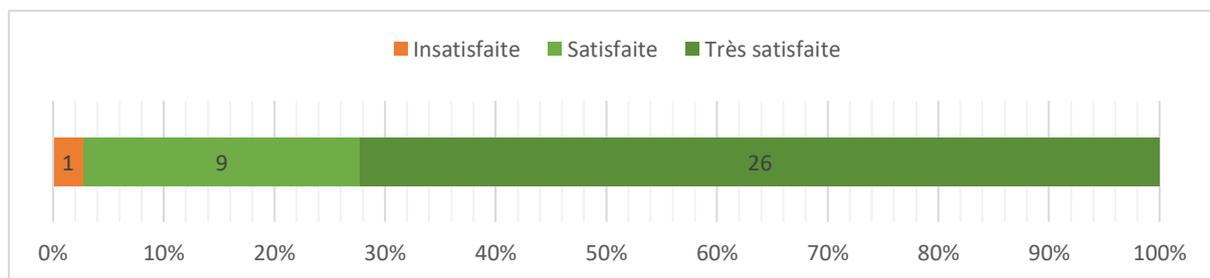
3. Objectif principal : Satisfaction des femmes

Le critère de jugement principal était le taux de satisfaction évalué par la femme concernant sa prise en charge lors de l'IVG médicamenteuse.

La satisfaction était évaluée par une échelle mesurant 10 cm. A la question sur la satisfaction concernant la prise en charge globale de l'IVG médicamenteuse, la médiane était de 9,7 sur 10 avec un écart interquartile entre 8,8 et 10. Le taux de satisfaction le plus bas était de 6,5 sur 10 et le plus élevé de 10 sur 10. Trois personnes n'ont pas répondu à cette question.

Nous définissons les femmes « très satisfaites » par les patientes qui ont évalué leur satisfaction entre neuf et 10 sur 10. Celles « satisfaites » l'ont coté entre sept et neuf sur 10. En dessous de sept, nous considérons que les patientes étaient « insatisfaites » et même « très insatisfaites » si elles avaient évalué leur satisfaction entre zéro et quatre sur dix.

Figure 2 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant la prise en charge globale de l'IVG *



*Trois données manquantes

D'après notre définition, une seule patiente était insatisfaite par la prise en charge reçue (2,8%), neuf femmes étaient satisfaites (25,0%) et 26 étaient très satisfaites (72,2%).

3.1 L'accueil au secrétariat

Concernant la satisfaction des femmes de l'échantillon lors de leur accueil au centre d'orthogénie, les résultats étaient également recueillis grâce à une échelle de satisfaction.

Tableau II : Satisfaction de l'échantillon concernant leur accueil au secrétariat*

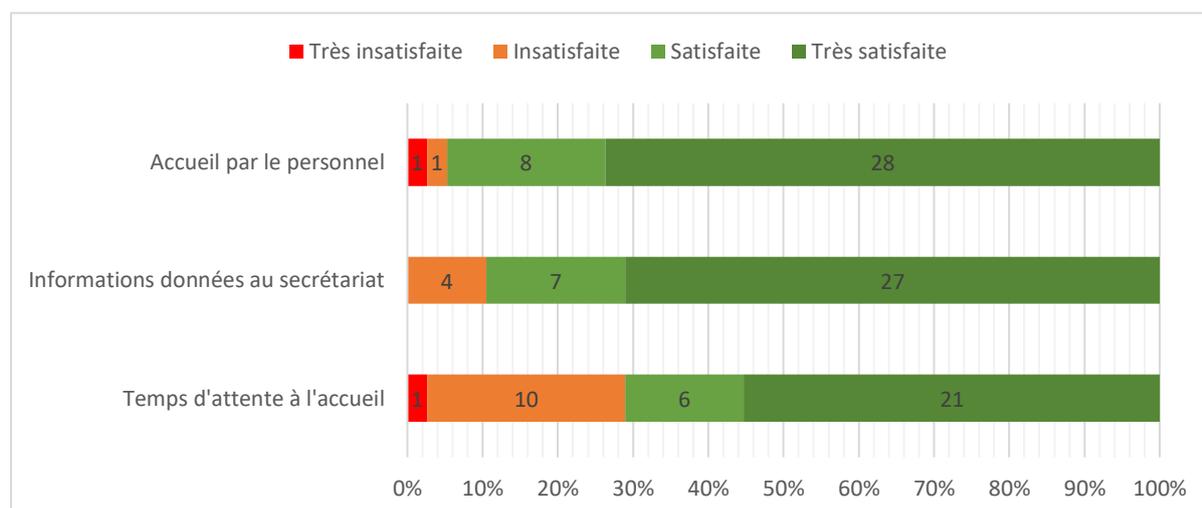
	n = 38
Accueil par le personnel m, (EI)	9,5 (8,9 – 10)
Informations données par les secrétaires m, (EI)	9,3 (8,8 – 10)
Temps d'attente au secrétariat m, (EI)	9 (6,7 – 9,7)

m = médiane ; EI = écart interquartile

* une donnée manquante

L'accueil par le personnel a été évalué comme le plus satisfaisant des trois critères évaluant l'arrivée au secrétariat avec une médiane à 9,5 sur 10 (EI = 8,8 – 10). En revanche, le temps d'attente au secrétariat est le critère qui a le moins satisfait les femmes qui ont évalué leur satisfaction avec une médiane de neuf sur 10 (EI = 6,7 – 9,7). A cette question, le taux de satisfaction le plus bas était de trois sur 10 et celui le plus haut était de 10 sur 10.

Figure 3 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant leur accueil au centre d'orthogénie*



*Une donnée manquante

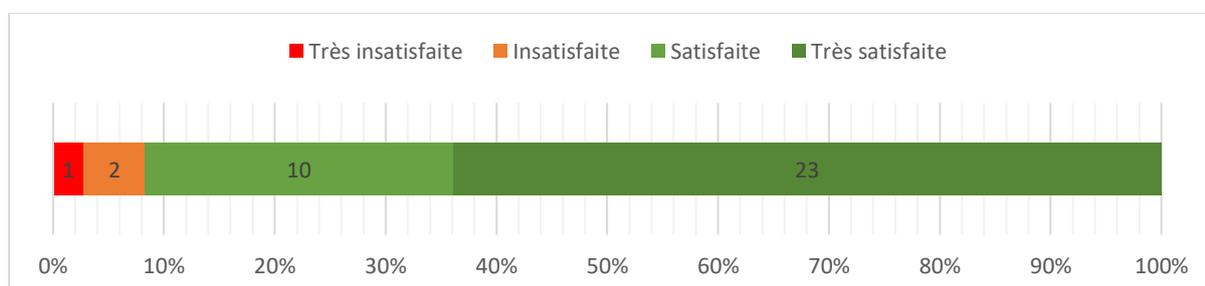
D'après cette figure nous pouvons voir que la majorité des femmes étaient très satisfaites de l'accueil reçu par le personnel du centre d'orthogénie (73,7%) et par les informations qu'elles ont reçues au secrétariat (71,1%). Concernant le temps d'attente à l'accueil, seulement 21 patientes étaient très satisfaites (55,3%) et 11 étaient insatisfaites voire très insatisfaites (29,0%)

Dans une question ouverte, une femme a notifié qu'elle aurait préféré un « accueil au secrétariat plus discret » avec un seul interlocuteur (du personnel soignant était présent dans le bureau de la secrétaire).

3.2 La consultation pré-IVG

Concernant la consultation pré-IVG, les femmes ont évalué leur satisfaction avec une médiane de 9,4 sur 10 (EI = 8,2 – 10). Trois personnes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 4 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant la consultation pré-IVG*

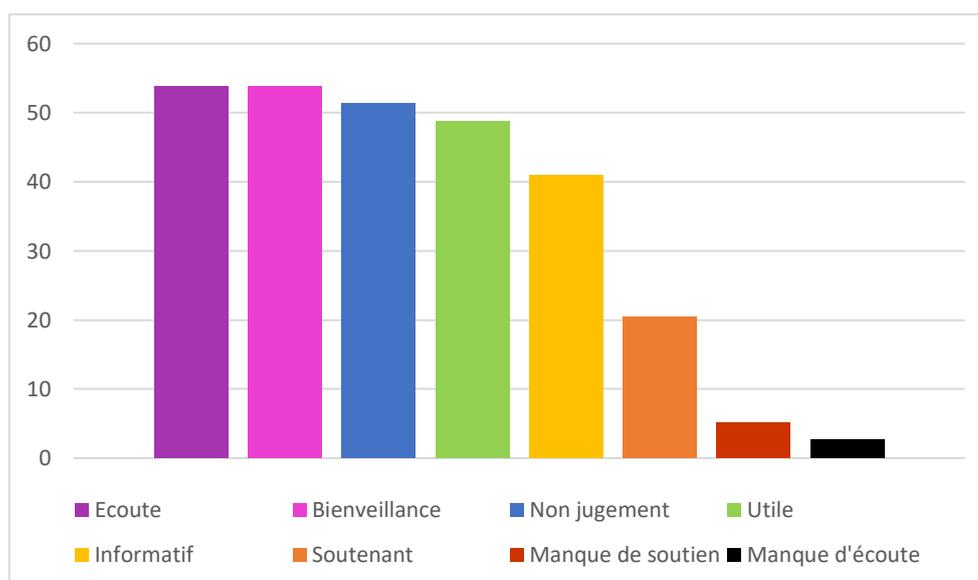


*Trois données manquantes

Nous pouvons observer que 23 femmes (63,9%) ont été très satisfaites par le rendez-vous pré-IVG.

Suite à cette question, il était demandé aux femmes de choisir un ou plusieurs termes parmi une liste pour qualifier ce rendez-vous.

Figure 5 : Répartition des termes choisis par l'échantillon pour qualifier leur rendez-vous pré-IVG.



