



HAL
open science

Étude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode

Hélène Bréard

► **To cite this version:**

Hélène Bréard. Étude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02376137

HAL Id: dumas-02376137

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02376137>

Submitted on 22 Nov 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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2019

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Hélène BREARD

Née le 23 avril 1990 à SAINT-LO (50)

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2019

Étude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode

Président du jury : Monsieur le Professeur Eric Verspyck
Directrice de thèse : Madame le Docteur Elise Machevin
Membres du jury : Monsieur le Professeur Loïc Marpeau
Madame le Pr Véronique Merle

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne

Mme Agnès LIARD-ZMUJA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale

Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation
Rouen*

SJ – Saint Julien

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Eric Verspyck,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger mon travail. Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté en médecine anténatale et en obstétrique. Je vous remercie également pour la confiance que vous m'accordez en m'acceptant comme chef de clinique dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Elise Machevin,

J'ai été très honorée de travailler à vos côtés, à la fois en tant qu'interne dans votre service mais aussi pour les travaux universitaires que nous avons réalisés ensemble. Je vous remercie infiniment pour la confiance que vous m'avez toujours accordée depuis mon premier passage à Evreux. Merci de m'avoir confié ce sujet qui m'a passionnée ainsi que pour la disponibilité dont vous avez toujours fait preuve. J'espère que j'aurai l'occasion de travailler à nouveau avec vous.

A Monsieur le Professeur Loïc Marpeau,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail et je vous en remercie. Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté en chirurgie. J'espère que j'aurai l'occasion d'opérer à nouveau avec vous pendant mon clinicat. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Professeur Véronique Merle,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail et je vous en remercie. Je tiens à vous exprimer toute ma sympathie et ma reconnaissance.

Aux médecins qui m'ont accueillie et formée tout au long de mon internat : Horace Roman, Alain Diguët, Alexis Gromez, Maria Letailleur, Gauthier Dietrich, Solène Quibel, Héléne Muszynski, Salma Touleimat, Clotilde Henriet, Claire Aubertin, Isabelle Motte, Audrey Real, Salwa Moatassim, Xavier Douysset, Marie Guillemain, Nicolas Joutel, Hany Mankarios, Mr Kanaté, Alain Talbot, Florian Delauney, Sylvie Sotter, Elisabeth Huret, Fabienne Carré, Laurence Ollivier, Vincent Ducroy, Sylvie Pauthier, Estelle Roussel, Julien Carrilho, Albane Poteau, Emmanuel de Gournay, Agathe Crouzet... Un grand Merci !

Aux infirmières, IBODE, IADE, sages-femmes qui m'ont rendu la vie plus douce, et notamment Manue, Adeline, Elodie, Christine, Alain, Yvette, Fred, Sabrina, Bertrand... et j'en oublie un grand nombre !

A l'équipe de Vernon qui m'a tellement bien accueillie : Jenny, Magali, Stéphanie, Magali, Nathalie, Laure, Anne-Marie, Aurélie, Charlotte, Isabelle, Sabine, Chloé ... Je vous remercie !

Et aussi et surtout, merci infiniment à tous les gens qui ont travaillé avec moi pour cette étude, dans toutes les maternités de la région. Merci à toutes ces personnes qui ont cru en mon travail et qui se sont investies, alors que le projet avait été mal reçu.

Merci pour votre accueil dans les maternités, pour tous ces petits moments lors de mes passages dans vos centres, et notamment au Belvédère.

Je remercie particulièrement Marina qui a mené l'étude au Havre ; Romane, pour nos discussions sur le trottoir lors des échanges de questionnaires ; Patrick Fournet pour son soutien au commencement de l'étude ; Thibault, et sa patience infinie devant mon incompréhension totale face aux statistiques, et tous les internes qui ont été mes relais dans les différents centres.

A mes co-internes, souvent devenus amis

Lise, qui m'a accueillie à mon arrivée, et que je n'ai plus jamais quitté. Cécile, pour nos discussions enflammées et qui a accepté de me supporter encore 2 ans. Marie, mon clown attiré, et qui va beaucoup me manquer. Juliette et les pizzas à Rome. Paupau, rencontrée récemment, et super co-interne.

Mathilde Maes, j'aime tellement refaire le monde avec toi !

Et puis les petits : bébé Breton, pour nos goûters post-garde passés et futurs, Antoine et Anthony (les Anthoiny), devenus indispensables au bon déroulement d'un semestre, PH mon acolyte du Belvédère, Sophia toujours la pêche, Aurélien et Evelyne, mes petits poulains d'Evreux, Claire-Hélène, mon binôme préféré de PMA et Amina... hé hé !

Et aussi les plus grands : Mathilde pour nos bons moments passés à Becquerel, Noémie et ta gentillesse, Elodie pour nos débriefings mais aussi nos marrades, et Marine, devenue « coach CCA » !

Eulalie, d'abord amie, mais aussi conseillère « d'orientation », en thèse, en lecture, en voyage, en déménagement... Toujours là pour remonter le moral. Merci pour tout ! (et pour les sushis en garde)

L'équipe de med gé d'Evreux : Thomas, Marine, Eugénie, Julien, Anne-Laure, Baptiste, quelles belles soirées ! Et puis la 2^{ème} équipe de méd gé d'Evreux : Emma, Marie, Sophie, Ségo, Louise.

A mes amis proches,

Adélaïde, merci de toujours me comprendre depuis toutes ces années. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, et cette amitié qui dure malgré la distance !

Caro, pour tous ces moments passés à faire du sport, à la faculté de médecine, en vacances ou en week-end, je te remercie !

Amandine, pour nos déjeuners thérapeutiques de D4 se terminant à 16h, merci !

Emeline, un peu loin, mais pourtant toujours aussi proche !

Lucile, la coloc au Havre nous aura soudées ! Merci pour tous ces excellents dîners ! J'ai bon espoir ; nous aurons bientôt fini le tour des restaurants de Rouen !

Et Marine, ma sauveteuse attitrée (pour les crampes bilatérales à la natation et aussi dans la vie en général). Merci !

A ma famille,

A mes parents, je vous remercie de l'éducation que vous m'avez donnée. Elle m'a permis de me construire sereinement et de prendre confiance. Vous avez toujours été présents pour moi. Vous m'avez toujours encouragée. Je vous remercie pour tout!

A mon frère Thomas, merci pour tous ces moments de complicité, je sais que je pourrais toujours compter sur toi. (Et merci de me supporter !)

A ma sœur Claire, merci pour ton énergie débordante. Tu me rends la vie plus belle ! (Et

également, merci de me supporter !)

A Mémère, avec qui j'ai toujours passé de très belles vacances. Merci de m'avoir appris tant, et aussi, merci pour ta patience infinie. Merci pour tous ces moments passés ensemble à créer. Je suis fière de t'avoir comme grand-mère.

A Mamie, merci pour ces discussions animées et ces bons petits plats.

A Papi, je sais que tu aurais été fier de moi. J'aurai aimé que tu sois là aujourd'hui.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, présents et absents, Benoit, Odile, Simon, Emmanuel, Jeanne, France-Lise, Nadège, Anne-Françoise, Eric, Paul, Louis, Marielle, Franck, Raphaëlle, Marc, Patricia, Laurent, Chantal, Erwan, Mariane, Damien, Céline, Manon, Samy, Margot, Marie-Laure, David, Lisa, Eva, Alban, Pauline, Raphaël, Marius... Quelle belle famille nous formons ! Je suis très heureuse de vous avoir tous autour de moi pour ce moment important !

ABREVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
ALP	Anesthésie Locale Paracervicale
AME	Aide Médicale d'Etat
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
BIP	Diamètre Bi-Pariétal
CH	Centre Hospitalier
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FCS	Fausse Couche Spontanée
GEU	Grossesse Extra-Utérine
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de Confiance
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LCC	Longueur Cranio-Caudale
MAV	Malformation Artério-Veineuse
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NISS	Normand'IVG Satisfaction Study
OR	Odds Ratio

TABLES DES MATIERES

CONTEXTE.....	24
I Epidémiologie	24
a. Définitions.....	24
b. En France.....	24
c. En Normandie	27
II Aspect législatif et recommandations	29
a. En France.....	29
1. Historique	29
2. Cadre législatif actuel	34
3. Recommandations contradictoires en 2019 en France entre CNGOF et HAS....	37
b. Recommandations de l’OMS.....	38
III IVG chirurgicale.....	41
a. Protocole de prise en charge	41
b. Prise en charge de la douleur.....	48
c. Complications	48
1. Précoces.....	48
2. A moyen et long terme.....	54
3. Prévention	55
d. Contre-indications de la méthode.....	57
IV IVG médicamenteuse	57
a. Protocole de prise en charge	57
b. Prise en charge de la douleur.....	62
c. Complications	62
d. Pharmacologie des médicaments utilisés	65
e. Contre-indications de la méthode	66
MATERIELS ET METHODES.....	68
I Design de l’étude	68
II Objectifs de l’étude	69
a. Principal	69
b. Secondaires.....	69
III Population de l’étude	69
a. Critères d’inclusion	69

b. Critères d'exclusion	70
IV Différentes maternités, différents protocoles.....	70
a. Evreux-Vernon.....	70
b. Le Havre.....	71
c. Le Belvédère	72
d. CHU de Rouen	73
e. Elbeuf.....	73
f. Dieppe.....	74
g. Gisors.....	75
h. Bernay	75
V Déroulement de l'étude	76
a. Données recueillies.....	76
b. Déroulement pratique	79
VI Critère de jugement.....	81
VII Méthodes statistiques.....	82
a. Taille attendue de l'échantillon	82
b. Tests statistiques	82
VI Considérations éthiques.....	84
RESULTATS.....	85
I Description de la population	85
a. Effectifs	85
b. Caractéristiques des patientes.....	87
II Résultats du critère de jugement principal.....	88
a. « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? 88	
1. Analyse univariée	88
2. Analyse multivariée	89
b. Satisfaction globale	90
III Analyse en sous-groupes.....	90
a. Analyse univariée.....	90
1. IVG médicamenteuses.....	91
2. IVG chirurgicales.....	96
b. Analyse multivariée.....	99
1. Population totale.....	99
2. IVG médicamenteuses.....	100
IV Eléments de satisfaction et insatisfaction	101

a. IVG médicamenteuse.....	102
b. IVG chirurgicale.....	103
V Echelle sémantique différentielle	104
a. Douleur/indolore	105
b. Désagréable/agréable	106
c. Négative/positive	107
d. Dangereuse/sûre	108
e. Non acceptable/acceptable	109
f. Difficile/facile	110
g. Longue/rapide	111
DISCUSSION.....	112
CONCLUSION.....	123
ANNEXE	124
BIBLIOGRAPHIE.....	147
RESUME.....	151

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017 (2)	25
Figure 2 : Evolution de l'indice conjoncturel d'avortement et du taux de recours à l'IVG depuis 1990(2).....	25
Figure 3 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017(2)	26
Figure 4 : Evolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG. (2).....	27
Figure 5 : Frise récapitulant les principales lois ayant marqué l'histoire de l'IVG	30
Figure 6 : Carte représentant les différentes législations au sujet du droit à l'avortement dans le monde.(16).....	39
Figure 7 : Protocole d'IVG médicamenteuse émis par l'HAS en juin 2018 (15).....	61
Figure 8 : Flow Chart	85
Figure 9 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs douloureux et indolore	105
Figure 10 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs désagréable et agréable.....	106
Figure 11 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs négatif et positif	107
Figure 12 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs dangereux et sûr	108
Figure 13 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs inacceptable et acceptable	109
Figure 14 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs difficile et facile	110
Figure 15 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs long et rapide	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tarif des IVG en établissements de santé (arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG, JORF n°0057 du 8 mars 2016, texte n°30) (14)	36
Tableau 2 : Recommandations de l'OMS au sujet des IVG médicamenteuses (16)	40
Tableau 3 : Tableau présentant les principales différences entre IVG chirurgicale et IVG médicamenteuse (14).....	43
Tableau 4 : Protocole d'IVG médicamenteuse en fonction du terme selon les RPC du CNGOF de 2016 (1)	59
Tableau 5 : Tableau présentant la pharmacologie de la mifépristone, du misoprostol et du géméprost.....	66
Tableau 6 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Evreux/Vernon	71
Tableau 7 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse au Havre.....	72
Tableau 8 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse au Belvédère	72
Tableau 9 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse au CHU de Rouen.....	73
Tableau 10 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Elbeuf.....	74
Tableau 11 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Dieppe.....	74
Tableau 12 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Gisors	75
Tableau 13 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Bernay	76
Tableau 14 : Centres hospitaliers et leurs codes.....	80
Tableau 15 : Nombre total d'IVG, nombre total d'IVG incluses et taux d'inclusion total, par centre.....	86
Tableau 16 : Nombre total d'IVG, nombre total d'IVG incluses et taux d'inclusion total, par centre, pour les IVG chirurgicales et médicamenteuses	86
Tableau 17 : Caractéristiques des patientes	87
Tableau 18 : Réponse à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? » dans les différents groupes (n=900)	88
Tableau 19 : Comparaison de la réponse à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? » entre les différents groupes.....	89
Tableau 20 : Satisfaction globales des patientes sur la méthode dans les différents groupes	90

Tableau 21 : Eléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites et insatisfaites ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse.....	95
Tableau 22 : Eléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites et insatisfaites ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale.....	99
Tableau 23 : Modèle multivarié chez les patientes insatisfaites, insatisfaction expliquée par le type et la voie d'IVG, par le terme et par le choix.....	99
Tableau 24 : Modèle multivarié chez les patientes insatisfaites, insatisfaction expliquée par le terme et le type et la voie d'administration (1 ^{er} modèle) et expliqué par les effets secondaires (2 ^{ème} modèle)	101
Tableau 25 : Eléments de satisfaction et d'insatisfaction pour les patientes ayant eu une IVG médicamenteuse, en fonction du terme.....	102
Tableau 26 : Eléments de satisfaction et d'insatisfaction pour les patientes ayant eu une IVG chirurgicale, en fonction du terme.....	103

CONTEXTE

I Epidémiologie

a. Définitions

Une **interruption volontaire de grossesse (IVG)** est « *un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, autorisé jusqu'à 14 SA, par voie médicamenteuse ou instrumentale* ».

Une **grossesse non programmée (GNP)** est une grossesse qui survient sans désir de grossesse, dans un contexte de rapports sexuels sans moyen de contraception ou lors d'un échec de contraception.(1)

Pour étudier l'épidémiologie des IVG, trois indicateurs sont essentiels : le **ratio d'avortement**, le **taux de recours à l'IVG** et l'**indice conjoncturel d'IVG**.

- Le **ratio d'avortement** est un indice annuel qui rapporte le taux d'IVG sur le nombre total de naissances vivantes. Il évalue approximativement la propension des femmes à interrompre une grossesse. Il est en effet approximatif car l'idéal statistique serait d'inclure toutes les grossesses quelle qu'en soit l'issue (y compris les fausses couches spontanées, interruptions médicales de grossesses, morts fœtales in utero), ce qui est impossible.
- Le **taux de recours à l'IVG** est le nombre d'IVG par femme en âge de procréer.
- L'**indice conjoncturel d'IVG** correspond à la somme des taux d'IVG par âge. Du fait de son ajustement sur l'âge, il représente le nombre moyen d'IVG que pratiquerait une femme pendant sa vie, selon les taux de l'année étudiée. (2)

b. En France

Le nombre d'IVG par an en France qui est de 216 686. 202 919 ont été réalisées en France métropolitaine, 13 425 dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), 244 pour des femmes résidentes à l'étranger et 98 de résidence inconnue. (2)

Malgré un taux de couverture contraceptive élevé, ainsi qu'un taux de natalité des plus hauts d'Europe, le taux d'IVG reste stable. Il s'agit du « paradoxe » français. En effet, l'expansion de moyens de contraception efficaces a permis de diminuer le nombre de grossesses non prévues. Cependant, en cas de GNP, le recours à l'IVG est plus fréquent, ce qui explique le nombre stable d'IVG depuis 40 ans.

Le **ratio d'avortement**, en 2017, est estimé à 28 IVG pour 100 naissances. Il est relativement stable depuis 1990. (2)

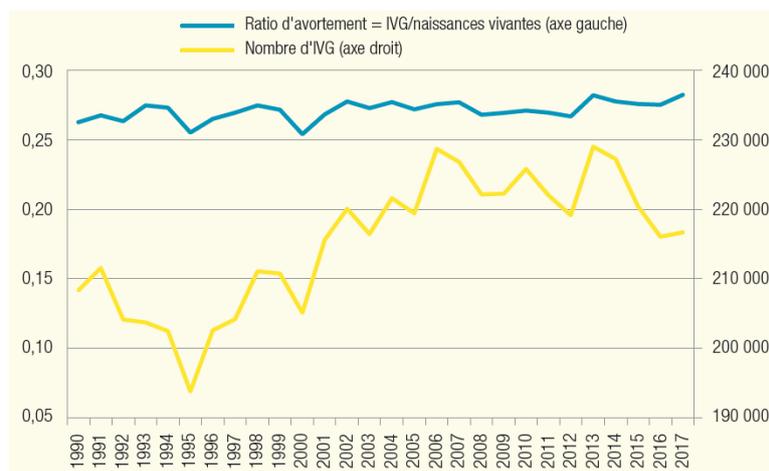


Figure 1 : Evolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017 (2)

Le **taux de recours à l'IVG** a été évalué en 2017 à 14.4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, en France métropolitaine.

L'**indice conjoncturel d'IVG** est évalué à 0.53 en 2017.

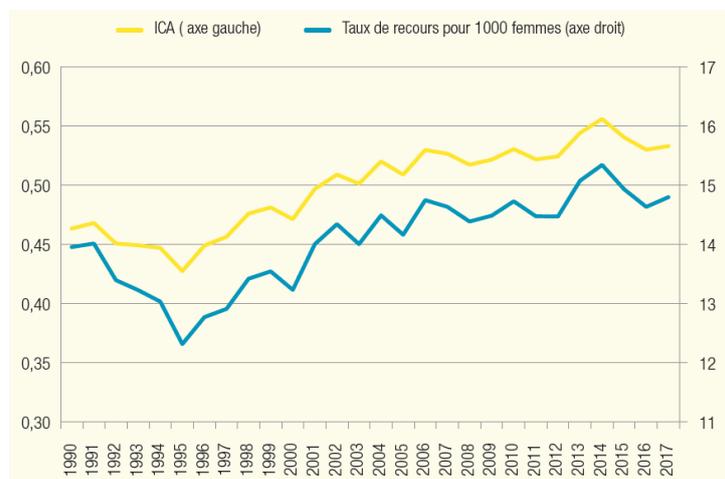


Figure 2 : Evolution de l'indice conjoncturel d'avortement et du taux de recours à l'IVG depuis 1990(2)

Le rapport de la DRESS précise également le nombre d'IVG en fonction de l'âge. Le taux de recours à l'IVG est le plus élevé chez les femmes entre 20 et 24 ans, il est estimé à 26.7 pour 1000 femmes. Par ailleurs, le taux de recours à l'IVG augmente chez les 25-39 ans alors qu'il diminue chez les moins de 20 ans. (2)



Figure 3 : Evolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017(2)

Le taux de recours à l'IVG est variable en fonction des régions. Par exemple, il est de 12.1 en Normandie, tandis que l'Île de France a un taux de 17.4, la région Provence Alpes Cotes d'azur de 21.4 et les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) de 26.1.

Le recours aux différentes méthodes et structures de soin est intéressant à étudier. On constate que le taux d'IVG médicamenteuses en ville a progressivement augmenté jusqu'en 2017 pour atteindre 19,2% du nombre d'IVG totales. De plus, le taux d'IVG médicamenteuses, à 67,5% en 2017, a augmenté parallèlement à l'augmentation du nombre d'IVG en ville.

Sur les 202 219 IVG réalisées en métropole, 159 394 l'ont été en établissement hospitalier, 4 465 en centre de santé ou de planification et d'éducation familiale et 39 060 en cabinet libéral.

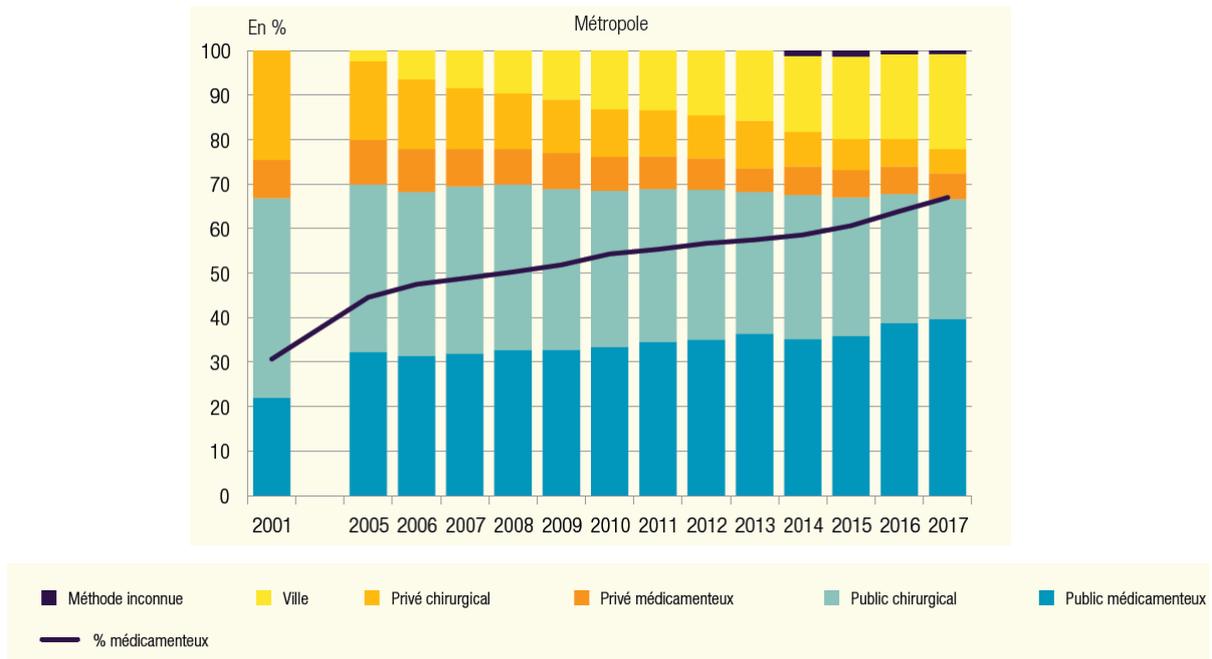


Figure 4 : Evolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG. (2)

Le taux de complications majeures, évalué sur des données plus anciennes, est inférieur à 1%. Il correspond environ au taux de complications lié aux fausses couches spontanées. Le risque de décès est lui aussi infime, de 0,7 pour 1000 femmes. (3)

c. En Normandie

Le rapport de la DRESS de 2017 estime à 8412 le nombre d'IVG réalisées dans la région. 7030 ont été réalisées dans un établissement hospitalier, 108 dans un centre de santé ou de planification et d'éducation familiale et 1274 en cabinet libéral.

Le nombre d'IVG pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans est de 12,1 et celui pour 1000 mineures entre 15 et 17 ans est de 6,3.(2)

Les chiffres spécifiques à la Haute-Normandie sont un peu plus anciens ; ils datent de 2015. En moyenne, 4500 à 5000 IVG sont réalisées en Haute-Normandie. L'âge moyen des femmes est de 27,2 ans et 6% sont réalisées chez des patientes mineures. Par ailleurs, 1000 IVG par an sont réalisées dans un contexte de précarité (AME/CMU). (4)

Il existe 4 territoires de santé en Haute-Normandie : Dieppe, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon et Le Havre. Ils constituent la population de l'étude de cette thèse.

Le **territoire de santé de Rouen-Elbeuf** est habité par environ 189 376 femmes entre 15 et 49 ans. 1893 IVG ont été réalisées en établissement de santé ; dont 158 (8,3%) entre 12 et 14 SA. Les établissements effectuant des IVG sont le CHU de Rouen, le Belvédère à Mont Saint-Aignan, le CH Elbeuf-Louviers et la clinique Mathilde de Rouen. 53 médecins dans ce territoire ont passé une convention pour réaliser des IVG en ville.

Le **territoire de santé d'Evreux-Vernon** comprend environ 87 285 femmes entre 15 et 49 ans. 1177 IVG ont été réalisées en établissement de santé, dont 42 (3,6%) entre 12 et 14 SA. Les établissements pratiquant des IVG sont le CH Eure-Seine (sites d'Evreux et Vernon), le CH de Bernay et le CH de Gisors. Par ailleurs, 25 médecins ont passé une convention pour réaliser des IVG en ville.

Le **territoire de santé du Havre** comprend environ 100 126 femmes entre 15 et 49 ans. 966 IVG ont été réalisées en établissement de santé, dont 97 (10%) entre 12 et 14 SA. Les établissements effectuant des IVG sont le groupe hospitalier du Havre, le CH de Fécamp, le CH de Lillebonne, l'Hôpital Privé de l'Estuaire (Le Havre) et la clinique des Ormeaux (Le Havre). Par ailleurs, 10 médecins ont passé une convention pour réaliser des IVG en ville.

Enfin, le **territoire de santé de Dieppe** comprend environ 35 345 femmes entre 15 et 49 ans. 262 IVG ont été réalisées en établissement de santé, dont 6 (2%) entre 12 et 14 SA. Les établissements pratiquant des IVG sont le CH de Dieppe et la Clinique des Aubépines. Par ailleurs, 10 médecins ont passé une convention pour réaliser des IVG en ville.(4)

II Aspect législatif et recommandations

a. En France

1. *Historique*

Contexte et lois préexistantes

La période de l'après première guerre mondiale est marquée par une baisse de la natalité. En 1920, la contraception est interdite et en 1923 le recours à l'IVG devient un délit.

En 1942, la loi est durcie sous le régime du Maréchal Pétain : l'avortement devient un crime passible de peine de mort. En 1943, on va jusqu'à guillotiner une « faiseuse d'ange » pour avoir aidé 27 femmes à avorter dans la région de Cherbourg.

Après la seconde guerre mondiale, le baby-boom fait changer les priorités politiques en matière de natalité. De plus, les mentalités changent progressivement avec des avancées en matière du droit des femmes. Alors la loi va s'adapter à ces changements.

En 1967, Neuwirth et sa loi autorisant la contraception marquent une ouverture dans le changement de politique sur le contrôle des naissances.

En 1968, « le manifeste des 343 salopes » est publié. 343 femmes connues le signent et déclarent donc avoir déjà avorté illégalement.

Enfin, un des derniers événements marquant avant la loi Veil est le procès de Bobigny qui se déroule en 1972. Une lycéenne violée est condamnée pour son avortement. Son procès devient alors le symbole de la lutte féministe pour la libération de l'avortement, et notamment avec la formation du Mouvement de libération de l'avortement et de la contraception qui voit le jour un an plus tard. (5)

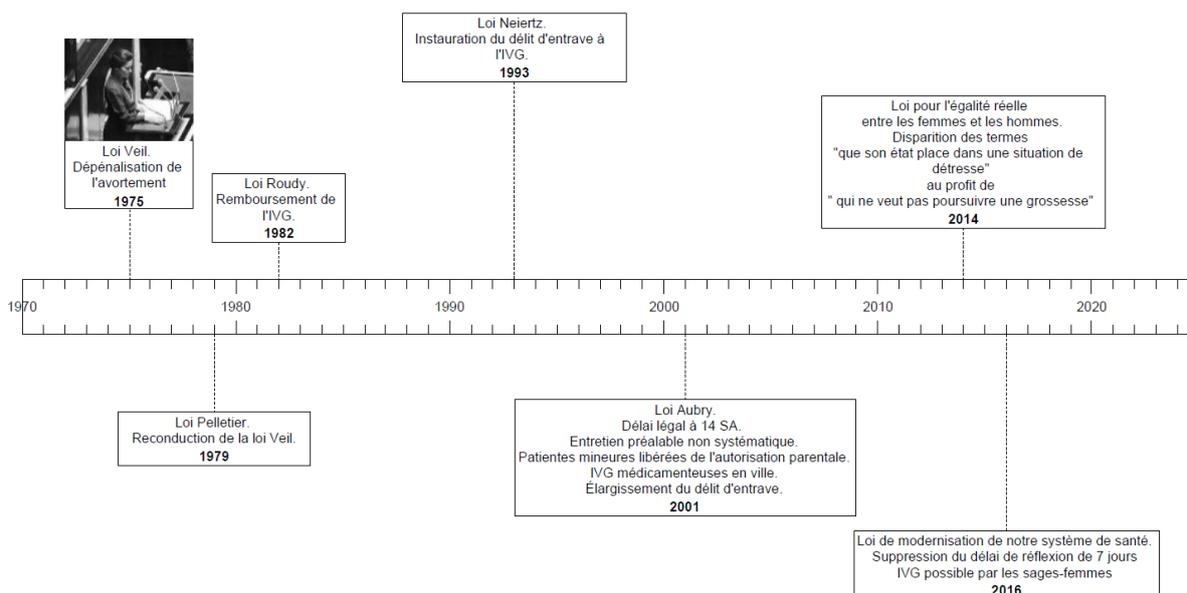


Figure 5 : Frise récapitulant les principales lois ayant marqué l'histoire de l'IVG

Loi du 17 janvier 1975 : loi Veil

L'histoire commence ainsi en novembre 1974 avec Simone Veil : celle-ci défend à l'assemblée nationale un texte proposant la dépénalisation de l'avortement.

Après de nombreuses tractations, la loi Veil est définitivement adoptée le 17 janvier 1975.

Trois principes fondent cette loi :

- La responsabilité de la femme, car elle seule prend la décision d'IVG.
- La dissuasion, par le biais : du délai de réflexion, des 2 consultations obligatoires et de l'entretien social systématique, qui permettent à la femme de revenir sur sa décision.
- La restauration de l'autorité de l'Etat, qui encadre désormais les IVG, et restreint donc la pratique illégale des IVG, aux conséquences parfois lourdes pour les femmes.

Plusieurs conditions sont imposées, permettant une information optimale des patientes, ainsi qu'une réflexion quant à leur décision :

- Le délai légal d'avortement est de 10 semaines de grossesse, soit 12 semaines d'aménorrhée.
- 2 consultations sont nécessaires. La première est réalisée par un médecin, et la seconde, réalisée à au moins 7 jours de la première (délai de réflexion), est

obligatoire pour la confirmation de l'IVG. Elles sont réalisées dans un établissement de santé.

- Un entretien social est obligatoire.
- Pour les patientes mineures, le consentement parental ou du représentant légal est nécessaire.

De plus, la loi précise spécifiquement que la femme doit se trouver en « situation de détresse ».

De ces conditions découlent donc des situations où l'IVG reste pénalisable. En effet, si elle est réalisée après 12 semaines d'aménorrhée, par une personne non-médecin, hors d'un établissement de santé ou dans un contexte de diagnostic prénatal mais sans respect des modalités de l'interruption médicale de grossesse, alors, sa pratique est illégale.

Afin de ne pas imposer aux médecins la pratique des IVG, une clause de conscience est ajoutée à la loi. Elle stipule la non-obligation de pratiquer des IVG, mais impose une orientation des patientes vers des professionnels réalisant les IVG, et ce dans des délais suffisants pour la pratiquer.

Ce texte de loi est adopté pour 5 ans, à titre expérimental. (6)

Loi du 31 décembre 1979 : loi Pelletier

Elle permet la reconduction définitive de la loi Veil ainsi que l'ajout de modifications afin d'améliorer la prise en charge des patientes. Tout d'abord, le délai de réflexion peut passer à 2 jours si le respect des 7 jours empêche la réalisation de l'IVG du fait du terme avancé. De plus, un dossier guide est désormais obligatoire : il doit comporter les adresses d'organismes d'aide et doit être mis à jour tous les ans. Le personnel doit également être formé à la contraception. Enfin, le consentement des mineures est à présent requis en plus de celui du représentant légal, et doit être donné en dehors de la présence de ce dernier. (5)

Loi du 31 décembre 1982 : loi Roudy

Elle permet le remboursement par la sécurité sociale des IVG à hauteur de 80%. De plus, l'état,

à partir de cette date, prend en charge les dépenses engagées par l'assurance maladie au titre des IVG. (5)

Arrêté du 28 décembre 1988

Cet arrêté permet la légalisation de l'utilisation de mifépristone, autorisant ainsi les IVG par voie médicamenteuse. (6)

Loi du 27 janvier 1993 : loi Neiertz

Elle instaure le « délit d'entrave à l'IVG » afin de pénaliser les commandos anti-IVG. (5)

Loi du 4 juillet 2001 : loi Aubry

Elle permet de nombreuses avancées quant à la pratique des IVG. Plusieurs éléments sont ainsi ajoutés.

