

**UNIVERSITE DE RENNES 1**  
FACULTE DE MEDECINE  
-----

Année 2005/2006.

N°

**THESE**  
**EN VUE DU DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**LOPPION Aude**

Née le 16/11/1974 à Vincennes

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 13 Juin 2006.

**LE VÉCU DES MÉTHODES CHIRURGICALE ET**  
**MÉDICALE DANS LES IVG TARDIVES.**  
***ÉTUDE COMPARATIVE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS***  
***DE RENNES ET VANNES.***

**PRESIDENT**

Monsieur le Professeur POULAIN Patrice.

**Membres du jury**

Monsieur le Professeur GRALL Jean-Yves.

Monsieur le Professeur HONNORAT Charles.

Madame le Docteur DENOËL Sylvie.

Monsieur le Docteur CHEVRANT-BRETON Olivier.

**Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur BERNARD Olivier.



# **SOMMAIRE**

## INTRODUCTION.....8

### CONTEXTE

#### 1. DE LA LOI DE JANVIER 1975 A LA LOI DE JUILLET

##### 2001.....12

1. La loi du 17 janvier 1975 : légalisation de l'IVG en France.....13
2. Évolution de cette loi de 1979 à nos jours.....14

#### 2. LES DELAIS LEGAUX DE NOS VOISINS EUROPEENS .....

##### .....17

#### 3. QUELQUES REPERES STATISTIQUES.....

##### .....18

### A. RECOMMANDATIONS DE L'ANAES SUR LA PRISE EN CHARGE DES IVG

#### 12-14 SA .....20

1. Structures de prise en charge..... 20
2. Accueil et organisation.....20
3. Consultation pré-IVG.....20
4. Technique de l'IVG.....21
5. Prise en charge de la douleur - Analgésie et anesthésie .....22
6. Prévention des complications infectieuses.....23
7. Prévention de l'incompatibilité rhésus.....23
8. Suites immédiates de l'IVG.....23

### B. DEUX EXEMPLES DE MODES DE PRISE EN CHARGE DIFFERENTS DES IVG

#### 12-14 SA .....24

1. LES STRUCTURES D'ACCUEIL .....24
  - 1.1 Les établissements de santé publics rennais.....24
    - 1.1.1 Le centre d'orthogénie .....24
    - 1.1.2 Le service de gynécologie du CHU.....27
  - 1.2 Les établissements de santé publics vannetais.....27
    - 1.2.1 Le centre de planification et d'éducation familiale.....27
    - 1.2.2 Le service de chirurgie ambulatoire du CHBA.....30
2. DEROULEMENT COMMUN AUX DEUX METHODES :.....31
  - 2.1 Première consultation obligatoire.....31
  - 2.2 Consultation d'anesthésie.....33
  - 2.3 Consultation de confirmation de la demande d'IVG.....33
  - 2.4 Hospitalisation.....34
  - 2.5 Consultation médicale post-IVG.....35

3. METHODE MEDICALE AU CHU DE RENNES :	36
3.1 Association <i>mifépristone – misoprostol</i> .....	36
3.1.1 Histoire du protocole.....	36
3.1.2 Rappels sur la <i>mifépristone</i> .....	36
3.1.3 Rappels sur le <i>misoprostol</i> .....	39
3.2 Déroulement de la méthode médicale.....	41
3.2.1 Prise de <i>mifépristone</i> .....	41
3.2.2 Hospitalisation.....	41
3.3 Le coût.....	46
4. METHODE CHIRURGICALE AU CHBA DE VANNES:	47
4.1 Préparation cervicale médicamenteuse.....	47
4.2 Hospitalisation.....	48
4.3 Le coût.....	53

## MATERIEL ET METHODE

<b>A. BUT DE L'ETUDE.....</b>	<b>56</b>
<b>B. TYPE DE L'ETUDE.....</b>	<b>56</b>
<b>C. LA POPULATION.....</b>	<b>56</b>
<b>D. PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE.....</b>	<b>57</b>
<b>E. LE RECUEIL DES DONNEES.....</b>	<b>57</b>
1. Le dossier médical.....	57
2. Le questionnaire.....	57
<b>F. L'ANALYSE DES DONNEES.....</b>	<b>58</b>
<b>G. LES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>59</b>

## RESULTATS

<b>A. DENOMBREMENT DES PERDUES DE VUE.....</b>	<b>61</b>
<b>B. DESCRIPTION DES DEUX POPULATIONS .....</b>	<b>62</b>
1. L'âge moyen des patientes.....	62
2. Statut matrimonial.....	63
3. Catégories socioprofessionnelles.....	64
4. La parité.....	65
5. Les antécédents d'IVG.....	65
6. L'âge gestationnel de l'IVG actuelle.....	67
7. Synthèse.....	67