La majorité des patientes a trouvé le soignant bienveillant (53,8%) et à l'écoute (53,8%) avec un discours neutre et non jugeant (51,3%) lors de cette consultation. Les items qui ont

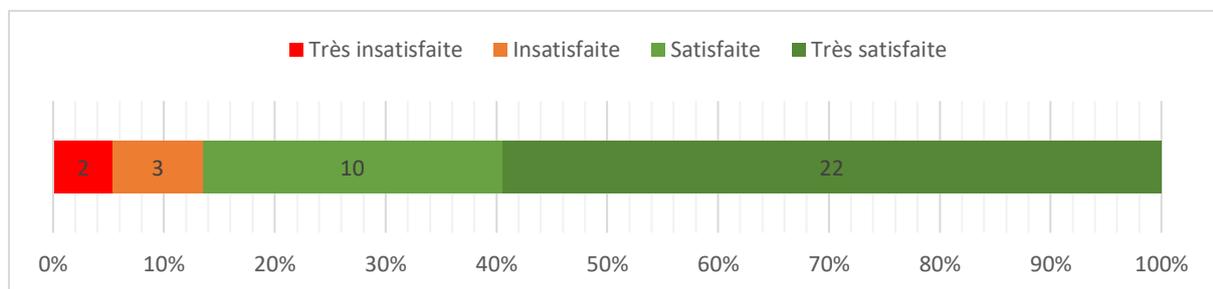
également été fréquemment choisis sont : rendez-vous utile (48,7%) et riche en informations (41,0%). Seulement 20,5% des femmes ont trouvé le soignant soutenant lors de ce rendez-vous. On notera que deux femmes ont ressenti un manque de soutien de la part du professionnel de santé et une personne a trouvé qu'il manquait d'écoute et de bienveillance.

Aucune personne n'a eu le sentiment d'être jugé par le professionnel de santé ou a eu l'impression que la consultation était inutile.

3.3 La prise en charge de la douleur

Concernant la prise en charge de la douleur, les femmes de l'échantillon ont évalué leur satisfaction avec une médiane à 9,4 (EI = 8,2 – 9,9). Deux personnes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 6 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant la prise en charge de la douleur*



*Deux données manquantes

D'après cette figure, nous pouvons voir que 22 patientes (59,5%) ont été très satisfaites et cinq femmes ont été insatisfaites voir très insatisfaites de la prise en charge de leur douleur (13,5%).

Dans une question ouverte, une femme a expliqué qu'elle avait utilisé une bouillote pour gérer sa douleur et recommande de le proposer aux autres femmes réalisant une IVG médicamenteuse.

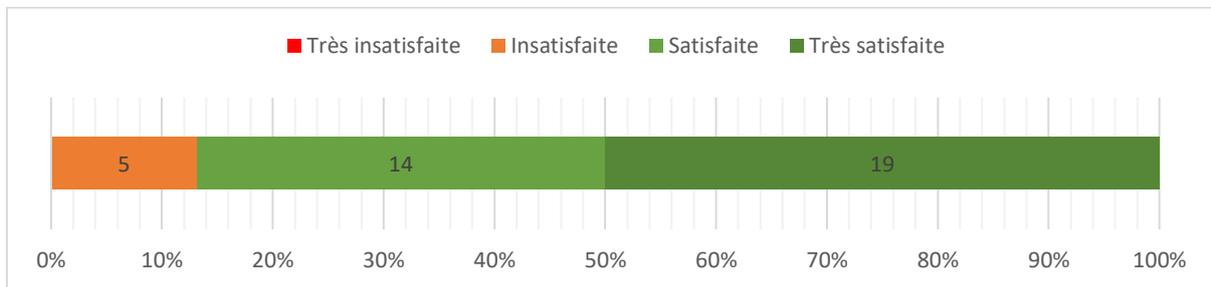
3.4 L'information reçue

3.4.1 Concernant la douleur

De la même manière que pour évaluer la satisfaction des femmes, une échelle de 10 centimètres leur permettait d'évaluer la correspondance entre l'information qu'elles ont reçue et leur propre vécu. Ces échelles étaient graduées de zéro à 10, zéro correspondant à des « informations totalement en désaccord » et 10 à des « informations totalement en accord ».

A propos de l'information reçue sur la douleur, les femmes de l'échantillon ont estimé que les informations données étaient plutôt en accord avec leur vécu de la douleur pendant l'IVG (m = 8,8 et EI = 7,5 – 9,9). Une personne n'a pas répondu à cette question.

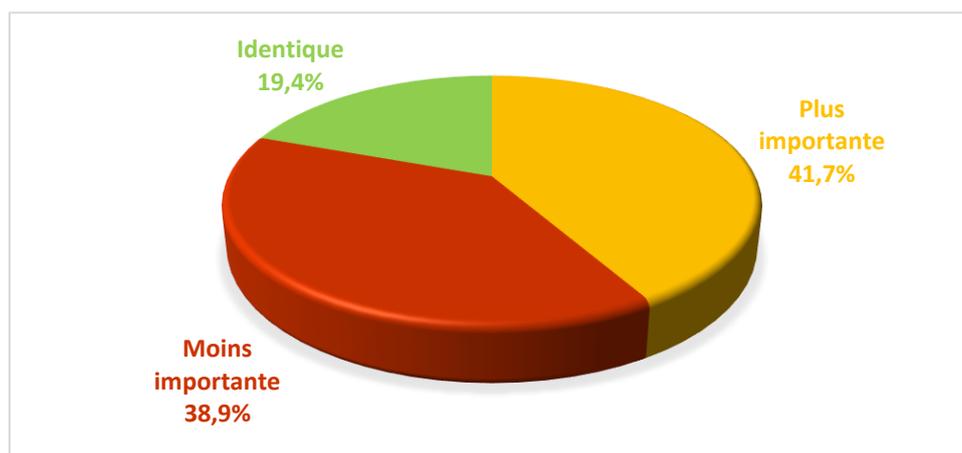
Figure 7 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant l'information reçue sur la douleur*



*Une donnée manquante

Aucune patiente n'a été très insatisfaite des informations reçues sur la douleur. Cinquante pour cent sont très satisfaites.

Figure 8: Ressenti de la douleur par la femme lors de l'IVG par rapport à ce qu'elle avait imaginé.*



*Trois données manquantes

Alors qu'une majorité de femmes a évalué l'information reçue en accord avec leur vécu, nous pouvons constater que chez 41,7% les douleurs ont été sous-estimées. A l'inverse, 38,9% des femmes ont trouvé la douleur moins importante. Seulement 19,4% des femmes ont vécu des douleurs identiques à ce qu'elles imaginaient.

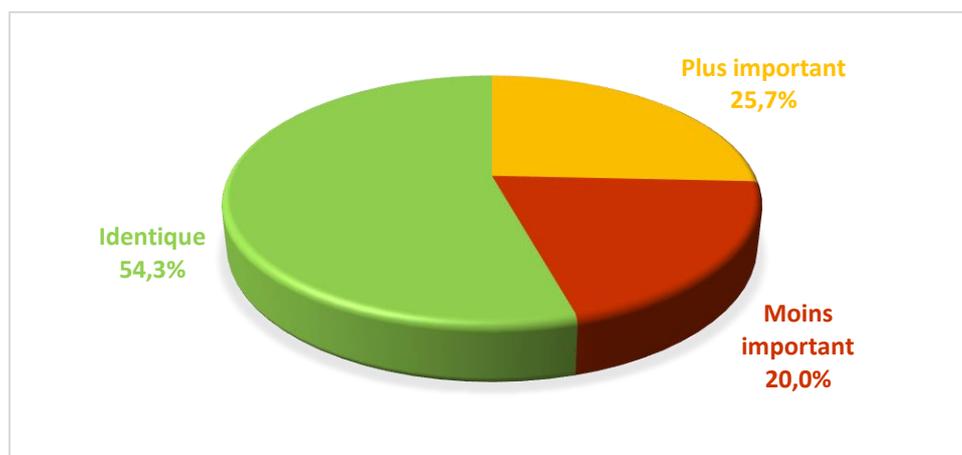
Deux femmes ont signalé dans une question ouverte qu'elles auraient aimé avoir plus d'information « sur les douleurs / les contractions » « ainsi que sur les traitements à prendre en conséquence ».

Une patiente a manqué d'informations sur « les douleurs dans la semaine qui a suivi l'intervention ».

3.4.2 Concernant les saignements

Dix-sept patientes n'ont pas répondu à la question concernant l'information reçue sur les saignements. Nous n'analyserons donc pas les réponses de cette question.

Figure 9 : Correspondance entre les saignements observés lors de l'IVG et ceux imaginés.*



*Quatre données manquantes

La majorité des femmes ont eu des saignements identiques à ce qu'elles imaginaient (54,3%). Vingt pour cent ont trouvé leurs saignements moins importants et 25,7 % plus importants.

Une femme a signalé dans une question ouverte qu'elle aurait souhaité « avoir plus d'informations sur les effets secondaires notamment les saignements ».

3.4.3 Concernant le déroulement de l'IVG

Dix patientes n'ont pas répondu à la question concernant l'information reçue sur le déroulement de l'IVG. Nous n'analyserons donc pas les réponses de cette question.

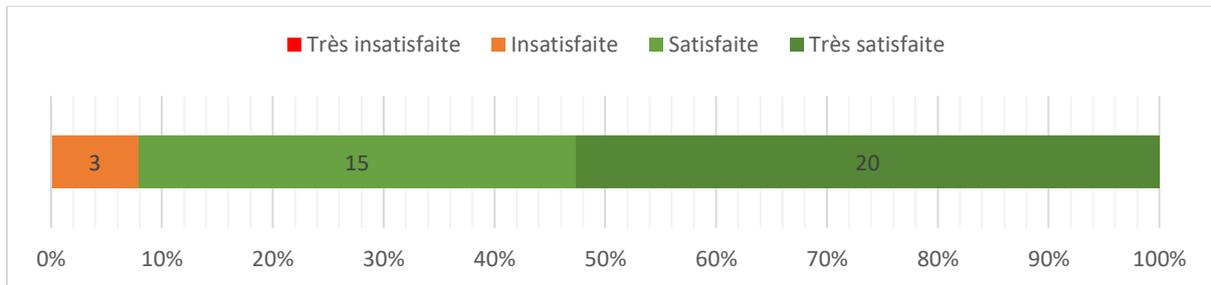
Dans la question ouverte à la fin du questionnaire, une femme a signalé qu'elle aurait préféré savoir qu'elle pouvait « expulser l'œuf en tant que tel ».

Une patiente a mentionné qu'elle avait trouvé « l'équipe étudiante très jeune » et une femme a eu l'impression que « l'infirmière n'était pas à l'écoute et de mauvaise humeur ».

3.5 La satisfaction de la méthode utilisée

Les femmes de l'échantillon étaient plutôt très satisfaites de la méthode utilisée, c'est-à-dire la méthode médicamenteuse. En effet, elles ont évalué leur satisfaction avec une médiane à 9,1 sur 10 (EI = 8,0 – 10). Une personne n'a pas répondu à cette question.