Le délai légal passe de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (12 semaines de grossesse).

L'entretien préalable « psychosocial » n'est plus obligatoire pour les majeures, mais il le reste pour les mineures. Il doit cependant être systématiquement proposé.

L'IVG médicamenteuse est autorisée en médecine libérale, avant 7 SA, encadrée par une convention passée entre l'établissement de santé et le médecin.

Les patientes mineures peuvent réaliser une IVG sans l'accord de leurs parents, à condition d'être accompagné par une personne majeure. Il faut cependant « s'efforcer d'obtenir ce consentement »

Le délit d'entrave est élargi : le simple fait de perturber les conditions de travail des soignants des centres d'orthogénie, les pressions psychologiques sur les femmes en demande d'IVG est désormais punissable. A l'inverse, les délits de provocation à l'IVG ou de publicité pour l'IVG sont supprimés.

Enfin, la clause de conscience est détaillée : un praticien qui ne souhaite pas pratiquer des IVG doit en informer rapidement sa patiente et l'orienter vers une structure les réalisant. Cependant, pour les chefs de services, cette clause ne s'applique pas à l'échelle de leurs responsabilités dans leur unité. Ils ne peuvent, par le fait de leurs convictions personnelles,

empêcher la réalisation d'IVG dans leur service. Des services d'orthogénie, extérieurs aux services de gynécologie obstétrique, ne peuvent donc plus se créer, comme c'était le cas dans le passé. (5,6)

Evolutions de 2008 et 2013

A partir de 2008, les centres de planification et de santé sont désormais autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses.

En 2013, l'acte d'IVG (et uniquement l'acte) est remboursé à 100%, quelle que soit la méthode. (6)

Loi du 4 août 2014 : Loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

L'élément clé de la modification de 2014 est la suppression de la notion de détresse. En effet, le terme « que son état place dans une situation de détresse » est remplacé par « qui ne veut pas poursuivre sa grossesse ». Cette modification insiste donc sur le fait que l'IVG est accessible à toute femme en demande. (6)

Loi du 27 janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé.

Son objectif est d'« améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire ». (7) Pour cela, elle supprime le délai légal de 7 jours entre les 2 consultations obligatoires, initialement nécessaire pour la réalisation d'un IVG. En effet, il était jugé infantilisant et pouvait imposer la méthode ou le lieu à la patiente. De plus, les centres de santé peuvent désormais réaliser des IVG instrumentales et les sages-femmes ont la possibilité de pratiquer des IVG. Enfin, tous les actes réalisés dans le cadre de l'IVG sont remboursés à 100%.

Au début de la légalisation de l'IVG, la méthode chirurgicale était l'unique moyen d'interrompre une grossesse.

Cependant, avec la mise sur le marché en 1988 de la mifépristone, aidée des modifications légales progressives, la méthode médicamenteuse est devenue un moyen d'interruption de

grossesse facilement accessible aux femmes, en ville ou à l'hôpital, et ce pour des termes de plus en plus tardifs.

2. Cadre législatif actuel

En France, la pratique des IVG est encadrée par le code de Santé Publique. Le texte concerné est partagé en dispositions générales et pénales. (8)

Dispositions générales

Principe général – Articles L2211-1 à L2211-2

La réalisation d'une IVG doit se faire avec la garantie d'assurer « *la primauté de la personne* » et « *le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* » et l'interdiction de « *toute atteinte à la dignité de celle-ci* ». (9)

Interruption pratiquée avant la douzième semaine de grossesse – Articles L2212-1 à L2212-11

L'interruption volontaire de grossesse est possible jusqu'à 12 semaines de grossesse ; soit 14 SA.

La demande doit être formulée à un médecin ou une sage-femme. Un dossier guide, actualisé tous les ans par l'ARS, doit être remis à la patiente. Il résume le cadre légal de l'IVG et énumère les centres où les IVG sont réalisables.

L'IVG doit être réalisée par un médecin (quelle que soit la méthode) ou une sage-femme (uniquement pour les IVG médicamenteuses), dans un lieu autorisé :

- Etablissement de santé (public ou privé)
- En libéral, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou la sage-femme
- Centre de planification ou d'éducation familiale
- Centre de santé

Elle ne peut être démarrée qu'après la confirmation écrite par la patiente, dans un délai minimum de 2 jours après la première consultation.

L'entretien avec la conseillère conjugale doit être systématiquement proposé même s'il n'est plus indispensable pour les femmes majeures ; il reste obligatoire pour les patientes mineures non émancipées.

Pour les patientes mineures non émancipées le consentement de l'autorité parentale n'est pas obligatoire si la patiente s'y oppose, mais le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir ce consentement. Si elle maintient son opposition, l'IVG peut être réalisée à condition qu'elle se fasse accompagner d'une personne majeure de son choix

Les établissements de santé privés ne sont pas tenus de réaliser des IVG, sauf dans le cas où ils sont habilités à assurer le service public hospitalier et qu'il n'existe pas d'autres établissements en mesure de les réaliser.

Chaque interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration par l'établissement qui la réalise à l'agence régionale de santé, sans mentionner l'identité de la patiente. (10)

Dispositions pénales

Interruption illégale de grossesse – Articles L2222-1 à L2222-4

La réalisation d'une interruption de grossesse dans des conditions non prévues par la loi est punie d'amende et de peine d'emprisonnement. Ces différentes circonstances peuvent être :

- Le dépassement du terme légal (14 SA, soit 12 semaines de grossesse), sauf pour raison médicale
- Sa réalisation par une personne non médecin ou sage-femme,
- Sa réalisation dans un lieu autre que prévu par la loi,
- Sa réalisation sans le consentement de la patiente,
- Le fait de fournir à une femme les moyens matériels de réaliser une IVG sur elle-même. (La femme ne peut pas être poursuivie pour complicité de cet acte) (11)

Entrave à l'interruption légale de grossesse – Articles L2223-1 à L2223-2

L'entrave à l'interruption légale de grossesse est punie également d'amende et de peine d'emprisonnement. Elle est définie comme « *le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de*

pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables [...] par tout moyen [...] notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une interruption volontaire de grossesse ».

Elle peut s'exercer par des moyens physiques ou psychiques. (12)

Clause de conscience – Article R4127-18

Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi. (13)

Remboursement

Depuis la loi du 26 janvier 2016, tous les actes entrant dans le cadre de l'IVG sont remboursés à 100%. Sont donc inclus les consultations de confirmation, post-IVG, d'anesthésie, l'échographie de datation, les bilans biologiques, l'injection de γ -globulines anti-D, et l'acte d'IVG en lui-même. (14)

Méthode	Tarif (IVG + examens complémentaires)
IVG instrumentale sans anesthésie générale en hospitalisation de jour	463,25 euros
IVG instrumentale avec anesthésie générale en hospitalisation de jour	603,59 euros
IVG instrumentale sans anesthésie générale avec hospitalisation comportant une nuité	506,32 euros
IVG instrumentale avec anesthésie générale avec hospitalisation comportant une nuité	664,05 euros
IVG par mode médicamenteux	282,91 euros

Tableau 1 : Tarif des IVG en établissements de santé (arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG, JORF n°0057 du 8 mars 2016, texte n°30) (14)

3. *Recommandations contradictoires en 2019 en France entre CNGOF et HAS*

Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)

En 2016, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) actualisait ses Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) relatives aux IVG. (1)

Au sujet des IVG médicamenteuses, l'actualisation essentielle des recommandations tient dans le terme de réalisation des IVG. En effet, le texte précise qu'« *entre 9 et 14 SA, les méthodes instrumentales et médicamenteuses devraient pouvoir être proposées* ». Les patientes doivent donc bénéficier d'une information complète sur les deux techniques afin de choisir celle qui leur convient le mieux.

Le schéma thérapeutique comprend l'association de mifépristone au misoprostol, ce dernier étant administré 24 à 48 heures après la mifépristone, selon des modalités qui varient suivant le terme.

Quant aux IVG chirurgicales, elles sont, elles aussi, possibles quel que soit le terme de la grossesse. D'un point de vue technique, l'aspiration évacuatrice (électrique ou manuelle) est préférée au curetage (recommandation de garde A).

Haute Autorité de Santé (HAS)

La Haute Autorité de Santé (HAS) a, quant à elle, mis à jour ses recommandations en juin 2018 au sujet des protocoles à respecter pour les IVG médicamenteuses. (15)

Deux éléments importants y sont précisés : le terme limite et les protocoles validés par l'AMM.

Pour les IVG médicamenteuses, le terme limite imposé par l'HAS est de 9 SA, seuil au-delà duquel seules les IVG chirurgicales sont recommandées.

Le protocole repose sur l'association d'une antiprogestérone (mifépristone) administré 36 à 48 heures avant une prostaglandine (misoprostol ou géméprost).

Depuis, le retrait du marché le 1^{er} mars 2018, du Cytotec[®], seuls 3 médicaments ont donc l'AMM, délivrée par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) et ce uniquement jusqu'à 9 SA :

- AMM jusqu'à 7 SA pour le MisoOne[®] et Gymiso[®]
- AMM jusqu'à 9 SA pour le Cervageme[®].

Pour les IVG chirurgicales, les recommandations stipulent qu'elles peuvent être réalisées jusqu'à 14 SA. L'utilisation d'antiprogestérone ou de prostaglandine est recommandée pour la préparation cervicale.

De plus, deux points spécifiques sont également précisés quant à l'utilisation de misoprostol. En effet, son administration par voie vaginale est contre-indiquée, ainsi que l'utilisation de doses supérieures à 400 µg.

La profession des gynécologues obstétriciens se trouve donc face à une contradiction majeure : le CNGOF autorise depuis 2016 l'utilisation de misoprostol pour les IVG médicamenteuses tardives, dont l'AMM, actualisée en 2018 par l'ANSM, s'arrête à 7 SA, en accord avec les recommandations de l'HAS.

b. Recommandations de l'OMS

Contexte mondial

En 2013, dans le monde, 22 millions d'IVG sont pratiquées de manière illégale. 47 000 femmes en décèdent et 5 millions gardent des séquelles de cet acte.

En effet, les différents pays du monde ont des lois très variables pour l'encadrement de la prise en charge des avortements.

Principalement dans les pays « développés », les IVG sont réalisées sans restriction de motif, selon le terme imposé par chaque législation (pays en vert sur la figure 6). Ces pays sont au nombre de 67 et représentent 36% des femmes en âge de procréer dans le monde.

Certains pays les autorisent pour des motifs socio-économiques (pays en jaune) laissant une certaine autonomie aux patientes. Ces pays prennent en compte les conditions économiques et sociales actuelles ou prévisibles de la femme ainsi que les conséquences de la grossesse et de la maternité. Ils sont au nombre de 14 et représentent 14% des femmes en âge de procréer dans le monde.

Cinquante-six pays autorisent l'IVG pour protéger la vie et la santé des femmes, en pratiquant de manière plus ou moins restrictive cette politique (pays en orange). Ils représentent 14% des femmes en âge de procréer dans le monde.

Enfin, un nombre notable de pays interdisent complètement l'avortement (26 pays, soit 5% des femmes en âge de procréer) ou uniquement si la vie de la femme est menacée (39 pays, soit 22% des femmes en âge de procréer) (pays en rouge). (16)

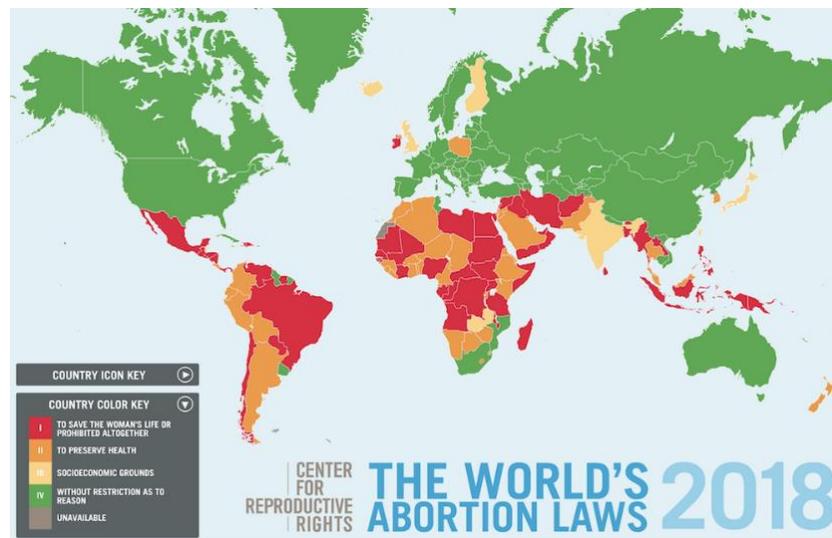


Figure 6 : Carte représentant les différentes législations au sujet du droit à l'avortement dans le monde.(16)

Recommandations de 2013

En ce sens et malgré ces grandes différences entre les pays, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) actualisait en 2013 ses recommandations au sujet de la prise en charge des avortements, afin d'offrir aux patientes une prise en charge optimale et la plus sûre possible. (17)

(Nous ne développerons ici que les aspects médicaux purs de ces recommandations quant à la réalisation des IVG, sans préciser les modalités de diagnostic et de consultation préalables.)

En cas d'IVG médicamenteuse, l'OMS propose des recommandations très semblables à celles du CNGOF de 2016. Une conduite à tenir sans mifépristone est ajoutée pour prendre en compte les pays ne disposant pas de mifépristone.

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA	200mg 24-48 heures avant	800 µg	Vaginale, buccale, sublinguale	Pas de dose supplémentaire	Pas de dose supplémentaire
		400 µg	Orale		
	Absence	800 µg	Vaginale ou sublinguale	800 µg répétée 3 fois maximum, toutes les 3 heures	
7 – 9 SA	200mg 24-48 heures avant	800 µg	Vaginale, buccale ou sublinguale		
	Absence	800 µg	Vaginale ou sublinguale	800 µg répétée 3 fois maximum, toutes les 3 heures	
9 – 12 SA	200mg 36-48 heures avant	800 µg	Vaginale	400 µg, répétée 4 fois maximum, toutes les 3 heures	Vaginale ou sublinguale
	Absence	800 µg	Vaginale ou sublinguale	800 µg répétée 3 fois maximum, toutes les 3 heures	
12 – 24 SA	200mg 36-48 heures avant	800 µg	Vaginale	400 µg répétée 4 fois maximum, toutes les 3 heures	Vaginale ou sublinguale
		400 µg	Orale		
	Absence	400 µg	Vaginale ou sublinguale	400 µg répétée 4 fois maximum, toutes les 3 heures	Vaginale ou sublinguale

Tableau 2 : Recommandations de l'OMS au sujet des IVG médicamenteuses (16)

En cas d'IVG chirurgicale par aspiration, l'OMS les recommande jusqu'à un âge gestationnel de 14 SA. La technique d'aspiration endo-utérine est à favoriser, et ne doit pas être complétée par un curetage. La préparation cervicale est également préconisée, quel que soit l'âge gestationnel, mais surtout pour les termes supérieurs à 12 SA. Les différents moyens utilisés peuvent être :

- le misoprostol 400µg (par voie sublinguale ou vaginale), 3 heures avant l'intervention
- la mifégyne 200mg, 24 à 48 heures à l'avance
- les lamineuses, 6 à 24 heures avant l'intervention.

L'antibioprophylaxie est également recommandée.

L'anesthésie générale n'est pas recommandée en systématique, car associée à un plus grand nombre de complications que l'anesthésie locale (bloc paracervical à la lidocaïne préféré)

Pour les termes tardifs, (supérieurs à 12-14 SA), il est recommandé de proposer 2 techniques : soit la dilatation et évacuation, soit la méthode médicamenteuse. La technique dite « dilatation et évacuation » consiste en une dilatation du col suivie d'une extraction de l'œuf à l'aide d'instruments chirurgicaux.

La prise en charge de la douleur doit être réalisée, quelle que soit la technique. L'antalgie par anti-inflammatoire non stéroïdien est recommandée. L'usage du paracétamol n'est pas préconisé, du fait de son inefficacité.

Les recommandations émises par l'OMS sont donc semblables à celle du CNGOF de 2016. Et notamment au sujet des IVG tardives, qui sont également possibles par méthode médicamenteuse.

III IVG chirurgicale

La technique instrumentale est historiquement la première méthode ayant été utilisée pour la réalisation des IVG après leur légalisation.

a. Protocole de prise en charge

1^{ère} consultation ou consultation pré-IVG

Lors de la consultation pré-IVG, la patiente peut être reçue en rendez-vous par un médecin ou une sage-femme. Cette consultation est commune aux IVG médicamenteuses et

chirurgicales.

Pour la datation de grossesse, l'échographie est le moyen de référence. Le taux sanguin des β HCG ne doit, quant à lui, pas être utilisé ; car jugé peu fiable (recommandation de grade C).

L'échographie peut être réalisée par voie sus-pubienne, et si besoin par voie endovaginale, notamment pour les termes autour de 7 SA ou cas de mauvaise visualisation. Elle permet la datation de la grossesse, soit par la mesure du sac gestationnel pour les termes précoces, soit par la mesure de la LCC de l'embryon (recommandations de grade B).

Pour les termes supérieurs à 11 SA, la mesure du BIP peut être utilisée pour la datation. Pour les termes proches de 14 SA, l'échographie est très fortement recommandée. La datation repose sur la mesure du BIP et/ou sur la LCC. Pour accepter l'IVG, le BIP doit être inférieur à 30 mm et la LCC à 90mm, du fait de la fiabilité de la mesure à +/- 5 jours (accord professionnel). (Un terme à 14 SA retrouvant en théorie un BIP à 27 mm et une LCC à 80 mm)

Dans les cas de patientes réglées de manière très régulière et/ou avec une date de rapport à risque ; il est possible de surseoir à l'échographie et ne pas empêcher la programmation l'IVG si examen clinique de qualité peut être réalisé. L'échographie de datation doit cependant être encouragée (accord professionnel). (1)

Cette consultation permet également de réaliser un examen gynécologique et de réaliser un frottis cervico-vaginal si nécessaire. L'interrogatoire doit rechercher des contre-indications aux deux techniques et la discussion doit s'orienter vers la contraception. Il peut également être proposé un dépistage des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatite B, Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoea)

En cas de grossesse sur dispositif intra-utérin (DIU), il est recommandé de le retirer avant l'IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale. L'impossibilité de le retirer est une contre-indication à l'IVG médicamenteuse.

Au terme de la rencontre, des explications sont données à la patiente au sujet de l'IVG et des deux techniques possibles. La patiente choisit, selon son désir, la technique pour laquelle elle préfère opter.

Depuis les RPC du CNGOF de 2016 sur les IVG, entre 9 et 14 SA, il est recommandé de proposer les méthodes médicamenteuses et instrumentales aux patientes. Le choix de la technique doit donc être laissé, après une information claire des avantages et inconvénients en fonction du terme ainsi que des effets secondaires (recommandation de grade B).

Afin de guider la patiente dans son choix, les éléments du tableau 3 peuvent ainsi être expliqués.

IVG chirurgicale	IVG médicamenteuse
Geste court	Durée incertaine
Geste intrusif	Pas de geste intrusif
Pierce personne/passivité de la patiente	Patiente seule/active, visualisation de l'œuf possible
Hospitalisation systématique	Hospitalisation non systématique
Echec complet exceptionnel	Echec complet de 2 à 3%
Confirmation du succès de l'IVG instantané	Confirmation du succès à distance (HCG ou échographie)
Pose de DIU en per-IVG possible	Pose de DIU différée (entre J 14 et J 21)

Tableau 3 : Tableau présentant les principales différences entre IVG chirurgicale et IVG médicamenteuse (14)

D'un point de vue biologique, seuls le groupe sanguin et son rhésus sont obligatoires.

En cas de grossesse de localisation indéterminée et en l'absence de facteurs de risques et de signes fonctionnels, l'IVG peut être réalisée. La patiente doit être informée du risque de GEU et de la nécessité de consulter en urgence devant l'apparition de signes cliniques évocateurs. Il est recommandé de réaliser un dosage des β HCG avant et après la procédure (accord professionnel) ; si la décroissance est supérieure à 50% à J5 et à 80% à J7, alors la grossesse extra-utérine est écartée et le succès de l'IVG confirmé (Niveau de preuve 3). (1)

L'idéal est de réaliser cette première consultation avec la patiente seule. En effet, il s'agit d'un moyen efficace de s'assurer de son libre arbitre quant à sa décision ainsi que de lui laisser un espace de parole pour évoquer son histoire personnelle et ses difficultés.

Enfin, si le délai légal de 14 SA est dépassé ; la patiente est en droit de se tourner vers d'autres pays européens dont le délai légal permet des IVG plus tardives.

Une consultation d'anesthésie doit être programmée.

2^{ème} consultation

La deuxième consultation est également obligatoire. Son déroulement est quasi identique à celle des IVG médicamenteuses : elle permet la confirmation écrite de l'IVG.

Une des différences réside dans la prise de mifépristone. En effet, la mifépristone, prise 24 à 48 heures avant le geste, n'est recommandée que pour les IVG chirurgicales de terme compris entre 12 et 14 SA : elle permet la préparation cervicale pour faciliter la dilatation (Niveau de preuve 2). Pour les termes inférieurs, son efficacité n'a pas été prouvée. (1)

Hospitalisation

Les IVG instrumentales peuvent être pratiquées en centre hospitalier ou en centre de santé.

Avant la réalisation de l'IVG, sont recommandées la préparation cervicale par misoprostol en prévention des complications liées à la dilatation cervicale ainsi qu'une antibioprophylaxie en prévention des infections du post-abortum.(18)

Un traitement anxiolytique per-opératoire n'est pas recommandé en systématique pour diminuer l'anxiété. Il peut être prescrit, au cas par cas, mais il est pourvoyeur d'effets indésirables secondaires tels que des épisodes de malaise ou d'amnésie partielle.

Technique (19)

Préparation

La patiente est installée au bloc opératoire en position gynécologique. On réalise ensuite classiquement une détersion bétadinée ou à la chlorhexidine (efficacité non prouvée sur la diminution des infections génitales hautes, certainement à cause de l'impossibilité de stériliser l'endocol).

Analgésie

En termes d'anesthésie, l'anesthésie générale ou l'anesthésie locale doivent être proposés et le choix laissé à la patiente (recommandation de grade B). Elles offrent la même sécurité et satisfaction auprès des patientes. (1)

L'anesthésie locale recommandée est l'anesthésie locale paracervicale (ALP). Elle consiste en l'injection d'anesthésique (ropivacaïne 7,5 ou lidocaïne 1% seules ou mélangées à 2cc de bicarbonate de sodium à 8,4%) en 2 ou 4 points à plus de 1,5 cm de profondeur. Une vaporisation à la lidocaïne 5% peut être réalisée avant l'ALP. (recommandation de grade B)

Une alternative à l'ALP est l'utilisation de gel à la lidocaïne 2% 30 à 45 minutes avant le geste.

(1) En cas d'anesthésie générale, les produits utilisés doivent être d'action et d'élimination rapide, avec un minimum d'effets secondaires. Par ailleurs, l'utilisation d'halogénés est considérée comme étant un facteur de risque de déplétion sanguine importante.

Dilatation cervicale

Elle est indispensable au passage de la canule d'aspiration dans le col pour réaliser l'IVG. En effet, physiologiquement, chez une nullipare, à moins de 12 SA, le diamètre d'ouverture de l'orifice interne du col est de 3-4mm ; et d'un peu plus chez la multipare.

La traction de l'utérus dans la filière génitale par une pince (souvent Pozzi ou museux) permet de mettre l'utérus dans l'axe cervico-isthmique et d'éviter les faux trajets.

Ensuite, le col est dilaté petit à petit, avec précaution, à l'aide de dilateurs de diamètres croissants.

On utilise principalement les bougies de Hégar, majoritaires en France. Ce sont des dilateurs métalliques à extrémité arrondie, gradés de 1 cm en 1 cm. Il existe également des bougies de diamètre intermédiaires, utiles lors des dilatations difficiles.

La dilatation du col est estimée jusqu'à la bougie de Hégar dont le numéro correspondant au terme en SA moins 2.

Aspiration instrumentale

L'aspiration peut être réalisée par méthode électrique ou manuelle. L'aspiration électrique doit être privilégiée à partir de 9 SA.

Le curetage, considéré à risque plus important de lésion utérine, doit désormais être abandonné (grade B). (1)

L'aspiration est réalisée avec une vacurette, branchée à un tuyau souple et long, qui est introduite dans le col utérin jusqu'à l'utérus. L'aspiration ne doit pas commencer avant d'être dans l'utérus. En effet, en commençant dans le col, l'opérateur expose la patiente à un risque

de sténose cervicale.

La dépression nécessaire pour réaliser une aspiration endo-utérine est comprise entre 600 et 800 millibars.

Le mouvement consiste en une rotation douce de la vacurette ainsi que des va-et-vient de faible amplitude.

L'opérateur doit s'assurer de la présence de trophoblaste dans le produit d'aspiration.

L'aspiration est terminée quand les débris ovulaires sont remplacés par du sang spumeux. De plus, une brutale contraction du myomètre bloquant la canule d'aspiration ainsi qu'une sensation tactile de crissement de la vacurette dans l'utérus, dont la paroi est devenue ferme et rugueuse, confirme cliniquement la vacuité.

L'administration d'un ocytocique (syntocinon, 5 unités en IVL), associée au massage utérin, permet d'optimiser la rétraction utérine, et ainsi diminuer les saignements et le risque d'hématométrie. Il n'est pas recommandé en systématique, mais plutôt en fonction de l'impression clinique de la tonicité utérine ainsi que de l'abondance des saignements.

L'envoi en anatomopathologie du produit d'aspiration n'est pas nécessaire systématiquement. Il n'est réalisé qu'en cas de doute sur le contenu de l'aspiration endo-utérine (grossesse ectopique par exemple).

Contrôle de la vacuité

Le contrôle de la vacuité peut se faire par échographie au décours immédiat de l'aspiration. Mais il n'est pas obligatoire. Si l'épaisseur de l'endomètre est supérieure à 8 mm, une nouvelle aspiration endo-utérine doit être pratiquée (Recommandation de grade B).(1)

Il n'est pas recommandé d'utiliser la curette pour le contrôle de la vacuité.

Après l'éventuel contrôle échographique de la vacuité, un contrôle clinique est indispensable. Il faut donc s'assurer de l'absence de saignement ainsi que du bon tonus utérin, qui confirment l'absence de complications hémorragique.

Suites opératoires

La sortie est autorisée après le contrôle de l'absence de douleur et de saignement notable.

La patiente doit être informée de la présence possible de quelques douleurs pouvant l'amener

à utiliser des antalgiques de palier 1 ainsi que des métrorragies modestes pouvant durer jusqu'à 14 jours. En cas de fièvre, douleurs intenses résistant aux antalgiques ou métrorragies d'allure hémorragique ; cela est anormal, elle doit donc reconsulter.

L'activité professionnelle peut être reprise dès le lendemain.

Il n'y a pas d'intérêt à pratiquer une échographie dans les suites d'une aspiration endo-utérine.

La consultation post-IVG, même si elle paraît moins indispensable que pour les IVG médicamenteuses, doit être systématiquement proposée. Elle permet de s'assurer du succès de la procédure, discuter de contraception et du vécu de l'IVG (Accord professionnel).(1)

Situations particulières (19)

Moins de 7 SA

La spécificité de ces IVG précoces tient dans le risque de ne pas aspirer l'œuf, et notamment lorsqu'il n'est pas visible à l'échographie. D'un point de vue pratique, le geste est donc court avec l'aspiration de produit ovulaire dont le volume dépasse rarement 30ml. Il faut donc s'assurer par un contrôle visuel que le contenu aspiré présente bien des villosités choriales et des membranes.

En cas de doute sur la réelle aspiration de la grossesse, un dosage des β HCG est indiqué 15 jours après l'IVG chirurgicale. Le taux doit avoir baissé d'au moins 80% pour confirmer le succès de la procédure.

Entre 12 SA et 14 SA

Du fait du volume plus important ainsi que de la consistance des produits, l'aspiration peut être moins aisée que pour les termes inférieurs. En effet, la canule peut être obstruée et il est parfois nécessaire de tracter l'œuf à la pince languette afin de faciliter son expulsion. Dans un deuxième temps, il peut être utile d'utiliser une canule de diamètre inférieur pour aspirer les résidus de trophoblaste de petite taille.

Cependant, malgré la durée plus longue de la procédure ainsi que les difficultés possibles, les

IVG à un terme compris entre 12 et 14 SA ne présentent pas plus de complications que pour les termes inférieurs.

b. Prise en charge de la douleur

La prise en charge de la douleur repose principalement sur les AINS. La première dose, dans l'idéal, peut être réalisée en per-opératoire (600mg d'ibuprofène par exemple) (Recommandation de grade B).

Le phloroglucinol n'est pas recommandé, car inutile. Le paracétamol seul ou associé à la codéine n'a pas prouvé son efficacité en post-opératoire ; il n'est donc pas recommandé en systématique (Recommandation de grade B). (1)

c. Complications

Les complications précoces sont les complications survenant immédiatement après l'IVG et dans les 6 semaines après. Au-delà de ces 6 semaines, il s'agit de complications à moyen et long terme. (20)

1. *Précoces*

Complications liées à la dilatation

Lésions cervicales

Les lésions cervicales sont relativement fréquentes mais sans gravité (<1%). Elles sont secondaires au lâchage de la pince de traction, le plus souvent au moment de la dilatation cervicale. Un tamponnement suffit généralement pour stopper le saignement qui en résulte, et dans de rares cas des points sont réalisés.

Perforations utérines

Les perforations utérines sont des événements qui surviennent rarement (0,01% à 2%) ; mais qui sont parfois méconnus par l'opérateur.

Selon la localisation et le type d'instrument utilisé, les risques sont variables :

- Lésion médiane dans le fond utérin : peu de risque d'hémorragie
- Lésion latérale au niveau cervico-isthmique :
 - Risque de lésion de la branche ascendante de l'artère utérine à l'origine d'hématome du ligament large et d'un épanchement péritonéal
 - Risque de lésion de la branche descendante de l'artère utérine à l'origine d'un saignement extériorisé par le col
- Lésion avec une bougie de Hégar au moment de la dilatation : faible risque de plaie de l'intestin mais plutôt des vaisseaux épiploïques ou mésentériques
- Lésion avec une vacurette au moment de l'aspiration : risque élevé de plaie digestive avec risque de péritonite dans les suites.

Les différents traitements de ces lésions peuvent être la ligature des vaisseaux, la réparation de plaie vasculaire par laparotomie, l'embolisation et en dernier recours l'hystérectomie d'hémostase.

Cependant, elles ne doivent donc pas conduire systématiquement à une exploration coelioscopique, mais plutôt en cas de signes d'irritation péritonéale, de douleur croissante et de déglobulisation évoquant une hémorragie active, mais aussi selon la localisation et l'instrument responsable.

Il est admis que lorsque le geste est réalisé sous anesthésie locale, la douceur nécessaire pour le geste diminue le risque de perforation par rapport à sa réalisation sous anesthésie générale. En cas de perforation utérine confirmée, pour une grossesse ultérieure, l'utérus ne doit pas être considéré comme étant cicatriciel.(1)

Complications liées à l'évacuation

Hémorragies

Le taux d'hémorragie compliquant une IVG chirurgicale est faible, il est aux alentours de 1,5 pour 1000 IVG. Sa définition, variable selon les études, est identique à celle pour les IVG médicamenteuses.