<b>C. COMPARAISON DU VECU SOMATIQUE SELON LA METHODE D'IVG</b>	
<b>TARDIVE.....</b>	<b>69</b>
1. LA DOULEUR ET SA PRISE EN CHARGE.....	69
1.1 Le moment de survenue des douleurs.....	69
1.2 Leur intensité.....	71
1.3 La durée des douleurs.....	75
1.4 L'expulsion et la douleur.....	76
1.5 Les antalgiques utilisés.....	77
2. LES SAIGNEMENTS.....	83
2.1 Le moment de survenue des métrorragies .....	83
2.2 L'abondance des métrorragies .....	83
2.3 La durée.....	86
2.4 Le ressenti .....	86
3. LES AUTRES EFFETS SECONDAIRES .....	89
3.1 La fréquence de survenue de chaque effet secondaire au cours du protocole d'IVG .....	89
3.2 Les nausées .....	90
3.3 Les vomissements.....	91
3.4 Les diarrhées.....	92
3.5 Les céphalées .....	93
3.6 Les vertiges.....	94
3.7 Synthèse.....	95
4. LE DELAI D'EXPULSION.....	96
5. LE NOMBRE DE COMPRIMES DE MISOPROSTOL ET DILAPAN.....	97
5.1 Le misoprostol.....	97
5.2 Le Dilapan ®.....	98
6. LA DUREE D'HOSPITALISATION.....	99
6.1 La durée .....	99
6.2 Le vécu .....	100
6.3 Synthèse.....	100
7. ECHECS ET COMPLICATIONS IMMEDIATES ET A MOYEN TERME.....	100
7.1 Les échecs.....	100
7.2 Les complications de la méthode médicale.....	101
7.3 Les complications de la méthode chirurgicale.....	102
<b>D. COMPARAISON DU VECU PSYCHOLOGIQUE SELON LA METHODE D'IVG</b>	
<b>TARDIVE : .....</b>	<b>106</b>

1.	LE RETENTISSEMENT SUR LA VIE QUOTIDIENNE.....	106
1.1.	La poursuite des activités habituelles.....	106
1.2.	Arrêt de travail.....	108
2.	L'IMAGE DU DEROULEMENT D'UNE IVG TARDIVE AVANT LA PRISE DE CONTACT AVEC L' ETABLISSEMENT.....	109
2.1	Question fermée.....	109
2.2	Question ouverte .....	110
3.	LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE CHAQUE ETAPE DE L'IVG TARDIVE.....	113
3.1.	Période avant l'hospitalisation.....	113
3.2.	Période de l'hospitalisation.....	118
3.3.	Le moment de l'expulsion .....	123
3.4.	L'anesthésie.....	126
3.4.1.	Résultats du groupe médical .....	126
3.4.2.	Résultats du groupe chirurgical.....	129
3.4.3.	Synthèse.....	130
3.5.	Période du retour à domicile.....	131
4.	LE RECOURS A UN INTERVENANT MEDICOPSYCHOSOCIAL.....	135
4.1.	Question fermée à choix simple.....	135
4.2.	Question ouverte.....	136
4.3.	Synthèse.....	136
5.	LE SENTIMENT D'AVOIR ETE ECOUTEE.....	137
5.1.	Question fermée à choix unique.....	137
5.2.	Question ouverte.....	137
6.	LE SENTIMENT D'AVOIR ETE BIEN INFORMEE.....	138
6.1.	Question fermée à choix unique.....	138
6.2.	Question ouverte.....	139

## DISCUSSION

<b>A.</b>	<b>LES BIAIS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>143</b>
1.	Deux populations différentes .....	143
2.	Deux centres hospitaliers différents .....	144
3.	Nombre limité de dossiers obtenus .....	145

4.	Absence de choix de la méthode....	
	.....	145

<b>B.</b>	<b>DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>146</b>
1.	EFFICACITE ET TAUX D'ECHEC.....	147
1.1	Comparaison des deux méthodes .....	147
1.2	Pour la méthode chirurgicale .....	147
1.3	Pour la méthode médicamenteuse .....	148
1.3.1	Le délai d'expulsion .....	149
1.3.2	Nombre, dose et mode d'administration du <i>misoprostol</i> .....	150
1.3.3	Révision utérine dans les suites immédiates.....	151
2.	COMPLICATIONS ET RISQUES DE CHAQUE METHODE.....	153
2.1	Les taux globaux de complications .....	153
2.2	La mortalité .....	154
2.3	Déchirure cervicale .....	155
2.4	Rupture et perforation utérine .....	155
2.5	Hémorragie .....	156
2.6	Infection post-abortum.....	157
2.7	Complications anesthésiques.....	158
3.	EFFETS SECONDAIRES DE CHAQUE METHODE.....	159
3.1	La douleur et sa prise en charge .....	159
3.1.1	Le niveau de douleur de chaque méthode .....	159
3.1.2	Facteurs prédictifs de douleurs .....	163
3.1.3	Les antalgiques utilisés pour la méthode médicale .....	164
3.1.4	Le mode anesthésique .....	167
3.2	Les métrorragies .....	168
3.3	Les autres effets secondaires.....	169
3.3.1	Les effets gastro-intestinaux.....	170
3.3.2	Les céphalées, vertiges et troubles de thermorégulation.....	170
4.	VECU PSYCHOLOGIQUE A COURT TERME DE CHAQUE METHODE ..	172
4.1	Avant l'hospitalisation.....	172
4.2	Pendant l'hospitalisation.....	173
4.3	Dans le mois qui suit l'IVG.....	175
4.4	Retentissement sur la vie quotidienne .....	179
4.4.1	Durée d'hospitalisation.....	179
4.4.2	Activités habituelles et arrêt de travail.....	180
5.	ACCEPTABILITE DE CHAQUE METHODE .....	181
5.1	Du point de vue des patientes .....	181
5.1.1	Image du déroulement et Satisfaction .....	181