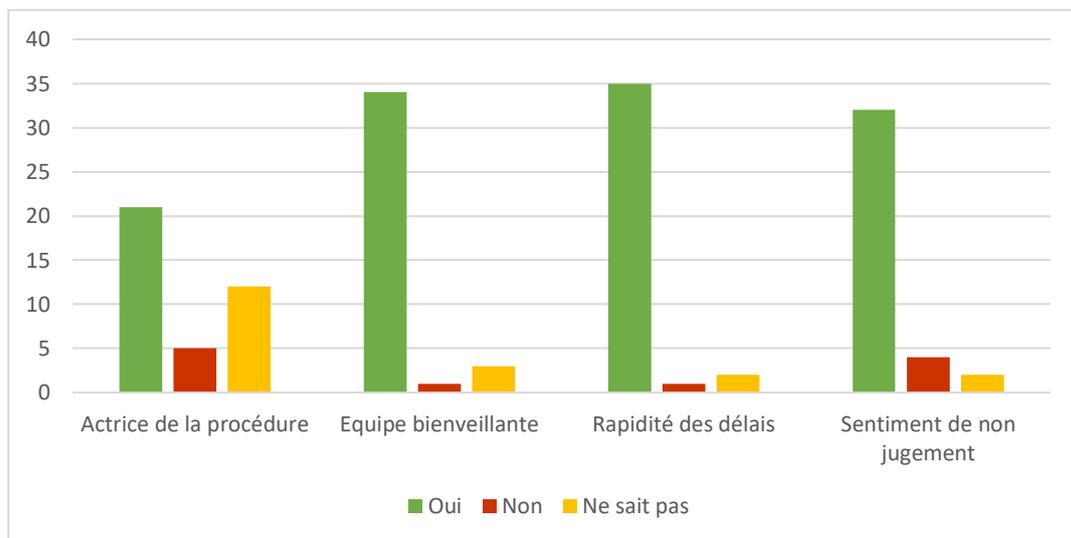
Figure 10 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant l'utilisation de la méthode médicamenteuse*



*Une donnée manquante

Aucune personne n'est très insatisfaite. Plus de la moitié (52,6%) des femmes ont été très satisfaites d'avoir choisi la méthode médicamenteuse pour réaliser leur IVG.

Figure 11 : Ressenti des femmes vis-à-vis de l'IVG et de l'équipe du centre d'orthogénie.*



*Une donnée manquante

Avec la méthode médicamenteuse, la majorité des femmes s'est sentie actrice de la procédure (55,3%), toutefois 31,6% des patientes de l'échantillon n'ont pas su se positionner pour cette question et 13,2% ne se sont pas senties actrices de la procédure

Concernant l'équipe du centre, 89,5% des femmes l'ont jugée bienveillante.

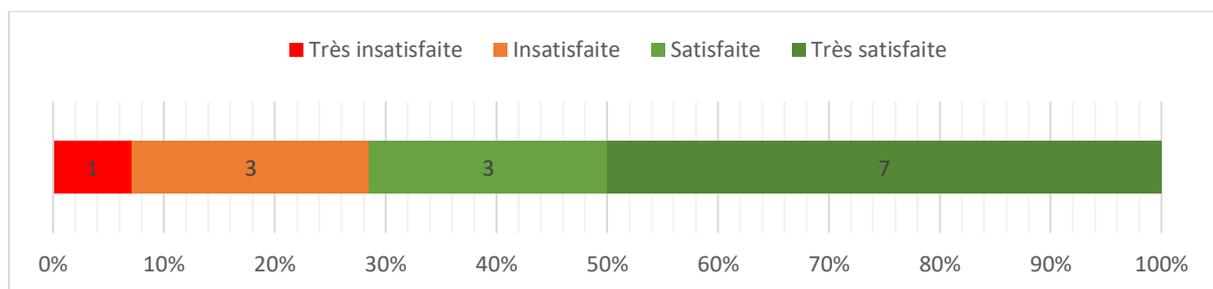
Quasiment la totalité des femmes de l'échantillon ont trouvé les délais rapides (92,1%).

La plupart des femmes ne se sont pas senties jugées par l'équipe du centre d'orthogénie (84,2%). On notera tout de même que 10,5% des patientes ont eu au contraire l'impression d'être jugées.

3.6 Le partenaire

Le jour de l'IVG, les partenaires de 14 patientes de l'échantillon étaient présents (35,9%). Ces femmes ont évalué l'accueil de leur partenaire par l'équipe du centre d'orthogénie par une médiane à 8,8 sur 10 (EI = 7,2 – 9,9). Une patiente a évalué sa satisfaction à zéro sur 10.

Figure 13 : Répartition des femmes selon leur satisfaction concernant l'accueil de leur partenaire.



Nous pouvons observer que quatre femmes (28,6%) ont été insatisfaites voire même pour l'une d'entre elles très insatisfaite par l'accueil de leur partenaire au centre d'orthogénie. Cinquante pour cent des femmes ont été très satisfaites de l'attention portée à leur partenaire.

Trois femmes ont indiqué qu'elles n'avaient pas été satisfaites par l'accueil de leur conjoint. Une a jugé qu'il n'avait pas été assez informé et les deux autres ont trouvé que leur partenaire avait été ignoré ou qu'il n'avait pas été assez pris en compte.

Dans une question ouverte, une femme a fait la remarque qu'il serait bien de « proposer au partenaire une aide psychologique car les hommes peuvent aussi avoir besoin d'écoute ».

4. Objectifs secondaires

4.1 Le choix de la méthode

Un des objectifs secondaires était de déterminer si les femmes de l'échantillon avaient eu le choix de la méthode (instrumentale ou médicamenteuse) pour la réalisation de l'IVG. Toutes

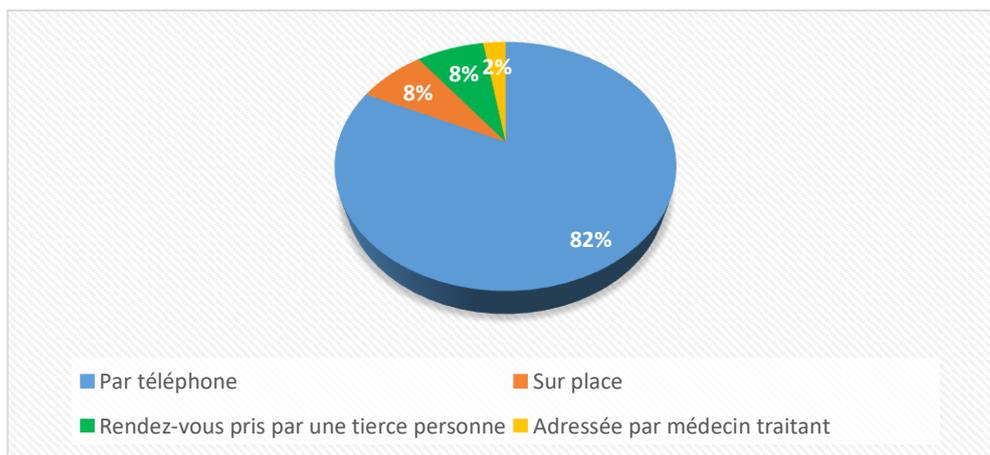
les patientes ont eu le choix d'utiliser la méthode médicamenteuse. Une personne n'a pas répondu à cette question

4.2 Les délais

L'autre objectif secondaire était de déterminer le délai entre la prise de contact avec le centre d'orthogénie et la réalisation de l'IVG

4.2.1 Premier contact avec le centre d'orthogénie

Figure 12: Répartition des moyens utilisés afin de contacter le centre d'orthogénie



La plupart des femmes ont appelé le centre d'orthogénie pour obtenir un rendez-vous. Sur les 39 patientes de l'échantillon, quatre ont rencontré des difficultés pour prendre contact avec le centre. Parmi elles, trois ont signalé qu'il avait été difficile de joindre le centre par téléphone.

4.2.2 Délais entre le premier contact et l'IVG

Dans l'échantillon, le délai médian entre la prise de contact et la première consultation était de quatre jours ouvrés (EI = 3 - 5).

Parmi les 39 femmes faisant partie de l'échantillon, pour six d'entre elles le délai était de six ou sept jours, donc supérieur au délai de cinq jours ouvrés, comme recommandé. Pour trois personnes il n'était pas possible d'obtenir un rendez-vous avant et pour deux femmes elles n'étaient pas disponibles avant pour des raisons personnelles. Une patiente n'a pas renseigné la cause du délai supérieur à cinq jours ouvrés. Ensuite, pour le délai entre la première consultation et la réalisation de l'IVG, la médiane était de six jours (EI = 4 - 7). Pour deux personnes, le délai a été supérieur à 14 jours, une a évoqué des raisons médicales et l'autre des raisons personnelles.

Enfin, dans notre échantillon, le délai médian entre la prise de contact au centre d'orthogénie et la réalisation de l'IVG était de neuf jours ($EI = 7 - 12$).

DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

La principale limite de cette étude est son manque de puissance. En effet, sur une période de quatre mois, nous avons recueilli seulement 39 questionnaires malgré la présence de 106 femmes à leur rendez-vous post-IVG sur cette même période. Le taux de participation était donc de 36,8%. En comparaison, en 2017, l'enquête de satisfaction « e-satis » réalisée également au CHU de Grenoble présentait un taux de participation de 20,8%. Cette enquête consistait au recueil de l'appréciation des patients hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique sur la qualité des différentes composantes de leur parcours (accueil, prise en charge dans le service, la chambre et les repas, sortie de l'établissement). Les questionnaires de satisfaction étaient envoyés par mail dans un délai de deux à dix semaines après la sortie des patients. [17] Le taux de participation plus élevé dans notre étude peut s'expliquer par le fait que le taux de participation aux enquêtes par écrit est supérieur à celui des enquêtes en ligne. [18] En revanche, dans une étude américaine du même type que la nôtre (Satisfaction des femmes lors d'une IVG dans des centres médicaux familiaux), les auteurs ont obtenu un taux de participation de 94%. Cet excellent taux s'explique entre autres par la rémunération des femmes répondant au questionnaire. [19] Le dédommagement des patientes dans notre étude était impossible à cause des contraintes financières.

Notre étude était monocentrique car le but était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant leur prise en charge au sein du centre d'orthogénie du CHUGA. Les données ne peuvent donc pas être extrapolées à la population générale.