Les facteurs de risque sont :

- L'âge gestationnel supérieur à 10 SA
- L'âge maternel avancé

- La multiparité
- L'anesthésie générale
- Les fibromes utérins

Les étiologies de ces hémorragies survenant pendant l'aspiration peuvent être :

- L'avortement incomplet
- Une grossesse de terme plus avancé que prévu
- Une atonie utérine
- Un trouble d'implantation de la grossesse : localisation cervicale, dans une cicatrice de césarienne, cornuale ou même placenta accréta précoce
- Une plaie utérine : perforation utérine ou déchirure cervicale
- Une malformation artério-veineuse

La démarche diagnostique en cas d'hémorragie en cours d'IVG doit être systématique. Tout d'abord l'examen du vagin, des culs de sac et du col doit être entrepris à la recherche de déchirure. Puis, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale doit rechercher une atonie utérine. Enfin, l'échographie permet de mettre en évidence une rétention intra-utérine, une hématométrie, ou bien un épanchement péritonéal. (21)

En fonction de l'étiologie retrouvée, le traitement adéquat doit être entrepris : compression pendant plusieurs minutes en cas de déchirure du col ou du vagin ; suture en cas d'échec de compression, répétition de l'aspiration en cas d'avortement incomplet, massage utérin bimanuel et injection de syntocinon en cas d'atonie utérine, coelioscopie pour suture utérine en cas de suspicion de perforation utérine.

La stabilisation de la situation, en cas d'hémorragie non résolue passe essentiellement par la mise en place d'un ballonnet d'une sonde de Foley en intra-utérin, permettant le tamponnement de l'utérus. En dernier recours, et avant l'hystérectomie d'hémostase, l'embolisation sélective des artères utérine peut être requise.

Rétentions ovulaires – grossesses évolutives

Il s'agit d'une complication dont la fréquence varie entre 0,1 et 0,5 %. Elle est évidemment beaucoup plus rare que dans les IVG médicamenteuses.

Elles sont diagnostiquées immédiatement lorsque le produit d'aspiration ne semble pas contenir de débris ovulaire ou par échographie à la fin du geste.

Lorsqu'elles sont mises en évidence à distance, ce sont des métrorragies persistantes qui motivent la réalisation d'une échographie.

L'aspiration endo-utérine ou l'hystérocopie se discutent en fonction du délai et de l'importance de la rétention.

Il semblerait que les IVG instrumentales réalisées avant 7 SA, ainsi que celles réalisées par des opérateurs peu entraînés, soient des facteurs de risque d'échec de la procédure.

Les cas d'échecs complets peuvent quant à eux être secondaires à une malformation utérine (œuf de l'autre côté de la cloison) à une grossesse gémellaire ou encore à une erreur de technique (aspiration dans l'endocol ou dans un faux trajet réalisé lors de la dilatation).

Infections

La fréquence des infections du post-abortum après méthode instrumentale sont très variables en fonction des études : 5 à 20%.

Les signes cliniques évocateurs sont la fièvre, les leucorrhées ou métrorragies malodorantes, les douleurs pelviennes intenses, une douleur à la mobilisation utérine.

Les facteurs favorisants sont l'âge inférieur à 20 ans, la nulliparité, les partenaires sexuels multiples, l'antécédent de salpingite et l'infection génitale non traitée au moment de l'avortement.

Synéchies utérines

La prévalence des synéchies utérines est quasi inexistante avec la technique d'IVG par aspiration endo-utérine. Les curetages sont quant à eux pourvoyeurs de synéchies, et c'est la raison pour laquelle ils ne sont désormais plus recommandés.

Ces synéchies sont en effet à l'origine d'aménorrhée et ou d'infertilité, et sont diagnostiquées par hystérocopie.

Enfin, il n'existe aucun moyen de prévention médicamenteux prouvé.

Métaplasie ostéoïde de l'endomètre

Il s'agit de la présence de tissu osseux ectopique dans l'utérus. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce phénomène dont la rétention de tissu osseux fœtal après une IVG à l'origine d'une ostéogénèse de l'endomètre ou encore une greffe de cellule mésenchymateuses à potentiel osseux.

La découverte de cette complication se fait soit dans un contexte d'endométrite chronique ou d'infertilité.

Le traitement de référence est la résection par voie hystéroscopique du tissu métaplasique, avec cependant un risque important de récurrence.

Malformations artérioveineuses (MAV)

Ces conséquences rares font souvent suite à une révision utérine ou un curetage. Le mécanisme évoqué alors serait des lésions des vaisseaux (artères et veines) liés au geste traumatique, qui cicatrisent en formant des anastomoses entre eux.

Quand elles surviennent après une rétention secondaire à une IVG médicamenteuse ou chirurgicale, l'hypothèse serait qu'un défaut de résorption de la vascularisation péri-trophoblastique entrainerait la formation d'une MAV. Elles se formeraient plus facilement dans un contexte d'infection associée.

Elles sont ensuite découvertes de manière fortuite à l'échographie ou à l'occasion d'un saignement très abondant lors d'une aspiration endo-utérine. Le traitement de référence est l'embolisation sélective des artères utérines.

Autres

Complications liées à l'anesthésie

Il s'agit de complications rares, mais lorsqu'elles surviennent, graves. Le risque de décès secondaire à une anesthésie générale est de 0,58 pour 100 000 IVG et de 0,15 pour 100 000 après une anesthésie locale.

Cependant, ce taux est infime par rapport à la mortalité dans les pays où l'IVG est pratiquée de manière illégale et non médicalisée.

Embolies amniotiques

Le risque d'embolie amniotique lors d'une IVG semble nul avant 14 SA, il existerait plutôt pour les termes plus tardifs.

Méconnaissance d'une grossesse ectopique

Il peut s'agir de grossesse extra-utérine non diagnostiquée (tubaire, cornuale ou abdominale)

ou d'une grossesse hétérotopique. Le diagnostic est souvent fait lors de la rupture tubaire après la réalisation de l'IVG chirurgicale. Cependant, l'examen attentif du produit d'aspiration et l'échographie de datation précoce avant l'IVG doivent faire éviter ce mode de découverte. Les très rares cas de grossesse cervicale doivent incontestablement être diagnostiqués à l'échographie dans la mesure où leur aspiration est à l'origine d'hémorragie cataclysmique dont l'unique traitement est parfois l'hystérectomie d'hémostase.

Méconnaissance d'une grossesse molaire

Il s'agit d'un risque très rare, dès lors que la patiente a bénéficié d'une échographie de datation, ce qui est le cas pour la très grande majorité des patientes. Cependant, lors d'une échographie très précoce, la différence entre une grossesse évolutive et une grossesse molaire n'est pas aisée à faire. Elle peut également survenir après une IVG médicamenteuse. Le diagnostic se fait lors de la récurrence de métrorragies après l'IVG, avec un dosage des β HCG élevés et une échographie évocatrice. Une aspiration est recommandée avec une analyse anatomopathologique du produit d'aspiration.

Cependant, en pratique courante, devant la faible incidence des grossesses molaires, il n'est donc pas recommandé de pratiquer une analyse anatomopathologique systématique du produit d'aspiration.(20)

Décès

Depuis la légalisation de l'IVG, les conditions médicales optimales de réalisation de l'IVG chirurgicale ont permis de faire chuter considérablement la mortalité après avortement. En effet, actuellement, le risque de décès après une IVG instrumentale est de 0,7 pour 100 000, soit un chiffre identique à celui des FCS, et inférieur au risque de décès lors d'un accouchement. Le principal facteur favorisant est l'âge gestationnel élevé. Les causes de décès dans ces circonstances sont l'hémorragie, l'infection, les accidents thrombo-emboliques, et les complications anesthésiques. (22)

2. A moyen et long terme

Conséquences obstétricales

Incompétence cervicale

L'incompétence cervicale, autrement nommée béance cervico-isthmique est une entité mal définie. Elle est incriminée dans les fausses couches tardives ou accouchements très prématurés.

Cependant, du fait de cette définition imprécise, il n'y a pas de corrélation prouvée entre IVG chirurgicale et incompétence cervicale ultérieure. (20)

Fertilité

L'IVG instrumentale n'a pas de conséquences sur la fertilité ultérieure de la patiente. (1)

FCS

Le taux de FCS n'est pas augmenté après une IVG instrumentale en cas de grossesse survenant plus de 3 mois après l'IVG. Dans les 3 mois suivant le geste, une augmentation très faible des FCS est retrouvée, mais trop faible pour recommander aux patientes d'attendre 3 mois avant de tenter une grossesse. L'hypothèse évoquée serait la création de microtraumatismes et d'infection à minima lors du geste chirurgical, à l'origine d'une anomalie d'implantation dans les suites immédiates de l'IVG. (1,20)

GEU

L'IVG instrumentale ne semble pas favoriser la survenue de grossesse extra-utérine. (1)

Anomalies de placentation

La technique d'IVG chirurgicale par aspiration n'est pas pourvoyeuse d'anomalie de placentation pour une grossesse ultérieure, contrairement à la technique par curetage. (1)

Accouchement prématuré

L'accouchement prématuré n'est pas favorisé par la pratique d'IVG instrumentale. En effet, la dilatation cervicale est facilitée par la préparation par misoprostol ou mifépristone ainsi que

l'antibioprophylaxie, qui diminuent le risque de béance post-opératoire. (1)

Prééclampsie

Il semblerait que les IVG, chirurgicales ou médicamenteuses, seraient plutôt un facteur protecteur de prééclampsie. En effet, la prééclampsie étant liée à une intolérance immunologique maternelle, la multiplication des grossesses, même interrompues, permet le développement d'une tolérance immunologique (à condition qu'elles soient obtenues avec le même procréateur). (22)

Allo-immunisation fœto-maternelle

La non-réalisation de l'injection de γ -globulines anti-D en cas de Rhésus maternel négatif est à risque d'allo-immunisation fœto-maternelle. En effet, les hématies fœtales peuvent passer dans la circulation maternelle dès le 38^{ème} jour de grossesse. Ce risque est estimé entre 0 et 3 % selon les études. (20)

Conséquences psychologiques

L'IVG n'a pas de conséquences psychologiques ou psychiatriques sur les patientes, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale.

Dans le cas des patientes ayant des troubles psychiatriques préexistants, la grossesse non prévue est quant à elle à risque de troubles psychiques après sa survenue. (20)

Cancer du sein

L'IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale, n'est pas un facteur de risque de cancer du sein. (20)

3. Prévention

Préparation médicamenteuse du col utérin pour réduire les complications mécaniques

La préparation médicamenteuse du col utérin par misoprostol est recommandée de manière systématique. Elle permet de faciliter la dilatation cervicale et diminue ainsi les complications

liées au geste. En effet, le misoprostol a prouvé son efficacité par rapport aux donneurs de NO et par rapport aux lamineuses, dont les patientes sont moins satisfaites (recommandation de grade A).

Une dose de 400 µg est donc recommandée par voie vaginale 3 heures avant le geste (bonne efficacité et bonne tolérance) ou par voie sublinguale 1 à 3 heures avant le geste (meilleure efficacité, mais moins bonne tolérance, notamment au niveau digestif) (recommandations de grade A et B). (1)

La mifépristone pour la préparation cervicale est également recommandée, mais uniquement pour les termes entre 12 et 14 SA. Un comprimé de mifépristone 200mg doit être pris 24 à 28 heures avant le geste, par voie orale. (1)

Antibioprophylaxie pour réduire les complications infectieuses.

Cette antibioprophylaxie est systématique, et non ciblée (recommandation de grade A). Les antibiotiques recommandés sont la doxycycline ou le métronidazole. (18)

La doxycycline est recommandée chez les patientes de moins de 25 ans et chez celles à haut risque de MST, du fait de la prévalence importante de l'infection à Chlamydia trachomatis dans ces populations. La dose préconisée est de 100mg per os 1 heure avant l'IVG puis 200 mg juste après la procédure (recommandation de grade A). L'alternative à la doxycycline en cas d'allergie est l'azithromycine à dose de 1mg (accord professionnel).

Le métronidazole est quant à lui recommandé chez les autres patientes à la dose de 500 mg per os au moment de l'IVG, puis 500mg per os 4 à 8 heures après. (recommandation de grade A)

Acte chirurgical

Dans le cadre de la prévention des lésions cervicales et perforations utérines, plusieurs éléments seraient des facteurs protecteurs de complications. La réalisation du geste chirurgical :

- sous anesthésie locale, du fait des précautions supplémentaires,
- sous contrôle échographique,

- par un opérateur entraîné, et notamment pour les termes tardifs, seraient des moyens de prévenir perforations, lésions cervicales et hémorragies. La méconnaissance d'une GEU est évitable par la vérification de la présence de trophoblaste et éventuellement du fœtus dans le produit d'aspiration par l'opérateur pendant la procédure.

Accompagnement psychologique

L'accompagnement psychologique doit être proposé à toutes les patientes ayant une grossesse non prévue, et ce quel que soit l'issue de la grossesse.

d. Contre-indications de la méthode

Il n'existe pas de contre-indication à la méthode chirurgicale

IV IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse est apparue dans les années 1980, après la mise sur le marché de la mifépristone.

a. Protocole de prise en charge

1^{ère} consultation ou pré-IVG (commune avec les IVG chirurgicales)

La consultation pré-IVG dans le cadre d'une IVG médicamenteuse est identique à celle d'une IVG chirurgicale, elle ne sera donc pas redéveloppée ici.

Deuxième consultation

Une deuxième consultation est programmée dans les délais souhaités par la patiente et selon le terme limitant la faisabilité de l'IVG. Elle consiste en la confirmation écrite par la patiente de sa demande d'IVG (formulaire de consentement) et son choix quant à la méthode.

Deux protocoles existent : celui du CNGOF et celui de l'HAS.

Si le centre utilise le protocole du CNGOF, la patiente démarre donc le protocole d'IVG médicamenteuse par la prise d'un comprimé de mifépristone de 200mg par voie orale, en présence du médecin (recommandation de grade A). L'expulsion se fait rarement après la prise de mifépristone. (1)

Si le centre utilise le protocole de l'HAS, deux schémas thérapeutiques existent :

- 1^{er} schéma : la patiente reçoit 3 comprimés de mifépristone 200mg en 1 prise
- 2^{ème} schéma : la patiente reçoit 1 comprimé de mifépristone 200mg mais uniquement avant une administration de géméprost. (15)

Il n'y a pas d'antibioprophylaxie systématique de recommandée dans le cadre des IVG médicamenteuses.

Lorsque la méthode d'évaluation de l'efficacité repose sur les β HCG, leur dosage peut être également pratiqué le jour de cette consultation (J0).

L'injection de sérum anti-D (200 mg de Rhophylac® par voie intraveineuse) est réalisée si le Rhésus est négatif.

La contraception doit être prescrite, si cela n'a pas été fait à la consultation précédente.

Dans le cadre particulier des IVG médicamenteuse réalisées au domicile, le traitement symptomatique doit être prescrit de manière systématique et comprend des antalgiques (paracétamol, ibuprofène, tramadol) et un antiémétique (pimpéran).

Une information précise au sujet des motifs devant faire consulter la patiente en urgence doit être réalisée. Par exemple, l'imprégnation de 2 serviettes hygiéniques en une heure fait suspecter une hémorragie et doit amener la patiente à consulter en urgence.

Les conditions permettant la réalisation d'une IVG médicamenteuse au domicile sont :

- Une grossesse de terme inférieur à 7 SA
- La distance du domicile par rapport au centre référent doit être inférieure à 1 heure

- La nécessité d'être accompagné par une tierce personne.(23)

Troisième consultation (« virtuelle » au domicile) ou hospitalisation

Cette consultation est dite « virtuelle » car il s'agit en fait du moment de la prise de misoprostol : soit au domicile, soit à l'hôpital. Elle a lieu 24 à 48 heures après la prise de mifépristone pour le protocole du CNGOF et 36 à 48 heures avant une prostaglandine (misoprostol ou géméprost) pour le protocole HAS.

Recommandation CNGOF

Les posologies et voies d'administration du misoprostol dépendent du terme de l'IVG, détaillée dans le tableau ci-dessous (recommandations de grade A et B). (1)

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA	24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	400 µg	Orale, buccale, sublinguale ou vaginale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3 heures, si besoin	Orale, buccale, sublinguale ou vaginale
7 – 9 SA		800 µg	Buccale, sublinguale ou vaginale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3-4 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou vaginale
9 – 12 SA		800 µg	Buccale, sublinguale ou vaginale	400 µg Répétée 5 fois maximum, toutes les 3 heures, jusqu'à expulsion	Buccale, sublinguale ou vaginale
12 – 14 SA		800 µg	Vaginale	400 µg Répétée 5 fois maximum, toutes les 3 heures, jusqu'à expulsion	Buccale, sublinguale ou vaginale

Tableau 4 : Protocole d'IVG médicamenteuse en fonction du terme selon les RPC du CNGOF de 2016 (1)

La voie orale est la déglutition immédiate des comprimés et la voie buccale consiste à laisser les comprimés entre les joues et la gencive, avec déglutition des résidus après 30 min.

Les saignements surviennent en moyenne 2 à 4 heures après la première prise de misoprostol, et l'expulsion en moyenne à 4 heures. Ils sont d'abondance supérieure à des règles et au décours, persistent avec une abondance moindre pendant une dizaine de jours. L'absence de saignement signe l'échec de la procédure.

Pour les termes supérieurs à 7 SA ou inférieurs à 7 SA avec des contre-indications de réalisation au domicile, l'hospitalisation est ambulatoire (< 12 heures).

Les doses de misoprostol sont renouvelées selon le protocole en l'absence d'expulsion.

Un examen gynécologique peut être réalisé en cas de douleur intense. En effet, l'ablation du sac gestationnel bloqué dans le col à la pince languette permet de lever la douleur et souvent de terminer l'expulsion.

La contraception, lorsqu'il s'agit d'un implant, peut être posée avant la sortie d'hospitalisation. Enfin, la patiente est autorisée à rentrer chez elle après des informations sur les motifs devant la faire reconsulter (fièvre, métrorragies abondantes, douleurs intenses résistants aux antalgiques simples)

Recommandations HAS

Pour les IVG de terme inférieur à 7 SA, 2 molécules sont admises : le misoprostol ou le géméprost. Le misoprostol est prescrit par voie orale, il s'agit de Gymiso® 200 µg (2 comprimés en 1 prise) ou de MisoOne® 400µg (1 comprimé). Le géméprost est quant à lui prescrit par voie vaginale, il s'agit de Cervagem® 1mg (1 ovule).

Pour les IVG aux 8^e et 9^e SA, seul le géméprost est autorisé, à la même posologie que pour les termes inférieurs. (15)

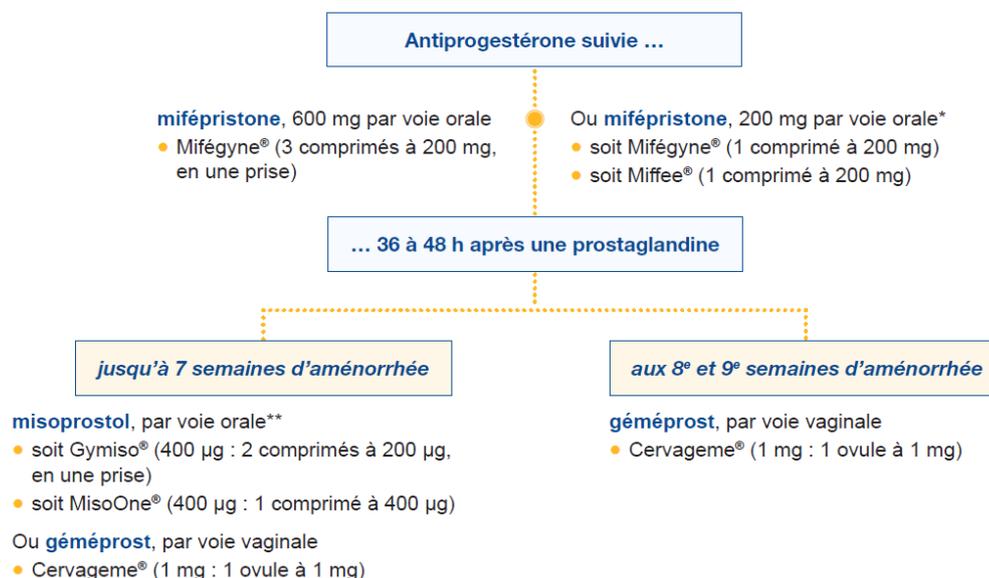


Figure 7 : Protocole d'IVG médicamenteuse émis par l'HAS en juin 2018 (15)

De plus, deux points spécifiques sont également précisés quant à l'utilisation de misoprostol. En effet, son administration par voie vaginale est contre-indiquée, ainsi que l'utilisation de doses supérieures à 400 µg. (15)

4^{ème} consultation ou post-IVG

La consultation post-IVG est donc la 4^{ème} et dernière consultation. Elle n'est pas obligatoire ; mais elle est cependant fortement recommandée et doit être proposée.

Ces différents objectifs sont donc la confirmation du succès de l'IVG, la recherche de complications mais aussi la mise en place d'une contraception, et l'évaluation du vécu de l'IVG. (23)

Pour confirmer le succès de l'IVG, trois moyens fiables sont validés (recommandation de grade B):

- La décroissance des β HCG de plus de 80% par rapport au dosage initial à 15 jours de l'IVG.
- L'autotest urinaire, réalisé à 2 semaines de l'IVG, qui peut être réalisé au domicile, dans le cadre d'un suivi téléphonique
- L'échographie, réalisée à au moins 15 jours de l'IVG, et uniquement pour confirmer l'absence de sac gestationnel. Elle ne doit pas être utilisée pour poser une

indication d'aspiration endo-utérine secondaire à l'étude de l'épaisseur de l'endomètre. (1)

La rencontre avec un psychologue peut être proposée à la patiente si le vécu de l'IVG semble mauvais.

Dans le cas où cette consultation n'est pas réalisée, l'efficacité du traitement doit être nécessairement vérifiée par d'autres moyens, souvent plus flexibles, comme les autotests ou la télémédecine.

b. Prise en charge de la douleur

La douleur est un élément clé de la prise en charge des IVG médicamenteuses. En effet, la bonne tolérance des patientes de cette méthode passe par une prise en charge optimale de celle-ci.

Elle doit être évaluée par échelle visuelle analogique (EVA) ou échelle numérique (EN).

Le paracétamol peut être prescrit ; mais il est insuffisant. Il faut l'associer à l'ibuprofène, plus efficace, à dose de 400 à 600mg ; à renouveler si besoin, sans dépasser 1600mg (niveau de preuve 1). Il peut être donné de manière systématique, même si la prise systématique n'a pas prouvé sa supériorité par rapport à la prise à la demande. Le phloroglucinol est inefficace donc ne doit pas être prescrit (recommandation de grade A). (1)

c. Complications

Les principales complications après une IVG médicamenteuse sont :

- L'échec complet
- La rétention ovulaire ou la rétention de produit de conception
- L'hémorragie
- L'infection
- Risque quasi-infime, le décès

L'échec complet

C'est un risque estimé aux alentours de 1%. Il est plus important que pour les IVG instrumentales et augmente avec le terme de la grossesse.

La conduite à tenir est l'aspiration endo-utérine, si la patiente confirme sa demande d'interruption de grossesse.

Rétention ovulaire ou la rétention de produit de conception

La rétention ovulaire est l'interruption de la grossesse par les médicaments abortifs, mais sans expulsion de cette dernière. Sa fréquence est estimée à environ 1,3%.

Dans ces circonstances, il est nécessaire de réaliser une aspiration endo-utérine ou une nouvelle prise de misoprostol. L'expectative n'est pas indiquée.

La définition échographique de la rétention de produit de conception est variable : épaisseur de l'endomètre augmentée, masse échogène dans la cavité utérine, ligne de vacuité interrompue par des débris ou caillots... Sa fréquence est comprise entre 0,5 et 6%.

Si elle est asymptomatique, il est recommandé de contrôler la vacuité utérine par échographie après la survenue des règles suivantes (accord professionnel). En cas de persistance de la rétention lors du contrôle échographique, il est recommandé de réaliser une hystérocopie ou une aspiration pour l'exérèse des tissus trophoblastiques restants dans l'utérus (grade A). L'hystérocopie est à préférer à l'aspiration à l'aveugle, qui serait pourvoyeuse de synéchies utérines.

Si au contraire la patiente présente des métrorragies ou des douleurs pelviennes, il est recommandé de pratiquer une aspiration endo-utérine. (1)

Hémorragie

L'hémorragie est une complication rare des IVG médicamenteuses. Elle est plus fréquente dans le cadre des IVG médicamenteuses que des IVG chirurgicales. Sa définition varie en fonction des études. Certaines études parlent d'hémorragie lorsque le volume perdu est supérieur à 250 ml ; d'autres évoquent plutôt un volume supérieur à 500 ml.

Sa fréquence est estimée à moins de 1% des cas et nécessite une transfusion dans 0,1% des cas.

Elle survient rarement dans les 24 heures suivant l'administration de misoprostol, mais est plutôt différée. Elle entraîne des saignements abondants et prolongés entraînant une déglobulisation.

En cas de déglobulisation importante ou d'arguments en faveur d'un choc hémorragique, une aspiration instrumentale doit alors être réalisée en urgence.

Infection

L'infection survient, selon les données de la littérature, dans moins de 1% des cas. Elles sont dans la très grande majorité des cas secondaires à une rétention placentaire. Elles sont diagnostiquées lors d'une fièvre supérieure à 38°C, le plus souvent associée à des signes cliniques d'infection génitale haute. Ce sont des endométrites qui nécessitent un traitement antibiotique ambulatoire ou hospitalier, selon leur sévérité. (18)

Cependant, il n'est pas recommandé d'administrer une antibioprophylaxie.

Décès

Le risque de décès secondaire à une IVG médicamenteuse en France est quasi infime : moins d'une femme pour 100 000. Ce taux est très inférieur au taux de mortalité lors d'un accouchement.

Accouchement prématuré

Enfin, l'IVG médicamenteuse n'est pas un facteur de risque d'accouchement prématuré ultérieur, même répétée. (1)

d. Pharmacologie des médicaments utilisés

	Mifépristone	Misoprostol	Géméprost
Mécanisme d'action	Stéroïde de synthèse à activité anti progestative → stimule la production de prostaglandines au niveau du col de l'utérus, permettant son ouverture et entraînant des contractions utérines	Analogue synthétique de la prostaglandine E1 → entraîne des contractions utérines et un relâchement du col : permettant l'expulsion des débris intra-utérins	Analogue synthétique de la prostaglandine E1
Médicaments	Mifégyne® 200mg Miffée® 200mg	Gymiso® 200µg Misoone® 400µg	Cervageme® 1 mg (ovule) Uniquement en établissement de santé
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance surrénale chronique, - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, - Asthme sévère non contrôlé par le traitement, - Traitement corticoïde au long cours - Porphyrie héréditaire (CI absolues), - Insuffisance rénale chronique, - Insuffisance hépatique - Malnutrition (CI relatives) - Grossesse non confirmée, Suspicion de grossesse extra-utérine, - Contre-indication à l'analogue de prostaglandine utilisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypersensibilité au misoprostol ou à l'un des excipients, - Antécédents d'allergie aux prostaglandines, - Grossesse non confirmée, - Suspicion de grossesse extra-utérine 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypersensibilité au géméprost ou à l'un des excipients, - Antécédent d'hypersensibilité aux prostaglandines - Antécédents cardio-vasculaires
Effets indésirables	Rares	<ul style="list-style-type: none"> - Gastro-intestinaux - Généraux - Contractions utérines douloureuses, métrorragies d'abondance variable - Très rarement : affections cardio-vasculaires sévères (si doses préconisées dans l'AMM dépassées) - Administration vaginale : risque de choc septique et toxique(24) 	Identiques à ceux du misoprostol
Interactions	Métabolisme par le CYP3A4 : interactions avec inhibiteurs et inducteurs du CYP3A4	Interaction supposée entre le misoprostol et les AINS (les AINS diminueraient l'efficacité du misoprostol)	Identiques à celles du misoprostol

Grossesse – allaitement – fertilité	- Malformations du cervelet : → surveillance échographique - Poursuite de l’allaitement - Pas d’influence sur la fertilité	- Anomalies de paires crâniennes - Anomalies des membres - Anomalies du système nerveux central → Surveillance échographique - Poursuite de l’allaitement	Pas de données sur la femme enceinte ou allaitante
Pharmaco- cinétique	- Concentration maximale : 1h30 après l’ingestion - Biodisponibilité : 69 % - Liée aux protéines plasmatiques - Métabolisme : hépatique élimination à 90% fécale, - Demi-vie d’élimination : 18 heures	- Concentration maximale : 30 minutes après l’ingestion – biodisponibilité : diminuée lors de l’ingestion simultanée de nourriture - Métabolisme : systèmes d’oxydation des acides gras - Elimination : fécale	- Concentration maximale : 1 heure après l’administration, avec une phase de plateau de 2 heures avant une décroissance rapide. - Métabolisme : systèmes d’oxydation des acides gras - Elimination : 50% fécale et 50% urinaire

Tableau 5 : Tableau présentant la pharmacologie de la mifépristone, du misoprostol et du géméprost

e. Contre-indications de la méthode

Les contre-indications de la technique sont tout d’abord les contre-indications des différents médicaments utilisés : mifépristone, misoprostol et géméprost.

Les contre-indications médicales des IVG médicamenteuses sont :

- Les anomalies de l’hémostase
- Un traitement anticoagulant en cours
- Une insuffisance rénale ou hépatique
- Un asthme sévère non équilibré par le traitement en cours
- Un DIU en place impossible à retirer
- L’anémie profonde
- La grossesse extra-utérine

Puis, dans le cadre des IVG médicamenteuses au domicile, certains éléments doivent contre-indiquer leur réalisation en dehors de l’hôpital. En effet, la distance importante entre le domicile de la patiente et son hôpital référent (délai de transport supérieur à 1 heure), le faible niveau de compréhension et l’absence de proche pour assister la patiente doivent faire préférer une hospitalisation, et ce même pour les termes inférieurs à 7 SA. (23)

Enfin, l’allaitement, l’obésité, l’utérus cicatriciel et la grossesse gémellaire ne sont pas

des contre-indications à l'IVG médicamenteuse (accord professionnel). Le protocole à appliquer est le même que pour les patientes ne présentant pas ces particularités. (1)

Les différences entre IVG instrumentale et médicamenteuses en matière de succès, effets secondaires et lésions d'organes sont très faibles. (NP2)

Le choix doit donc être laissé aux femmes quant à la technique dont elles préfèrent bénéficier, quel que soit le terme, après une information claire sur les deux méthodes. (1)

Au vu de toutes ces données, et devant les réticences des gynécologues obstétriciens à réaliser des IVG tardives par voie médicamenteuse, nous avons décidé de lancer l'étude NISS, Normand'IVG Satisfaction Study.

Son objectif est d'étudier l'influence sur la satisfaction des patientes de la méthode choisie pour l'IVG ainsi que du terme, en Haute-Normandie.

MATERIELS ET METHODES

I Design de l'étude

Cette étude est nommée « NISS », pour **N**ormand'**I**VG **S**atisfaction **S**tudy.

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle, prospective, analytique, multicentrique.

Du fait de l'évaluation de la satisfaction en fonction de 2 critères (terme et méthode d'IVG), 4 groupes ont été réalisés :

- Le groupe IVG médicamenteuse à moins de 8 SA + 6 jours
- Le groupe IVG médicamenteuse entre 9 SA et 14 SA
- Le groupe IVG chirurgicale à moins de 8 SA + 6 jours
- Le groupe IVG chirurgicale entre 9 SA et 14 SA

Les critères de jugement (principal et secondaires) étaient ainsi étudiés dans chaque groupe.

La durée totale de l'étude était de 8 mois : du 1^{er} novembre 2018 au 30 juin 2019.

Elle avait été proposée dans toutes les maternités de Haute-Normandie acceptant le projet et réalisant des IVG hospitalières, quels que soit la technique ou le terme.

Les maternités concernées étaient :

- le CHU de Rouen,
- le Groupe Hospitalier du Havre,
- le Centre Hospitalier (CH) du Belvédère (Mont-Saint-Aignan),
- le CH de Dieppe,
- le CH d'Elbeuf,
- le CH d'Évreux,
- la clinique Mathilde,
- le CH de Bernay,
- la clinique des Aubépines à Dieppe,
- le CH de Fécamp,
- le CH de Gisors,
- l'Hôpital Privé de l'Estuaire,
- le CH de Lillebonne
- le CH de Vernon.

Soit 14 centres.

Les maternités ayant accepté le projet étaient le CHU de Rouen, le groupe hospitalier du Havre, le CH du Belvédère, le CH de Dieppe, le CH d'Elbeuf, le CH d'Evreux, le CH de Bernay, le CH de Gisors et le CH de Vernon. Les autres avaient refusé le projet (CH de Lillebonne et Fécamp), ou n'avaient pas donné suite aux mails de sollicitations (Clinique Mathilde, Clinique des Aubépines et Hôpital Privé de l'Estuaire)

II Objectifs de l'étude

a. Principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'influence de la méthode choisie pour l'IVG ainsi que du terme sur la satisfaction des patientes.

b. Secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

1. Recherche d'autres facteurs liés à l'insatisfaction.
2. Recherche des arguments en faveur et en défaveur de chaque méthode.