5.1.2 Rôle de la possibilité du choix de la méthode et préférence.....	182
5.2 Point de vue des praticiens sur l'utilisation des pinces intra-cervicales dans l'IVG tardive.....	184

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>186</b>
------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>190</b>
---------------------------	------------

<b>LISTE DES GRAPHES, TABLEAUX ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>200</b>
---------------------------------------------------------	------------

<b>ANNEXES.....</b>	<b>206</b>
---------------------	------------

ANNEXE 1 : LOIS RELATIVES A L'IVG

ANNEXE 2 : COUT (ARRETE DU 23 JUILLET 2004)

ANNEXE 3 : DOCUMENTS DU CENTRE DE RENNES

ANNEXE 4 : DOCUMENTS DU CENTRE DE VANNES

ANNEXE 5 : LE QUESTIONNAIRE

# **INTRODUCTION**

La loi de Juillet 2001 a apporté plusieurs modifications concernant la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses (IVG) dont l'allongement du délai légal de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA) révolues.

Cette modification a permis à la législation française de s'harmoniser avec celles de ses voisins européens proches mais elle avait aussi pour but de réduire le nombre de femmes (estimé alors à 5000) qui chaque année partaient à l'étranger réaliser une IVG lorsque le terme dépassait le délai légal.

Lors des débats parlementaires et dans les premiers mois qui ont suivi sa mise en application, des réticences se sont manifestées notamment de la part des médecins, y compris parmi ceux pratiquant des IVG. En effet, un rapport d'activité de l'Assemblée Nationale de février 2002 [71], met en évidence des difficultés à la mise en application de l'allongement du délai légal : celles-ci viennent principalement des médecins qui estiment avoir « une formation insuffisante devant un geste chirurgical techniquement plus lourd et la crainte d'avoir recours à des instruments pour morceler le fœtus » [71]. L'ANAES, dans ses recommandations de 2001 [2], préconise la réalisation des IVG tardives par méthode chirurgicale sous anesthésie générale mais elle précise que la méthode médicamenteuse peut également être utilisée si les conditions locales de l'établissement et les convictions éthiques des soignants ne permettent pas la réalisation de la technique chirurgicale. De ce fait, certaines équipes ont fait le choix de ne pas prendre en charge les IVG tardives, d'autres celui d'une prise en charge médicamenteuse. La grande majorité des centres hospitaliers de Bretagne dont celui de Vannes réalise les IVG tardives par voie chirurgicale. Au CHU de Rennes, c'est la méthode médicale qui a été choisie.

Ces deux méthodes sont très différentes. La méthode chirurgicale est rapide et réalisée sous anesthésie générale. La patiente est inconsciente et a un rôle plutôt passif puisque c'est le médecin qui réalise l'acte d'interruption de grossesse. Par contre, la méthode médicale est connue pour être à ce terme de la grossesse plus douloureuse, et de durée plus longue et incertaine. Elle fait participer de façon active la femme dans le déroulement de l'IVG. C'est elle qui réalise l'acte d'interruption de grossesse sous contrôle médical et à ce terme de la grossesse, il est possible que la femme visualise le fœtus après expulsion.

Devant ces conditions de réalisation très différentes, il nous est apparu intéressant d'essayer d'évaluer, quatre ans après la mise en place de cette réforme, le vécu somatique et psychologique par les femmes de ces deux techniques médicale et chirurgicale.

Nous proposons ainsi une étude prospective réalisée dans deux centres hospitaliers bretons pratiquant chacun une des deux méthodes : le CHU de Rennes et le centre hospitalier de Vannes. Cette étude vise à évaluer comment les femmes vivent leur IVG, tant sur le plan somatique que psychologique, selon la méthode proposée. Ce vécu est-il très différent ? Les recommandations de l'ANAES sont-elles confortées par le vécu des patientes ? Peut-on améliorer la prise en charge des patientes dans le contexte de chacune des méthodes ?

# CONTEXTE

## **A . DE LA LOI DE JANVIER 1975 À LA LOI DE 2001 :**

L'avortement a longtemps été utilisé, de façon plus ou moins fréquente et cachée avec des méthodes très diverses selon les époques, comme un moyen de contrôle des naissances en l'absence de contraception efficace. Tantôt moyen de contrôle des naissances, tantôt condamné, l'avortement fut assimilé à un crime et sanctionné par l'excommunication [70]. En 1810, Napoléon, pour la première fois, introduit dans le code pénal l'article 317 qui « *punit de prison quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement, au moyen d'aliments, de drogues, de médicaments, par la violence ou tout autre remède* ». La deuxième moitié du XIXe siècle voit naître un affrontement entre les courants néo-malthusiens (partisans de la maîtrise de la fécondité des couples) et les pro-natalistes à tendance conservatrice et catholique. Le rapport de force sera en faveur des néo-natalistes puisqu'en 1920, au lendemain de la première guerre mondiale, une loi réprime la provocation à l'avortement ainsi que la propagande anticonceptionnelle (punies jusqu'à 10 ans de prison). En 1942, le régime de Vichy, durant la deuxième guerre mondiale, renforce la répression législative en définissant l'avortement comme un crime contre la sûreté de l'État et le punit de la peine de mort. La dernière femme guillotinée en France fut Marie-Louise Giraud, dite « la faiseuse d'anges », en 1943 à Rennes. Cette loi sera abrogée à la libération.