Il existe un biais de sélection car seules les femmes venant à la consultation post-IVG étaient interrogées. Or, on peut imaginer que les patientes insatisfaites ne sont pas revenues au rendez-vous de contrôle. Nous expliquerons dans un paragraphe suivant les raisons de notre choix de distribuer les questionnaires à la consultation post-IVG. De plus, le questionnaire n'était pas distribué aux patientes que nous jugions en incapacité de répondre en cas de charge émotionnelle trop élevée, par exemple. En effet, il a été démontré que chez certaines femmes, en fonction du contexte, la période post-IVG était associée à des séquelles psychologiques négatives. Les symptômes anxieux et le stress psychologique sont les conséquences le plus souvent observés. Cependant à long terme, il n'existe pas de séquelles psychiques ni de syndrome post-traumatique. [20–23]

Par ailleurs le questionnaire étant uniquement en français, les femmes non francophones ont été exclues de l'étude. Nous pouvons supposer que la barrière de la langue crée des défauts de compréhension sur les informations données concernant le déroulement de l'IVG, la prise en charge de la douleur le jour de l'expulsion, la contraception ultérieure etc... La traduction du livret national « Le guide de l'IVG » dans d'autres langues pourrait permettre aux femmes non francophones d'accéder à plus d'informations sur l'IVG. Nous aurions pu imaginer créer un questionnaire dans d'autres langues mais du fait des contraintes de temps et de moyens financiers, cette solution n'était pas réalisable dans le cadre de cette étude.

Les femmes répondant seules au questionnaire, il est possible qu'elles aient rencontré des incompréhensions à propos d'une ou plusieurs questions. Pour pallier à ce biais, nous avons réalisé une phase de pré test avec la distribution de plusieurs questionnaires à des femmes venant à leur consultation post IVG, hors de la période de recueil de données. Suite à ce test, nous avons modifié une question, celle sur l'accueil de partenaire au centre d'orthogénie pour la rendre plus claire.

Nous pouvons également noter un biais de mémorisation dans notre étude mais qui a été minimisé. En effet, les femmes ont répondu au questionnaire seulement deux semaines après l'expulsion. De plus, selon l'effet de Von Restorff (une personne va retenir plus facilement les faits qui sortent de l'ordinaire), la patiente aura probablement bien gardé en mémoire son vécu de l'IVG et des consultations qui ont eu lieu à ce sujet, l'IVG étant un moment fort dans la vie d'une femme. [24,25] Nous avons décidé de distribuer le questionnaire deux semaines après l'IVG et pas le jour même de l'hospitalisation pour permettre aux femmes de prendre un peu plus de recul. En effet, on sait que lorsque le patient répond à un questionnaire de satisfaction à la sortie de l'établissement de santé, la satisfaction sera surestimée. [26,27] De plus, cela permettait aux femmes d'éventuellement faire des remarques sur les jours qui ont suivi l'expulsion (douleur, saignement, état psychologique...). Ce délai de deux semaines permettait aux femmes de prendre de la distance tout en limitant le biais de mémorisation.

Pour finir, nous noterons que la satisfaction est une notion très subjective et que pour un même niveau de satisfaction, deux femmes différentes ne l'évalueront pas de la même manière. De plus, le questionnaire étant distribué avant ou après la consultation de contrôle certaines femmes savaient si l'IVG avait fonctionné ou pas. Nous pouvons nous demander alors si l'évaluation de la satisfaction correspond au vécu de la patiente ou alors si c'était plutôt le reflet de la satisfaction de ne plus être enceinte.

2. Discussion des résultats

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

D'après le tableau I, l'âge médian de notre échantillon était de 32 ans. Dans l'enquête de satisfaction de 319 femmes ayant eu recours aux centres d'IVG dans le pays de la Loire réalisée en 2014, l'âge moyen était de 29,4 ans. [28] Par ailleurs, dans l'enquête COCON sur la prise en charge de l'IVG en France réalisée entre 1996 et 2000, nous retrouvons les même classe d'âge les plus représentés (25 – 29 ans et 30 – 34 ans). Dans notre étude, nous observons plus de femmes avec un âge supérieur ou égal à 35 ans et moins de femmes âgées de moins de 25 ans que dans l'enquête COCON. [29] D'après les statistiques de l'INED, en 2018, l'IVG touche majoritairement les classes d'âge 20 - 24 ans et 25 – 29 ans et moins de femmes de plus de 30 ans sont touchés par l'IVG que dans notre étude. [30] En comparaison avec ces deux études françaises et les résultats de l'INED, notre échantillon est légèrement plus âgé.

Dans notre étude, 73,7% des femmes avaient un conjoint au moment de l'IVG. Dans l'enquête COCON, 58,4% des femmes vivaient en couple et d'après les statistiques de l'INED 51,8% des femmes réalisant une IVG en France en 2018 avaient un conjoint. [29,31] Cet écart s'explique probablement par l'âge un peu plus élevé dans notre échantillon.

Concernant l'activité professionnelle de notre échantillon, 73,7% des femmes avaient actuellement un emploi, 15,8% étaient étudiantes et 10,5% des patientes étaient sans emploi. D'après les statistiques de l'INED, 52,6% des femmes réalisant une IVG en 2018 avaient un emploi, 15% étaient étudiantes et 26% étaient au chômage ou femme au foyer. (33) Dans l'enquête COCON, 52,9% des femmes travaillaient et 29% étaient sans emploi. [29] Concernant le taux d'étudiants notre échantillon est représentatif, cependant il comporte plus de femmes actives par rapport à ces deux études.

Parmi les femmes possédant un emploi, dans notre étude, la majorité sont employées (29%) ou dans la catégorie professions intermédiaires (29%). D'après l'INSEE, en 2018, 25,7% des français appartiennent à la catégorie profession intermédiaire et 27,2% sont employés. [32] Les répartitions socio-professionnelles de notre échantillon concordent avec la répartition française en 2018.

2.2. Objectif principal

L'objectif de notre étude était de déterminer le niveau de satisfaction des femmes concernant leur prise en charge lors d'une IVG médicamenteuse. Notre hypothèse était qu'en général les

femmes sont satisfaites de la prise en charge mais que la douleur et la quantité des saignements sont sous-estimées.

Concernant la prise en charge globale, le taux de satisfaction médian était de 9,7 sur 10. Soixante-douze virgule deux pour cent des femmes étaient très satisfaites (notes de neuf à 10 sur 10), 25% étaient satisfaites (notes de sept à neuf sur 10) et 2,8% étaient insatisfaites (note de quatre à sept sur 10).

En comparaison, dans l'étude sur la satisfaction des femmes qui ont réalisé une IVG dans un centre des pays de la Loire, en 2014, le taux de satisfaction moyen était évalué à neuf sur 10 soit légèrement inférieur au taux obtenu dans notre étude. Quatre-vingt-neuf pour cent des femmes étaient satisfaites (versus 97,2% dans notre étude) et 8,2% des femmes étaient insatisfaites (versus 2,8% dans notre étude). [28] En 2015, l'étude française aMaYa a montré quant à elle une satisfaction chez 86,3% des femmes. [33]

A l'étranger des études du même type ont été réalisées. Nous observons des taux de satisfaction semblables mais légèrement inférieurs. Une étude suédoise publiée en 2012 a mis en évidence des taux de satisfaction autour de 80% [34] et une autre réalisée dans les centres familiaux urbains aux Etats-Unis en 2015, a montré que 93% des femmes étaient satisfaites par les services et soins reçues lors de l'IVG. [19] Dans une enquête de satisfaction menée en 2002 aux Etats-Unis, la satisfaction globale des femmes était de 8,3 sur 10 (inférieur au taux retrouvé dans notre étude). Parmi elles, 74% des femmes étaient très satisfaites (72,2% dans notre étude), 15% étaient satisfaites (25% dans notre étude) et 11% étaient insatisfaites (2,8% dans notre étude). [35] Nous retrouvons un taux similaire de femmes très satisfaites par leur prise en charge pendant leur IVG, cependant dans notre étude, les femmes ont coté légèrement plus haut leur satisfaction.

- L'accueil au secrétariat

L'accueil par le personnel et les informations reçues au secrétariat sont des éléments qui ont satisfait les patientes avec respectivement 94,7% et 89,5% des femmes satisfaites. En revanche, seulement 71,1% des femmes étaient satisfaites par le temps d'attente. L'enquête de satisfaction réalisée dans les pays de la Loire met en évidence la même différence avec des taux de satisfaction identique à ceux retrouvés dans notre étude. Concernant les temps d'attente, le taux de satisfaction était de 75,1% (versus 71,1% dans notre étude) et celui de l'accueil était de 97,1% (versus 94,7% dans notre étude). [28]. Dans ces deux études nous retrouvons un taux de satisfaction pour l'accueil supérieur à celui retrouvé dans l'étude COCON (82,2% des femmes

satisfaites par l'accueil). [29] Cette différence peut s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge à l'accueil, ces études étant espacées de plus de 15 ans.

Pour obtenir une meilleure satisfaction, il faudrait réduire les temps d'attente au secrétariat et entre les consultations. Au centre d'orthogénie de Grenoble, toutes les consultations (médecin, infirmier, psychologue ou assistant social si souhaité et anesthésiste si besoin) sont concentrées sur une matinée. Cette organisation a l'avantage de faire déplacer la patiente une seule fois et de raccourcir les délais pour pouvoir ensuite réaliser l'IVG. En contrepartie, les patientes doivent parfois attendre entre les consultations avec les différents intervenants. Avec cette organisation, la réduction du temps d'attente semble compliquée. Cependant, on pourrait prévenir les femmes de l'existence de ces délais entre les consultations, lors de la prise de contact. Le savoir permettrait aux femmes de se préparer à ce temps d'attente, d'éventuellement emmener des affaires personnelles pour s'occuper et ainsi de mieux accepter ces temps de latence. De plus, on pourrait mettre à disposition des panneaux ou des magazines à lire en salle d'attente.

Afin d'améliorer l'accueil au secrétariat, il faudrait favoriser une meilleure confidentialité lors de l'entretien avec la secrétaire. Par exemple, quand une femme est reçue par la secrétaire, elle pourrait fermer la porte après avoir laissé sortir les autres professionnels de santé éventuellement présents dans le bureau à ce moment. Certaines femmes ont spécifié dans l'étude, avoir été gênées par leur présence. Ainsi la discussion avec la secrétaire serait confidentielle.