III Population de l'étude

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Femmes âgées de 18 ans ou plus
- Patientes ayant formulé une demande d'IVG hospitalière
- Grossesses simple ou gémellaire

- Patientes ayant daté et signé le formulaire de non-opposition

b. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- Patientes mineures
- Patientes non en mesure de donner leur consentement
- Patientes présentant une contre-indication à l'une des 2 techniques (médicamenteuse ou chirurgicale)
- Patientes présentant une grossesse arrêtée

IV Différentes maternités, différents protocoles

Nous ne décrivons dans cette partie que ce qui intéresse particulièrement l'étude : c'est-à-dire les différents protocoles médicamenteux de réalisation des IVG médicamenteuses et chirurgicales.

Nous n'évoquerons pas les consultations préliminaires et post-IVG.

a. Evreux-Vernon

IVG chirurgicale

La prise de Mifégyne® 200mg se fait la veille de l'aspiration endo utérine pour les termes supérieurs à 11 SA.

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une dose de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service. (Les utérus cicatriciels ne constituent pas une contre-indication à la prise de Misoprostol)

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (au domicile)	1 comprimé de 200mg, 24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	400 µg	Buccale	400 µg, répétée 1 fois après 3 heures	Buccale
7 – 9 SA (hospitalisation)		800 µg	Buccale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3-4 heures, en l'absence de saignements	Buccale
9 – 12 SA (hospitalisation)		800 µg	Buccale	400 µg Répétée 5 fois maximum, toutes les 3 heures, jusqu'à expulsion	Buccale
12 – 14 SA (hospitalisation)		800 µg	Vaginale	400 µg Répétée 5 fois maximum, toutes les 3 heures, jusqu'à expulsion	Buccale

Tableau 6 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Evreux/Vernon

b. Le Havre

IVG chirurgicale

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une dose de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service.

Il y également une prise systématique de Mifégyne® 24 à 48 heures avant l'aspiration.

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (au domicile)	1 comprimé de 200mg, 24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	400 µg	Orale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3 heures, si besoin	Orale
7 – 9 SA (hospitalisation)		800 µg	Vaginale (Buccale, sublinguale si cas particulier)	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3-4 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou vaginale
9 – 14 SA (hospitalisation)		800 µg	Vaginale	400 µg Répétée 5 fois maximum, toutes les 3 heures, jusqu'à expulsion	Vaginale (Buccale, sublinguale si cas particulier)

Tableau 7 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse au Havre.

c. Le Belvédère

IVG chirurgicale

Une prise de Mifégyne® 200mg se fait la veille de l'aspiration endo utérine.

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une dose de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service.

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (au domicile)	1 comprimé de 200mg, 24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	400 µg	Buccale, sublinguale ou orale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou orale
7 – 9 SA (hospitalisation)		800 µg	Buccale, sublinguale ou orale	400 µg Répétée 2 fois maximum, après 3-4 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou orale

Tableau 8 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse au Belvédère

d. CHU de Rouen

IVG chirurgicale

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une dose de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service.

Il n'y a pas de prise systématique de Mifégyne® 24 à 48 heures avant l'aspiration.

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (au domicile)	1 comprimé de 200mg, 24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	400 µg	Buccale, sublinguale ou orale	400 µg Répétée 2 fois maximum, après 3 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou orale
7 – 9 SA (hospitalisation)		400 µg	Buccale, sublinguale ou orale	400 µg Répétée 2 fois maximum, après 3-4 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou orale

Tableau 9 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse au CHU de Rouen

e. Elbeuf

IVG chirurgicale

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une dose de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service.

Il y également une administration systématique de Mifégyne® 48 heures avant l'aspiration.

IVG médicamenteuse

Le protocole d'IVG médicamenteuse du CH d'Elbeuf a changé au cours de l'étude. Initialement, les IVG médicamenteuses étaient réalisées avec du misoprostol et le protocole a été modifié à la suite des recommandations de la HAS, au profit du géméprost.

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de géméprost		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (hospitalisation non obligatoire)	1 comprimé de 200mg, 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	Géméprost 1 mg	Vaginale	Pas de prise supplémentaire	Pas de prise supplémentaire
7 – 9 SA (hospitalisation)		Géméprost 1mg	Vaginale	Pas de prise supplémentaire	Pas de prise supplémentaire

Tableau 10 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Elbeuf

f. Dieppe

IVG chirurgicale

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une dose de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service.

Il y également une administration systématique de Mifégyne® 48 heures avant l'aspiration.

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (au domicile)	1 comprimé de 200mg, 24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	400 µg à 800 µg	Buccale, sublinguale ou orale	400 µg Répétée 3 fois maximum, après 3 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou orale
7 – 9 SA (hospitalisation)		800 µg	Buccale, sublinguale ou orale	400 µg Répétée 3 fois maximum, après 3-4 heures, si besoin	Buccale, sublinguale ou orale

Tableau 11 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Dieppe.

g. Gisors

IVG chirurgicale

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Deux comprimés de misoprostol 400 µg sont pris par la patiente vers 5 heures du matin le jour de l'hospitalisation, par voie orale ou vaginale. Pour les termes compris entre 12 et 14 SA, une seconde prise de 2 comprimés de misoprostol 400 µg sont à prendre par voie orale ou vaginale, 2 heures après la 1^{ère} prise.

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol ou géméprost		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (hospitalisation non obligatoire)	1 comprimé de 200mg, 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	misoprostol 400 µg	Orale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3 heures	Orale
7 – 9 SA (hospitalisation)		Géméprost 1mg	Vaginale	Pas de prise supplémentaire	Pas de prise supplémentaire

Tableau 12 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Gisors

h. Bernay

IVG chirurgicale

Une préparation cervicale est réalisée pour toute IVG chirurgicale. Une prise de misoprostol 400 µg est administrée en une seule prise par voie buccale à l'arrivée dans le service.

Il y a également une prise systématique de Mifégyne® 48 heures avant l'aspiration.

IVG médicamenteuse

Voici le tableau récapitulant les protocoles en fonction du terme :

Terme	Mifépristone	Prise initiale de misoprostol		Prises supplémentaires de misoprostol	
		Posologie	Voie d'administration	Posologie et nombre de doses	Voie d'administration
< 7 SA (au domicile)	1 comprimé de 200mg, 24 à 48 heures avant le misoprostol, Voie orale	800 µg	Orale	400 µg Répétée 1 fois maximum, après 3 heures, si besoin	Orale
7 – 9 SA (hospitalisation)		800 µg	Orale	400 µg Répétée 3 fois maximum, après 3-4 heures, si besoin	Orale

Tableau 13 : Tableau présentant le protocole d'IVG médicamenteuse à Bernay

V Déroulement de l'étude

a. Données recueillies

QUESTIONNAIRE PATIENTE (Annexe 1)

1. Données préalables

- Date et signature du consentement éclairé
- Vérification des critères d'inclusion et de non-inclusion
- Maternité de l'IVG

2. Données sociodémographiques

- Age
- Activité professionnelle
- Profession
- Vie en couple

3. Antécédents gynéco-obstétricaux

- Gestité

- Parité (enfants nés vivants et MFIU)
- Mode d'accouchement (césarienne/accouchement par voie basse)
- Nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse
- Méthodes d'Interruption Volontaire de Grossesse (médicamenteuse/chirurgicale)
- Nombre de FCS précoce et tardive
- Mode d'expulsion (spontanée, médicamenteuse, chirurgicale)
- Nombre d'Interruption Médicale de Grossesse

4. Parcours de soin

- Information de la patiente des deux méthodes d'IVG
- Préférence initiale de la patiente sur la technique
- Méthode choisie
- Caractère choisi ou imposé de la technique de l'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) et les raisons

5. Déroulement de l'IVG

- Sentiment vis-à-vis de l'hospitalisation
- Douleur évaluée sur l'échelle numérique simple
- Soulagement par les antalgiques
- Effets secondaires après misoprostol et leur type
- Soulagement de ces effets secondaires par les traitements
- Estimation des saignements
- Ressenti de l'expulsion ou non, douleurs lors de l'expulsion
- Ressenti de l'IVG sur l'échelle sémantique différentielle

6. Satisfaction

- Vécu de l'expulsion
- Choix de la méthode en cas d'IVG ultérieure
- Satisfaction globale de la prise en charge de l'IVG
- Éléments de satisfaction et d'insatisfaction des IVG médicamenteuses et chirurgicales

CAHIER D'OBSERVATION (Annexe 2)

1. Données médicales

- Échographie de datation de la grossesse
- Terme de la grossesse le jour de la prise de mifépristone
- Grossesse simple ou gémellaire

2. Protocole thérapeutique

IVG médicamenteuse

- Durée d'hospitalisation
- Moment de la prise de mifépristone
- Heure de la 1ère prise de misoprostol
- Nombre de prises supplémentaires de misoprostol avant expulsion
- Voie d'administration du misoprostol (Orale, Vaginale, Sub-linguale)
- Doute sur l'expulsion ?
- Délai d'expulsion du fœtus et du trophoblaste
- Échographie pendant l'hospitalisation
- Quantification des saignements (en nombre de serviettes) durant l'hospitalisation
- Effets secondaires du misoprostol (nausées, vomissements, diarrhées)
- Intensité des effets secondaires du misoprostol et leur type
- Traitement antalgique par paracétamol, anti-inflammatoire et palier II délivré à la patiente
- Traitement anti-émétique délivré à la patiente
- Nécessité d'une aspiration (En urgence pour complication, Différée pour échec)

IVG chirurgicale

- Durée d'hospitalisation
- Moment de la prise de mifépristone

- Technique employée (anesthésie, dilatation)
- Quantification des saignements
- Complications per-opératoires et leur traitement
- Traitement antalgique et symptomatique prescrit

b. Déroulement pratique

Les patientes étaient informées de l'étude le jour de la consultation initiale de demande d'IVG. Les fiches d'information (*Annexe 3*) et de recueil de non-opposition (*Annexe 4*) leur étaient alors remises. Les patientes rapportaient la fiche de recueil de non-opposition signée le jour de l'hospitalisation. Des fiches d'information et de recueil de non-opposition étaient également prévues le jour de l'hospitalisation pour les patientes n'ayant pas bénéficié de l'information ou ayant oublié les documents chez elle.

Un questionnaire concernant le ressenti de chaque patiente était rempli par les femmes elles-mêmes, le jour de l'hospitalisation. Un cahier d'observation concernant les données médicales de l'IVG était rempli par l'infirmière, la sage-femme ou le médecin prenant en charge la patiente.

Ces deux documents étaient appariés, permettant ainsi d'éviter une dissociation des informations et que l'anonymat aurait alors empêché de récupérer.

Le questionnaire rempli par la patiente répondait aux objectifs de tolérance et de satisfaction des patientes. En effet, il permettait de recueillir des données concernant les informations générales, les antécédents obstétricaux, le parcours de soin, le déroulement de l'IVG et la satisfaction de la patiente.

Il était rempli à la fin de la journée d'hospitalisation de la patiente, donné par l'infirmière ou la sage-femme, et récupéré par la personne qui validait la sortie. Le choix a été volontairement réalisé de donner ce questionnaire le jour de l'hospitalisation afin d'éviter les « perdues de vue » liées aux patientes ne se rendant pas à la consultation de contrôle.

Les objectifs du cahier d'observation, rempli par le personnel médical, étaient d'évaluer la tolérance et l'efficacité de l'IVG réalisée. En effet, il permettait de recueillir les données concernant les informations générales, la grossesse actuelle et le protocole thérapeutique (différent selon s'il s'agissait d'une IVG médicamenteuse ou chirurgicale). Il était rempli le jour de l'hospitalisation par l'infirmière, la sage-femme ou le médecin prenant la patiente en charge.

Chaque service réalisait les IVG médicamenteuses ou chirurgicales selon son protocole. Le protocole proposé par le CNGOF était appliqué dans la majorité des maternités.

Le recueil des données était strictement anonyme. Il n'y avait aucune donnée nominative recueillie sur l'un ou l'autre des deux questionnaires ni d'appariement à une liste externe avec le nom des patientes. Il n'y avait donc aucune possibilité d'identifier les patientes après que le questionnaire et le cahier d'observation aient été rendus.

Le questionnaire rempli par la patiente et celui rempli par le personnel médical étaient appariés.

Une lettre (ou un duo/trio de lettres) était attribuée à chaque établissement et un numéro pour chaque patiente. Ils étaient préinscrits sur les questionnaires. Ils permettaient donc l'appariement et l'unicité de chaque dossier.

Centres hospitaliers :	Code :
Hôpital Monod du Havre	LH
CHU de Rouen	R
Hôpital du Belvédère	BLV
CH de Dieppe	D
CH d'Elbeuf	EL
CH d'Évreux	EV
CH de Bernay	BRN
CH de Gisors	G
CH de Vernon	V

Tableau 14 : Centres hospitaliers et leurs codes

Par exemple, la 1ère patiente incluse à l'hôpital Monod du Havre portait le code « LH1 ».

VI Critère de jugement

Le critère de jugement principal correspondait à la réponse à la question : « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? »

Les objectifs secondaires étaient la recherche de facteurs d'insatisfaction à l'aide de covariables ainsi que la recherche d'arguments en faveur et en défaveur de chaque méthode

Les covariables étaient les suivantes :

1. Caractéristiques des patientes.
2. Information donnée ou non à la patiente sur les 2 techniques d'IVG.
3. Préférence initiale des patientes.
4. Caractère choisi ou imposé de la technique à la patiente et, en cas de contrainte, les raisons de ce non-choix
5. Ressenti global de l'IVG sur échelle sémantique différentielle
6. Échelle numérique simple, évaluation qualitative des saignements des effets indésirables et du soulagement, évalué sur le questionnaire de la patiente
7. Échelle numérique simple, évaluation quantitative des saignements, évaluation qualitative des effets indésirables et antalgiques utilisés, évalué sur le cahier d'observation du soignant.
8. Expulsion : ressenti physique, douleur et vécu.
9. Éléments de satisfaction et d'insatisfaction en faveur de l'IVG chirurgicale.
10. Éléments de satisfaction et d'insatisfaction en faveur de l'IVG médicale.
11. Aspiration endo-utérine le jour de l'hospitalisation pour les IVG médicales et motif de ce recours.
12. Délai moyen d'expulsion du fœtus et du trophoblaste et recours ou non à une échographie en cas de doute pour les IVG médicales.
13. Durée d'hospitalisation.

VII Méthodes statistiques

a. Taille attendue de l'échantillon

En 2016 et 2017, le nombre moyen d'IVG hospitalières recensé par le réseau de périnatalité en Haute-Normandie est de 4032.

L'étude préliminaire réalisée à Évreux compte un taux de 48% de patientes non incluses, ce qui permet d'estimer à environ 1000 le nombre de patientes incluables dans l'étude en 1 an.

b. Tests statistiques

Justification du nombre de sujets nécessaires

En supposant un taux d'insatisfaction aux alentours de 10 à 15 % (25–27), si nous recrutions un millier de sujets, nous obtenions alors 100 à 150 sujets insatisfaits et 850 à 900 sujets satisfaits. Ces effectifs nous permettaient donc de tester plusieurs variables dans le modèle multivarié avec une puissance convenable et des conditions de validité respectées.

Méthodes statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites avec une moyenne (et un écart-type). Leur comparaison a été réalisée avec le test t de Student.

Les variables qualitatives ont été décrites avec des pourcentages et des intervalles de confiance à 95%, calculés avec la méthode de Clopper-Pearson. Leur comparaison a été réalisée avec un test du Khi^2 ou un test exact de Fisher.

Dans la population totale, un premier modèle de régression logistique multinomiale nominale multivarié expliquant la satisfaction des patientes avec les données du type d'IVG et du terme a été calculé. Ses résultats sont exprimés en odds ratio ajusté avec intervalle de confiance à 95%.

Dans la population des IVG médicamenteuses, 2 modèles ont été réalisés.

Un premier modèle de régression logistique multinomiale nominale multivarié expliquant la

satisfaction des patientes avec les données du terme de l'IVG (≤ 7 SA,]7 SA ; 8 SA[, [8 SA ;9 SA[, [9 SA ; 12 SA],]12 SA ; 14SA]) et de la voie d'administration (orale, cervageme, vaginale) a été calculé.

Un second modèle de régression logistique multinomiale nominale multivarié expliquant la satisfaction des patientes en se focalisant exclusivement sur les effets secondaires les plus courants (douleur de 0 à 10, diarrhée et vomissement : légers, supportables, importants) a été construit.

Leurs résultats sont exprimés en odds ratio ajustés avec intervalle de confiance à 95%.

Enfin, un dernier modèle de régression logistique multinomiale nominale multivarié a été calculé sur la population totale. Il permet d'expliquer la satisfaction des patientes avec les variables suivantes :

- Type et voie d'IVG (Chirurgicale, par Cervageme, par voie orale, par voie vaginale). La modalité de référence est la chirurgie puisqu'historiquement, elle est la première méthode de réalisation des IVG.
- Terme de l'IVG (<7, [7-9[, [9-12],]12-14]), catégorisée en lien avec les recommandations du CNGOF de 2016.
- Choix (Oui, non à cause du terme, non pour d'autres raisons) créée avec la variable du choix(oui/non) et des raisons du non (décision laissée au médecin, choix imposé par le médecin, une seule méthode proposée dans cet hôpital ou autre).

La variable centre n'a pas été prise en compte puisque les pratiques sont spécifiques à chacun et sont déjà incluses dans le modèle (type, voie, choix).

C'est un modèle qui a pour but de résumer les différentes informations des variables expliquant le critère de jugement principal. Son but n'est donc pas de prédire et il ne s'intéresse pas à une variable en particulier. Les variables ont été choisies sans tenir compte des précédentes analyses mais bien a priori.

Ses résultats sont exprimés en odds ratio ajustés avec intervalle de confiance à 95%.

Le risque alpha bilatéral a été fixé à 5%. Aucune correction de celui-ci n'a été réalisée.

Les données manquantes n'ont pas été imputées, mise à part pour le critère de jugement principal, pour lequel les données manquantes étaient classées en « ne sait pas ».

Les patients avec données manquantes sur les autres variables ont donc été exclus du modèle multivarié.

VI Considérations éthiques

Cette étude a été validée par le comité d'éthique du Centre Hospitalier Eure-Seine-Hôpital d'Evreux-Vernon.

Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence n°3 a été réalisée auprès de la CNIL. (Numéro de déclaration : 2206127 v 0 du 03 septembre 2018).

La méthodologie de référence n°3 concerne les recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement, et dans le cas de l'étude, sans transfert d'information hors de l'Union Européenne.

L'étude NISS, par ses différentes caractéristiques, remplissait les critères de la méthodologie de référence n°3 :

- Recherche non interventionnelle
- Information des patientes
- Pas de réutilisation des données
- Collection des données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de l'étude
- Anonymat complet : pas de lien possible entre les patientes et les questionnaires remplis

RESULTATS

I Description de la population

a. Effectifs

900 patientes ont été incluses entre le 1^{er} novembre 2018 et le 30 juin 2019 dans les 9 maternités de l'étude.

Ces 900 patientes se répartissaient comme suit :

- 486 patientes (54%) dans le groupe IVG médicamenteuse à moins de 8 SA + 6 jours
- 182 patientes (20.2%) dans le groupe IVG médicamenteuse à plus de 9 SA
- 47 patientes (5.2%) dans le groupe IVG chirurgicale à moins de 8 SA + 6 jours
- 185 patientes (20.6%) dans le groupe IVG chirurgicale à plus de 9 SA

Dans les 9 maternités concernées par l'étude, il y avait eu sur la même période 1763 IVG réalisées :

- 639 étaient des IVG chirurgicales,
- 1124 étaient des IVG médicamenteuses.

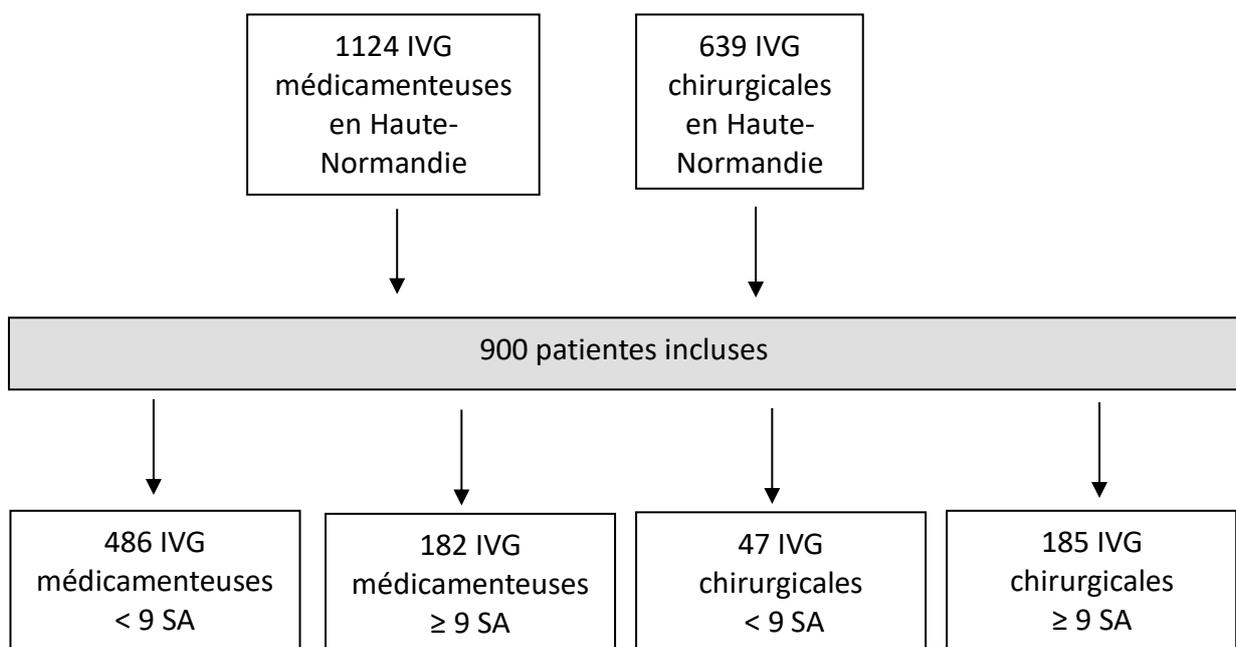


Figure 8 : Flow Chart

Les taux d'inclusion total, pour chaque centre, pour les IVG médicamenteuses et chirurgicales sont présentés dans les tableaux 15 et 16.

	Nombre total d'IVG	Nombre total d'IVG incluses	Taux d'inclusion total
Le Havre	279	166	59,5%
CHU	366	92	25,1%
Evreux	216	196	90,7%
Vernon	85	19	22,4%
Belvédère	366	196	53,6%
Gisors	52	7	13,5%
Bernay	80	17	21,3%
Dieppe	89	20	22,5%
Elbeuf	230	187	81,3%
Total	1763	900	51,0%

Tableau 15 : Nombre total d'IVG, nombre total d'IVG incluses et taux d'inclusion total, par centre

	Nombre total d'IVG médicamenteuses	Nombre d'IVG médicamenteuses incluses	Taux d'inclusion des IVG médicamenteuses	Nombre total d'IVG chirurgicales	Nombre d'IVG chirurgicales incluses	Taux d'inclusion des IVG chirurgicales
Le Havre	209	138	66,0%	70	28	40,0%
CHU	158	62	39,2%	208	30	14,4%
Evreux	214	194	90,7%	2	2	100,0%
Vernon	75	17	22,7%	10	2	20,0%
Belvédère	154	92	59,7%	212	104	49,1%
Gisors	34	5	14,7%	18	2	11,1%
Bernay	53	16	30,2%	27	1	3,7%
Dieppe	56	16	28,6%	33	4	12,1%
Elbeuf	171	128	74,9%	59	59	100,0%
Total	1124	668	59,4%	639	232	36,3%

Tableau 16 : Nombre total d'IVG, nombre total d'IVG incluses et taux d'inclusion total, par centre, pour les IVG chirurgicales et médicamenteuses

b. Caractéristiques des patientes

Les caractéristiques des patientes sont décrites dans le tableau 17.

	Population totale	IVG médicamenteuses < 9 SA	IVG médicamenteuses ≥ 9 SA	IVG chirurgicales < 9 SA	IVG chirurgicales ≥ 9 SA
Terme moyen (n=900)	8.6 (1.8)	7.4 (1.0)	10.3 (1.1)	7.96 (0.4)	10.53 (1.2)
Grossesse simple	99% (891)	99.6% (484)	98.4% (179)	97.9% (46)	98.4% (182)
Grossesse gémellaire	1% (9)	0.4% (2)	1.6% (3)	2.1% (1)	1.6% (3)
Age (années) (n=881)	28.1 (6.7)	28.2 (6.8)	27.9 (6.7)	28.9 (6.6)	27.9 (6.5)
Moyen					
]18 ; 20]	15.3% (135)	15.9% (75)	14.4% (26)	13.3% (6)	15.3% (28)
]20 ; 25]	25.9% (228)	24.8% (117)	28.7% (52)	20% (9)	27.3% (50)
]25 ; 35]	42.8% (377)	43.2% (204)	40.3% (73)	48.9% (22)	42.6% (78)
≥ 35	16% (141)	16.1% (76)	16.6% (30)	17.8% (8)	14.8% (27)
Gestité et Parité					
Gestité moyenne (n=881)	3.1 (2.0)	3 (2.0)	3.2 (2.1)	3.2 (1.8)	3 (2.0)
Parité moyenne (n=880)	1.2 (1.3)	1,3 (1.3)	1.3 (1.4)	1,4 (1.2)	1.1 (1.1)
Aucun antécédent de grossesse/1 ^{ère} grossesse	27.1% (239)	27.8% (131)	26.9% (49)	22.2% (10)	26.9% (49)
Nombre d'enfants					
Aucun	37.4% (329)	37.2% (175)	36.8% (67)	33.3% (15)	39.6% (72)
1 enfant	24.6% (216)	24% (113)	26.9% (49)	20% (9)	24.7% (45)
2 enfants	21.6% (190)	21.7% (102)	18.1% (33)	24.4% (11)	24.2% (44)
≥ 3 enfants	16.5% (145)	17.2% (81)	18.1% (33)	22.2% (10)	11.5% (21)
Antécédent d'IVG					
Nombre moyen d'IVG (n=881)	1.5 (0.8)	1.5 (0.8)	1.6 (0.9)	1.5 (0.9)	1.6 (1.0)
Aucun antécédent d'IVG/1 ^{ère} IVG	63.9% (563)	65.5% (309)	62.6% (114)	66.7% (30)	60.4% (110)
Au moins 1 antécédent d'IVG	36.1% (318)	34.5% (163)	37.4% (68)	33.3% (15)	39.6% (72)
Au moins 1 antécédent d'IVG médicamenteuse	21.6% (190)	21% (99)	24.2% (44)	15.6% (7)	22% (40)
Au moins 1 antécédent d'IVG chirurgicale	20% (176)	17.4% (82)	19.8% (36)	24.4% (11)	25.8% (47)
Antécédent de FCS					
Nombre moyen de FCS (n=881)	0.3 (0.7)	0.3 (0.8)	0.3 (0.7)	0.4 (0.7)	0.3 (0.7)
Au moins une FCS	19.9% (175)	18.2% (86)	23.1% (42)	24.5% (11)	19.8% (36)
Situation socio-professionnelle					
Activité professionnelle actuelle					
- Exerce un emploi	56.7% (498)	58.9% (277)	49.7% (90)	51.1% (23)	59.3% (108)
- Au chômage	20.1% (176)	18.5% (87)	26% (47)	22.2% (10)	17.6% (32)
- Etudiante	10.1% (88)	9.2% (43)	9.9% (18)	13.3% (6)	11.5% (21)
- Autre	13.2% (116)	13.4% (63)	14.4% (26)	13.3% (6)	11.5% (21)
Profession actuelle ou dernière profession exercée					
- Agriculteur	0.7% (6)	0.64% (3)	1.1% (2)	0%	0.6% (1)
- Artisan	5% (44)	5.5% (26)	3.3% (6)	6.7% (3)	5% (9)
- Cadre	6.1% (54)	7.6% (36)	4.4% (8)	4.4% (2)	4.4% (8)
- Profession intermédiaire	4% (35)	4.3% (20)	2.8% (5)	6.7% (3)	3.9% (7)
- Employé	44.6% (392)	45% (212)	44.2% (80)	42.2% (19)	44.5% (81)
- Ouvrier	13.4% (118)	12.3% (58)	12.7% (23)	13.3% (66)	17% (31)
- Sans profession	9% (79)	8.5% (40)	11.6% (21)	8.9% (4)	7.7% (14)
- Sans profession	17.2% (151)	16.1% (76)	19.9% (36)	17.8% (8)	17% (31)
- Inconnue	56.7% (498)	57.3% (270)	55.3% (100)	66.7% (30)	53.9% (98)
Vie en couple	56.7% (498)	57.3% (270)	55.3% (100)	66.7% (30)	53.9% (98)

Tableau 17 : Caractéristiques des patientes

II Résultats du critère de jugement principal

- a. « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? »

Le critère de jugement principal était la réponse à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? ». Deux réponses étaient proposées : oui et non. Cependant, un certain nombre de patientes a répondu clairement à côté des deux propositions qu'elle ne savait pas. D'autres n'ont pas répondu. Les 4 « réponses » différentes sont donc exposées dans le tableau 2 en fonction des groupes : « oui », « non », « NSP » (ne sait pas) ou « n'a pas répondu ».

Parmi les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, 72.2% (351) de celles dont le terme était inférieur à 9 SA opteraient pour la même technique, et 69.2% (126) de celles dont le terme était supérieur ou égal à 9 SA opteraient pour la même technique.

Parmi les patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale, 89.4% (42) de celles dont le terme était inférieur à 9 SA opteraient pour la même technique, et 75.7% (140) de celles dont le terme était supérieur ou égal à 9 SA opteraient pour la même technique.

	IVG médicamenteuses < 9 SA (n=486)	IVG médicamenteuses ≥ 9SA (n=182)	IVG chirurgicales < 9 SA (n=47)	IVG chirurgicales ≥ 9 SA (n=185)
Oui	72.2% (351)	69.2% (126)	89.4% (42)	75.7% (140)
Non	18.9% (92)	25.3% (46)	6.4% (3)	16.2% (30)
NSP	2.5% (12)	2.7% (5)	2.1% (1)	0% (0)
N'a pas répondu	6.4% (31)	2.7% (5)	2.1% (1)	8.1% (15)

Tableau 18 : Réponse à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? » dans les différents groupes (n=900)

1. Analyse univariée

Afin d'étudier les groupes 2 à 2, les patientes ayant répondu « NSP » et n'ayant pas répondu ont été regroupées dans un seul groupe. Nous avons considéré que l'absence de réponse explicite correspondait très certainement à un « ne sait pas ». Les résultats de la comparaison entre les différents groupes sont présentés dans le tableau 19.

Les seules différences statistiquement significatives observées sont celles :

- Entre le groupe des IVG chirurgicales à moins de 9 SA et celui des IVG médicamenteuses à moins de 9 SA (p=0.04) : l'IVG chirurgicale à moins de 9 SA est associée à une meilleure satisfaction que la méthode médicamenteuse à moins de 9 SA.
- Entre le groupe des IVG chirurgicales à moins de 9 SA et celui des IVG médicamenteuses à plus de 9 SA (p=0.008) : l'IVG chirurgicale à moins de 9 SA est associée à une meilleure satisfaction que la méthode médicamenteuse à plus de 9 SA.

La comparaison entre les autres groupes n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative.