L'avortement fut donc longtemps l'objet de sanctions inscrites dans le code pénal. Selon les époques, étaient condamnés soit les « avorteurs » (20 ans de « fer » en 1791 à la peine capitale avec la loi du 15 décembre 1942) soit les femmes qui avaient eu recours à l'avortement clandestin (réclusion criminelle au XIXe siècle).

Les années 1960 et 1970 furent marquées par des campagnes de sensibilisation de l'opinion publique au drame des femmes mettant leur vie en jeu par le recours à des avortements clandestins. Ces campagnes furent menées par des organisations et associations telles que le mouvement français pour le planning familial (MFPF), l'association nationale pour l'étude de l'avortement (ANEA composée de médecins), le mouvement français de libération de la femme (MLF), l'association CHOISIR, le mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC). Leurs idées ont été largement diffusées par la presse avec des événements médiatiques comme le manifeste des 343 femmes (qui déclarent avoir avorté), rédigé par Simone de Beauvoir, signé par des femmes célèbres et publié en 1971 dans Le Nouvel Observateur. Ce manifeste a été suivi en 1973 du manifeste de 331 médecins qui proclament eux pratiquer des avortements, ainsi que du procès de Bobigny mené par Gisèle Halimi, avec notamment les témoignages du prix Nobel

Jacques Monot et du Professeur Milliez. L'opinion publique est alors de plus en plus favorable aux arguments du contrôle des naissances et à l'abrogation de la loi de 1920. La législation répressive est devenue impossible à appliquer face à des médecins et des femmes qui affirment de plus en plus ouvertement effectuer des actes illégaux mais de moins en moins clandestins.

En 1974 Mme Simone Veil, ministre de la santé sous la présidence de M. Valéry Giscard d'Estaing, propose à l'Assemblée Nationale une loi qui vise à légaliser l'avortement sous des conditions bien précises. Celle-ci fera l'objet de débats parlementaires ainsi que publics très vifs et virulents.

### 1. La loi du 17 janvier 1975 (dite loi Simone Veil) : légalisation de l'IVG en France

Le 17 janvier 1975 [57], après une longue procédure législative et des débats très vifs, la loi n°75-17 autorisant l'interruption volontaire de grossesse et défendue par Simone Veil est promulguée. Cette loi est adoptée pour 5 ans et suspend les effets de l'article 317 du code pénal si l'IVG est réalisée dans certaines conditions. En effet, cette loi fixe les conditions dans lesquelles peut être réalisée une IVG. En dehors de celles-ci, l'avortement reste une infraction dont les sanctions relèvent du Code Pénal. Ce n'est donc pas, dans son principe, une loi de libéralisation mais plutôt une loi de dépénalisation partielle de la pratique de l'avortement.

Elle comprend les éléments suivant :

- Toute femme française enceinte peut bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse médicalisée si elle s'estime placée en situation de détresse.
- L'âge de la grossesse doit être inférieur ou égal à 10 semaines de grossesse soit 12 semaines d'aménorrhée.
- Les mineures nécessitent l'autorisation d'un des deux parents ou du représentant légal de l'autorité parentale.
- La femme doit être de nationalité française ou attester d'une résidence en France d'au moins 3 mois.
- L'IVG doit être pratiquée par un médecin, dans un établissement hospitalier public ou privé agréé (satisfaisant aux dispositions de l'article L.176). Le quota des cliniques privées pour les actes relatifs aux IVG est fixé à 25% du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.
- Deux consultations médicales, un entretien social et un délai de réflexion d'une semaine après la première demande sont obligatoires avant la réalisation de l'IVG.

- Lors de la première consultation le médecin doit informer la femme sur les risques médicaux et lui remettre un dossier guide, une attestation d'entretien ainsi qu'un certificat attestant que le médecin s'est conformé aux dispositions de la loi.
- La femme doit confirmer par écrit, après le délai de réflexion, sa demande d'IVG.
- Le médecin bénéficie d'une clause de conscience mais doit alors informer la femme de son refus dès la première consultation.
- La déclaration de l'IVG au médecin inspecteur régional de la santé est obligatoire ainsi que l'archivage des documents confirmant la demande de la femme et les attestations de consultation.

D'autre part, l'IVG n'est pas remboursée par la sécurité sociale.

## 2. Evolution de cette loi de 1979 à nos jours :

La confrontation de cette loi aux réalités pratiques des conditions d'accueil des établissements et des situations des femmes en détresse, aux évolutions des pratiques et méthodes médicales favorisées par les progrès scientifiques, aux législations des autres pays de la communauté européenne et aux évolutions de l'opinion publique, a amené les différents gouvernements à proposer des modifications de cette loi.