- La consultation pré-IVG

Comme dans l'étude réalisée dans les pays de la Loire, 91,6% des femmes ont été satisfaites par le rendez-vous pré-IVG. [28] Dans la question où les femmes devaient cocher les termes qualifiant le soignant lors de cette consultation, la majorité des patientes ont trouvé le soignant bienveillant, à l'écoute et non jugeant. Cependant, seulement 20,6% des patientes ont jugé le professionnel de santé soutenant. Ce taux obtenu est largement inférieur à celui retrouvé dans l'enquête réalisée dans les pays de la Loire où 96,5% des femmes avaient été satisfaites par la capacité du personnel soignant à être soutenant. [28] Dans l'enquête COCON, 51,3% ont jugé l'équipe médicale soutenant. [29] Cependant, on notera que la question n'était pas posée de la même manière dans notre étude que dans les deux autres, ce qui peut en partie expliquer ce grand écart.

Le manque de soutien est une donnée difficile à analyser. En effet, on peut s'interroger sur le type de soutien dont certaines femmes ont manqué. Est-ce un soutien moral dans la décision d'IVG ? Se sont-elles senties seules dans le parcours de l'IVG et l'ont interprété comme un manque de soutien ? Notre questionnaire ne nous permet pas de caractériser ce sentiment. Si certaines patientes recherchent une adhésion du médecin par rapport à leur décision d'interrompre la grossesse, nous ne pouvons pas améliorer ce point, le soignant ayant le devoir de neutralité. Déontologiquement, le professionnel de la santé ne peut pas émettre de jugement sur la décision d'IVG de la femme. Si le manque de soutien correspond plutôt à un sentiment de solitude de la patiente qui se retrouve seule dans les différentes étapes de l'IVG (décision, rendez-vous, hospitalisation), nous pouvons essayer d'améliorer ce sentiment en donnant une place plus importante au partenaire ou à l'accompagnant pour que la patiente se retrouve le moins souvent seule. Lorsque l'activité du service le permet, l'équipe soignante pourrait également prendre un peu plus de temps avec ces femmes, sans forcément être actif, mais juste en étant présent à leur côté afin qu'elles se sentent accompagnées, limitant ainsi leur sentiment de solitude.

- Le déroulement de l'IVG

Dans notre étude, 86,5% des femmes ont été satisfaites par la prise en charge de leur douleur. L'étude réalisée en Suède en 2009 trouve un taux de satisfaction similaire à 87%.

Actuellement, au centre d'orthogénie de Grenoble, pour la prise en charge de la douleur, les infirmiers passent voir les patientes et leurs demandent de coter leur douleur grâce à une échelle visuelle analogique allant de zéro à 10. Ensuite ils leur donnent les antalgiques adaptés aux ressentis des patientes et à l'évolution de la douleur. Afin d'améliorer cette prise en charge, nous pourrions proposer des moyens non médicamenteux en complément des antalgiques : bouillote, bains chauds, acupuncture, massages avec des huiles essentielles etc... Certains comme la bouillote par exemple peuvent être facilement mis en place et à des coûts abordables. Les massages peuvent être pratiqués par le partenaire lui donnant ainsi un rôle dans le déroulement de l'IVG.

Concernant les explications données par les soignants, seule la question sur l'information reçue sur la douleur a pu être traitée. Les femmes ont évalué la qualité de l'information à 8,8 sur 10 en médiane, note de satisfaction la plus basse de notre étude. Ces résultats peuvent être expliqués par le manque de concordance entre la douleur ressentie le jour de l'IVG et celle imaginée par les femmes. En effet, seules 19,4% d'entre elles ont eu des douleurs identiques à

ce qu'elles imaginaient. Dans 41,7% des cas la douleur était sous-estimée par les patientes. Notre hypothèse de départ vis-à-vis de la douleur se révèle donc juste. En guise de comparaison, l'étude réalisée aux Etats-Unis, en 2004 révèle que 45,9% des femmes avaient eu des douleurs identiques à ce qu'elles imaginaient et seulement 29,8% des patientes avaient eu des douleurs supérieures en intensité lors de l'IVG médicamenteuse par rapport à ce qu'elles s'attendaient. [35]

Il existe une forte disparité dans les douleurs ressenties lors de l'IVG médicamenteuse selon les patientes. C'est pourquoi il est complexe pour le soignant d'informer la femme sur celles-ci. Nous avons vu dans les résultats qu'elle était sous-estimée chez 41,7% des patientes mais à l'inverse, elle est surestimée chez 38,9% des femmes. Le professionnel de santé doit alors donner une information sans savoir à l'avance quelle sera l'intensité des douleurs ressenties par la femme qu'il reçoit à ce moment. Il ne doit pas trop l'inquiéter sans pour autant sous-estimer les douleurs. Pour orienter le type d'informations données, le soignant peut s'appuyer sur la présence ou non de certains facteurs associés à une douleur plus importante : âge gestationnel élevé, nulliparité, dysménorrhées associées à des ménorragies, anxiété etc... [36]

Les douleurs présentes lors de l'expulsion sont toujours abordées lors de la consultation pré-IVG. Cependant peu de femmes sont au courant des douleurs précédant et suivant l'expulsion. En effet, plusieurs études mettent en évidence des douleurs entre la prise de mifépristone et celle de misoprostol. Selon l'étude, le pourcentage de femmes touchées par ces douleurs sont très variables, allant de 1 à 87% [37–39]. Les douleurs post-expulsion sont également sous-estimées, comme le soulignait une patiente dans notre étude qui avait souffert de douleurs quelques jours après l'expulsion. L'éventuelle douleur survenant à domicile doit être anticipée par une prescription d'antalgiques de palier un et de palier deux. [40] Les recommandations actuelles préconisent de prescrire de l'Ibuprofène® (Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien, AINS) en première intention dans la prise en charge de la douleur. [36] En effet, il est démontré que l'Ibuprofène® est plus efficace que le paracétamol pour traiter les douleurs provoquées par l'IVG médicamenteuse. Le paracétamol utilisé seul n'étant pas plus efficace qu'un placebo. [41] Il est important que le médecin informe sur la possibilité de contrôler la douleur et sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir mal pour que l'IVG fonctionne. En effet, chez certaines femmes, la douleur est vue comme « nécessaire » voire même comme une « douleur punition » que la femme doit vivre à cause de son choix d'interrompre la grossesse ou du fait d'être enceinte. [39]

Malgré un taux de satisfaction satisfaisant pour la prise en charge de la douleur, nous pouvons observer qu'elle est souvent sous-estimée et que certaines femmes ont manqué d'informations à ce propos.

Concernant les saignements, 17 personnes n'ont pas répondu à la question abordant l'information reçue sur ceux-ci. Pour inciter les femmes à répondre complètement au questionnaire, nous avons rédigé toutes les questions sur une page recto-verso pour ne pas qu'il soit trop long. La mise en page a alors nécessité de réduire les espaces entre les questions rendant celles-ci peut-être difficilement lisibles. On peut également formuler les hypothèses que la formulation de cette question était inadaptée ou que l'information demandée était complexe à restituer pour les femmes. Cependant lors de la phase de pré-test, les femmes avaient toutes répondues à cette question.

La question suivante concernant également les saignements a pu être, elle, analysée. Les femmes ont eu une meilleure concordance entre ce qu'elles imaginaient et leur vécu. En effet, 54,3% des femmes ont eu des saignements identiques (64,9% dans l'étude américaine), 20,0% des femmes ont eu des saignements moins abondants (17,6% dans l'étude américaine) et 25,7% des femmes ont eu des saignements plus importants (15,6% dans l'étude américaine). Pour les saignements les taux sont semblables entre ces deux études. Notre hypothèse de départ concernant la sous-estimation des saignements se révèle vraie pour seulement un quart des patientes.

Suite à ces résultats, nous pouvons nous demander si les informations reçues par les patientes étaient satisfaisantes. Dans notre étude, quatre femmes (10,3%) ont mentionné avoir manqué d'information sur la douleur, les saignements ou l'expulsion. Cependant notre étude ne nous permet pas de savoir si cela est dû à un défaut de transmission par le soignant ou à un manque de compréhension ou d'assimilation par les patientes. Un écrivain français, Bernard Werber décrit très bien le risque de perte d'informations lors de la communication : « Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous voulez entendre, ce que vous entendez, ce que vous croyez en comprendre, et ce que vous comprenez, il y a au moins neuf possibilités de ne pas se comprendre ». [42] On ne peut pas intervenir sur les étapes de la transmission dépendantes de la femme mais uniquement sur celles relatives au professionnel de santé. La délivrance d'une information de qualité dépend du soignant, par sa formation et par l'assurance de la bonne compréhension de l'information par la femme. Un moyen très efficace de contrôler cette bonne compréhension serait de faire répéter à la patiente

à la fin de la consultation ce qu'elle a compris. Cependant cette mesure augmenterait probablement le temps de consultation.

Pour permettre un autre mode d'information, qui peut être relu par la patiente à tout moment, le centre distribue un livret : « Le guide de l'IVG ». Concernant les saignements en annexe 3, nous retrouvons une ligne à ce sujet « Les saignements peuvent être plus abondants que les règles. ». De même pour la douleur, nous pouvons lire à la suite de cette phrase: «... accompagner de douleurs, comme des douleurs de règles ou plus fortes ». [43] Cependant ces informations se trouvent dans les dernières pages du livret et nécessitent que la patiente le lise en entier pour les voir. Nous pourrions imaginer un prospectus plus court (une seule page) spécialisé pour l'IVG médicamenteuse reprenant seulement la prise des médicaments, les douleurs et comment les soulager, l'abondance des saignements, l'expulsion et les motifs de consultation en urgence pour que ces informations apparaissent plus clairement et directement aux patientes. Nous donnons un exemple possible de prospectus en annexe 2.