	IVG médicamenteuses < 9 SA (n=486)	IVG médicamenteuses ≥ 9SA (n=182)	p		IVG chirurgicales < 9 SA (n=47)	IVG chirurgicales ≥ 9 SA (n=185)	P
Oui	72.2% (351)	69.2% (126)	0.10		89.4% (42)	75.7% (140)	0.14
Non	18.9% (92)	25.3% (46)			6.4% (3)	16.2% (30)	
NSP	8.9% (43)	5.5% (10)			4.2% (2)	8.1% (15)	
	IVG médicamenteuses < 9 SA (n=486)	IVG chirurgicales < 9 SA (n=47)	p		IVG médicamenteuses ≥ 9SA (n=182)	IVG chirurgicales ≥ 9 SA (n=185)	p
Oui	72.2% (351)	89.4% (42)	0.04		69.2% (126)	75.7% (140)	0.08
Non	18.9% (92)	6.4% (3)			25.3% (46)	16.2% (30)	
NSP	8.9% (43)	4.2% (2)			5.5% (10)	8.1% (15)	
	IVG médicamenteuses < 9 SA (n=486)	IVG chirurgicales ≥ 9 SA (n=185)	p		IVG médicamenteuses ≥ 9SA (n=182)	IVG chirurgicales < 9 SA (n=47)	p
Oui	72.2% (351)	75.7% (140)	0.68		69.2% (126)	89.4% (42)	0.008
Non	18.9% (92)	16.2% (30)			25.3% (46)	6.4% (3)	
NSP	8.9% (43)	8.1% (15)			5.5% (10)	4.2% (2)	

Tableau 19 : Comparaison de la réponse à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? » entre les différents groupes

2. Analyse multivariée

Dans la population totale (n=900), à terme égal, la méthode médicamenteuse est significativement associée à une moins bonne satisfaction que la technique chirurgicale, OR :2, IC 95% [1.26 ;3.17] p=0.003. Le type d'IVG a donc une influence sur la satisfaction des patientes. Les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sont donc moins enclines à opter à nouveau pour cette technique.

De même, à technique d'IVG égale, un terme supérieur ou égal à 9 SA par rapport à un terme inférieur à 9 SA est également associé à une moins bonne satisfaction, OR :1.54, IC95% : [1.06 ;2.25], p=0.025, (n=900).

b. Satisfaction globale

Le second élément du critère de jugement principal était la satisfaction globale des patientes. Il s'agissait d'une échelle numérique entre 1 et 5. Les patientes ont, quel que soit le groupe, une satisfaction moyenne supérieure ou égale à 4. Les résultats sont présentés dans le tableau qui suit.

	IVG médicamenteuses < 9 SA (n=464)	IVG médicamenteuses ≥ 9SA (n=174)	IVG chirurgicales < 9 SA (n=46)	IVG chirurgicales ≥ 9 SA(n=169)
Note moyenne entre 1 et 5	4.02 (1.0)	4.03 (1.1)	4.48 (0.9)	4.27 (0.9)

Tableau 20 : Satisfaction globales des patientes sur la méthode dans les différents groupes

III Analyse en sous-groupes

a. Analyse univariée

Nous avons formé trois groupes :

- « Satisfaites » : patientes ayant répondu oui à la question « si vous deviez bénéficier à nouveau d'une IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? »
- « Non satisfaites » : patientes ayant répondu non à la question du critère de jugement principal,
- « Indécises » : n'ayant pas répondu ou ayant répondu « ne sait pas » à la question du critère de jugement principal.

Les réponses de ces 3 groupes distincts aux questionnaires de patientes ainsi que les éléments médicaux du cahier d'observation ont été comparés.

1. IVG médicamenteuses

Le groupe des IVG médicamenteuses est constitué de 668 patientes, dont 486 ont bénéficié d'une IVG médicamenteuse à moins de 9 SA et 182 à plus de 9 SA.

Parmi elles, 71.4% (477) étaient satisfaites de la méthode médicamenteuse, 20.7% (138) n'étaient pas satisfaites et 7.9% (53) étaient indécises.

Le tableau 21 présente, dans le groupe des IVG médicamenteuses, la comparaison entre les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises. Les tableaux présentant les résultats dans les groupes d'IVG médicamenteuses à moins de 9 SA et plus de 9 SA sont en annexe.

Données médicales

Les données médicales reprenant l'âge, la grossesse simple ou gémellaire, la parité et la gestité étaient similaires entre les 3 groupes.

Il existe des différences entre les 3 groupes de satisfaction au niveau du terme moyen et de l'antécédent d'IVG chirurgicale. En effet, un terme plus faible était associé à une meilleure satisfaction, $p=0.03$. De plus, l'antécédent d'IVG chirurgicale était associé à une moins bonne satisfaction de l'IVG médicamenteuse, $p=0.02$.

Parcours de soin

Il existe également des différences entre les différents groupes de satisfaction au niveau de la majorité des critères du parcours de soin.

En effet, la délivrance de l'information sur la suite de la prise en charge était associée à une meilleure satisfaction, $p=0.02$.

De plus, la préférence initiale de la patiente pour l'IVG médicamenteuse était associée à une meilleure satisfaction. Et à l'inverse, la préférence initiale de la patiente pour l'IVG chirurgicale était associée à une moins bonne satisfaction, $p<0.0001$.

Enfin, le caractère choisi de l'IVG médicamenteuse était associé à une meilleure satisfaction, $p=0.003$.

Déroulement de l'IVG (point de vue médical)

Tout d'abord, il existe des différences entre les groupes de satisfaction à propos des éléments relatifs au succès de l'IVG et à la rapidité de survenue de ce succès.

En effet, différents éléments sont associés à une meilleure satisfaction :

- Un délai d'expulsion plus court, $p=0.001$
- Une dose moyenne de misoprostol plus faible, $p=0.01$.
- La durée d'hospitalisation plus courte, $p=0.001$.

D'autres éléments sont associés à une moins bonne satisfaction :

- La réalisation d'une aspiration endo-utérine, $p<0.0001$
- La présence et l'intensité importante des effets secondaires du misoprostol, $p=0.001$

Cependant, la prise en charge symptomatique des patientes est identique selon les groupes de satisfaction. En effet, des taux similaires de patientes ont reçu des antalgiques et antiémétiques, quels que soit les groupes de satisfaction.

De même, il n'y a pas de différence retrouvée en termes de voie d'administration du misoprostol.

Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)

On retrouve des données assez similaires entre le point de vue médical et le point de vue de la patiente au sujet du déroulement de l'IVG.

Il existe en effet des différences entre les groupes de satisfaction à propos des éléments relatifs à la tolérance physique et psychique de l'IVG.

Les éléments suivants sont associés à une meilleure satisfaction :

- Des chiffres bas sur l'échelle numérique de la douleur, $p<0.0001$.
- L'impression de soulagement de la douleur par les antalgiques, $p<0.0001$.
- L'absence d'effets secondaires du misoprostol, $p=0.004$.
- Le bon soulagement des effets secondaires du misoprostol, $p=0.001$.

D'autres sont associés à une moins bonne satisfaction, comme :

- L'estimation des saignements par la patiente comme étant supérieurs à attendu, $p=0.006$.
- Le vécu de l'expulsion de manière péjorative ($p=0.002$ pour l'adjectif insupportable, $p=0.005$ pour l'adjectif pénible)

A l'inverse, il n'y a pas de différence retrouvée en termes de douleur ou de ressenti d'expulsion et de crainte initiale d'hospitalisation.

Cas particulier

Une patiente a bénéficié d'une analgésie péridurale, posée en salle de naissance. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire à 13 SA et 2 jours. La patiente souhaitait une IVG médicamenteuse. A la question, « si vous deviez bénéficier à nouveau d'une IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? », la patiente avait répondu oui. Elle chiffre sa satisfaction sur la prise en charge globale à 4 sur 5.

D'un point de vue médical, elle avait reçu un comprimé de mifégyne, 24 heures avant le début du misoprostol. La dose initiale de misoprostol était de 400 μ g par voie orale ; une dose supplémentaire de misoprostol 400 μ g a ensuite été administrée. L'expulsion a eu lieu dans un délai de 7 heures 45. Les saignements totaux ont été estimés inférieurs à 250 ml. Elle n'a pas bénéficié d'antalgiques par voie orale ou intraveineuse. La durée d'hospitalisation a été de 48 heures. Elle n'a pas subi d'effets indésirables du misoprostol et estime ses saignements totaux inférieurs à ce qu'elle avait imaginé.

	Satisfaites	Non satisfaites	Indécises	p
Données médicales				
Age (n=653)	28.2 (6.7)	27.9 (7)	28 (6.6)	0.94
Terme (n=668)	8.1(1.6)	8.5 (1.7)	8 (1.6)	0.03
Grossesse (n=668)				
- Simple	99.6% (475)	97.8% (135)	100% (53)	0.12
- Gémellaire	0.4% (2)	2.2% (3)	0% (0)	
Gestité moyenne (n=654)	3.1 (2.1)	3.1 (1.9)	2.9 (1.8)	0.87
1 ^{ère} grossesse	27.9% (131)	25.2% (34)	30% (15)	0.76
Parité moyenne (n=653)	1.3 (1.3)	1.2 (1.3)	1.1 (1.1)	0.36
Pas d'enfant	36.3% (170)	38.5% (52)	40% (20)	0.78
Au moins 1 enfant	63.7% (298)	61.5% (83)	60% (30)	
Nombre moyen d'IVG (n=654)	1.5 (0.8)	1.5 (0.8)	1.5 (0.8)	0.87
Au moins un ATCD d'IVG	33.7% (158)	40% (54)	38% (19)	0.37
Au moins un ATCD d'IVG médicamenteuse	23.2% (109)	20% (27)	14% (7)	0.27
Au moins un ATCD d'IVG chirurgicale	15.4% (72)	24.4% (33)	26% (13)	0.02
Nombre moyen de FCS (n=654)	0.3 (0.8)	0.4 (0.8)	0.3 (0.6)	0.32
Au moins une FCS	17.5% (82)	24.4% (33)	26% (13)	0.10
Déroulement de l'IVG (point de vue médical)				
Durée d'hospitalisation (h.min) (n=642)	8.18 (4.3)	10.06 (6.3)	9.22 (6.5)	0.001
Nombre de doses supplémentaires de misoprostol (n=557)	1.1 (0.4)	1.2 (0.4)	1.3 (0.4)	0.04
Doses de misoprostol total (µg) (n=557)	920 (240.7)	992.5 (264.8)	986.7 (250.1)	0.01
Cervagem (n=666)	14.9% (71)	21.9% (30)	15.1% (8)	0.05
Voie d'administration : (n=667)				0.41
- Intrajugale	32.5% (155)	35% (48)	35.9% (19)	
- Orale	19.5% (93)	16.1% (22)	24.5% (13)	
- Sublinguale	9.2% (44)	5.1% (7)	9.4% (5)	
- Vaginale	38.8% (185)	43.8% (60)	30.2% (16)	
Doute sur l'expulsion (n=666)	23% (109)	24.6% (34)	37.7% (20)	0.06
Délai d'expulsion (h.min) (n=461)	4.18 (2.2)	4.48 (3)	7 (8.1)	<0.0001
Abondance des saignements (n=643)				0.02
- 0 - 250	56.6% (261)	50.4% (66)	51% (26)	
- 250 - 500	40.4% (186)	43.5% (57)	35.3% (18)	
- > 500	3% (14)	6.1% (8)	13.7% (7)	
Présence d'effets secondaires du misoprostol (n=619)	41.4% (184)	55.7% (69)	62.8% (32)	0.001
Intensité des effets secondaires (n=618)				0.001
- Absents	54.7% (243)	39.8% (49)	37.3% (19)	
- Légers	26.1% (116)	26.8% (33)	27.4% (14)	
- Modérés	17.6% (78)	29.3% (36)	35.3% (18)	
- Sévères	1.6% (7)	4.1% (5)	0% (0)	
Type d'effets secondaires (n=614)				
- Malaise	2.5% (11)	8.2% (10)	0% (0)	0.006
- Nausées, vomissements	35.6% (157)	42.6% (52)	51% (26)	0.06
- Diarrhées	14.7% (65)	19.7% (24)	21.6% (11)	0.24
- Fièvre	2.7% (12)	3.3% (4)	2% (1)	0.91
Traitement par paracétamol délivré à la patiente (n=665)	57.7% (274)	60.6% (83)	49.1% (26)	0.35
Traitement par anti-inflammatoire délivré à la patiente (n=666)	75.1% (358)	75.7% (103)	79.3% (42)	0.80
Traitement par antalgique de palier II délivré à la patiente (n=666)	36.1% (172)	38.7% (53)	37.7% (20)	0.85
Traitement antiémétique délivré à la patiente (n=667)	26.6% (127)	35.8% (49)	37.7% (20)	0.05
Aspiration : (n=668)				<0.0001
- En urgence pour complication	0.2% (1)	5.1% (7)	0% (0)	
- Différée	0.6% (3)	2.2% (3)	5.7% (3)	
Parcours de soin				
Information sur la technique médicamenteuse (n=667)	99.4% (474)	100% (138)	100% (52)	1

Information sur la technique chirurgicale (n=652)	86.5% (404)	89.6% (121)	84% (42)	0.52
Préférence de la patiente (n=664)				<0.0001
- Technique médicamenteuse	85% (404)	51.4% (71)	70.6% (36)	
- Technique chirurgicale	1.5% (7)	26.1% (36)	3.9% (2)	
- Choix laissé au médecin	10.1% (48)	17.4% (24)	15.7% (8)	
- Ne sait pas	3.4% (16)	5.1% (7)	9.8% (5)	
Choix de la technique laissé à la patiente (n=665)	77.9% (370)	61.3% (84)	75.5% (40)	<0.0001
Si choix non laissé, raisons : (n=181)				
- Terme de la grossesse	3.0% (14)	9.5% (13)	0% (0)	<0.0001
- A laissé le médecin choisir	12% (57)	12.4% (17)	17.0% (9)	<0.0001
- Imposé à la patiente	7.8% (37)	13.9% (19)	5.7% (3)	0.004
- Une seule méthode proposée dans l'hôpital	1.3% (6)	2.9% (4)	3.8% (2)	0.002
Information sur la suite de la prise en charge (n=652)	94.2% (439)	88.2% (119)	86.3% (44)	0.02
Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)				
Crainte de l'hospitalisation (n=661)	63.2% (300)	70.2% (94)	71.2% (37)	0.21
Echelle numérique de la douleur globale ressentie (entre 0 et 10) (n=654)	5.0 (2.4)	6.3 (2.4)	5.8 (2.6)	<0.0001
Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques (n=631)				<0.0001
- Oui	72.5% (326)	56.5% (74)	58% (29)	
- Moyennement	20% (90)	35.1% (46)	32% (16)	
- Non	2.4% (11)	7.6% (10)	2% (1)	
- Absence d'antalgiques	5.1% (23)	0.8% (1)	8% (4)	
Effets secondaires du misoprostol (n=643)				0.004
- Aucun	36.2% (166)	22.6% (30)	25.5% (13)	
- Légers	22.4% (103)	20.3% (27)	17.7% (9)	
- Supportables	33.6% (154)	39.8% (53)	41.2% (21)	
- Importants	7.8% (36)	17.3% (23)	15.7% (8)	
Type d'effets secondaires ressentis (n=641)				
- Malaise	5.5% (25)	10.6% (14)	2% (1)	0.05
- Nausées, vomissements	48.6% (223)	63.6% (84)	58% (29)	0.007
- Diarrhée	28.8% (132)	31.8% (42)	42% (21)	0.14
- Fièvre	6.3% (29)	5.3% (7)	16% (8)	0.04
Soulagement de ces effets secondaires par les traitements prescrits (n=402)				0.001
- Complètement	60.4% (165)	41.5% (39)	57.1% (20)	
- De manière insuffisante	16.5% (45)	26.6% (25)	22.9% (8)	
- Non	23.1% (63)	31.9% (30)	20% (7)	
Estimation des saignements par la patiente (n=649)				0.006
- Moins qu'attendu	34.1% (159)	24.6% (33)	36.7% (18)	
- Autant qu'attendu	45.5% (212)	41.1% (55)	49% (24)	
- Plus qu'attendu	20.4% (95)	34.3% (46)	14.3% (7)	
Ressenti de l'expulsion (n=643)				0.66
- Oui	71.2% (331)	69.2% (92)	75.6% (34)	
- Non	14.6% (68)	15.8% (21)	13.3% (6)	
- NSP	41.2% (66)	15% (20)	11.1% (5)	
Douleur lors de l'expulsion (n=591)	16% (70)	22.1% (27)	28.6% (12)	0.10
Vécu de l'expulsion (n=629)				
- Insupportable	11.4% (52)	22.7% (30)	7.1% (3)	0.002
- Pénible	35.2% (160)	41.7% (55)	59.5% (25)	0.005
- Indifférent	11.2% (51)	5.3% (7)	2.4% (1)	0.04
- Soulagement	35.2% (160)	29.6% (39)	31% (13)	0.45
- Non ressenti	14.3% (65)	15.2% (20)	7.1% (3)	0.4

Tableau 21 : Eléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites et insatisfaites ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse

2. IVG chirurgicales

Le groupe des IVG chirurgicales est constitué de 232 patientes, dont 47 ont bénéficié d'une IVG chirurgicale à moins de 9 SA et 185 à plus de 9 SA.

Parmi elles, 78.5% (182) étaient satisfaites de la méthode chirurgicale, 14.2% (33) n'étaient pas satisfaites et 7.3% (17) étaient indécises.

Le tableau 23 présente, dans le groupe des IVG chirurgicales, la comparaison entre les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises. Les tableaux présentant les résultats dans les groupes d'IVG chirurgicales à moins de 9 SA et plus de 9 SA sont en annexe.

Données médicales

Les données médicales reprenant l'âge, la grossesse simple ou gémellaire, la parité, la gestité et le terme moyen étaient similaires entre les 3 groupes.

Parcours de soin

Comme pour les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, il existe des différences entre les différents groupes de satisfaction au niveau des éléments clés du parcours de soin.

La préférence initiale de la patiente pour l'IVG chirurgicale était associée à une meilleure satisfaction. Et à l'inverse, la préférence initiale de la patiente pour l'IVG médicamenteuse était associée à une moins bonne satisfaction, $p < 0.0001$.

Enfin, le caractère choisi de l'IVG chirurgicale était associé à une meilleure satisfaction, $p = 0.017$.

Cependant, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative en termes d'information donnée aux patientes en fonction des groupes.

Déroulement de l'IVG (point de vue médical)

Tout d'abord, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les groupes de satisfaction à propos des éléments relatifs au déroulement de l'IVG du point de vue médical :

- Préparation cervicale par misoprostol,
- Type d'anesthésie,
- Complications per-opératoires,
- Abondance des saignements
- Durée d'hospitalisation.

De même, la prise en charge symptomatique des patientes est identique selon les groupes de satisfaction. En effet, des taux similaires de patientes ont reçu des antalgiques et antiémétiques, quels que soit les groupes de satisfaction.

Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)

On retrouve des données assez similaires entre le point de vue médical et le point de vue de la patiente au sujet du déroulement de l'IVG.

Il n'existe en effet pas de différence statistiquement significative entre les groupes de satisfaction à propos des éléments relatifs à la tolérance physique et psychique de l'IVG :

- Echelle numérique de la douleur globale ressentie
- Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques
- Estimation des saignements par la patiente

	Satisfaites	Non satisfaites	Indécises	p
Données médicales				
Age (n=228)	28.1 (6.6)	27.2 (5.9)	30.5 (6.3)	0.22
Terme (n=232)	9.93 (1.5)	10.4 (1.6)	10.1 (1.4)	0.24
Grossesse (n=232)				0.57
- Simple	97.8% (178)	100% (33)	100% (17)	
- Gémellaire	2.2% (4)	0% (0)	0% (0)	
Gestité moyenne (n=227)	3.1 (2.0)	2.7 (2.0)	3.3 (1.7)	0.54
1 ^{ère} grossesse	27.2% (49)	26.7% (8)	11.8% (2)	0.43
Parité moyenne (n=227)	1.2 (1.2)	0.8 (0.9)	1.4 (1.1)	0.18
Pas d'enfant	38.9% (70)	43.3% (13)	23.5% (4)	0.28
Au moins 1 enfant	61.1% (110)	56.7% (17)	76.5% (13)	
Nombre moyen d'IVG (n=227)	1.6 (1.0)	1.6 (0.9)	1.5 (0.7)	0.97
Au moins un ATCD d'IVG	37.8% (68)	40% (12)	41.2% (7)	0.94
Au moins un ATCD d'IVG médicamenteuse	21.7% (39)	16.7% (5)	17.7% (3)	0.87
Au moins un ATCD d'IVG chirurgicale	24.4% (44)	30% (9)	29.4% (5)	0.69
Nombre moyen de FCS (n=227)	0.3 (0.7)	0.3 (0.7)	0.4 (0.6)	0.75
Au moins une FCS	20% (36)	16.7% (5)	35.3% (6)	0.26
Déroulement de l'IVG (point de vue médical)				
Durée d'hospitalisation (h.min) (n=226)	9.06 (3.7)	9 (3.7)	8.48 (1.4)	0.93
Préparation cervicale par misoprostol (n=232)	78% (142)	66.7% (22)	82.4% (14)	0.32
Type d'anesthésie (n=232)				0.16
- AG	97.3% (177)	100% (3)	88.2% (15)	
- AL	1.1% (2)	0% (0)	0% (0)	
- ALR	1.6% (3)	0% (0)	11.8% (2)	
Complication per-opératoire (n=230)	6.1% (11)	3.1% (1)	0% (0)	0.87
Abondance des saignements (n=229)				0.91
- 0 - 250	80.6% (145)	84.4% (27)	88.2% (15)	
- 250 - 500	14.4% (26)	12.5% (4)	5.9% (1)	
- > 500	5% (9)	3.1% (1)	5.9% (1)	
Traitement par paracétamol délivré à la patiente (n=232)	83.5% (152)	87.9% (29)	82.4% (14)	0.85
Traitement par anti-inflammatoire délivré à la patiente (n=232)	44% (80)	36.4% (12)	41.2% (7)	0.71
Traitement par antalgique de palier II délivré à la patiente (n=232)	6% (11)	12.1% (4)	0% (0)	0.27
Traitement anti-émétique délivré à la patiente (n=232)	11% (20)	15.2% (5)	0% (0)	0.29
Parcours de soin				
Information sur la technique médicamenteuse (n=229)	90.6% (163)	84.9% (28)	100% (16)	0.25
Information sur la technique chirurgicale (n=230)	99.5% (181)	100% (31)	100% (17)	1
Préférence de la patiente (n=231)				<0.0001
- Technique médicamenteuse	8.2% (15)	53.1% (17)	23.5% (4)	
- Technique chirurgicale	72.5% (132)	15.6% (5)	64.7% (11)	
- Choix laissé au médecin	17.6% (32)	25% (8)	0% (0)	
- Ne sait pas	1.7% (3)	6.3% (2)	11.8% (2)	
Choix de la technique laissé à la patiente (n=231)	50.8% (92)	24.2% (8)	41.2% (7)	0.017
Si choix non laissé, raisons :				
- Terme de la grossesse	44.2% (80)	75.8% (25)	47.1% (8)	0.009
- A laissé le médecin choisir	5.5% (10)	3% (1)	11.8% (2)	0.024
- Imposé à la patiente	1.7% (3)	0% (0)	0% (0)	0.048
- Une seule méthode proposée dans l'hôpital	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1
Information sur la suite de la prise en charge (n=229)	89.9% (161)	81.2% (27)	82.4% (14)	0.25
Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)				
Crainte de l'hospitalisation (n=229)	63.9% (115)	54.6% (18)	62.5% (10)	0.60
Echelle numérique de la douleur globale ressentie (entre 0 et 10) (n=230)	3.1 (2.2)	2.7 (2.0)	2.9 (2.0)	0.67
Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques (n=220)				0.81

- Oui	83.9% (146)	86.7% (26)	81.3% (13)	0.07
- Moyennement	10.3% (18)	13.3% (4)	18.7% (3)	
- Non	1.7% (3)	0% (0)	0% (0)	
- Absence d'antalgiques	4.1% (7)	0% (0)	0% (0)	
Estimation des saignements par la patiente (n=213)				
- Moins qu'attendu	59.3% (102)	61.3% (19)	90% (9)	
- Autant qu'attendu	34.3% (59)	38.7% (12)	0% (0)	
- Plus qu'attendu	6.4% (11)	0% (0)	10% (1)	

Tableau 22 : Eléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites et insatisfaites ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale

b. Analyse multivariée

L'objectif de l'analyse multivariée est de rechercher les raisons de l'insatisfaction.

1. Population totale

Dans la population totale, à terme et à type et voie d'IVG égale, le caractère imposé de la méthode à la patiente (et ce, quel qu'en soit le motif) est significativement associé à une mauvaise satisfaction (OR :3.99, IC 95% [2.15;7.42], $p < 0.0001$ pour le choix imposé à cause du terme et OR : 1.61, IC 95% [1.02;2.55], $p=0.042$ pour le choix imposé pour d'autres raisons, $n=890/900$).

	OR	IC 95%	p
Antécédent d'IVG			
Chirurgie (référence)	1		
Cervagem	8.12	[3.54;18.61]	<0.0001
Voie orale	4.46	[2.27;8.73]	<0.0001
Voie vaginale	3.34	[1.66;6.75]	0.0008
Terme			
< 7 SA (référence)	1		
]7 SA ; 9 SA[	2.56	[1.3;5.03]	0.0063
[9 SA ; 12 SA[	3.67	[1.71;7.86]	0.0008
[12 SA ; 14 SA]	6.04	[2.23;16.35]	0.0004
Choix laissé de la technique			
Oui (référence)	1		
Non à cause du terme	3.99	[2.15;7.42]	<0.0001
Non pour d'autres raisons (imposé, une seule technique proposée dans cet hôpital, choix laissé au médecin)	1.61	[1.02;2.55]	0.042

Tableau 23 : Modèle multivarié chez les patientes insatisfaites, insatisfaction expliquée par le type et la voie d'IVG, par le terme et par le choix.

2. IVG médicamenteuses

1^{er} modèle

Chez les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, il existe des différences statistiquement significatives de satisfaction en fonction du terme.

En effet, à voie d'administration égale, les patientes dont le terme est compris entre 7 SA + 1 jour et 7 SA + 6 jours sont statistiquement moins satisfaites que les patientes dont le terme est inférieur à 7 SA, $p=0.02$. De même, celles dont le terme est compris entre 9 et 12 SA sont statistiquement moins satisfaites que les patientes dont le terme est inférieur à 7 SA, $p=0.01$. Enfin, celles dont le terme est compris entre 12 et 14 SA sont statistiquement moins satisfaites que les patientes dont le terme est inférieur à 7 SA, $p=0.0004$, $n=667/668$.

Et inversement, à terme égal, les patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse par cervagem sont moins satisfaites que celles ayant bénéficié d'une IVG avec misoprostol par voie orale. En revanche, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre l'administration orale et vaginale du misoprostol. ($n=667/668$)

2^{ème} modèle

De plus, après ajustement sur les effets secondaires (vomissements et diarrhées), la douleur croissante évaluée sur l'échelle numérique est significativement associée à une insatisfaction, $p=0,00005$, $n=654/668$.

Chez les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, le terme avancé et l'intensité des douleurs ont donc une influence négative sur la satisfaction des patientes.

	OR	IC 95%	p
1^{er} MODELE			
Terme			
≤ 7SA (référence)	1		
]7SA; 8SA[	2.09	[1.12;3.88]	0.02
[8SA; 9SA [	1.37	[0.73;2.58]	0.33
[9SA; 12SA]	2.48	[1.27;4.83]	0.01
]12SA; 14SA]	6.31	[1.79;22.22]	0.004
Type et voie d'administration			
Orale (référence)	1		
Cervagem	2	[1.18;3.4]	0.01
Vaginale	0.75	[0.44;1.27]	0.28
2^{ème} MODELE			
Effets secondaires			
Nausées et vomissements	1.53	[1;2.33]	0.05
Diarrhées	0.96	[0.62;1.5]	0.87
Douleur	1.22	[1.12;1.33]	1*10 ⁻⁵

Tableau 24 : Modèle multivarié chez les patientes insatisfaites, insatisfaction expliquée par le terme et le type et la voie d'administration (1^{er} modèle) et expliqué par les effets secondaires (2^{ème} modèle)

IV Eléments de satisfaction et insatisfaction

Après les deux questions caractérisant le critère de jugement principal, deux autres questions permettaient de caractériser la satisfaction des patientes, mais de manière qualitative.

Les patientes répondaient à la question « quels sont les éléments qui vous ont satisfaits/insatisfaits dans cette méthode ? ». Plusieurs propositions de réponse étaient faites.

Plusieurs réponses étaient possibles.

a. IVG médicamenteuse

Dans la population totale des IVG médicamenteuses, le 1^{er} élément de satisfaction évoqué par les patientes est l'absence de chirurgie (69%, n=433). Viennent ensuite l'absence d'anesthésie générale (65.5%, n=411), l'impression d'avoir moins de complications par rapport à la chirurgie (41.2%, n=259), le caractère plus naturel de la technique (42.7%, n=268) et la conscience au moment de l'IVG (38.4%, n=241).

Le 1^{er} élément d'insatisfaction est la présence de douleurs (53.9%, n=325). Puis les patientes évoquent en majorité les effets indésirables des médicaments (44.8%, n=270), les saignements (35.5%, n=214) et la vision du fœtus (35.7%, n=215).

Globalement, l'étude entre les deux groupes retrouve des résultats similaires sur les éléments de satisfaction et d'insatisfaction.

	Population totale des IVG médicamenteuses	IVG médicamenteuses < 9 SA	IVG médicamenteuses ≥ 9 SA
Éléments de satisfaction	(n= 628/668)	(n=458/486)	(n=170 /182)
Technique plus naturelle	42.7% (268)	41.5% (190)	45.9% (78)
Conscience au moment de l'IVG	38.4% (241)	37% (169)	32.4% (72)
Absence d'anesthésie générale	65.5% (411)	65.5% (300)	65.3% (111)
Absence de chirurgie	69% (433)	70.1% (321)	65.9% (112)
Vision du fœtus	8.1% (51)	7.2% (33)	10.6% (18)
Moins de complications liées à la chirurgie	41.2% (259)	41.5% (190)	40.6% (69)
Moins de saignements	4.5% (28)	4.6% (21)	4.1% (7)
Peu de douleurs	13.1% (82)	12.7% (58)	14.1% (24)
Nécessité d'une visite de contrôle	16.1% (101)	14.6% (67)	20% (34)
Délai d'attente court jusqu'à la procédure	32.8% (206)	36% (165)	24.1% (41)
Aucun élément de satisfaction	0.5% (3)	0.4% (2)	0.6% (1)
Éléments d'insatisfaction	(n= 603/668)	(n= 436/486)	(n= 167/182)
Les douleurs	53.9% (325)	55.1% (240)	50.9% (85)
Les saignements	35.5% (214)	35.8% (156)	34.7% (58)
Les effets indésirables des médicaments	44.8% (270)	45.6% (199)	42.5% (71)
Vision du fœtus	35.7% (215)	29.6% (129)	51.5% (86)
Conscience au moment de l'IVG	10.3% (62)	10.6% (46)	9.6% (16)
Nécessité d'une visite de contrôle	4.6% (28)	4.6% (20)	4.8% (8)
Délai d'attente long jusqu'à la procédure	9.1% (55)	8.7% (38)	10.2% (17)
L'aspiration endo-utérine à cause d'un échec des médicaments	0.8% (5)	0.9% (4)	0.6% (1)
Aucun élément d'insatisfaction	2% (12)	1.61% (7)	3% (5)

Tableau 25 : Éléments de satisfaction et d'insatisfaction pour les patientes ayant eu une IVG médicamenteuse, en fonction du terme

b. IVG chirurgicale

Dans la population totale des IVG chirurgicales, le 1^{er} élément de satisfaction est l'anesthésie générale (83,4%, n=186). Viennent ensuite l'absence de vision du fœtus (75.3%, n=168) et l'évitement des échecs de la technique médicamenteuse (42.2%, n=94).

Le 1^{er} élément d'insatisfaction est le délai d'attente long jusqu'à la procédure (27.7%, n=43). Puis les patientes évoquent en majorité l'intensité des douleurs (18.9%, n=27) et l'anesthésie générale (18.7%, n=29).

Cependant, des différences semblent exister entre les deux groupes. Les patientes du groupe IVG chirurgicale < 9 SA semblent plus satisfaites sur la moins grande abondance des saignements (54.4%, n=25 versus 25.4%, n=45), l'intensité moindre des douleurs (63%, n=29 versus 32.8%, n=58), l'absence de nécessité d'une visite de contrôle (24%, n=11 versus 9%, n=16), que le groupe IVG chirurgicale 9 ≥ SA. De même, elles semblent plus insatisfaites sur le délai long jusqu'à la procédure (40.7%, n=11 versus 25%, n=32) que le groupe des IVG chirurgicales ≥ 9 SA.