### ■ **La loi du 31 décembre 1979 (dite loi Monique Pelletier) [58]**

Elle fixe de façon définitive les principes de la loi de 1975 en y apportant quelques modifications :

- Le délai de réflexion peut être raccourci à 48 heures en cas d'urgence (risque de dépassement du terme légal).
- Le consentement de la mineure est requis et doit être donné en dehors de la présence des parents ou du représentant légal.
- Nul n'est contraint de réaliser une IVG ou d'y participer. En cas de refus le médecin doit informer la patiente dès la première consultation et lui remettre un dossier guide ainsi que l'attestation de consultation.

### ■ **Loi du 31 décembre 1982 (dite loi Roudy): [59]**

Elle prévoit la prise en charge de l'IVG par la Sécurité Sociale en fixant le taux de remboursement à 80%.

Les prix limites des soins et de l'hospitalisation sont fixés périodiquement par des arrêtés ministériels et publiés au Journal Officiel.



■ **1988** : [70]

Autorisation de mise sur le marché de la *mifépristone* permettant l'IVG médicale.

■ **La loi du 31 juillet 1991** : [70]

Le conseil d'administration des établissements publics désigne le service dans lequel les IVG sont pratiquées. En cas de refus du chef de service, le conseil d'administration doit créer une unité dotée des moyens permettant la pratique des IVG.

■ **Le 22 juillet 1992** :

Le nouveau Code Pénal [18] abroge les sanctions prévues chez les femmes qui pratiquent l'avortement sur elles-mêmes, allège les peines en cas d'avortement illicite, crée l'infraction d'IVG sans le consentement de la femme et la levée du secret médical n'est plus autorisé en cas d'IVG illégale portée à la connaissance du médecin.

■ **La loi du 27 janvier 1993 ( dite loi Neiertz )**: [60]

Elle introduit dans la législation les deux mesures suivantes.

- Le délit d'entrave à l'interruption de grossesse (Art L-162-15, L-162-15-1 du code de santé publique). Elle sanctionne les actions des groupes qui empêchent ou tentent d'empêcher un avortement ou les actes précédents, de deux mois à deux ans de prison et d'une amende de 2 000 à 30 000 francs.
- La dépénalisation de l'auto-avortement conformément à la suppression des sanctions du code pénal.

■ **La loi du 15 juin 2000** : [70]

La refonte du code de santé publique supprime l'obligation de résidence pour les femmes étrangères qui souhaitent une IVG.

■ **La loi du 4 juillet 2001** :

Cette loi [61] s'est appuyée sur le rapport du Pr Israël Nisand [65] réalisé en février 1999 à la demande du ministre de l'emploi et de la solidarité (Mme Martine Aubry) et du secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale (Mr Bernard Kouchner). Les modifications apportées par cette loi sont reportées ci-dessous.

- Dispositions concernant la patiente :
  - Le délai de réalisation de l'IVG est allongé à 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée.

- Pour les mineures, le principe de l'autorisation parentale est maintenu, mais il est stipulé qu'au cas où le recueil de cette autorisation pose problème, la mineure peut se faire accompagner par un majeur référent de son choix.
  - L'entretien social préalable n'est plus obligatoire pour les majeures mais doit être systématiquement proposé avant et après l'IVG. Pour les mineures par contre, il reste obligatoire.
  - L'IVG médicale, réalisée avant 7 SA, peut être pratiquée en dehors du cadre hospitalier.
- Dispositions concernant la personne qui réalise l'IVG :
- Suppression pour les établissements privés de la limitation du nombre des IVG et de l'interdiction de procéder dans leurs locaux à la consultation psychosociale pré-IVG.
  - Levée des sanctions pénales liées à la propagande et à la publicité en faveur de l'IVG, les incriminations disparaissent du code pénal et sont reportées dans le code de santé publique remplaçant ainsi l'IVG dans son contexte sanitaire. Seul subsiste dans le code pénal l'article 223-10 condamnant l'IVG sans le consentement de l'intéressée.
  - Élargissement de la définition du délit d'entrave à la pratique des IVG, renforcement des peines et inscription de celui-ci dans le code pénal.

Toutes les autres dispositions de la loi de 1975, confirmées par la loi de 1979, sont maintenues.