Pour un autre support d'information, il est également possible de communiquer aux femmes des liens pour pouvoir se renseigner sur l'IVG tel que ivg.gouv.fr tout en les mettant en garde et en luttant contre l'existence de sites « déguisés » qui sont en fait des sites anti-IVG ou de sites non fiables qui peuvent donner des informations inexacts. [40]

Concernant le vécu de l'IVG, nous avons demandé aux femmes si elles s'étaient senties actrices de la procédure. Même si la majorité des femmes ont déclaré qu'elles avaient eu l'impression d'être actrices de la procédure (55,3%), presque un tiers n'ont pas su se positionner sur cette question et ont répondu « je ne sais pas » (31,6%). Le fait de se sentir acteur de la procédure plutôt que de subir l'IVG permet un meilleur vécu et une meilleure acceptation de l'arrêt de la grossesse. La méthode médicamenteuse peut permettre aux femmes d'être « conscientes » et « actrices » de l'étape qu'elles sont en train de vivre. Pour cela, la notion de responsabilité partagée entre le professionnel de santé et la patiente semble nécessaire. En effet, pour se sentir actrice, la femme doit pouvoir comprendre et gérer les étapes de l'IVG, c'est pourquoi les informations données par le soignant sur la gestion de la douleur, l'abondance des saignements ou l'expulsion doivent être de qualité. [39,44] Le fait que 44,7% des femmes n'aient pas su se positionner sur cette question ou ne se soient pas senties actrices de la procédure peut refléter un manque d'information. Nous pouvons également formuler l'hypothèse que certaines femmes ont eu l'impression d'avoir subi d'être présente au centre d'orthogénie du fait de cette grossesse qu'elle ne désirait pas, elles ne peuvent donc pas se sentir actrice ayant l'impression d'avoir été « obligées » de réaliser cette interruption. L'amélioration de la prise en charge au sein du centre

pourrait passer par une information plus adaptée aux patientes afin qu'elles puissent être plus actrices de la procédure.

- Le partenaire

Le partenaire était présent pour 35,9% des femmes alors que 73,7% des patientes étaient en couple au moment de l'IVG. De ce faible taux de présence, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses : soit le partenaire ne se sent pas concerné par l'IVG, soit il travaille au moment de l'hospitalisation de la femme, soit il est en désaccord avec la décision d'IVG, soit il ne se sent pas à sa place ou ne sait pas s'il peut venir pendant l'hospitalisation. C'est sur cette dernière hypothèse que nous pouvons proposer des axes d'amélioration en informant sur la place que l'homme a le droit d'avoir dans le parcours de l'IVG et en l'intégrant dans celui-ci.

L'accueil du partenaire par le centre d'orthogénie est ce qui a le moins satisfait les femmes venant pour une IVG médicamenteuse. En effet, 28,6% des femmes ont été insatisfaites. Les principales causes sont que le partenaire n'est pas assez pris en compte et informé voire même qu'il est ignoré. En comparaison, dans l'étude réalisée en Suède en 2009, 74% des femmes étaient satisfaites par l'attention portée par l'équipe médicale au partenaire (versus 71,4% dans notre étude). De la même manière, ils ont mis en évidence que le partenaire avait manqué d'attention et d'informations. [34] Une meilleure prise en charge de partenaire permettrait une meilleure acceptation de l'IVG par la femme. [35]

Il est important de prendre en compte, que ce n'était pas la satisfaction des hommes qui était évaluée par cette question, mais celle des femmes vis-à-vis de l'accueil de leur conjoint. Si la question avait été posée à ces derniers, les réponses auraient pu être différentes. C'est un point qu'il serait intéressant d'étudier.

La loi protégeant le droit des femmes à l'IVG, les laisse seules juges de décider d'interrompre leur grossesse et d'informer ou non leur partenaire de celle-ci. De ce fait, l'homme peut parfois être mis à l'écart et ses souhaits ou décisions ne sont pas pris en compte. La place de l'homme est complexe à inscrire dans le parcours de l'IVG, le droit des femmes devant être respecté. De plus, les institutions ont tendance à se méfier des éventuelles pressions que l'homme pourrait faire subir à la femme pour réaliser ou au contraire empêcher une IVG, le mettant de fait à l'écart. Cependant, il semble important de laisser la place aux deux membres du couple pour qu'ils puissent vivre ensemble cet événement. [45]

Très peu d'hommes évoquent l'IVG dans leur cercle relationnel ou intime et même s'il est présent lors des consultations ou le jour de l'IVG aucun espace de parole ne lui est réservé. [46]. Nous pouvons voir qu'à aucun moment l'homme peut s'exprimer sur cette grossesse et son interruption. Nous pouvons également nous demander quelle place l'homme s'autorise à prendre. En effet, il ne vit pas directement le début de grossesse et peut ne pas oser s'exprimer pour laisser choisir librement la femme car c'est de son corps dont il s'agit. Cependant, face à cette situation, certaines femmes ont le sentiment de devoir assumer seule cette grossesse alors qu'ils étaient deux pour la concevoir.

Donner une place plus importante à l'homme dans l'IVG sans risquer d'atteindre aux droits des femmes est un vrai défi. Une des solutions pourrait être de laisser l'homme s'exprimer sans que cela impacte le choix des femmes.

Tout d'abord, il convient de moduler la place donnée au partenaire en fonction de la situation de couple observée et/ou connue. Lors de la consultation, si la femme donne son accord pour la présence de son partenaire, il serait intéressant de réserver un moment de la consultation pour écouter le couple, leur expliquer le déroulement de l'IVG etc... Une question ou une remarque adressée uniquement au partenaire pourrait lui permettre de se sentir mieux pris en considération par l'équipe du centre d'orthogénie. Il est cependant nécessaire de garder un temps de la consultation où le soignant se retrouve seul avec la femme pour assurer le secret professionnel, réaliser l'examen et pouvoir dépister d'éventuelles violences.

Dans notre étude, une femme a signalé «qu'il serait bien de proposer au partenaire une aide psychologique car les hommes aussi peuvent avoir besoin d'écoute ». Actuellement, il est possible pour les hommes de rencontrer la psychologue du centre, mais par cette remarque nous pouvons en déduire qu'ils ne sont pas tous au courant de cette possibilité. Pour y remédier, lors de la consultation pré-IVG, lorsque les soignants proposent à la femme de rencontrer la psychologue du centre, ils pourraient spécifier que les consultations avec la psychologue sont également possibles en couple ou pour le conjoint seul.

2.3. Les objectifs secondaires

- Le choix de la méthode

Dans notre étude, la totalité des femmes ont eu le choix de la méthode médicamenteuse pour réaliser l'IVG. Cet excellent taux peut s'expliquer en partie par le fait que notre échantillon est uniquement composé de femmes réalisant une IVG médicamenteuse. Si des patientes utilisant

la méthode chirurgicale avaient fait partie de l'étude, le pourcentage aurait nécessairement été plus bas, certaines femmes ayant dépassé le terme de neuf SA, elles n'auraient pas eu le choix de la méthode. Nous pouvons observer que le taux de femmes ayant le choix de la méthode et la part d'IVG médicamenteuse par rapport au nombre total d'IVG ont augmenté simultanément avec le temps. En effet, dans l'étude COCON réalisée entre 1996 et 2000, une IVG sur cinq seulement était réalisée par la méthode médicamenteuse et 55% des femmes l'avait choisie. [29] Dans l'étude réalisée en Suède en 2009, 80% des femmes avaient eu le choix de la méthode médicamenteuse et dans celle qui a eu lieu dans les pays de la Loire, 93,9% des femmes avaient pu décider du type d'IVG. [28,34] Actuellement, 67,5% des IVG sont réalisées avec la méthode médicamenteuse [6]. Cette augmentation simultanée peut s'expliquer par le fait que si les femmes sont impliquées dans le choix de la méthode pour l'IVG, elles ont une forte préférence pour la méthode médicamenteuse comme le prouve une étude française réalisée en 2007. [47] Parmi les raisons invoquées par les femmes pour cette préférence, nous pouvons citer qu'elles trouvent la méthode médicamenteuse « plus naturelle », qu'il est parfois possible de la réaliser à domicile et qu'elles ont moins peur des complications qu'avec la méthode chirurgicale. [48] Dans notre étude, 92,1% ont été satisfaites par la méthode médicamenteuse. L'étude réalisée aux Etats-Unis en 2004 retrouve un taux de satisfaction similaire (90%). (36) En revanche, dans l'étude COCON le taux de satisfaction devait être légèrement plus bas car 14,9% des femmes ont exprimé qu'elles auraient préféré utiliser la méthode chirurgicale. L'Inspection Générale des Affaires Sociales ainsi que plusieurs études rapportent l'importance du choix dans la tolérance et le vécu de l'IVG. [49,50] Le taux de satisfaction plus bas dans l'enquête COCON est probablement dû au fait que près de la moitié des femmes n'avaient pas eu le choix de la méthode.

- Les délais

Dans notre étude, huit femmes sur 10 ont téléphoné pour contacter le centre d'orthogénie. Parmi elles, 10,3% ont eu des difficultés pour joindre le centre par téléphone. Ce taux est légèrement inférieur mais semblable à celui retrouvé dans l'étude COCON (14%) et dans l'étude réalisée dans les pays de la Loire (11,7%). Le téléphone est le moyen principalement utilisé. Seulement, une femme sur 10 rencontre des difficultés pour joindre le centre d'orthogénie.

Lors de notre enquête, les secrétaires recevaient beaucoup d'appels qui ne les concernaient pas. En effet, les appels sont tous réceptionnés par le serveur de l'hôpital et certaines personnes se trompant d'aiguillage se retrouvaient par erreur sur la ligne du centre d'orthogénie. Ce problème

a été résolu quelques semaines après le recueil des questionnaires, le centre d'orthogénie ayant maintenant une ligne à part, en dehors du serveur de l'hôpital. La disparition des appels ne concernant pas le centre d'orthogénie devrait permettre de rétablir un meilleur accès téléphonique pour les femmes en demande d'IVG.

Dans notre étude, le délai médian entre la prise de contact et la première consultation était de quatre jours ouvrés. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), toute patiente contactant un centre d'orthogénie doit obtenir un rendez-vous dans les cinq jours ouvrés suivant son appel. [9,51] Dans la plupart des cas, ce délai est donc respecté. En comparaison, dans l'étude réalisée dans les centres d'IVG du pays de la Loire, le délai moyen entre l'appel téléphonique et le premier rendez-vous était de sept jours. Ce délai est un peu plus long mais il n'est pas en jours ouvrés.

Ensuite, dans notre étude, le délai médian entre la première consultation et l'IVG était de six jours, soit un délai médian entre le premier contact avec le centre et l'IVG de neuf jours. Il n'existe pas de délais recommandés entre la consultation et l'IVG, cependant, plus l'IVG intervient précocement dans la grossesse, moins il existe de risques de complications. Dans notre étude nous avons fixé un délai de 14 jours à partir duquel on estimait que la durée entre la consultation et l'IVG était trop long. Seulement cinq pour cents des femmes de notre échantillon ont dépassé ce délai mais pour des raisons non imputables au centre d'orthogénie. En comparaison, les délais estimés dans notre étude sont inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude réalisée dans les pays de la Loire, où nous retrouvions respectivement neuf jours entre la consultation et l'IVG et 16 jours entre le premier contact et l'interruption de grossesse.