	Population totale des IVG chirurgicales	IVG chirurgicales < 9 SA	IVG chirurgicales ≥ 9 SA
Éléments de satisfaction	(n=223/232)	(n=46/47)	(n=177/185)
L'anesthésie générale	83.4% (186)	84.8% (39)	83.1% (147)
La chirurgie	13.5% (30)	17.4% (8)	12.4% (22)
Les saignements plus faibles	31.4% (70)	54.4% (25)	25.4% (45)
Les douleurs moins intenses	39% (87)	63% (29)	32.8% (58)
L'absence de vision du fœtus	75.3% (168)	78.3% (36)	74.6% (132)
Eviter les échecs de la technique médicamenteuse	42.2% (94)	54.4% (25)	39% (69)
L'absence de nécessité d'une visite de contrôle	12.1% (27)	24% (11)	9% (16)
Le délai d'attente court jusqu'à la procédure	22.9% (51)	28.73% (13)	21.5% (38)
Éléments d'insatisfaction	(n=155/232)	(n=27/47)	(n=128/185)
L'anesthésie générale	18.7% (29)	11.1% (3)	20.3% (26)
La chirurgie	12.9% (20)	14.8% (4)	12.5% (16)
L'absence de vision du fœtus	5.8% (9)	0%	7.3% (9)
Les saignements post-opératoires	16.1% (25)	7.4% (2)	18% (23)
L'intensité des douleurs	18.9% (27)	22.2% (6)	18% (23)
Le délai d'attente long jusqu'à la procédure	27.7% (43)	40.7% (11)	25% (32)
Aucun élément d'insatisfaction	15.5% (24)	22.2% (6)	14.1% (18)

Tableau 26 : *Éléments de satisfaction et d'insatisfaction pour les patientes ayant eu une IVG chirurgicale, en fonction du terme*

V Echelle sémantique différentielle

Afin d'évaluer le vécu des patientes sur les différents aspects de l'IVG, une échelle sémantique différentielle était proposée dans le questionnaire.

Les patientes devaient coter leur ressenti de l'IVG en entre -3 et 3 sur 7 adjectifs opposés qui étaient : douloureuse/indolore, désagréable/agréable, négative/positive, dangereuse/sûre, non acceptable/acceptable, difficile/facile et longue/rapide.

-3 correspondait à l'adjectif négatif et 3 correspondait à l'adjectif positif. Par exemple, -3 correspondait à « très douloureux » et 3 à « absence totale de douleur ».

a. Douloureuse/indolore

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs douloureux et indolore, on constate que l'IVG médicamenteuse, quel que soit le terme, est vécue de manière plus douloureuse que l'IVG chirurgicale. En effet, 20.3 % des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à moins de 9 SA et 17.5% des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à plus de 9 SA cotent leur ressenti à -3, contre moins de 5% des IVG chirurgicales. A l'inverse, entre 25 et 32% des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale cotent leur ressenti à 2-3 contre moins de 10% des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse.

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG étaient : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : -0.93(1.69) (n=434/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : -0.73(1.82) (n=149/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 1(1.85) (n=40/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 1.15(1.81) (n=119/185)

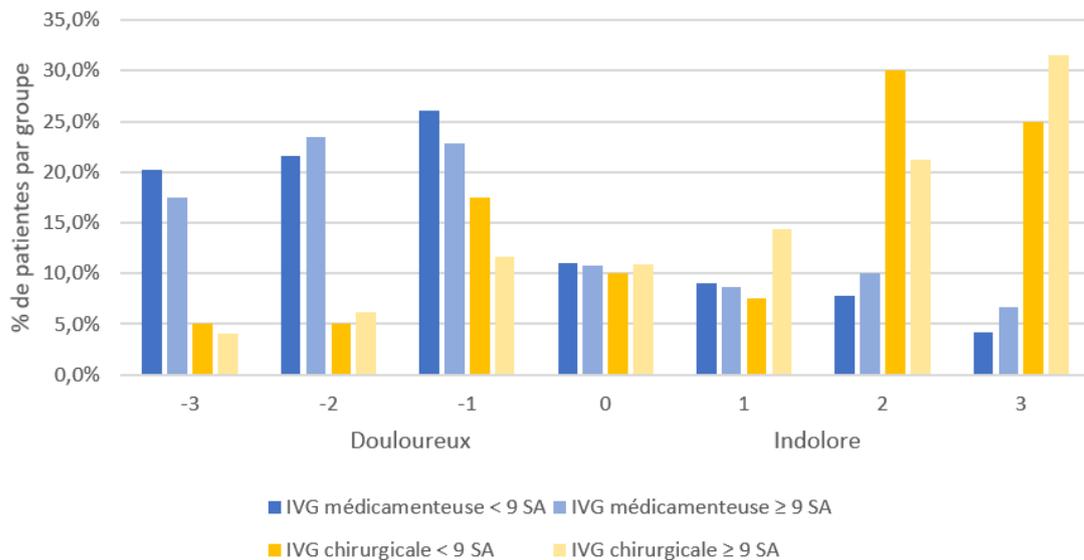


Figure 9 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs douloureux et indolore

b. Désagréable/agréable

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs désagréable et agréable, on constate que l'IVG médicamenteuse, quel que soit le terme, est vécue de manière plus désagréable que l'IVG chirurgicale, mais de manière moins tranchée qu'en terme de douleur. En effet, un peu plus de 25 % des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse cotent leur ressenti à -3, contre environ 10% des IVG chirurgicales. A l'inverse, entre 15 et 20% des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale cotent leur ressenti à 3 contre moins de 5% des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse.

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG étaient : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : -1.31(1.47) (n=401/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : -1.07(1.75) (n=149/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 0.26(2.05) (n=34/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 0.43(1.75) (n=141/185)

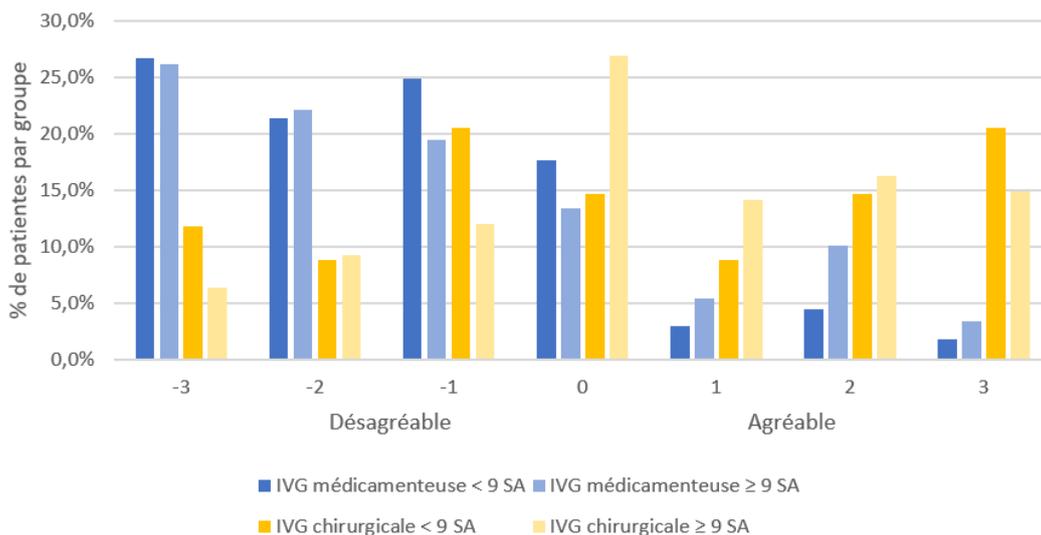


Figure 10 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs désagréable et agréable

c. Négative/positive

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs négatif et positif, on constate que les patientes cotent en majorité leur ressenti à 0, et notamment dans le cadre des IVG médicamenteuses (44.4% pour les IVG médicamenteuses à moins de 9 SA et 36.7% pour les IVG médicamenteuses à plus de 9 SA). Les mêmes proportions de patientes dans les différents groupes cotent négativement leur vécu de l'IVG (moins de 15% par groupe).

Cependant, les IVG chirurgicales semblent un peu plus enclines à coter leur ressenti de l'IVG en positif. En effet, environ 27% des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale cotent leur ressenti à 3 contre moins de 15% des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse.

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG était : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : -0.06(1.62) (n=363/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : 0.09(1.84) (n=128/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 0.94(1.9) (n=36/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 0.97(1.72) (n=133/185)

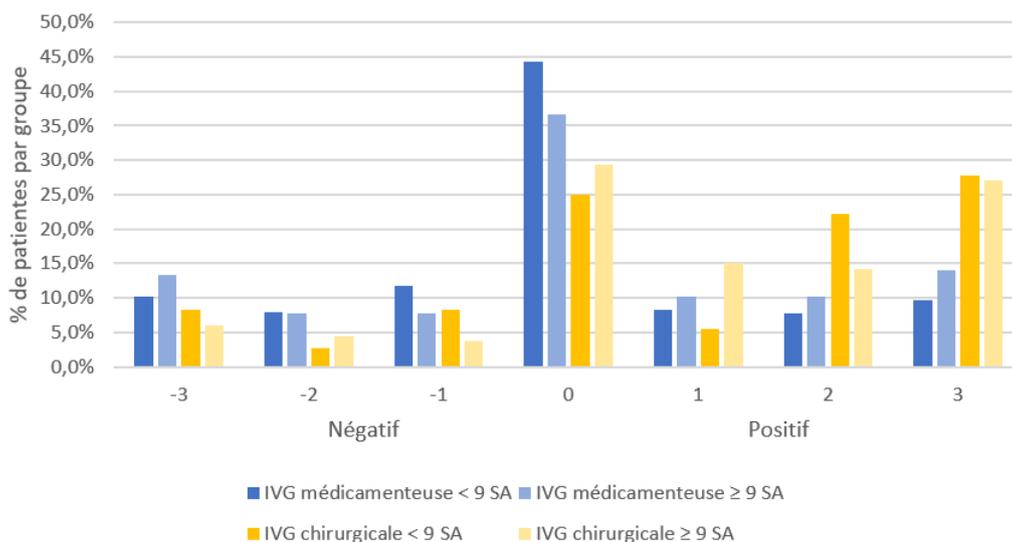


Figure 11 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs négatif et positif

d. Dangereuse/sûre

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs dangereux et sûr, on constate que les patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale cotent en majorité leur ressenti à 3 (47.2% des IVG chirurgicales à moins de 9 SA et 41.4% des IVG chirurgicales à plus de 9 SA). Elles considèrent donc la technique comme étant sûre.

Les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sont plus partagées. En effet, les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à moins de 9 SA cotent en majorité leur ressenti sur le caractère sûr de la technique à zéro (38.8%), alors que 41.6% de celles ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à plus de 9 SA cotent leur ressenti à 3. Enfin, les mêmes proportions de patientes dans les différents groupes cotent leur ressenti de l'IVG comme étant dangereuse (moins de 5% par groupe).

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG étaient : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : 1.1(1.51) (n=374/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : 1.5(1.63) (n=137/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 1.86(1.44) (n=36/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 1.74(1.36) (n=133/185)

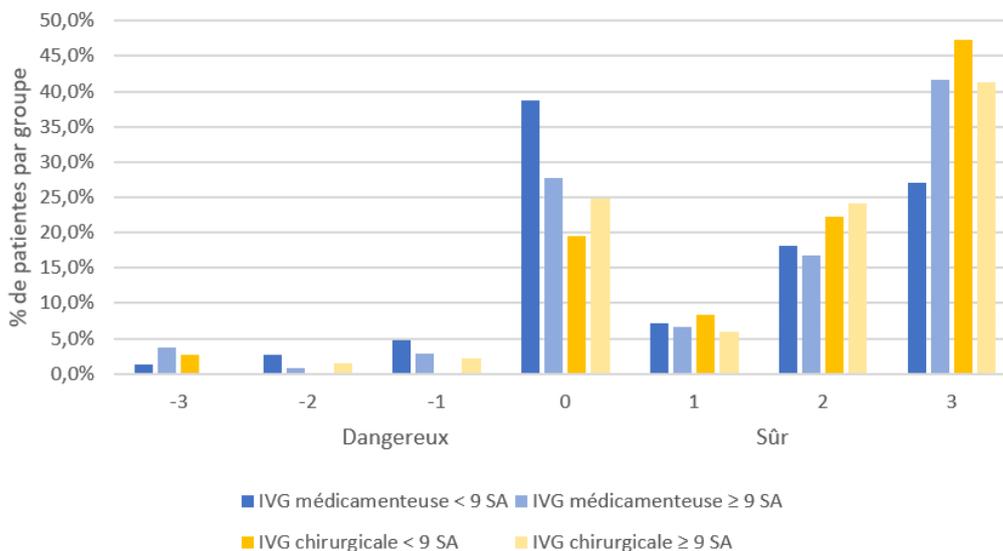


Figure 12 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs dangereux et sûr

e. Non acceptable/acceptable

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs inacceptable et acceptable, on constate que les patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale cotent en majorité leur ressenti à 3 (47.4% des IVG chirurgicales à moins de 9 SA et 44.5% des IVG chirurgicales à plus de 9 SA).

Les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sont plus partagées. En effet, les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse < 9 SA cotent en majorité leur ressenti sur le caractère sur de la technique à zéro (33.2%), et 27.7% et 29.2% de celles ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuses à plus de 9 SA cotent leur ressenti à 0 et 3 respectivement.

Enfin, les mêmes proportions de patientes dans les différents groupes cotent leur ressenti de l'IVG comme étant inacceptable (moins de 6% par groupe).

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG étaient : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : 0.89(1.63) (n=373/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : 1.14(1.71) (n=137/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 1.79(1.47) (n=38/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 1.87(1.31) (n=137/185)

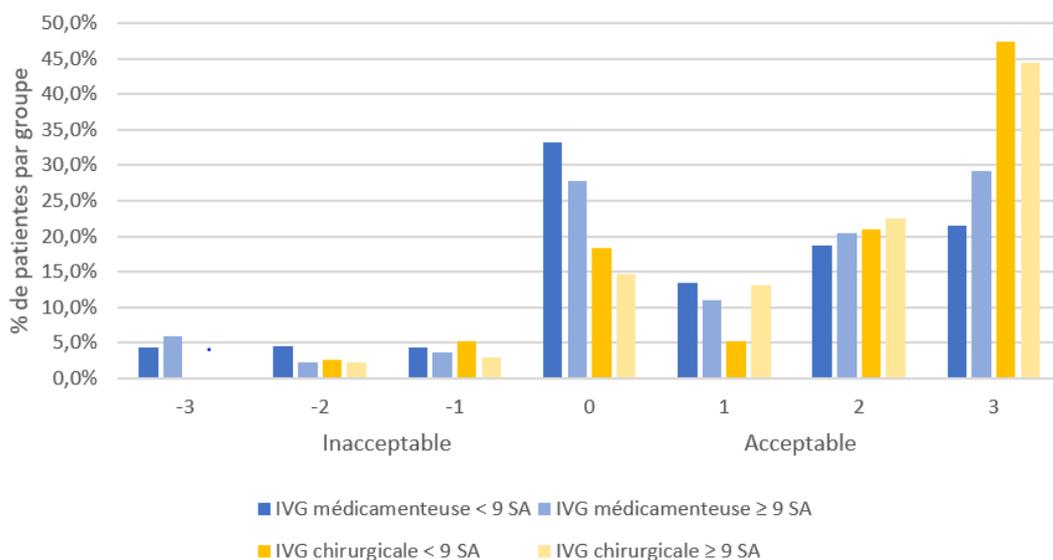


Figure 13 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs inacceptable et acceptable

f. Difficile/facile

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs difficile et facile, on constate que les patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse considèrent globalement leur IVG plus difficile que les patientes bénéficiant d'une IVG chirurgicale.

En effet, 25.4% des IVG médicamenteuses à plus de 9 SA évaluent leur IVG à -3, soit très difficile, contre 8.5% à 3.

L'évaluation des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale est moins tranchée. En effet, entre 10 et 25% des patientes de chaque groupe évaluent leur ressenti à -3, 0, 1 et 3.

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG étaient : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : -0.62(1.75) (n=384/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : -0.82(1.91) (n=142/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 0.03(2.09) (n=40/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 0.49(2.06) (n=137/185)

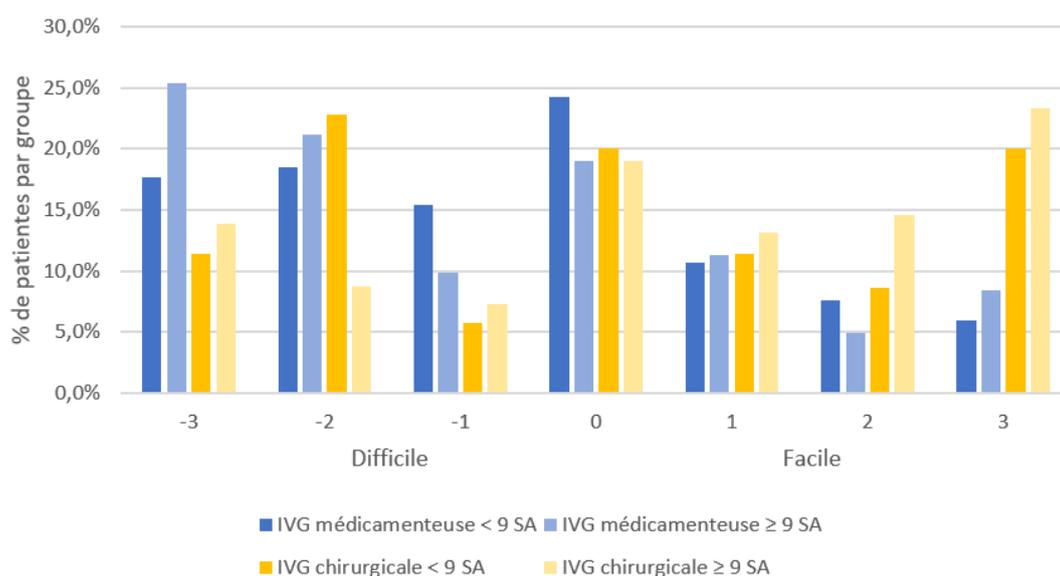


Figure 14 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs difficile et facile

g. Longue/rapide

En comparant le ressenti des 4 groupes sur les adjectifs long et rapide, on constate que les patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale cotent en majorité leur ressenti à 3 (42.9% des pour les IVG à moins de 9 SA et 43% de celles à plus de 9 SA)

Les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sont plus partagées. En effet :

- 17.1% des patientes à moins de 9 SA et 19.9% de celles à plus de 9 SA évaluent leur ressenti sur la longueur à -3,
- 12.8% des patientes à moins de 9 SA et 12.3% de celles à plus 9 SA à évaluent leur ressenti sur la longueur à -2
- 16.1% des patientes à moins de 9 SA et 12.3% de celles à plus de 9 SA évaluent leur ressenti sur la longueur à -1.

Environ 10% des patientes de chaque groupe évaluent leur IVG à 1, 2 et 3, soit rapide. Enfin, environ 20% des patientes de chaque groupe cotent 0 sur le caractère rapide ou long de la technique.

Le ressenti moyen sur cet adjectif dans les différents groupes d'IVG étaient : ($p < 0.0001$)

- médicamenteuse à moins de 9 SA : -0.32(1.88) (n=398/486)
- médicamenteuse à plus de 9 SA : -0.21(2.06) (n=146/182)
- chirurgicale à moins de 9 SA : 1.66(1.68) (n=35/47)
- chirurgicale à plus de 9 SA : 1.26(2.01) (n=142/185)

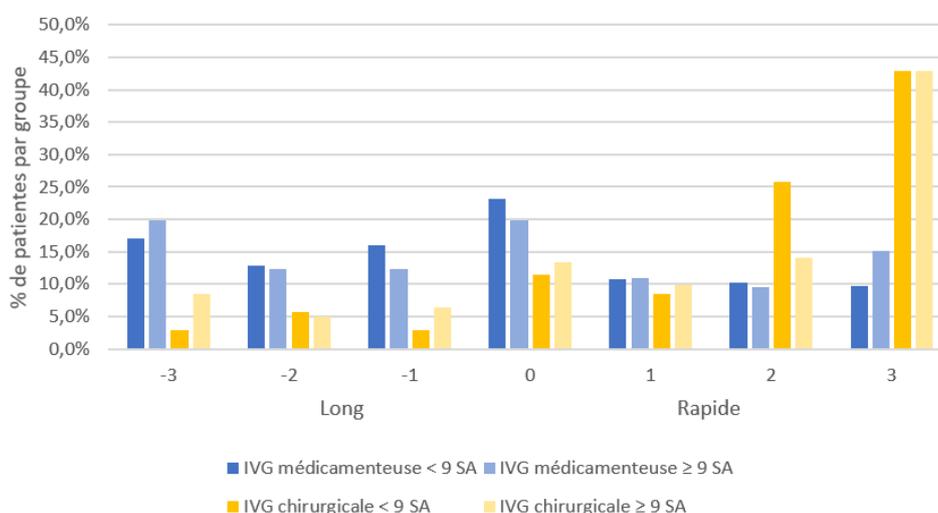


Figure 15 : Evaluation du ressenti de l'IVG en fonction des groupes, adjectifs long et rapide

DISCUSSION

L'étude NISS trouve des taux de satisfaction qui sont de 72.2% (351) pour les IVG médicamenteuses à moins de 9 SA, 69.2% (126) pour celles à plus de 9 SA, 89.4% (42) pour les IVG chirurgicales à moins de 9 SA et 75.7% (140) pour celles à plus de 9 SA.

Dans la population totale, à terme égal, la méthode médicamenteuse est significativement associée à une moins bonne satisfaction que la technique chirurgicale, OR :2, IC 95% [1.26 ;3.17], $p=0.003$. Le type d'IVG a donc une influence sur la satisfaction des patientes. Plus précisément, les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sont donc moins enclines à opter à nouveau pour cette technique.

De plus, à méthode d'IVG égale, un terme supérieur à 9 SA, par rapport à un terme inférieur à 9 SA, est également associé à une moins bonne satisfaction, OR :1.54, IC95% : [1.06 ;2.25], $p=0.025$.

Cette différence de satisfaction entre les 2 méthodes d'IVG est mise en évidence dans d'autres études.

L'étude la plus semblable à l'étude NISS est celle de Robson (25). Elle étudie la satisfaction des patientes selon la méthode, pour des termes allant jusqu'à 14 SA. Elle utilise comme critère de jugement principal la réponse à la question : « si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? ». Robson montre ainsi une satisfaction de 96.5% pour les patientes ayant eu une IVG chirurgicale ($n=488$), contre seulement 80.9% pour celles ayant eu une IVG médicamenteuses ($n=565$), dans son groupe de patientes non randomisées.

L'étude de Ashok (26), dont le design est similaire, mais avec de plus petits effectifs est réalisée pour des termes compris entre 10 et 13 SA. La différence observée existe également entre les 2 méthodes, mais sans être significative. Sur la totalité des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse ($n=127$) (randomisées et non randomisées), 37% choisiraient à nouveau une IVG médicamenteuse contre 52% dans le groupe des IVG instrumentales ($n=147$), $p=0.26$.

Des études plus anciennes et étudiant des termes inférieurs à 9 SA vont également dans ce sens. L'étude danoise de Rørbye (28), datant de 2001, a étudié la satisfaction de 1033 patientes ayant bénéficié d'IVG médicamenteuses et chirurgicales avant 9 SA. Chez les patientes

randomisées, 94% des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale se disaient satisfaites contre 68% des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale, $p < 0.001$. L'étude néerlandaise de Loeber (29) datant de 2010, a, quant à elle, étudié les termes inférieurs à 7 SA. Elle met également en évidence une différence de satisfaction entre les IVG médicamenteuses et les IVG chirurgicales. En effet, 84% (74) des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale choisiraient à nouveau cette technique contre 78.3% (83) de celles ayant eu une IVG médicamenteuse, $p < 0.01$. Enfin l'étude indienne de Akkenapally (27), menée en 2013-2014 sur 213 patientes bénéficiant d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale (sous anesthésie locale) à moins de 9 SA, retrouve une satisfaction de 79.6% (86) pour les IVG médicamenteuses et de 95.2% (100) pour les IVG chirurgicales.

Par ailleurs, un des principaux déterminants de la satisfaction des patientes est le caractère choisi de la technique. Le CNGOF, dans ses recommandations, précise bien que *« l'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B) »*. (1)

De même, le « Royal College of Obstetricians and Gynaecologists » (30), dans ses recommandations de 2011, insiste sur l'importance du recueil et du respect du choix des patientes sur la méthode, car il est un élément prédictif de leur satisfaction.

En effet, une étude publiée récemment rapporte que les femmes jugent l'IVG plus stressante lorsqu'elles n'ont pas eu le choix de la méthode (31). De plus, 90.8% (109) des femmes interrogées dans cette étude se jugent capables de choisir la méthode dont elles souhaitent bénéficier.

Dans l'étude NISS, à terme et à type et voie d'IVG égale, le caractère imposé de la méthode à la patiente (et ce, quel qu'en soit le motif) est significativement associé à une mauvaise satisfaction (OR :3.99, IC 95% [2.15;7.42], $p < 0.0001$ pour le choix imposé à cause du terme et OR : 1.61, IC 95% [1.02;2.55], $p = 0.042$ pour le choix imposé pour d'autres raisons).

Et les différentes études vont dans ce sens. Dans l'étude de Robson (25), parmi les patientes ayant eu le choix, 96.5% choisiraient à nouveau une IVG chirurgicale et 80.9% choisiraient à nouveau une IVG médicamenteuse alors que parmi les patientes randomisées, ces taux diminuent. En effet, ils passent à 94% pour les IVG chirurgicales et 69,1% pour les IVG médicamenteuses. Cette différence entre les patientes ayant eu le choix et celles randomisées

dans l'une ou l'autre des méthodes montre donc une meilleure satisfaction de la prise en charge de l'IVG si celle-ci a été choisie par la patiente.

Ashok (26) tire des conclusions allant dans le même sens. En effet, son étude prouve que les femmes auraient plus tendance à choisir à nouveau la technique dont elles ont bénéficié s'il s'agissait initialement de la méthode pour laquelle elles avaient émis une préférence avant l'IVG. ($p=0.002$ pour les IVG médicamenteuses, $p=0.01$ pour les IVG chirurgicales)

L'étude de Rørbye (28), compare, quant à elle, ses patientes randomisées ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse ($n=111$) à celles ayant choisi l'IVG médicamenteuse ($n=332$) ; et le résultat est identique. La satisfaction après avoir choisi de subir une IVG médicamenteuse est supérieure à celle lorsqu'elle a été imposée : 82%, IC95%, [78 ;86] versus 68%, IC95% : [55 ;81] respectivement, $p<0.05$.

De plus, l'étude française de 2007 de Moreau (32) s'est portée sur les raisons expliquant le caractère imposé de la technique. Pour 44% des patientes, le terme était trop avancé, 35% ont laissé le médecin décider pour elles, 13% ont déclaré ne pas avoir été consultées et 4% ont déclaré qu'une seule technique était réalisée dans l'hôpital dans lequel elles avaient consulté. Enfin, d'une part, l'information sur les 2 techniques était plus donnée aux patientes ayant eu le choix qu'aux patientes à qui la technique était imposée (90,6% vs. 73,5% ; $p<0,001$). D'autre part, le choix était laissé plus fréquemment aux patientes ayant consulté tôt dans la grossesse (choix laissé dans 57%, 50% et 30% des cas si consultation respectivement avant 6 SA, entre 6 et 7 SA, à plus de 7SA, $p<0,0001$).

L'étude NISS étudie également les raisons du caractère imposé. Sur la population totale des patientes n'ayant pas eu le choix ($n=295$), 47.6% (140) ont vu ce choix imposé à cause du terme, 32.5% (96) ont laissé le médecin choisir, 21% (62) ont vu ce choix imposé sans raison particulière et pour 4.1% (12) d'entre elles, une seule technique était proposée dans l'hôpital (plusieurs réponses étaient possibles).

Or, à l'heure actuelle, 12 ans après l'étude de Moreau, les pratiques en termes d'IVG ont changé. Le délai jusqu'auquel il est possible de réaliser une IVG médicamenteuse est passé à 9 SA, puis 14SA. Le délai de réflexion de 7 jours a été supprimé, ce qui implique que l'âge gestationnel auquel les patientes consultent pour la première fois n'a plus la même importance que dans l'étude de 2007. Malheureusement, malgré ces évolutions, le choix n'est toujours pas laissé aux patientes et les raisons restent sensiblement les mêmes. L'explication de cette stabilité depuis l'étude de 2007 tient certainement dans le fait que seules les

maternités d'Evreux et du Havre proposaient l'IVG médicamenteuses pour les termes supérieurs à 9 SA. Dans les autres maternités, les patientes souhaitant une IVG après 9 SA se voyaient imposer la méthode chirurgicale. Et les chiffres sont parlants : seulement 34.6% (64) des 185 IVG chirurgicales à plus de 9 SA ont réellement choisi cette méthode.

Par ailleurs, pour les IVG médicamenteuses à un terme tardif, dont l'acceptabilité fait débat au sein de la communauté des gynécologues obstétriciens, notre étude confirme l'importance du choix des patientes dans leur satisfaction finale. Parmi les patientes non satisfaites, 58.7% (27) n'avaient pas eu le choix de la méthode. Au contraire, chez les patientes satisfaites et qui opéreraient à nouveau pour une IVG médicamenteuse tardive, 82.4% (103) ont eu le choix de la méthode, $p=0.006$.

Un autre élément déterminant dans la satisfaction, et notamment pour les IVG médicamenteuses, est le terme avançant. Dans l'étude NISS, chez les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, à voie d'administration égale, la satisfaction diminue avec le terme. En effet, le terme compris entre 9 et 12 SA comparé au terme ≤ 7 SA est associé à une baisse significative de la satisfaction, OR : 2.48, IC 95% [1.27 ;4.83] $p=0.01$. De même, le terme compris entre 12 SA + 1 jour et 14 SA comparé au terme ≤ 7 SA est associé à une baisse significative de la satisfaction, OR : 6.31, IC 95% [1.79 ;22.22] $p=0.004$.

Selon Robson, la satisfaction diminue avec le terme. En effet, à 13 SA, seulement 50% des patientes choisiraient à nouveau une IVG médicamenteuse, alors que pour les IVG chirurgicales, la satisfaction reste supérieure à 90% quel que soit le terme.

La douleur est également un facteur limitant quant à la satisfaction des patientes. Le CNGOF recommande notamment l'utilisation d'AINS pour le soulagement des douleurs liées à l'IVG.

Dans notre étude, dans les groupes des IVG médicamenteuses, après ajustement sur les autres effets indésirables, la douleur croissante évaluée sur l'échelle numérique est significativement associée à une insatisfaction, OR : 1.22, IC95% [1.12 ; 1.33], $p=0,00005$. Or le taux d'administration d'ibuprofène est d'environ 75% pour les IVG médicamenteuses et 40% pour les IVG chirurgicales, sans différence significative entre les patientes satisfaites et non satisfaites. On peut donc s'interroger sur le fait qu'une administration plus systématique d'AINS permettrait peut-être de diminuer les douleurs et donc augmenter la satisfaction.

Différentes études mettent en effet en évidence qu'une douleur plus intense est à l'origine d'une baisse de la satisfaction. L'étude française menée dans les pays de la Loire (33) sur 319 IVG en 2014, retrouve une association entre une évaluation de la douleur supérieure à 4 sur l'échelle visuelle analogique et une baisse de la satisfaction, ORa :3.5, IC95% [1.32 ;9.28], p=0.02. De même, l'étude suédoise menée en 2009 (34) sur 452 femmes bénéficiant d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale, prouve une association significative entre une bonne satisfaction et un soulagement suffisant de la douleur, OR :3.87, IC95% [1.92 ; 7.8], p< 0.001. Dans l'étude américaine de Teal (35), une douleur moins importante qu'attendue est un élément prédictif d'un vécu positif de l'IVG médicamenteuse (OR : 1.4 IC95% [1.0 ; 1.8], p<0.001), alors qu'une douleur plus intense qu'attendue est prédictive d'un non choix de l'IVG médicamenteuse en cas d'IVG ultérieure (OR : 4.0 IC95% [2.5 ; 5.8], p<0.001).

Cela vaut notamment pour les IVG médicamenteuses à plus de 9 SA, pour lesquelles la gestion de la douleur est certainement un des éléments essentiels de la prise en charge des femmes.