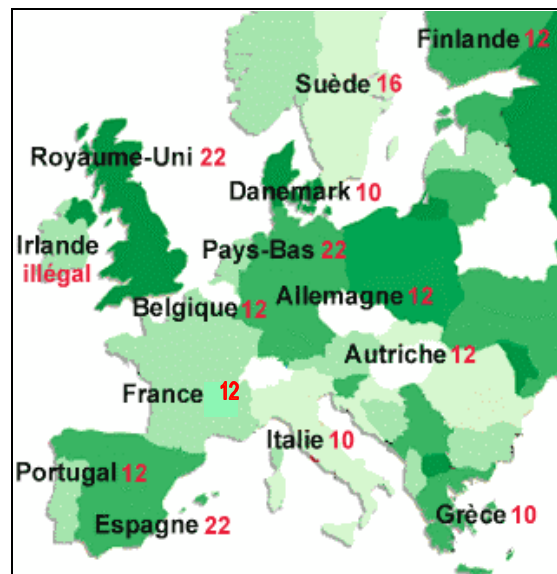
#### ■ Les trois décrets publiés au Journal officiel du 3 mai 2002 :

- Le premier décret [23] donne la possibilité de réaliser des IVG par voie médicamenteuse à domicile jusqu'à 7 SA et en précise les modalités de réalisation en s'appuyant sur les recommandations de l'ANAES de 2001 (dans le cadre d'une convention conclue entre le médecin prescripteur et un établissement de santé, concerne les femmes rhésus positif résidant à moins d'une heure de trajet de l'établissement de santé...).
- Le second décret [24] impose aux établissements publics qui disposent de lits ou de places en gynécologie ou en chirurgie de pratiquer les IVG. Les établissements pratiquant les IVG ont l'obligation de prendre en charge sans délai toute complication survenant aux patientes. Un centre de planification doit être intégré à cet établissement avec lequel une convention doit être passée.
- Le troisième décret [25] précise les modalités de la prise en charge anonyme et financière des mineures qui demandent le secret ou une IVG sans le consentement des parents. L'intégralité des dépenses émises à cette occasion est prise en charge par l'état, la mineure n'ayant rien à avancer.

## B. LES DELAIS LEGAUX DE NOS VOISINS EUROPEENS :

Actuellement, en Europe, les délais légaux de recours à une IVG ne sont pas harmonisés et sont les suivants [31] :

- jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (10 semaines de grossesse) : Danemark, Grèce, Italie, Norvège, Slovénie.
- jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (12 semaines de grossesse) pour la majeure partie des pays européens : France, Allemagne, Autriche, Belgique, Finlande, Lituanie, Luxembourg, Hongrie, Roumanie, République Tchèque.  
Au Portugal et en Finlande la durée maximale pour pratiquer une IVG légale est aussi de 14 SA mais elle est soumise à des conditions très restrictives.
- jusqu'à 18 semaines d'aménorrhée (16 semaines de grossesse) : Suède, Islande
- jusqu'à la viabilité foetale soit 24 semaines d'aménorrhée : Espagne, Grande-Bretagne, Pays-Bas (conditions très restrictives pour les deux derniers pays) .
- En Suisse, durant les 12 premières semaines, l'interruption est non punissable. Il faut une demande écrite de la femme « qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse».
- En Irlande et à Malte l'avortement est illégal sauf pour sauver la vie d'une femme



Graphes n° 1 : Nombre de semaines limites de grossesse pour les IVG pratiquées dans les pays européens limitrophes

## C. QUELQUES REPERES STATISTIQUES :

Avant la légalisation de l'IVG en 1975, deux femmes mouraient en moyenne chaque mois des suites d'avortements clandestins [31]. Après la légalisation de l'IVG et avant la loi de 2001, on estimait à 5 000 le nombre de femmes françaises [31] qui allaient interrompre leur grossesse hors délai légal (c'est-à-dire au-delà de 12 SA) dans un autre pays que la France avec toutes les contraintes que cela suppose (coût - mauvaises conditions psychologiques entourant cet acte - problèmes culturels et linguistiques - etc...). Aujourd'hui, chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et une fois sur deux, elle décide de l'interrompre, plus souvent lorsqu'elle vit seule ou n'a pas d'emploi [58].

La dernière année pour laquelle nous disposons des résultats statistiques est 2003 grâce au rapport de la DREES n° 431 d'octobre 2005 [27]. En 2003, le nombre d'IVG tous termes confondus est de **203 300** soit 1,6 % de moins par rapport à 2002 et constitue la première diminution depuis 1996. Le nombre d'IVG est en effet assez stable depuis 10 ans avec un rapport nombre d'IVG sur nombre de naissance à **259 IVG pour 1000 naissances**. Malgré le fait que 93,5 % des femmes potentiellement concernées utilisent un moyen de contraception, ce taux ne baisse pas. Par ailleurs, selon le Baromètre Santé de 2000, l'âge moyen du premier rapport sexuel est également stable.

On estime qu'il y a 14,1 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans (contre 14 en 1990) et 80 % des femmes concernées avaient entre 20 et 39 ans. Les taux de recours à l'IVG sont différents selon les générations allant de :

- 26,7/1000 femmes âgées de 20 à 24 ans (période de forte fécondité)
- 9,6 /1000 femmes mineures soit 11 000 IVG en 2003 (ce taux est en augmentation régulière),
- à 5,6 /1000 femmes âgées de 40 à 44 ans (taux stable).

La proportion estimée d'IVG tardives, réalisée en 2003, représente 7 % des IVG tous termes confondus en 2003 contre 8 % en 2002. Ces taux, sur les deux premières années de mise en place de l'allongement du délai légal, semblent être régulier.

Les taux d'IVG varient aussi beaucoup en fonction des régions avec un nombre d'IVG plus élevé en Ile de France, dans le sud de la France et dans les départements d'Outre Mer .