Les délais observés sont satisfaisants, d'autant plus que le recueil a eu lieu en partie pendant les fêtes de fin d'année. Nous aurions pu imaginer qu'ils soient rallongés par un manque de personnel à cette période. [40] Quasiment la totalité des femmes de l'échantillon ont été satisfaites par les délais qu'elles ont trouvés rapides (92,1%).

CONCLUSION

Les résultats de notre étude révèlent que 97,2% des femmes de notre échantillon sont satisfaites de la prise en charge qu'elles ont reçue pendant leur interruption de grossesse avec la méthode médicamenteuse. L'évaluation médiane de la satisfaction des femmes était de 9,7 sur 10.

Cependant certains points du parcours de l'IVG ont moins satisfaits les femmes et pourraient être améliorés :

- La qualité de l'information donnée sur les douleurs, les saignements et l'expulsion (les douleurs sont sous-estimées par 41,9% des femmes), cependant la prise en charge de la douleur est un élément qui a satisfait les femmes ;
- Le temps d'attente à l'accueil et entre les consultations ;
- L'accueil et l'intégration du partenaire par l'équipe ;
- L'accès téléphonique au centre d'orthogénie.

Dans la discussion, nous avons vu plusieurs axes d'amélioration possibles pour chacun de ces points (s'assurer de la bonne compréhension des informations données à la fin de la consultation, proposer d'autres supports d'informations, donner une place en écoutant et informant le partenaire, lui proposer la possibilité de rencontrer la psychologue, améliorer la confidentialité au secrétariat etc...)

Par ailleurs, les femmes ont été très satisfaites par l'accueil au secrétariat, la consultation pré-IVG et par les délais pour réaliser l'interruption de grossesse. Concernant ce dernier point, le délai moyen retrouvé entre le premier contact avec le centre d'orthogénie et la réalisation de l'IVG était de neuf jours ce qui est satisfaisant et légèrement inférieur aux délais retrouvés dans les autres études. Le choix de la méthode est également un point fort du centre d'orthogénie du CHU de Grenoble car toutes les patientes avaient pu décider du type d'IVG. Concernant l'équipe soignante, les femmes l'ont jugée bienveillante, à l'écoute et elles ne se sont pas senties jugées.

Depuis 2016, les sages-femmes peuvent pratiquer l'IVG médicamenteuse, sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Cependant, cette compétence est encore peu exploitée. Hors établissement de santé, seulement 3% des IVG ont été réalisés par des sages-femmes, en 2017 (1% en 2016). [6] Cette pratique reste donc à développer. Des freins à son expansion pourraient être le manque d'informations du grand public et des professionnels de santé sur les compétences des sages-femmes ou alors le fait

qu'elle puisse réaliser uniquement les IVG médicamenteuses. Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que les acteurs de santé intermédiaires, tels que les sages-femmes, puissent être formés à la réalisation de l'IVG (médicamenteuse et instrumentale), pour ainsi permettre un meilleur accès à l'avortement. [52,53] Dans notre étude nous n'avons pas mis en évidence de réelles difficultés à l'accès à l'IVG, le centre d'orthogénie se situant dans une grande ville dotée de transports en communs. Cependant, des disparités restent présentes et l'accès à l'IVG, notamment dans les zones rurales, peut-être plus difficile.

Une sage-femme libérale, pour pouvoir proposer aux femmes la réalisation d'IVG médicamenteuses, doit respecter certaines conditions. Elle doit conclure une convention avec un établissement de santé (public ou privé). De plus, elle doit justifier d'une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé avant de pouvoir débiter cette activité en libéral.

Autoriser les sages-femmes à réaliser les IVG instrumentales est un sujet d'actualité sensible. Récemment le Réseau de Santé Sexuelle Publique (RSSP) ainsi que l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) déclaraient dans une tribune du *Parisien* : « Donner la compétence aux sages-femmes (de pratiquer l'IVG instrumentale) en milieu hospitalier, en centre de santé et en CEPF permet la liberté de choix (...), la réduction des inégalités d'accès aux soins (...) et enfin la réduction des coûts engagés par la collectivité ». [54] D'autres pays s'interrogent également sur l'élargissement des compétences des acteurs de santé intermédiaires tels que les sages-femmes comme le montre cette étude réalisée en Grande-Bretagne qui propose une autre interprétation de la loi actuelle qui pourrait permettre aux sages-femmes de réaliser les IVG instrumentales à condition d'une formation adéquate. [55] Certains pays autorisent déjà les sages-femmes à réaliser les IVG par aspiration (Cambodge, Afrique du Sud, Vietnam et dans certains états des Etats-Unis : Montana, Oregon, New Hampshire et Vermont) [56]. Une étude américaine et une méta-analyse regroupant des études réalisées dans les pays où les acteurs de santé intermédiaires étaient formés et habilités à réaliser des IVG instrumentales ont mis en évidence qu'il n'existait aucune différence statistique du taux de complications chez les femmes qui avaient réalisé une IVG chirurgicale avec une sage-femme que celles qui avaient effectué cette procédure avec un médecin. [56,57]

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Loi n°75-17 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi Veil. vol. 75–17. 1975.
- [2] Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2016;45:1577–95. doi:10.1016/j.jgyn.2016.09.034.
- [3] ANSM (Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé), Marimbert J. Conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG médicamenteuse 2005.
- [4] Arrêté du 18 novembre 1988, journal officiel. 1989.
- [5] Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination - Article 1. 2016.
- [6] Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. France: DREES, Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018.
- [7] Andro A, Aubeny E, Baruch F. L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (CSIS); 2011.
- [8] IVG.gouv.fr. Avant l'IVG, deux consultations médicales 2017. <https://ivg.gouv.fr/avant-l-ivg-deux-consultations-medicales.html> (accessed March 16, 2019).
- [9] Dosquet P, Nouyrigat E. Recommandations de bonnes pratiques: Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse 2010.
- [10] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : L'interruption volontaire de grossesse 2016.
- [11] IVG.gouv.fr. IVG médicamenteuse 2017. <https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html> (accessed March 16, 2019).
- [12] Haroche F. Retrait du Cytotec®, et maintenant ? 2018.
- [13] IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Bon usage du médicament. Haute Autorité de Santé; n.d.
- [14] Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 2017;45:22–7. doi:10.1016/j.gofs.2016.12.005.

- [15] Andro A, Bozon M, Brown E, Condon S, Debauche A, Ferrand M, et al. Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné — De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. *Population* 2004;59:178–9.
- [16] Larousse É. Définitions : satisfaction - Dictionnaire de français Larousse n.d. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085> (accessed March 16, 2019).
- [17] Service d'Evaluation Médicale. Enquête e-satis 2017. Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes; 2018.
- [18] L'Agence des usages. Service ICAP de Université Claude Bernard Lyon 1; 2008.
- [19] Wu JP, Godfrey EM, Prine L, Andersen KL, MacNaughton H, Gold M. Women's satisfaction with abortion care in academic family medicine centers. *Fam Med* 2015;47:98–106.
- [20] Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 2003;23:929–58. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.001.
- [21] Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 2004;10:SR5-16.
- [22] White R. Le vécu de l'ivg et ses conséquences psychologiques : paroles de femmes une approche qualitative. Université claudes bernard lyon 1 faculté médecine lyon-sud, 2013.
- [23] Santé Publique France. L'interruption volontaire de grossesse 2010.
- [24] Hunt RR. The subtlety of distinctiveness: What von Restorff really did. *Psychonomic Bulletin & Review* 1995;2:105–12. doi:10.3758/BF03214414.
- [25] Chee QW, Goh WD. What explains the von Restorff effect? Contrasting distinctive processing and retrieval cue efficacy. *Journal of Memory and Language* 2018;99:49–61. doi:10.1016/j.jml.2017.11.002.
- [26] Lopez A, Rémy P-L. Méthodes d'évaluation de la satisfaction des usagers. Inspection générale des affaires sociales; 2007.
- [27] Gasquet I, Villemainot S, Santos AC dos, Vallet O, Verdier A, Kovess-Masféty V, et al. Adaptation culturelle et validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français. *Sante Publique* 2003;Vol. 15:383–402.
- [28] Branger B, David P, Bonnet B, Coutin A-S, Collin R. Enquête de satisfaction de 319 femmes ayant eu recours aux centres d'IVG dans les Pays de la Loire. *Journal de*

- Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction 2016;45:955–62. doi:10.1016/j.jgyn.2016.04.004.
- [29] Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l’IVG en France : résultats de l’enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2005;34:53–61. doi:10.1016/S0368-2315(05)82671-7.
- [30] Institut National d’Etudes Démographiques. Avortements suivant le groupe d’âge de la femme - tableau 27 2018.
- [31] Institut National d’Etudes Démographiques. Avortements suivant la vie en couple de la femme - tableau 61 2018.
- [32] Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l’âge en 2018 | Insee n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546> (accessed April 8, 2019).
- [33] Nisand I, Bettahar K. Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2015;184:13–8. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.10.025.
- [34] Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Women and men’s satisfaction with care related to induced abortion. vol. 17. 2012. doi:10.3109/13625187.2012.688149.
- [35] Abdel-Aziz E, Hassan IM, Al-Taher H. Assessment of women’s satisfaction with medical termination of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004;24:429–33. doi:10.1080/01443610410001685592.
- [36] CNGOF. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse - Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) 2016.
- [37] Deparis A. Étude observationnelle et descriptive de la douleur physique chez les femmes ayant recours à l’interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse au CHU d’Amiens 2016:41.
- [38] De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception* 2000;62:305–9. doi:10.1016/S0010-7824(00)00181-5.
- [39] Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l’interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 2014.
- [40] Plan régional d’accès à l’interruption volontaire de grossesse : État des lieux quantitatif et qualitatif. Auvergne-Rhône-Alpes: Agence Régionale de Santé (ARS); 2017.
- [41] Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril* 2009;91:1877–80. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.01.084.