Dans l'étude NISS, sur les 182 patientes incluses pour une IVG médicamenteuse entre 9 et 14 SA, une a bénéficié d'une analgésie péridurale, posée en salle de naissance. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire à 13 SA et 2 jours. La patiente souhaitait une IVG médicamenteuse. A la question, « si vous deviez bénéficier à nouveau d'une IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? », la patiente avait répondu oui. Elle chiffre sa satisfaction sur la prise en charge globale à 4 sur 5. D'un point de vue médical, l'IVG s'était bien déroulée et l'aspiration endo-utérine n'a pas été nécessaire.

Ce mode d'analgésie, dans le cadre des IVG médicamenteuses, n'est cependant pas évoqué dans les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2016, alors qu'il est pourtant une piste sérieuse à explorer.

En effet, en France, le CHU de Strasbourg, précurseur en termes d'IVG médicamenteuse tardive, pratique déjà ce mode d'analgésie. Ainsi, le professeur Nisand et son équipe proposent à leurs patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse tardive leur réalisation sous anesthésie péridurale.

La littérature aborde également ce thème, notamment pour les IVG médicamenteuses au second trimestre, qui sont autorisées dans certains pays d'Europe comme l'Espagne, la Suède ou les Pays-Bas. L'étude canadienne de Smith (36), qui étudie la PCEA (Patient-Controlled Epidural Analgesia) chez les 17 patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse entre 12 et

23 SA + 6 jours met en évidence une bonne analgésie de ces patientes (évaluation maximale de la douleur à $4.2/10 \pm 2.3$) et une excellente satisfaction ($8.4/10 \pm 4$)

On peut donc imaginer qu'avec une analgésie péridurale, les patientes auraient un vécu meilleur de leur IVG. Cette piste de réflexion serait donc une réelle avancée en termes d'analgésie pour les IVG médicamenteuses tardives.

Dans la littérature, d'autres éléments liés au déroulement de l'IVG peuvent être identifiés. Ceux-ci sont également prédictifs d'une moins bonne satisfaction.

L'étude américaine de Teal (35) étudie les éléments prédictifs d'une bonne satisfaction et ceux prédictifs d'un non-choix de l'IVG médicamenteuse en cas de nouvelle IVG. Les éléments prédictifs d'une bonne satisfaction sont l'avortement complet (OR : 3.1 IC95% [1.4 ; 6.8], $p=0.005$), l'âge plus avancé (OR : 1.75 IC95% [1.3 ; 2.3], $p<0.001$) et les saignements moins abondants qu'attendus (OR : 1.8 IC95% [1.3 ; 2.4], $p<0.001$). Les éléments en faveur d'un non choix de l'IVG médicamenteuse en cas de nouvelle IVG sont l'échec de la procédure (OR : 10.1 IC95% [4.8 ; 21.2], $p<0.001$) et les saignements plus importants qu'attendus (OR : 3.8 IC95% [2.5 ; 5.8], $p<0.001$).

Finalement, certaines caractéristiques inhérentes à chacune des deux méthodes sont aussi des éléments influençant le ressenti des femmes, et donc ayant une influence sur leur satisfaction. Par exemple, le caractère chirurgical, impliquant un passage au bloc opératoire s'oppose au caractère naturel de la méthode médicamenteuse, la faisant « ressembler » à une fausse couche. Ces éléments sont non modifiables et entraînent un choix naturel vers l'une ou l'autre technique en fonction du vécu antérieur de chaque patiente.

Dans la population totale des IVG médicamenteuses de l'étude NISS, le 1^{er} élément de satisfaction évoqué par les patientes est l'absence de chirurgie (69%, $n=433$), puis l'absence d'anesthésie générale (65.5%, $n=411$), l'impression d'avoir moins de complications par rapport à la chirurgie (41.2%, $n=259$), le caractère plus naturel de la technique (42.7%, $n=268$) et la conscience au moment de l'IVG (38.4%, $n=241$). Le 1^{er} élément d'insatisfaction est la présence de douleurs (53.9%, $n=325$) puis les effets indésirables des médicaments (44.8%, $n=270$), les saignements (35.5%, $n=214$) et la vision du fœtus (35.7%, $n=215$).

Dans les études de Robson (25) et Ashok (26), la principale raison pour les patientes de

préférer une IVG médicamenteuse était le fait d'être consciente pendant la procédure, d'éviter l'anesthésie générale ainsi que la chirurgie. De plus, dans l'étude néerlandaise de Loeber (29), 43.4% (63) patientes évoquent également la crainte de l'IVG chirurgicale et aussi le caractère plus naturel pour 20% (29) d'entre elles.

Dans la population totale des IVG chirurgicales de l'étude NISS, le 1^{er} élément de satisfaction est l'anesthésie générale (83,4%, n=186) puis l'absence de vision du fœtus (75.3%, n=168) et l'évitement des échecs de la technique médicamenteuse (42.2%, n=94). Le 1^{er} élément d'insatisfaction est le délai d'attente long jusqu'à la procédure (27.7%, n=43), puis l'intensité des douleurs (18.9%, n=27) et l'anesthésie générale (18.7%, n=29).

Selon Ashok et Robson, les patientes préférant une IVG chirurgicales invoquaient quant à elles en priorité la volonté d'une anesthésie générale, et en second celle de ne pas voir le fœtus. De plus, dans l'étude de Murray (37), les patientes bénéficiant d'une IVG chirurgicale évoquent comme avantage le caractère rapide (85.4%), la nécessité de moins de consultations (72.9%) et le côté « simple » et « facile » (66.7%) de l'IVG chirurgicale. Elles expriment également que cette technique permet d'éviter les saignements abondants (54.2%) ainsi que les douleurs (45.8%).

De plus, la possibilité de pose de stérilet à la fin de l'aspiration endo-utérine, comme évoqué par 18.5% (66) des patientes de l'étude néerlandaise (29), favorise le caractère rapide et simple de la procédure. En effet, elle inclut la mise en place d'une contraception qui se ferait nécessairement à distance, dans le cadre d'une IVG médicamenteuse. Or la satisfaction des patientes quant à cette contraception posée au décours immédiat de l'IVG chirurgicale est plutôt bonne, comme en témoigne l'étude française de Flamant (38), qui retrouve un maintien du stérilet à 6 mois chez 78.6% (IC95% [69.8, 85.8]) et un taux de satisfaction à 85.2% (95%CI [76.1, 91.1]).

Selon Robson (25) et Akkenapally (27), comme dans l'étude NISS, l'expérience de l'IVG médicamenteuse est vécue significativement de manière plus difficile que l'IVG chirurgicale. En effet, sur l'échelle sémantique différentielle, l'IVG médicamenteuse est cotée significativement moins bien que l'IVG instrumentale pour les mêmes 7 adjectifs que dans l'étude NISS (« douloureux /indolore », « agréable/désagréable », « négatif/positif », « dangereux/sur », « agréable/désagréable », « facile/difficile », rapide/long »).

Ces éléments inhérents à chaque technique sont donc à l'origine du choix de la méthode chirurgicale ou médicamenteuse.

Une des forces de notre étude est la représentativité de la population de l'étude. En effet, cette étude a été menée dans 9 des 14 maternités de la région. Les différents niveaux et tailles de maternité sont donc représentés : deux maternités de niveau 3, quatre de niveau 2, deux de niveau 1 et une ne réalisant plus d'accouchement. De plus, le peu de critères d'exclusion de l'étude diminue les biais de sélection possible. La population de l'étude, à l'échelle de la région, est donc représentative des patientes bénéficiant d'une IVG hospitalière en Haute Normandie.

Cependant, la seule entrave à la représentativité de notre étude est l'absence de représentation des maternités privées. En effet, les 3 maternités privées n'ont pas donné suite à nos sollicitations, sans donner d'explication à ce refus.

De plus, il s'agit d'une étude prospective, ce qui renforce sa fiabilité.

La limite principale de l'étude est le délai très court entre la réalisation de l'IVG et la réponse au questionnaire de satisfaction. En effet, contrairement aux autres études publiées, les patientes répondaient au questionnaire avant la sortie, le jour de la réalisation de l'IVG. Il est donc possible de s'imaginer qu'à distance de la réalisation de l'IVG, la satisfaction peut être différente, et notamment pour les patientes indécises, qui représentent 7.8% (70) de notre population.

Ce choix méthodologique de donner le questionnaire de satisfaction le jour même de la procédure a été fait pour 2 raisons.

D'une part la quasi-totalité des patientes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale n'ont pas de visite de contrôle, et celles ayant eu une IVG médicamenteuse sont très souvent absentes à la visite post-IVG.

De plus la volonté d'anonymat souhaitée pour cette étude rendait impossible les appels par un personnel soignant ou les courriers. La priorité a donc été d'éviter un maximum les perdus de vue et d'inciter les patientes à participer grâce à l'anonymat.

Cela a permis d'obtenir une population dont le nombre était suffisant pour une analyse

statistique correcte, mais au prix de l'évaluation de la pérennité de la satisfaction.

Plusieurs études se sont heurtées à ce problème des patientes perdues de vue. Cela a été le cas notamment dans celle de Heath (31) ayant inclus 121 patientes, pour laquelle seulement 25 d'entre elles ont répondu au questionnaire post-IVG ou encore celle d'Ashok (26) qui avait perdu quasiment la moitié de son effectif lors du questionnaire à 2 semaines de l'IVG (212 perdues de vue sur un effectif initial de 486).

D'ailleurs, on constate que les taux de satisfaction de l'étude NISS sont un peu inférieurs aux taux de satisfaction de la littérature. Par exemple, l'étude aMaYa (39) menée en France sous l'égide du Pr Nisand et qui a inclus 1585 femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, retrouve un taux de patientes se déclarant satisfaites de 90.4%. De plus, 88.6% d'entre elles conseilleraient la méthode médicamenteuse à une amie. A noter que l'évaluation de la satisfaction se faisait également lors de la visite de contrôle post-IVG. Or, dans le cas des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse, le succès de la procédure n'est pas nécessairement connu au moment de la sortie. Le moment où la patiente répond au questionnaire est en effet un « moment d'opinion instable » (40), car très proche des soins reçus. On comprend donc que la satisfaction pourra varier à distance en fonction du succès ou non de la procédure.

Le problème du questionnaire anonyme entraîne un nombre important d'informations manquantes. En effet, dès lors que le questionnaire n'est pas rempli de manière complète, l'anonymat empêche de retrouver les informations manquantes dans le dossier médical de la patiente. Cependant, afin d'inclure un maximum de patiente, et dans la mesure où les données liées à une IVG sont des données sensibles, nous avons fait le choix de garantir l'anonymat aux patientes. Nous avons considéré que cet anonymat diminuerait les réticences des patientes à participer à l'étude, dont le nombre de participantes était primordial. En effet, il est nécessaire pour offrir une bonne validité aux résultats mis en évidence.

Du fait de l'anonymat de l'étude, un travail important était demandé au personnel soignant. En effet, pour chaque patiente ayant accepté l'étude et ayant été incluse, l'infirmière ou le médecin devait remplir le cahier d'observation. Or le temps dédié au remplissage de

papiers administratifs est croissant à l'hôpital, au dépend du temps passé avec le patient. Il était donc difficile de faire remplir en plus aux soignants des formulaires expliquant les motifs de non-inclusion (oubli, refus, critère d'exclusion). Ces données sont donc absentes.

Enfin, les réticences à la réalisation des IVG médicamenteuses tardives après les RPC du CNGOF de 2019 ne viennent pas uniquement des médecins. En effet, les infirmières sont notamment moins enclines à la prise en charge de ces patientes, alors que les sages-femmes semblent opposer moins de résistances.

Une étude britannique, celle de Nicholson (41), publiée en 2010, rapporte assez précisément l'expérience des infirmières de gynécologie dans les services d'orthogénie. Sept infirmières travaillant dans un service réalisant des IVG médicamenteuses jusqu'à 20 SA et des IVG chirurgicales jusqu'à 13 SA ont été interrogées. Ces infirmières montraient un niveau élevé d'empathie et peu de stress. Cependant, au sujet des aspects les plus exigeants du rôle d'infirmière dans ce type de service, le premier élément évoqué est le fait de manipuler un fœtus, qui ressemble beaucoup à un bébé, et notamment pour les termes supérieurs à 12 SA. Dans le même sens, une autre étude qualitative (42), menée en Italie (où le délai légal est à 14 SA), étudie l'expérience d'infirmières et sages-femmes travaillant dans un service d'orthogénie. Elle rappelle qu'« assister une femme subissant une IVG est une expérience complexe pour les sages-femmes et infirmières ». De plus, les soignantes interrogées s'accordent pour dire qu'elles auraient besoin d'un soutien psychologique et même d'un entraînement spécifique pour apporter un soutien affectif adapté aux patientes.

A la suite de ces modifications de recommandations au sujet des IVG médicamenteuse tardives, il serait donc judicieux d'étudier le vécu des soignants, pour éventuellement comparer celui des sages-femmes et infirmières. En effet, les sages-femmes ont dans leurs prérogatives, les accouchements voie basse à terme, mais aussi la prise en charge des patientes bénéficiant d'une interruption médicale de grossesse, quel que soit le terme. Elles sont donc possiblement plus formées et aptes à la prise en charge des IVG médicamenteuses tardives. Les infirmières n'ont quant à elle pas de formation spécifique dans leurs études sur la prise en charge des IVG médicamenteuses tardives et apprennent donc sur le « terrain », à gérer ces patientes. On imagine donc que l'habitude des sages-femmes peut supplanter celle des infirmières et rendre leur vécu plus facile face à ces situations difficiles.

Or plusieurs études ont déjà prouvé l'importance de la qualité de la relation entre soignant et patiente dans la satisfaction des patientes bénéficiant d'une IVG. Et notamment, l'étude suédoise de Makensius (34) qui a mis en exergue une association significative entre un haut niveau de satisfaction et l'impression d'une prise en charge attentive de la part de l'équipe soignante (OR :11.8, IC95% : [4.86 – 28.63], $p < 0.001$).

Une optimisation de l'accompagnement des soignants par le biais d'études préalables et de formations spécifiques serait donc un moyen d'améliorer encore la prise en charge des patientes bénéficiant d'une IVG, et plus particulièrement d'IVG médicamenteuse tardive.

CONCLUSION

En 2016, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) mettait à jour ses recommandations pour la pratique clinique au sujet de la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Un des éléments clé de ces recommandations était l'importance du choix de la patiente de la technique d'IVG. En effet, *« l'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B). D'un point de vue psychologique, le choix de la méthode devrait être offert aux femmes quel que soit l'âge gestationnel »*. De plus, concernant les IVG médicamenteuses, la limite usuelle de 9 semaines d'aménorrhée (SA) au-delà de laquelle la technique chirurgicale était réalisée était désormais repoussée à 14 SA.

L'étude NISS, réalisée devant les réticences des gynécologues obstétriciens à réaliser des IVG tardives par voie médicamenteuse, avait donc pour objectif d'étudier l'influence sur la satisfaction des patientes de la méthode choisie pour l'IVG ainsi que du terme, en Haute-Normandie.

Les résultats confirment les données de la littérature. En effet, le type d'IVG a bien une influence sur la satisfaction des patientes : les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sont moins enclines à opter à nouveau pour cette technique. De plus, un terme supérieur à 9 SA est également associé à une moins bonne satisfaction.

Cependant, quels que soit le terme ou la méthode le taux de satisfaction global reste supérieur à 4 sur une échelle de 1 à 5. Par ailleurs, nos résultats confirment l'importance du choix de la patiente. En effet, le caractère imposé de la méthode à la patiente (et ce, quel qu'en soit le motif) est significativement associé à une réponse négative à la question « si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? ».

Nos résultats vont donc dans le sens des recommandations émises par le CNGOF, pourtant décriées par les gynécologues obstétriciens, et donc peu mises en place dans la région.

Toutes nos patientes devraient ainsi pouvoir choisir la méthode qui leur convient, après avoir été informées, quel que soit le terme, et ce malgré nos craintes.

ANNEXE

Annexe 1 – Questionnaire patiente	125
Annexe 2 – Cahier d’observation	130
Annexe 3 – Fiche d’information	134
Annexe 4 – Formulaire de non-opposition	136
Annexe 5 - Tableau représentant les éléments du déroulement de l’IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d’une IVG médicamenteuse à moins de 9 SA.....	137
Annexe 6 - Tableau représentant les éléments du déroulement de l’IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d’une IVG médicamenteuse à plus de 9 SA.....	140
Annexe 7 - Tableau représentant les éléments du déroulement de l’IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d’une IVG chirurgicale à moins de 9 SA	143
Annexe 8 - Tableau représentant les éléments du déroulement de l’IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d’une IVG chirurgicale à plus de 9 SA	145

Annexe 1 – Questionnaire patiente

Vous venez de bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse (IVG). Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'étude proposée. Après avoir signé le formulaire de consentement, nous vous invitons à remplir ce questionnaire afin de recueillir votre vécu de cette IVG.

I PARCOURS DE SOIN

1 - Vous a-t-on informé des deux méthodes d'IVG ?

- Médicamenteuse

Oui

Non

- Chirurgicale

Oui

Non

2 – De quelle technique d'IVG préféreriez-vous bénéficier?

Médicamenteuse

Chirurgicale

Je préfère laisser le médecin choisir pour moi

Je ne sais pas

3 - Quelle méthode d'IVG a été choisie ?

Médicamenteuse

Chirurgicale

4 - Avez-vous eu le choix de la technique de l'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) ?

Oui

Non, pourquoi ?

○ L'avancement de la grossesse ne laissait pas le choix

○ Vous avez laissé le médecin choisir « au mieux »

○ On ne vous a pas demandé votre avis

○ Une seule méthode est proposée dans cet hôpital

○ Autres raisons, si oui lesquelles.....

5 - La suite de la prise en charge vous a-t-elle clairement été exposée ? (déroulement, effets secondaires, complications)

Oui

Non

II DEROULEMENT DE L'IVG

6 - Redoutiez-vous cette hospitalisation ?

Oui

Non

7 - Durant cette hospitalisation comment évaluez-vous la douleur globale que vous avez ressentie? (0 représentant l'absence de douleur, et 10 une douleur insupportable) (entourez votre choix)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8 - Estimez-vous que les antalgiques délivrés par l'équipe vous ont correctement soulagé ?

- Oui
- Moyennement
- Non

9 – Si vous reçu des comprimés de misoprostol, avez-vous ressenti des effets secondaires après leur prise? (nausées, vomissements ou diarrhées par exemple)

- Non, aucun
- Oui, mais très légers
- Oui, mais restant supportables
- Oui, de façon très importante

10 - Si oui, quels étaient ces effets secondaires?

- Un malaise
- Des nausées, des vomissements
- De la diarrhée
- De la fièvre
- D'autres symptômes, si oui, lesquels.....

11 - Si oui, ces effets secondaires ont-ils été soulagés par les traitements qui vous ont été donnés ?

- Oui, complètement
- Oui, mais de façon insuffisante
- Non

12 - Estimez-vous avoir beaucoup saigné ?

- Non, moins que ce que je pensais
- Oui, mais comme je m'y attendais
- Oui, beaucoup plus que ce que je pensais

13 - Avez-vous ressenti l'expulsion ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14 - L'expulsion a-t-elle été douloureuse ?

- Oui
- Non

15 - Où situez-vous votre ressenti de l'IVG sur l'échelle suivante :

(entourez la case qui correspond le mieux à votre ressenti)

(par exemple -3 équivaut à « très douloureux » et 3 à « absence totale de douleur »)

Douloureuse	-3	-2	-1	0	1	2	3	Indolore
Désagréable	-3	-2	-1	0	1	2	3	Agréable
Négative	-3	-2	-1	0	1	2	3	Positive
Dangereuse	-3	-2	-1	0	1	2	3	Sûre
Non acceptable	-3	-2	-1	0	1	2	3	Acceptable
Difficile	-3	-2	-1	0	1	2	3	Facile
Longue	-3	-2	-1	0	1	2	3	Rapide

III SATISFACTION

16 - Quel est votre vécu de l'expulsion ?

- Moment insupportable
- Moment pénible
- Indifférent
- Soulagement
- Non ressenti

17 - Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ?

- Oui
- Non

18 – Êtes-vous globalement satisfaite de la méthode dont vous avez bénéficié ? (entourez la réponse qui vous convient) (1 correspondant à « pas du tout satisfaite » et 5 à « très satisfaite »)

1 2 3 4 5

Si vous avez bénéficié d'une IVG médicamenteuse :

19a - Quels sont les éléments qui vous ont satisfait dans cette méthode ? (plusieurs réponses possibles)

- Plus naturelle
- Conscience au moment de l'IVG
- Pas d'anesthésie générale
- Pas de chirurgie
- Le fait de voir le fœtus
- Moins de complications liées à la chirurgie
- Moins de saignements
- Peu de douleurs
- Nécessité d'une visite de contrôle
- Délai d'attente court jusqu'à la procédure

Autres :

20a - Quels sont éléments qui vous ont déplu dans cette méthode ?

- Les douleurs
- Les saignements
- Les effets indésirables des médicaments : nausées, vomissements, diarrhées, fièvre ou malaise
- Le fait de voir le fœtus
- La conscience au moment de l'IVG
- Nécessité d'une visite de contrôle
- Délai d'attente long jusqu'à la procédure
- L'aspiration endo-utérine à cause d'un échec des médicaments

Autres :

Si vous avez bénéficié d'une IVG chirurgicale :

19b - Quels sont les éléments qui vous ont satisfait dans cette méthode ? (plusieurs réponses possibles)

- L'anesthésie générale, donc endormie pendant l'IVG
- La chirurgie
- Moins de saignements que la technique médicamenteuse
- Moins de douleurs que la technique médicamenteuse

- Pas de vision du fœtus
- Éviter les échecs de la technique médicamenteuse
- Pas de nécessité d'une visite de contrôle
- Délai d'attente court jusqu'à la procédure

Autres :

20b - Quels sont éléments qui vous ont déplu dans cette méthode ?

- L'anesthésie générale
- La chirurgie
- Ne pas voir le fœtus
- Les douleurs post-opératoires
- Les saignements post-opératoires
- Délai d'attente long jusqu'à la procédure

Autres :

IV DONNEES MEDICALES

21 – Nombre de grossesses :..... (en comptant la grossesse actuelle)

22 – Nombre d'enfants : nés vivants :.....

mort-nés :.....

23 - Mode d'accouchement :

- Accouchement voie basse, nombre :.....
- Césarienne, nombre :.....

24 - Nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (« avortement ») :.....

25 - Méthodes d'Interruption Volontaire de Grossesse

- Médicamenteuse, nombre :.....
- Chirurgicale (au bloc opératoire), nombre :.....

26 - Nombre de fausses couches :

27 - Expulsion :

- Spontanée, nombre :.....
- Ayant nécessité la prise de comprimés, nombre :.....
- Ayant nécessité une aspiration endo-utérine (au bloc opératoire), nombre :.....

28 – Nombre d'Interruption Médicale de Grossesse :.....

V INFORMATIONS GENERALES

29 – Quel est votre âge ?

30 – Votre activité professionnelle actuelle :

- Exerce un emploi
- Au chômage
- Étudiante
- Autre (congé formation, apprentissage)

31 - Quelle est votre profession actuelle ou si vous êtes sans emploi la dernière profession que vous avez exercé ?

- Agriculteur

- Artisan, commerçant
- Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur...)
- Profession intermédiaire (instituteur, technicien, contremaître)
- Employé (de la fonction publique, de commerce...)
- Ouvrier (qualifié ou non, chauffeur...)
- Sans profession, n'a jamais travaillé
- Inconnue, indéterminée

32 - Vivez-vous en couple ?

- Oui
- Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire qui nous permettra d'améliorer notre prise en charge et d'accompagner au mieux les futures patientes.

Annexe 2 – Cahier d’observation

Merci de remplir ce questionnaire pour chaque patiente hospitalisée pour une IVG médicale ou chirurgicale, le jour même de l'hospitalisation.

Le cahier d'observation est apparié au questionnaire patiente par une lettre et un chiffre dans le cadre en haut à gauche. Merci de les associer avant de les rendre.

I DONNEES MEDICALES

1 – Échographie de datation de la grossesse :

- Oui
 Non

2 - Terme de la grossesse le jour de la prise de mifépristone.....

3 - Grossesse:

- Simple
 Gémellaire

II PROTOCOLE THERAPEUTIQUE

1. IVG médicamenteuse

4a - Heure d'arrivée dans le service :.....

5a - Prise de mifégyne :

- 24 heures avant
 48 heures avant
 pas de prise de mifégyne

6a - Heure de la 1ère prise de misoprostol :.....dosage des comprimés.....nombre de comprimés.....

7a - Nombre de prises supplémentaires de misoprostol avant expulsion (la 1ère prise n'étant pas comptabilisée) :

- 0
 1 (dosage des comprimés.....Nombre de comprimés à chaque prise.....)
 2 (dosage des comprimés.....Nombre de comprimés à chaque prise.....)
 3 (dosage des comprimés.....Nombre de comprimés à chaque prise.....)
 4 (dosage des comprimés.....Nombre de comprimés à chaque prise.....)
 5 (dosage des comprimés.....Nombre de comprimés à chaque prise.....)

8a - Voie d'administration du misoprostol :

- Orale
 Vaginale
 Sub-linguale
 Intra-jugale

9a - Y'a-t-il un doute sur l'expulsion?

- Oui
- Non

10a - Heure d'expulsion du fœtus/sac gestationnel :.....

du trophoblaste :.....

11a - Une échographie réalisée par un médecin ou un interne a-t-elle été nécessaire pendant l'hospitalisation ?

- Oui
- Non

12a - Quantification des saignements (en nombre de serviettes) durant l'hospitalisation (1 serviette = 100ml)

- 0 – 250 ml (0 à 2.5 serviettes remplies)
- 250 – 500 ml (2.5 à 5 serviettes remplies)
- > 500 ml (> 5 serviettes remplies)

13a - Présence d'effets secondaires du misoprostol (nausées, vomissements, diarrhées) :

- Oui
- Non

14a - Intensité des effets secondaires du misoprostol :

- Absent
- Légers
- Modérés
- Sévères

15a - Effets secondaires ressentis :

- Malaise
- Nausée, vomissements
- Diarrhées
- Fièvre
- Autres.....

16a - Traitement antalgique et symptomatique prescrit :

- Systématique
- Selon la douleur
- Non prescrit

17a - Traitement antalgique par paracétamol délivré à la patiente ?

- Oui
- Non

18a - Traitement antalgique par anti-inflammatoire délivré à la patiente ? (ibuprofène, profenid...)

- Oui
- Non

19a - Traitement antalgique de palier II délivré à la patiente ? (tramadol, topalgic, Ixprim , dafalgan codiné...)

- Oui
- Non

20a - Traitement antiémétique délivré à la patiente?

- Oui
- Non

21a - Nécessité d'une aspiration :

- En urgence pour complication
- Différée pour échec
- Non

22a - Heure de sortie d'hospitalisation

2. IVG chirurgicale

4b - Heure d'arrivée dans le service :.....

5b - Prise de mifégyne :

- 24 heures avant
- 48 heures avant
- pas de prise de mifégyne

6b - Prise de misoprostol

- Oui
- Non

Si oui : Dosage.....

Nombre de comprimés.....

Voie.....

7b - Technique employée :

- type d'anesthésie :

- AG
- Anesthésie loco-régionale
- AL

- méthode de dilatation : (plusieurs techniques possibles)

- Médicamenteuse pré-opératoire
- Bougies de Hégar
- Laminaire

8b - Quantification des saignements per et post opératoires:

- 0 – 250 ml (0 à 2.5 serviettes remplies)
- 250 – 500 ml (2.5 à 5 serviettes remplies)
- > 500 ml (> 5 serviettes remplies)

9b - Complications per-opératoires :

- Oui
- Non

Si oui : nature de la complication

- Perforation endo-utérine
- Hémorragie > 500ml
- Autre :.....

Traitement de la complication :.....

.....

10b - Traitement antalgique et symptomatique prescrit :

- Systématique
- Selon la douleur
- Non prescrit

11b - Traitement antalgique par paracétamol délivré à la patiente ? (en pré médication ou post opératoire)

- Oui
- Non

12b - Traitement antalgique par anti-inflammatoire délivré à la patiente ? (ibuprofène, profenid...) (en pré médication ou post opératoire)

- Oui
- Non

13b - Traitement antalgique de palier II délivré à la patiente ? (tramadol, topalgic, Ixprim , dafalgan codéiné)

- Oui
- Non

14b - Traitement antiémétique délivré à la patiente?

- Oui
- Non

15b – Heure de sortie d'hospitalisation:

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire qui est indispensable au recueil de données de cette étude

Annexe 3 – Fiche d'information

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude « observationnelle », entreprise dans le cadre de la thèse d'un interne en gynécologie obstétrique, Hélène Bréard.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation. Vous pouvez demander à l'infirmière ou au médecin référent de votre hospitalisation de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de la méthode choisie pour l'IVG ainsi que du terme sur la satisfaction des patientes. Elle se déroulera, par l'intermédiaire du réseau de périnatalité, dans toutes les maternités de Haute-Normandie, entre le 1^{er} novembre 2018 et le 1^{er} novembre 2019.

A terme, le bénéfice attendu pour les patientes est le choix de la technique d'IVG dont elles souhaitent bénéficier, quel que soit le terme ; ce qui n'est pas le cas actuellement.

Vous avez été sélectionnée pour participer à ce travail de recherche car vous avez bénéficié d'une IVG hospitalière. Pour vous, cette étude consiste uniquement à remplir un questionnaire **anonyme** sur votre tolérance et le vécu de votre IVG. Votre prise en charge sera identique que vous participiez ou non à l'étude. Il n'y aura ni examen clinique ou biologique, ni consultation supplémentaire. L'infirmière et le médecin qui vous prennent en charge rempliront également une fiche d'information sur vos antécédents ainsi que sur le déroulement de l'IVG ; il sera lui aussi **anonyme**.

Vous ne tirerez aucun avantage ni inconvénient à la participation de cette étude.

Votre collaboration à ce protocole de recherche biomédicale n'entraînera pas de participation financière de votre part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par le promoteur de l'étude.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon anonyme. Une fois le questionnaire rendu à l'équipe médicale ; il n'y aura plus aucun moyen de vous relier aux deux questionnaires qui auront été remplis à votre sujet. Seul le formulaire de consentement confirmera que vous avez participé à cette étude.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades) les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr E. Machevin ou l'interne de gynécologie obstétrique Hélène Bréard, tél : 02.32.33.80.87

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de non opposition ci-joint.