En Bretagne, 7667 IVG ont été réalisées en 2003 soit 11,1 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans ce qui est inférieur à la moyenne nationale et 83 % ont été réalisées dans le secteur public contre 67,9 % au niveau national. En effet, les établissements pratiquant les IVG en Bretagne sont au nombre de 31 dont 21 publics (informations fournies par téléphone par la DRASS de Rennes début 2005 avant que les résultats soient publiés).

La part de la prise en charge des IVG par le secteur public ne cesse d'augmenter au niveau national depuis 1990 passant de 60 % des IVG à 68 %.

Selon les chiffres fournis par la DRASS de Rennes, en 2005 ont été réalisées 2 543 IVG en Ile et Vilaine et 1 738 IVG dans le Morbihan.

On observe également une augmentation marquée de la part des prises en charge par méthode médicamenteuse puisqu'elle passe de 14 % des IVG en 1990 (début de l'AMM de la *mifepristone*) à 38 % en 2003 (secteurs public et privé tout confondu).

## **D.RECOMMANDATIONS DE L'ANAES SUR LA PRISE EN CHARGE DES IVG ENTRE 12 ET 14 SA DE MARS 2001: [2]**

### **1. Structures de prise en charge:**

Les structures de prise en charge des IVG doivent être en nombre suffisant dans chaque département pour permettre l'accueil correct et dans des délais rapides de toutes les demandes. Elles doivent s'organiser de façon à prendre en compte les recommandations médicales, techniques, sociales et psychologiques.

Les IVG au-delà de 12 SA doivent être prises en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être désignées et connues de tous les centres d'accueil des IVG au sein de chaque département.

L'activité d'IVG entre dans le cadre d'un projet de service auquel adhèrent tous les membres du personnel qui participent à cette activité. Le personnel de ces structures doit bénéficier d'une formation spécifique à cette activité.

### **2. Accueil et organisation :**

Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de l'intervention permet également un choix plus large de techniques réalisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide.

Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en ambulatoire ou en hôpital de jour (séjour inférieur à 12 heures).

### **3. Consultation pré-IVG :**

Lors de la première consultation, des informations claires et précises sont apportées à la patiente sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale, ainsi que sur le temps de réflexion. Outre cette information orale, les professionnels établissent et mettent à la disposition des patientes des documents d'information écrits.

A l'occasion ou préalablement à la consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. L'entretien doit être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et l'identification de difficultés psychosociales.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique ; le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation.

Il doit être proposé, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles dont l'infection VIH, la recherche du chlamydia et des frottis cervico-vaginaux de dépistage.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG.

Une procédure d'urgence permet de raccourcir le délai de réflexion. Cette procédure s'applique aux femmes dont l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 SA.

#### 4. Techniques d'IVG pour la 13<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> SA (de 85 à 98 jours) :

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.

La technique chirurgicale est la technique de choix (niveau de preuve de grade B c'est à dire présomption scientifique formulée à partir d'essais comparatifs randomisés de faible puissance, d'études comparatives non randomisées bien menées ou d'études de cohorte). Elle repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces spécifiques. Cette technique requiert une formation spécifique.

Une préparation cervicale médicamenteuse est recommandée et repose sur :

- *mifépristone* 200mg *per os* 36 à 48 heures avant aspiration (niveau de preuve de grade A c'est à dire dont la preuve scientifique est établie)
- ou *misoprostol* 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration ( niveau de preuve de grade A). A la suite de 4 cas signalés de septicémie aux USA, l'AFSSAPS [1] recommande de ne plus utiliser la voie vaginale depuis 2005.

La préparation cervicale, quel que soit le produit utilisé ne nécessite pas d'hospitalisation.

Le contrôle visuel du produit d'aspiration est indispensable.

En post-opératoire, toute patiente ayant bénéficié d'une sédation intraveineuse, d'une anesthésie générale ou péri médullaire doit séjourner en salle de surveillance post-interventionnelle. L'utilisation éventuelle d'une anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation.

La technique médicale n'est pas recommandée sauf cas particulier. Dans cette dernière situation, le protocole repose sur :

- *mifépristone* 200mg *per os* ;
- *misoprostol* 800 µg par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard.

La technique médicale requiert certaines contraintes d'organisation :

- une hospitalisation conventionnelle doit être prévue ;
- une analgésie péridurale doit pouvoir être disponible à la demande ;
- une révision utérine doit être réalisée soit systématiquement, soit en fonction du contrôle échographique de la vacuité ou non de l'utérus.

##### 5. Prise en charge de la douleur- Analgésie et anesthésie :

L'IVG médicamenteuse est responsable de douleurs, modérées à sévères pour plus de 50% des femmes, liées principalement à l'utilisation des prostaglandines. L'efficacité des traitements antalgiques proposés dans l'IVG a été peu évaluée.

Lors des avortements par aspiration, pour environ le tiers des patientes, la technique d'anesthésie locale par bloc para-cervical ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères lors de la pratique de l'aspiration endo-utérine (grade C c'est-à-dire de faible niveau de preuve). Toutefois, l'injection de *lidocaïne* intra-cervicale au niveau de la région isthmique (orifice interne du col) diminue significativement le score de la douleur par comparaison à la technique précédente (grade B).