- [42] Werber B. La communication 2008.
- [43] DGS. Interruption volontaire de grossesse (IVG) - Dossier guide. Dicom. 2017.
- [44] Bajos N, Bachelot A. L'IVG médicale en ville ou à l'hôpital. INSERM et REVHO; 2007.
- [45] Delpech C. L'IVG : Quelle place pour L'homme ? n.d.:96.
- [46] Cresson G. Les hommes et l'IVG. Societes contemporaines 2006;no 61:65–89.
- [47] Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical versus surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception* 2011;84:224–9. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.011.
- [48] Kanstrup C, Mäkelä M, Hauskov Graungaard A. Les raisons pour lesquelles les femmes ont choisi la méthode d'avortement: une revue systématique de la littérature. *Scand J Public Health* 2018;46:835–45. doi:10.1177/1403494817717555.
- [49] Bachelot A, Cludy L, Spira A. Conditions for choosing between drug-induced and surgical abortions. *Contraception* 1992;45:547–59. doi:10.1016/0010-7824(92)90106-4.
- [50] Chambaud L, Jourdain Menninger D, Aubin C. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Inspection générale des affaires sociales; n.d.
- [51] Quandalle C, Favre J, Vérité E, Gautier S, Subtil D, Berkhout C, et al. Interruption volontaire de grossesse dans les Hauts-de-France : quel délai pour un premier rendez-vous ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2019;67:51–7. doi:10.1016/j.respe.2018.10.001.
- [52] Delaforge C. Place de la sage-femme dans la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Isère: étude épidémiologique descriptive n.d.:39.
- [53] Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement. Organisation Mondiale de la Santé; n.d.
- [54] Marnette E. «Les sages-femmes doivent pouvoir pratiquer l'IVG». *Le Parisien* 2018.
- [55] Sheldon S, Fletcher J. Vacuum aspiration for induced abortion could be safely and legally performed by nurses and midwives. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2017;43:260–4. doi:10.1136/jfprhc-2016-101542.
- [56] Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *Am J Public Health* 2013;103:454–61. doi:10.2105/AJPH.2012.301159.
- [57] Ngo TD, Park MH, Free C. Safety and effectiveness of termination services performed by doctors versus midlevel providers: a systematic review and analysis. *Int J Womens Health* 2013;5:9–17. doi:10.2147/IJWH.S39627.

ANNEXES : Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Questionnaire de satisfaction

Vous avez réalisé une IVG avec la méthode médicamenteuse et vous revenez pour votre consultation de contrôle. Pourriez-vous, s'il vous plaît prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire (15 questions) ?

Vos réponses nous permettront d'améliorer la prise en charge des femmes réalisant une IVG au centre d'orthogénie de Grenoble.

Merci de cocher pour chaque question, la réponse qui correspond le mieux à votre situation, plusieurs réponses étant possibles. Merci de votre participation.

Dr Sicot et M. Gelin, étudiante sage-femme.

I. Concernant la prise de rendez-vous au centre d'orthogénie :

- Comment avez-vous pris votre 1^e rendez-vous :
 - En venant sur place
 - Par téléphone
 - Quelqu'un a téléphoné à ma place
 - Autre :
- Avez-vous rencontré des difficultés pour prendre rendez-vous:
 - Oui
 - Non

Si oui, quelles étaient ces difficultés :

 - Difficultés pour joindre le centre par téléphone
 - Je n'étais pas disponible pendant les horaires d'ouverture du centre
 - Difficultés émotionnelles pour prendre la décision d'appeler
 - Autre :
- Quel a été le délai en jours entre la prise de contact et le premier rendez-vous (si vous ne vous en souvenez pas vous pouvez faire une approximation) :

/ _ / _ / jours

Si le délai est supérieur à 5 jours ouvrés (sans compter le samedi et le dimanche), quelles étaient les raisons ?

 - Pas de rendez-vous possible avant
 - Je n'étais pas disponible avant
 - Autre :
- Quel a été le délai entre le 1^{er} rendez-vous et l'IVG (si vous ne vous en souvenez pas vous pouvez faire une approximation):

/ _ / _ / jours

Si le délai est supérieur à 14 jours, quelles étaient les raisons ?

 - Je ne pouvais pas avant pour des raisons personnelles
 - Il fallait attendre par décision médicale
 - Il n'y avait pas de programmation possible plus rapidement
 - J'avais besoin de temps supplémentaire pour prendre ma décision
 - Autre :

II. Concernant votre visite au centre d'orthogénie pour votre premier rendez-vous :

Sur ces échelles de 0 à 10, merci de mettre une croix à l'endroit qui correspond le mieux à votre réponse (de 0=Très insatisfaisant à 10 = très satisfaisant)

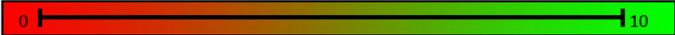
5. Concernant l'accueil au secrétariat
- Très insatisfaisant Très satisfaisant
- 5.1 L'accueil par le personnel vous a paru :
- 
- 5.2 Les informations données étaient :
- 
- 5.3 Le temps d'attente était-il satisfaisant ?
- 
6. La consultation pré-IVG vous a paru :
- 

6.1 Selon vous, quels termes correspondent à ce que vous avez ressenti vis-à-vis du soignant pendant ce rendez-vous :

(plusieurs réponses possibles)

- Bienveillance
- Manque de soutien
- Ecoute
- Rendez-vous inutile
- Soignant soutenant
- Sentiment d'être jugé
- Manque d'informations
- Discours du soignant neutre, non jugeant
- Manque d'écoute
- Manque de bienveillance
- Riche en informations
- Rendez-vous utile

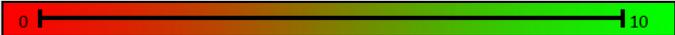
III. Lors de votre venue pour l'IVG

7. Comment évaluez-vous la prise en charge de votre douleur ? 

8. Comment évaluez-vous l'information qui vous a été donnée par l'équipe soignante par rapport à votre propre vécu de l'IVG : (De 0 = totalement en désaccord à 10 = totalement en accord)

Totalement en désaccord

Totalement en accord

8.1. Concernant l'information reçue sur la douleur 

Vous avez trouvé la douleur :

- Plus importante que ce vous imaginiez
- Identique à ce que vous imaginiez
- Moins importante que ce que vous imaginiez

8.2 Concernant l'information reçue sur les saignements : 

Les saignements vous ont paru :

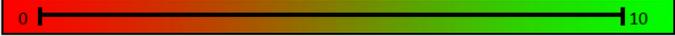
- Plus importants que ce qu'on vous avait expliqué
- Moins importants que ce qu'on vous avait expliqué
- Identiques par rapport à ce qu'on vous avait expliqué

8.3. Concernant l'information par rapport au déroulement de l'IVG : 

Quelles informations vous ont manquées ? (facultatif)

Très insatisfaisant

Très satisfaisant

9. La méthode utilisée (médicamenteuse) vous a paru : 

10. Globalement la prise en charge vous a paru : 

10.1. Cochez la bonne réponse

- J'ai pu choisir la méthode médicamenteuse : Oui Non Je ne sais pas
- Je me suis sentie actrice de la procédure : Oui Non Je ne sais pas
- J'ai trouvé l'équipe bienveillante et humaine : Oui Non Je ne sais pas
- J'ai trouvé les délais rapides : Oui Non Je ne sais pas
- Je me suis sentie jugée par l'équipe : Oui Non Je ne sais pas

11. Votre partenaire était-il présent le jour de l'IVG : Oui Non

Si oui, selon vous l'accueil de votre partenaire par l'équipe du centre d'orthogénie, vous a paru : 

Si l'accueil de votre partenaire vous a paru plutôt insatisfaisant : A votre avis votre partenaire s'est senti :

- Pas assez pris en compte
- Ignoré
- Pas assez informé sur la procédure
- Autre :

IV. Pour finir

12. Quel âge avez-vous ? ans

13. Quel est votre situation? Célibataire Mariée ou pacsée En couple

14. Quelle est votre profession :

15. Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge dans ce centre ?

.....
.....
.....



Jour 0 **MIFÉGYNE® : 1 COMPRIMÉ EN PRÉSENCE D'UN SOIGNANT**

Quels effets secondaires puis-je avoir ?

● Il est possible de ressentir des contractions, des douleurs de règles, si j'ai mal je peux prendre du Paracétamol (1g) et/ou de l'Ibuprofène (400 mg).

● Il est possible d'avoir des saignements.

✕ ... ou rien du tout.

⚠ **ATTENTION : les saignements ne sont pas le signe que la grossesse s'est arrêté, il est indispensable de prendre le 2^{ème} médicament.**

Jour 2 36h à 48h après **MISOONE® : 1 COMPRIMÉ UNE FOIS ARRIVÉ À L'HÔPITAL PUIS UN AUTRE 2 HEURES PLUS TARD**

Quels effets secondaires puis-je avoir ?

● Des douleurs comme des règles ou plus importante.

- en prévention, je prends 1 cp d'Ibuprofène (800 mg) avant de venir.

- si j'ai mal j'appelle l'infirmier pour qu'il me donne les médicaments correspondants.

● - autres moyens de se soulager : je peux amener ma bouillotte (le chaud soulage) ou je peux me masser le ventre avec des huiles essentielles (basilic, estragon... quelques gouttes suffisent diluées dans une huile végétale). Si mon partenaire m'accompagne, il peut s'en charger !

● Des saignements plus abondants que les règles en général, avec des caillots.

● L'expulsion : Je peux voir l'œuf en tant que tel... ou pas.

Jour 2 l'après-midi ou le soir **RETOUR À DOMICILE : il est possible d'avoir des douleurs plusieurs heures voir plusieurs jours plus tard (pic possible 3 jours après la prise de MisoOne®)**

Que faire si j'ai mal :

● Je prends du Paracétamol (1g, espacer prises de 6h) et/ou de l'Ibuprofène (400 mg, espacer les prises de 6h). Si j'ai toujours mal 20 min après, je prends un antalgique plus fort selon la prescription de mon médecin ou de ma sage-femme.

● En complément je peux utiliser les autres moyens vus au-dessus ou prendre un bain chaud.

⚠ **Si les douleurs ne passent pas, je retourne à l'hôpital !**

Mes saignements sont-ils normaux ?

● Les saignements doivent s'arrêter 1 ou 2 semaine après l'IVG. Si je trouve mes saignements abondants (changement de serviettes toutes les 30 min pendant 2h), **je vais en urgence à l'hôpital.**

● Si j'ai de la fièvre (> 38°), je recontacte le centre.

Jour 15 **CONSULTATION DE CONTRÔLE**