Annexe 4 – Formulaire de non-opposition

Je soussigné(e)(*nom et prénom*),

déclare par la présente ne pas m'opposer à ma participation à l'étude « Étude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode. »

J'ai bien été informé(e) des objectifs et des modalités de l'étude.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'ai bien compris que les données recueillies à mon sujet sont strictement anonyme et qu'il n'y aura aucun moyen de me relier aux deux questionnaires remplis.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire, que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'informateur

Signature du sujet

Annexe 5- Tableau représentant les éléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à moins de 9 SA

	Satisfaites	Non satisfaites	Indécises	p
Données médicales				
Age (n=472)	28,1 (6.6)	28,6 (7.2)	27,6 (6.9)	0,72
Terme (n=86)	7,4 (1.0)	7,5 (0.8)	7,5 (1.0)	0,4
Grossesse (n=486)				
- Simple	100% (351)	97.8% (90)	100% (43)	0.08
- Gémellaire	0% (0)	2.2% (2)	0% (0)	
Gestité moyenne (n=472)	3 (2.1)	3,1(1.8)	2,9 (1.9)	0,93
1 ^{ère} grossesse	28.3% (97)	23.6% (21)	32.5% (13)	0.53
Parité moyenne (n=471)	1,3 (1.3)	1,3 (1.3)	1,1 (1.1)	0,61
Pas d'enfant	37.4% (128)	34.8% (31)	40% (16)	0,95
Au moins 1 enfant	62.6% (214)	65.2% (58)	60% (24)	
Nombre moyen d'IVG (n=472)	1,5 (0.8)	1,5 (0.7)	1,5 (0.8)	0,83
Au moins un ATCD d'IVG	32.4% (111)	41.6% (37)	37.5% (15)	0.25
Au moins un ATCD d'IVG médicamenteuse	22.7% (78)	16.9% (15)	15% (6)	0.30
Au moins un ATCD d'IVG chirurgicale	14.3% (49)	25.8% (23)	25% (10)	0.02
Nombre moyen de FCS (n=472)	0,28 (0.8)	0,33 (0.8)	0,32 (0.6)	0,86
Au moins une FCS	16.6% (57)	21.4% (19)	25% (10)	0.3
Déroulement de l'IVG (point de vue médical)				
Durée d'hospitalisation (h.min) (n=466)	7.42 (2.6)	8.42 (4.5)	7.54 (4.2)	0.05
Nombre de doses supplémentaires de misoprostol (n=379)	1.1 (0.4)	1.3 (0.5)	0.66 (0.5)	0,04
Doses de misoprostol total (µg) (n=379)	871.6 (241.8)	877.4 (227.2)	971.4 (243.2)	0,07
Doute sur l'expulsion (n=484)	28.9% (101)	27.2% (25)	39.5% (17)	0,31
Délai d'expulsion (h.m) (n=300)	4.06 (1.7)	4.30 (3.1)	6.36 (9.0)	0,001
Cervagem (n=484)	19.4% (68)	31.9% (29)	18.6% (8)	0.03
Voie d'administration (n=485)				
- Intrajugale	31.0% (109)	29.6% (27)	32.6% (14)	0,51
- Orale	24.2% (85)	20.9% (19)	27.9% (12)	
- Sublinguale	12.3% (43)	6.6% (6)	9.3% (4)	
- Vaginale	32.5% (114)	42.9% (39)	30.2% (13)	
Abondance des saignements (n=469)				0.23
- 0 - 250	58.1% (197)	55.1% (49)	61.0% (25)	
- 250 - 500	40.1% (136)	39.3% (35)	34.1% (14)	
- > 500	1.8% (6)	5.6% (5)	4.9% (2)	
Présence d'effets secondaires du misoprostol (n=439)	40.8% (130)	51.9% (41)	58.6% (24)	0.03
Intensité des effets secondaires (n=439)				0.04
- Absents	54.5% (174)	41.8% (33)	41.5% (17)	
- Légers	26.7% (85)	31.6% (25)	24.4% (10)	
- Modérés	17.6% (56)	21.5% (17)	34.1% (14)	
- Sévères	1.2% (4)	5.1% (4)	0% (0)	
Type d'effets secondaires (n=435)				
- Malaise	2.5% (8)	5.1% (4)	0% (0)	0.27
- Nausées, vomissements	36.1% (114)	39.7% (31)	48.8% (20)	0.27
- Diarrhées	16.1% (51)	19.2% (15)	19.5% (8)	0.73
- Fièvre	2.5% (8)	2.6% (2)	2.5% (1)	1
Traitement par paracétamol délivré à la patiente (n=483)	52.4% (183)	49.5% (45)	44.2% (19)	0.56

Traitement par anti-inflammatoire délivré à la patiente (n=484)	72.7% (255)	68.9% (62)	74.4% (32)	0.73
Traitement par antalgique de palier II délivré à la patiente (n=485)	32.2% (113)	35.2% (32)	34.9% (15)	0.83
Traitement antiémétique délivré à la patiente (n=485)	26.5% (93)	30.8% (28)	37.2% (16)	0.28
Aspiration : (n=486)				0.001
- En urgence pour complication	0% (0)	4.4% (4)	0% (0)	
- Différée	0.3% (1)	1.1% (1)	2.3% (1)	
Parcours de soin				
Information sur la technique médicamenteuse (n=485)	99.7% (350)	100% (92)	100% (42)	1
Information sur la technique chirurgicale (n=474)	85.2% (294)	92.1% (82)	87.5% (35)	0,23
Préférence de la patiente (n=482)				<0.0001
- Technique médicamenteuse	84.5% (295)	54.3% (50)	73.1% (30)	
- Technique chirurgicale	2.0% (7)	25% (23)	0% (0)	
- Choix laissé au médecin	10.3% (36)	16.3% (15)	17.1% (7)	
- Ne sait pas	3.2% (11)	4.4% (4)	9.8% (4)	
Choix de la technique laissé à la patiente	76.3% (267)	62.6% (57)	74.4% (32)	0.03
Si choix non laissé, raisons :				
- Terme de la grossesse	3.4% (12)	7.7% (7)	0% (0)	0.05
- A laissé le médecin choisir	12% (42)	13.2% (12)	20.9% (9)	0.005
- Imposé à la patiente	8.9% (31)	13.2% (12)	4.7% (2)	0.09
- Une seule méthode proposée dans l'hôpital	0.9% (3)	2.2% (2)	2.3% (1)	0.06
Information sur la suite de la prise en charge (n=475)	94.8% (325)	86.8% (79)	85.4% (35)	0.007
Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)				
Crainte de l'hospitalisation (n=482)	61.3% (215)	67.4% (60)	66.7% (28)	0.49
Echelle numérique de la douleur globale ressentie (entre 0 et 10) (n=477)	5 (2.4)	6,3 (2.3)	5,8 (2.8)	<0.0001
Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques (n=452)				0.003
- Oui	73.1% (239)	58.8% (50)	57.5% (23)	
- Moyennement	18.7% (61)	32.9% (28)	30% (12)	
- Non	2.4% (8)	7.1% (6)	2.5% (1)	
- Absence d'antalgiques	5.8% (19)	1.2% (1)	10% (4)	
Effets secondaires du misoprostol (n=463)				0,03
- Aucun	33.7% (113)	19.5% (17)	24.4% (10)	
- Légers	22.7% (76)	24.2% (21)	17.1% (7)	
- Supportables	34.9% (117)	36.8% (32)	46.3% (19)	
- Importants	8.7% (29)	19.5% (17)	12.2% (5)	
Type d'effets secondaires ressentis (n=461)				
- Malaise	5.7% (19)	10.5% (9)	2.4% (1)	0.19
- Nausées, vomissements	51.8% (173)	66.3% (57)	58.5% (24)	0.05
- Diarrhée	28.1% (94)	33.7% (29)	39% (16)	0.26
- Fièvre	6.0% (20)	4.7% (4)	19.5% (8)	0.01
Soulagement de ces effets secondaires par les traitements prescrits (n=294)				0.002
- Complètement	61.6% (125)	41.3% (26)	57.1% (16)	
- De manière insuffisante	13.3% (27)	30.1% (19)	25% (7)	
- Non	25.1% (51)	28.6% (18)	17.9% (5)	
Estimation des saignements par la patiente (n=471)				0.02
- Moins qu'attendu	34.6% (118)	24.2% (22)	38.5% (15)	
- Autant qu'attendu	44.3% (151)	41.8% (38)	51.3% (20)	
- Plus qu'attendu	21.1% (72)	34% (31)	10.3% (4)	
Ressenti de l'expulsion (n=465)				0.82
- Oui	65.7% (224)	62.9% (56)	74.3% (26)	
- Non	16.4% (56)	16.9% (15)	11.4% (4)	
- NSP	17.9% (61)	20.2% (18)	14.3% (5)	

Douleur lors de l'expulsion (n=425)	17.2% (54)	26.6% (21)	28.1% (9)	0.11
Vécu de l'expulsion (n=451)				
- Insupportable	9.0% (30)	18.4% (16)	6.3% (2)	0.04
- Pénible	34.6% (115)	42.5% (37)	65.6% (21)	0.002
- Indifférent	11.8% (39)	8.1% (7)	0% (0)	0.07
- Soulagement	35.2% (117)	33.3% (29)	25% (8)	0.5
- Non ressenti	16.9% (56)	16.1% (14)	9.4% (3)	0.5

Annexe 6- Tableau représentant les éléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à plus de 9 SA

	Satisfaites	Non satisfaites	Indécises	p
Données médicales				
Age (n=181)	28.2 (6.9)	26.7 (6.4)	29.8 (5.3)	0.28
Terme (n=182)	10.0 (1.0)	10.4 (1.3)	10.4 (1.2)	0.18
Grossesse (n=182)				
- Simple	98.4% (124)	97.8% (45)	100% (10)	0.88
- Gémellaire	1.6% (2)	2.2% (1)	0% (0)	
Gestité moyenne (n=182)	3.3 (2.2)	3.0 (2.1)	3.0 (1.5)	0.81
1 ^{ère} grossesse	27% (34)	28.3% (13)	20% (2)	0.92
Parité moyenne (n=182)	1.4 (1.5)	1.0 (1.1)	1.2 (1.1)	0.13
Pas d'enfant	33.3% (42)	45.7% (21)	40% (4)	0.28
Au moins 1 enfant	66.7% (84)	54.3% (25)	60% (6)	
Nombre moyen d'IVG (n=182)	1.6 (0.8)	1.6 (0.9)	1.5 (0.7)	0.98
Au moins un ATCD d'IVG	37.3% (47)	37% (17)	40% (4)	0.98
Au moins un ATCD d'IVG médicamenteuse	24.6% (31)	26.1% (12)	10% (1)	0.62
Au moins un ATCD d'IVG chirurgicale	18.3% (23)	21.7% (10)	30% (3)	0.54
Nombre moyen de FCS (n=182)	0.3 (0.6)	0.5 (0.9)	0.3 (0.5)	0.11
Au moins une FCS	19.8% (25)	30.4% (14)	30% (3)	0.26
Déroulement de l'IVG (point de vue médical)				
Durée d'hospitalisation (h.min) (n=176)	10.00 (6.8)	12.54 (8.2)	15.18 (10.5)	0.02
Nombre de doses supplémentaires de misoprostol (n=178)	1.0 (0.2)	1.0 (0.2)	1 (0)	0.24
Dose de misoprostol total (µg) (n=178)	1030.9 (198.4)	1151.1 (230.2)	1040 (279.7)	0.005
Cervagem (n=182)	2.4% (3)	2.2% (1)	0% (0)	
Voie d'administration : (n=172)				
- Intrajugale	36.5% (46)	45.7% (21)	50% (5)	0.20
- Orale	6.3% (8)	6.4% (3)	10% (1)	
- Sublinguale	0.8% (1)	2.2% (1)	10% (1)	
- Vaginale	56.4% (71)	45.7% (21)	30% (3)	
Doute sur l'expulsion (n=172)	6.4% (8)	19.6% (9)	30% (3)	0,006
Délai d'expulsion (h.min) (n=161)	4.48 (2.8)	5.18 (2.8)	8.06 (5.4)	0,01
Abondance des saignements (n=174)				0.002
- 0 - 250	52.5% (64)	40.5% (17)	10% (1)	
- 250 - 500	41% (50)	52.4% (22)	40% (4)	
- > 500	6.5% (8)	7.1% (3)	50% (5)	
Présence d'effets secondaires du misoprostol (n=180)	43.2% (54)	62.2% (28)	80% (8)	0.01
Intensité des effets secondaires (n=179)				0.01
- Absents	55.2% (69)	36.3% (16)	20% (2)	
- Légers	24.8% (31)	18.2% (8)	40% (4)	
- Modérés	17.6% (22)	43.2% (19)	40% (4)	
- Sévères	2.4% (3)	2.3% (1)	0% (0)	
Type d'effets secondaires (n=179)				
- Malaise	2.4% (3)	13.6% (6)	0% (0)	0.02
- Nausées, vomissements	34.4% (43)	47.7% (21)	60% (6)	0.10
- Diarrhées	11.2% (14)	20.5% (9)	30% (3)	0.10
- Fièvre	3.2% (4)	5.6% (2)	0% (0)	0.75
Traitement par paracétamol délivré à la patiente (n=182)	72.2% (91)	82.6% (38)	70% (7)	0.34

Traitement par anti-inflammatoire délivré à la patiente (n=182)	81.8% (103)	89.1% (41)	100% (10)	0.22
Traitement par antalgique de palier II délivré à la patiente (n=182)	47.2% (59)	45.7% (21)	50% (5)	0.97
Traitement antiémétique délivré à la patiente (n=182)	27% (34)	45.7% (21)	40% (4)	0.06
Aspiration : (n=172)				0.007
- En urgence pour complication	0.8% (1)	4.4% (2)	0% (0)	
- Différée	1.6% (2)	6.5% (3)	2% (2)	
Parcours de soin				
Information sur la technique médicamenteuse (n=182)	98.4% (124)	100% (46)	100% (10)	1
Information sur la technique chirurgicale (n=178)	90.2% (110)	84.8% (39)	70% (7)	0.12
Préférence de la patiente (n=182)				<0.0001
- Technique médicamenteuse	86.5% (109)	45.6% (21)	60% (6)	
- Technique chirurgicale	0% (0)	28.3% (13)	20% (2)	
- Choix laissé au médecin	9.5% (12)	19.6% (9)	10% (1)	
- Ne sait pas	4% (5)	6.5% (3)	10% (1)	
Choix de la technique laissé à la patiente (n=181)	82.4% (103)	58.7% (27)	80% (8)	0.006
Si choix non laissé, raisons :				
- Terme de la grossesse	1.6% (2)	13% (6)	0% (0)	0.006
- A laissé le médecin choisir	12% (15)	10.9% (5)	0% (0)	0.001
- Imposé à la patiente	4.8% (6)	15.2% (7)	10% (1)	0.017
- Une seule méthode proposée dans l'hôpital	2.4% (3)	4.4% (2)	10% (1)	0.009
Information sur la suite de la prise en charge (n=177)	92.7% (114)	90.9% (40)	90% (9)	0.70
Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)				
Crainte de l'hospitalisation (n=179)	68.6% (85)	75.6% (34)	90% (9)	0.34
Echelle numérique de la douleur globale ressentie (entre 0 et 10) (n=177)	5,3 (2.4)	6,2 (2.6)	5,7 (1.6)	0,07
Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques (n=179)				0.1
- Oui	70.7% (87)	52.2% (24)	60% (6)	
- Moyennement	23.6% (29)	39.1% (18)	40% (4)	
- Non	2.4% (3)	8.7% (4)	0% (0)	
- Absence d'antalgiques	3.3% (4)	0% (0)	0% (0)	
Effets secondaires du misoprostol (n=180)				0.04
- Aucun	42.7% (53)	28.3% (13)	30% (3)	
- Légers	21.8% (27)	13% (6)	20% (2)	
- Supportables	29.8% (37)	45.7% (21)	20% (2)	
- Importants	5.7% (7)	13% (6)	30% (3)	
Type d'effets secondaires ressentis (n=180)	4.8% (6)	10.9% (5)	0% (0)	0.30
- Malaise	40% (50)	58.7% (27)	55.6% (5)	0.07
- Nausées, vomissements	30.4% (38)	28.3% (13)	55.6% (5)	0.26
- Diarrhée	7.2% (9)	6.5% (3)	0% (0)	1
- Fièvre				
Soulagement de ces effets secondaires par les traitements prescrits (n=108)				0.12
- Complètement	57.1% (40)	41.9% (13)	57.1% (4)	
- De manière insuffisante	25.7% (18)	19.4% (6)	14.3% (1)	
- Non	17.2% (12)	38.7% (12)	28.6% (2)	
Estimation des saignements par la patiente (n=178)				0,25
- Moins qu'attendu	32.8% (41)	25.6% (11)	30% (3)	
- Autant qu'attendu	48.8% (61)	39.5% (17)	40% (4)	
- Plus qu'attendu	18.4% (23)	34.9% (15)	30% (3)	
Ressenti de l'expulsion (n=168)				0,47
- Oui	86.3% (107)	81.8% (36)	80% (8)	
- Non	9.7% (12)	13.6% (6)	20% (2)	
- NSP	4% (5)	4.6% (2)	0% (0)	
Douleur lors de l'expulsion (n=177)	12.9% (16)	14% (6)	30% (3)	0,3
Vécu de l'expulsion (n=178)				
- Insupportable	17.9% (22)	31.1% (14)	10% (1)	0.14

- Pénible	36.6% (45)	40% (18)	40% (4)	0.90
- Indifférent	9.8% (12)	0% (0)	10% (1)	0.06
- Soulagement	35% (43)	10% (10)	50% (5)	0.13
- Non ressenti	7.3% (9)	13.3% (6)	0% (0)	0.38

Annexe 7- Tableau représentant les éléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale à moins de 9 SA

	Satisfaites	Non satisfaites	Indécises	p
Données médicales				
Age (n=45)	29.3 (6.4)	26.7 (10)	26 (8.5)	0.66
Terme (n=47)	8 (0.5)	7.6 (0.4)	8.2 (0.2)	0.31
Grossesse (n=47)				0.94
- Simple	97.6% (41)	100% (3)	100% (2)	
- Gémellaire	2.4% (1)	0% (0)	(0)	
Gestité moyenne (n=45)	3.3 (1.9)	3.3 (2.1)	2 (1.4)	0.65
1 ^{ère} grossesse	20% (8)	33.3% (1)	50% (1)	0.31
Parité moyenne (n=45)	1.4 (1.2)	1.3 (1.5)	0.5 (0.7)	0.58
Pas d'enfant	32.5% (13)	33.3% (1)	50% (1)	0.88
Au moins 1 enfant	67.5% (27)	66.7% (2)	50% (1)	
Nombre moyen d'IVG (n=45)	1.5 (0.9)	2 (1)	1 (0)	0.48
Au moins un ATCD d'IVG	32.5% (13)	66.7% (2)	0% (0)	0.34
Au moins un ATCD d'IVG médicamenteuse	17.5% (7)	0% (0)	0% (0)	1
Au moins un ATCD d'IVG chirurgicale	22.5% (9)	66.7% (2)	0% (0)	0.19
Nombre moyen de FCS (n=45)	0.4 (0.7)	0 (0)	0.5 (0.7)	0.66
Au moins une FCS	25% (10)	0% (0)	50% (1)	0.73
Déroulement de l'IVG (point de vue médical)				
Durée d'hospitalisation (h.min) (n=46)	8.18(1.6)	8.48 (1.3)	7.54(0.5)	0.78
Préparation cervicale par misoprostol (n=47)	90.5% (38)	66.7% (2)	50% (1)	0.12
Type d'anesthésie (n=47)				0.99
- AG	95.2% (40)	100% (3)	100% (2)	
- AL	2.4% (1)	0% (0)	0% (0)	
- ALR	2.4% (1)	0% (0)	0% (0)	
Complication per-opératoire (n=47)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	
Abondance des saignements (n=47)				0.23
- 0 - 250	90.5% (38)	100% (3)	50% (1)	
- 250 - 500	9.5% (4)	0% (0)	50% (1)	
- > 500	0% (0)	0% (0)	0% (0)	
Traitement par paracétamol délivré à la patiente (n=47)	85.7% (36)	100% (3)	100% (2)	1
Traitement par anti-inflammatoire délivré à la patiente (n=47)	50% (21)	33.3% (1)	0% (0)	0.61
Traitement par antalgique de palier II délivré à la patiente (n=47)	7.1% (3)	0% (0)	0% (0)	1
Traitement anti-émétique délivré à la patiente (n=47)	11.9% (5)	0% (0)	0% (0)	1
Parcours de soin				
Information sur la technique médicamenteuse (n=47)	95.2% (40)	100% (3)	100% (2)	1
Information sur la technique chirurgicale (n=46)	100% (42)	100% (2)	100% (2)	1
Préférence de la patiente (n=47)				0.29
- Technique médicamenteuse	2.4% (1)	33.3% (1)	0% (0)	
- Technique chirurgicale	95.2% (40)	66.7% (2)	100% (2)	
- Choix laissé au médecin	2.4% (1)	0% (0)	0% (0)	
Choix de la technique laissé à la patiente (n=46)	95.1% (39)	66.7% (2)	100% (2)	0.30
Si choix non laissé, raisons :				
- Terme de la grossesse	4.9% (2)	33.3% (1)	0% (0)	0.3
- A laissé le médecin choisir	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1
- Imposé à la patiente	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1

- Une seule méthode proposée dans l'hôpital	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1
Information sur la suite de la prise en charge (n=47)	95.2% (40)	100% (3)	50% (1)	0.13
Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)				
Crainte de l'hospitalisation (n=47)	61.9% (26)	0% (0)	100% (2)	0.03
Echelle numérique de la douleur globale ressentie (entre 0 et 10) (n=44)	3.1 (2.2)	2 (1.7)	2.5 (3.5)	0.64
Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques (n=44)	76.9% (30)	100% (3)	100% (2)	1
- Oui	15.4% (6)	0% (0)	0% (0)	
- Moyennement	7.7% (3)	0% (0)	0% (0)	
- Non				
Estimation des saignements par la patiente (n=44)	73.7% (28)	66.7% (2)	100% (2)	0.96
- Moins qu'attendu	23.7% (9)	33.3% (1)	0% (0)	
- Autant qu'attendu	2.6% (1)	0% (0)	0% (0)	
- Plus qu'attendu				

Annexe 8- Tableau représentant les éléments du déroulement de l'IVG chez les patientes satisfaites, insatisfaites et indécises ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale à plus de 9 SA

	Satisfaites	Non satisfaites	Indécises	p
Données médicales				
Age (n=183)	27.7 (6.7)	27.2 (5.6)	31.1 (6.1)	0.13
Terme (n=185)	10.5 (1.2)	10.7 (1.4)	10.4 (1.3)	0.71
Grossesse (n=185)				0.61
- Simple	97.9% (137)	100% (30)	100% (15)	
- Gémellaire	2.1% (3)	(0)	(0)	
Gestité moyenne (n=182)	3.0 (2.0)	2.6 (2.0)	3.5 (1.7)	0.41
1 ^{ère} grossesse	29.3% (41)	25.9% (7)	6.7% (1)	0.18
Parité moyenne (n=182)	1.1 (1.2)	0.8 (0.9)	1.5 (1.1)	0.12
Pas d'enfant	40.7% (57)	44.4% (12)	20% (3)	0.23
Au moins 1 enfant	59.3% (83)	55.6% (15)	80% (12)	
Nombre moyen d'IVG (n=182)	1.6 (1)	1.6 (0.9)	1.6 (0.7)	0.99
Au moins un ATCD d'IVG	39.3% (55)	37% (10)	46.7% (7)	0.82
Au moins un ATCD d'IVG médicamenteuse	22.9% (32)	18.5% (5)	20% (3)	0.95
Au moins un ATCD d'IVG chirurgicale	25% (35)	25.9% (7)	33.3% (5)	0.76
Nombre moyen de FCS (n=182)	0.3 (0.6)	0.3 (0.7)	0.4 (0.6)	0.77
Au moins une FCS	18.6% (26)	18.5% (5)	33.3% (5)	0.39
Déroulement de l'IVG (point de vue médical)				
Durée d'hospitalisation (h.min) (n=180)	9.18 (4.1)	9.00 (3.8)	8.54 (1.4)	0.86
Préparation cervicale par misoprostol (n=185)	74.3% (104)	66.7% (20)	86.7% (13)	0.36
Type d'anesthésie (n=185)				0.12
- AG	97.9% (137)	100% (30)	86.7% (13)	
- AL	0.7% (1)	0% (0)	0% (0)	
- ALR	1.4% (2)	0% (0)	13.3% (2)	
Complication per-opératoire(n=184)	7.9% (11)	3.7% (1)	0% (0)	0.66
Abondance des saignements (n=160)				0.53
- 0 - 250	77.5% (107)	82.8% (24)	93.3% (14)	
- 250 - 500	15.9% (22)	13.8% (4)	6.7% (1)	
- > 500	6.6% (9)	3.4% (1)	0% (0)	
Traitement par paracétamol délivré à la patiente (n=185)	82.9% (116)	86.7% (26)	80% (12)	0.79
Traitement par anti-inflammatoire délivré à la patiente (n=185)	42.1% (59)	36.7% (11)	46.7% (7)	0.79
Traitement par antalgique de palier II délivré à la patiente (n=185)	5.7% (8)	13.3% (4)	0% (0)	0.26
Traitement anti-émétique délivré à la patiente (n=185)	10.7% (15)	16.7% (5)	0% (0)	0.24
Parcours de soin				
Information sur la technique médicamenteuse (n=182)	89.1% (123)	83.3% (25)	100% (14)	0.25
Information sur la technique chirurgicale (n=184)	99.3% (139)	100% (29)	100% (15)	0.24
Préférence de la patiente (n=184)				<0.0001
- Technique médicamenteuse	10% (14)	55.2% (16)	26.7% (4)	
- Technique chirurgicale	65.7% (92)	10.3% (3)	60% (9)	
- Choix laissé au médecin	22.1% (31)	27.6% (8)	0% (0)	
- Ne sait pas	2.2% (3)	6.9% (2)	13.3% (2)	
Choix de la technique laissé à la patiente (n=185)	37.9% (53)	20% (6)	33.3% (5)	0.17
Si choix non laissé, raisons :				
- Terme de la grossesse	55.7% (78)	80% (24)	53.3% (8)	0.08

- A laissé le médecin choisir	7.1% (10)	3.3% (1)	13.3% (2)	0.2
- Imposé à la patiente	2.1% (3)	0% (0)	0% (0)	0.36
- Une seule méthode proposée dans l'hôpital	0% (0)	0% (0)	0% (0)	1
Information sur la suite de la prise en charge (n=182)	88.3% (121)	80% (24)	86.7% (13)	0.41
Déroulement de l'IVG (point de vue de la patiente)				
Crainte de l'hospitalisation (n=182)	64.5% (89)	60% (18)	57.1% (8)	0.80
Echelle numérique de la douleur globale ressentie (entre 0 et 10) (n=183)	3.1 (2.2)	2.8 (2.1)	3 (1.9)	0.83
Impression de soulagement de la douleur par les antalgiques (n=71)				0.38
- Oui	85.9% (116)	85.2% (23)	78.6% (11)	
- Moyennement	8.9% (12)	14.8% (4)	21.4% (3)	
- Non	0% (0)	0% (0)	0% (0)	
- Absence d'antalgiques	5.2% (7)	0% (0)	0% (0)	
Estimation des saignements par la patiente				0.08
- Moins qu'attendu	55.2% (74)	60.7% (17)	87.5% (7)	
- Autant qu'attendu	37.3% (50)	39.3% (11)	0% (0)	
- Plus qu'attendu	7.5% (10)	0% (0)	12.5% (1)	

BIBLIOGRAPHIE

1. Vayssière C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. L'interruption volontaire de grossesse : recommandations pour la pratique clinique — Texte des recommandations (texte court). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1596-603.
2. DRESS - 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017.pdf.
3. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1462-76.
4. ARS - Bilan Normand de l'activité d'IVG - 2016.pdf.
5. Nisand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC - Gynécologie. janv 2009;4(1):1-13.
6. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2016;45(10):1577-95.
7. Dossier de Presse - Loi de modernisation de notre système de santé - 28 janvier 2016.pdf.
8. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
9. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006687518&idSectionTA=LEGISCTA000006171144&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20191228>
10. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
11. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006687559&idSectionTA=LEGISCTA000006171149&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190916>
12. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E8A32ABCDF2CB0FF6A5153162DA4963D.tplgfr33s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171150&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190916
13. Code de la santé publique - Article R4127-18 | Legifrance [Internet]. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912880&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100625>

14. Gynécologie pour le praticien - 9782294756375 | Elsevier Masson - Livres, ebooks, revues et traités EMC pour toutes spécialités médicales et paramédicales [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/gynecologie-pour-le-praticien-9782294756375.html>
15. HAS - Bon usage du médicament - IVG médicamenteuse les protocoles à respecter.pdf.
16. The World's Abortion Laws | Center for Reproductive Rights [Internet]. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
17. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. *Reproductive Health Matters*. janv 2012;20(39):205-7.
18. Les infections génitales hautes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2012;41(8):930-4.
19. Faucher P, Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale (hors complications). 2019;12.
20. Faucher P. Complications de l'avortement provoqué chirurgical légal. *EMC - Gynécologie*. janv 2008;3(3):1-9.
21. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*. mars 2013;87(3):331-42.
22. Faucher P. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016;45(10):1536-51.
23. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. *EMC - Gynécologie*. janv 2006;1(4):1-7.
24. VIDAL - GYMISO 200 µg cp - Synthèse [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/gymiso-20987.htm>
25. Robson S, Kelly T, Howel D, Deverill M, Hewison J, Lie M, et al. Randomised preference trial of medical versus surgical termination of pregnancy less than 14 weeks' gestation (TOPS). *Health Technology Assessment [Internet]*. nov 2009 [cité 18 mai 2019];13(53). Disponible sur: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta13530/>
26. Ashok PW, Hamoda H, Flett GMM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10–13 weeks gestation. *Contraception*. févr 2005;71(2):143-8.
27. Akkenapally P, Kamineni V. Medical versus surgical termination of early pregnancy: satisfaction with care, emotional impact and acceptability of the procedure. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2016;3158-66.
28. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Human Reproduction*. 1 mars 2005;20(3):834-8.

29. Loeber OE. Motivation and satisfaction with early medical vs. surgical abortion in the Netherlands. *Reproductive Health Matters*. janv 2010;18(35):145-53.
30. 3270 RCOG Abortion guideline.qxd. :145.
31. Heath J, Mitchell N, Fletcher J. A comparison of termination of pregnancy procedures: Patient choice, emotional impact and satisfaction with care. *Sexual & Reproductive Healthcare*. mars 2019;19:42-9.
32. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception*. sept 2011;84(3):224-9.
33. 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*. oct 2016;45(8):955-62.
34. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. août 2012;17(4):260-9.
35. Teal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*. mars 2007;75(3):224-9.
36. Smith R-L, Siddiqui N, Henderson T, Teresi J, Downey K, Carvalho JCA. Analgesia for Medically Induced Second Trimester Termination of Pregnancy: A Randomized Trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. févr 2016;38(2):147-53.
37. Murray M-E, Casson M, Pudwell J, Waddington A. Patients' Motivation for Surgical Versus Medical Abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. mars 2019;S1701216319300258.
38. Flamant A, Ouldamer L, Body G, Trignol-Viguié N. Rates of continuation and satisfaction of immediate intrauterine device insertion following first- or second-trimester surgical abortion: a French prospective cohort study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. juill 2013;169(2):268-74.
39. 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*. janv 2015;184:13-8.
40. Gerbaud L, Laurens-Belgacem B, Antoniotti S, Auquier P, Couturier P, Glanddier PY. L'utilisation des questionnaires de sortie, une enquête auprès de 7 centres hospitaliers. *Santé Publique*. 2002;14(1):21.
41. Nicholson J, Slade P, Fletcher J. Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses: Termination of pregnancy services. *Journal of Advanced Nursing*. oct 2010;66(10):2245-56.
42. Mauri PA, Squillace F. The experience of Italian nurses and midwives in the termination of pregnancy: a qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive*

Health Care. 4 mai 2017;22(3):227-32.

RESUME

Introduction - En 2016, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français mettait à jour ses recommandations sur la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Un des éléments clé était l'importance du choix laissé à la patiente pour la méthode d'IVG. De plus, concernant les IVG médicamenteuses, la limite usuelle de 9 semaines d'aménorrhée (SA) au-delà de laquelle la technique chirurgicale était réalisée était désormais repoussée à 14 SA. L'objectif était donc d'étudier l'influence sur la satisfaction des patientes de la méthode choisie pour l'IVG ainsi que du terme, en Haute-Normandie.

Méthode – Il s'agissait d'une étude prospective multicentrique. Les patientes étaient interrogées par questionnaire le jour de l'hospitalisation. Le critère de jugement principal était la réponse à la question : « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? »

Résultats – 900 patientes ont été incluses entre novembre 2018 et juin 2019 : 668 dans le groupe IVG médicamenteuse (486 IVG à moins de 9 SA, 182 IVG à plus de 9 SA) et 232 dans le groupe IVG chirurgicale (47 IVG à moins de 9 SA et 185 IVG à plus de 9 SA). En analyse multivariée, à terme égal, l'IVG médicamenteuse est associée à une moins bonne satisfaction, OR :2, IC 95% [1.26 ;3.17] p=0.003. De plus, à méthode égale, un terme supérieur à 9 SA est également associé à une moins bonne satisfaction, OR :1.54, IC95% : [1.06 ;2.25], p=0.025. Cependant, le taux de satisfaction reste supérieur à 4 sur 5 quel que soit le terme et la méthode. A terme et type d'IVG égal, le caractère imposé de la méthode à la patiente est significativement associé à une moins bonne satisfaction (OR :3.99, IC 95% [2.15;7.42], p <0.0001 pour le choix imposé à cause du terme).

Conclusion – Le terme supérieur à 9 SA et l'IVG médicamenteuse sont associés à une moins bonne satisfaction. Quel que soit le terme et la méthode, le taux de satisfaction est supérieur à 4/5 et il est meilleur si la patiente a choisi la méthode.

Mots clés : IVG – médicamenteuse – chirurgicale – satisfaction