Les benzodiazépines sont inefficaces sur la douleur par aspiration. L'efficacité du paracétamol n'est pas prouvée. En revanche, l'administration d'*ibuprofène* (AINS) diminue les scores des douleurs per et postopératoire (niveau de preuve de grade A) ; parmi les AINS, seul l'*ibuprofène* a été étudié.

Les facteurs de risque de survenue d'une douleur intense sont le jeune âge, la peur de l'acte, l'existence d'un utérus rétroversé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et les plus avancées (niveau de preuve de grade C c'est à dire de faible niveau de preuve). De telles situations justifient l'utilisation d'antalgiques efficaces en préopératoire en cas d'anesthésie locale ou la proposition d'une anesthésie générale.

La patiente doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésie possibles (anesthésie générale ou anesthésie locale) ; le choix du type d'anesthésie revient à la patiente.

Pour la réalisation de l'anesthésie générale, les halogénés à forte concentration augmentent le volume des pertes sanguines ; l'utilisation d'ocytocine le diminue (niveau de preuve de grade B)



## 6. Prévention des complications infectieuses :

Bien qu'il n'existe pas de démonstration d'un bénéfice à long terme, il est recommandé, en cas d'IVG chirurgicale, d'adopter une stratégie de prévention des complications infectieuses qui peut faire appel à :

- antibiothérapie en cas d'antécédent connu d'infection génitale haute ;
- pour toute autre situation à risque de MST : large indication de prélèvement vaginal et/ou de recherche de *Chlamydiae trachomatis* par PCR (Polynuclear Chain Reaction) sur les urines, suivi de traitement de la patiente et du (des) partenaire (s) en cas de positivité ;
- en l'absence de facteur de risque : les données de la littérature ont montré l'efficacité de l'utilisation des antibiotiques pour réduire la fièvre post-IVG mais il n'y a pas de données sur les effets bénéfiques à long terme des antibiotiques (au moment de ces recommandations).

## 7. Prévention de l'incompatibilité Rhésus :

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par l'injection intraveineuse d'une dose standard de gammaglobuline anti-D.

## 8. Suites immédiates de l'IVG :

Avant la visite de contrôle :

- Après une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, une contraception oestroprogestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG. La pose d'un dispositif intra-utérin est possible lors de l'examen de surveillance ou bien en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale.
- Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG sera remise à la patiente ainsi qu'un numéro à appeler en cas d'urgence.

Visite de contrôle :

- Elle est prévue entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour post-IVG.
- Le contrôle de la vacuité utérine nécessite un examen clinique. Selon les données de cet examen, une échographie peut être réalisée.
- La compréhension de la contraception et de sa bonne utilisation, normalement prescrite au décours même de l'IVG, doit être vérifiée.
- Il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG. Un accompagnement spécifique doit être proposé et disponible.

## **E. DEUX EXEMPLES DE MODES DE PRISE EN CHARGE DIFFERENTS DES IVG 12-14 SA :**

Après avoir rappelé les recommandations émises en mars 2001 par l'ANAES sur la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses tardives, nous nous intéresserons aux conditions réelles de ces prises en charge par le biais de la description de deux méthodes différentes réalisées dans deux établissements de santé agréés bretons :

- la méthode médicale du CHU de Rennes
- et la méthode chirurgicale du Centre Hospitalier de Vannes.

### **1. LES STRUCTURES D'ACCUEIL :**

#### **1.1 . Les établissements de santé publics rennais :**

Les IVG tardives sont réalisées dans le secteur public de Rennes systématiquement par méthode médicale et leur déroulement se partage entre deux établissements de santé différents du fait de la nécessité de disposer, selon les recommandations de l'ANAES [2], d'un plateau technique chirurgical pour la prise en charge des IVG au-delà de 12 SA.

Ces deux structures du CHU de Rennes sont le centre d'orthogénie situé à l'Hôtel-Dieu et le service de gynécologie et d'obstétrique situé à l'Hôpital Sud.

##### **1.1.1 Le centre d'orthogénie de Rennes :**

Ce centre a ouvert en avril 1975 dans un des bâtiments de l'Hôtel Dieu à l'initiative d'un groupe de volontaires hospitaliers aidés de médecins généralistes de la région.

Il constitue une unité fonctionnelle du département d'obstétrique, de gynécologie et de médecine de la reproduction dont le chef de département est le Professeur GRALL.

Le responsable de l'unité fonctionnelle est le Dr CHEVRANT-BRETON, Praticien hospitalier.

Ces locaux se situent actuellement dans un bâtiment à l'écart de la Maternité de l'Hôtel Dieu.

Au moment de notre enquête, ils comprenaient deux secrétariats :

- un pour le planning familial, le conseil conjugal ainsi que les consultations gynécologiques mineures et non assurés sociaux ;
- un pour la prise en charge des IVG (accueil et entretien psychosociologique).

Ils comprennent aussi un secteur de consultation pour les visites avant et après l'IVG ainsi que pour l'entretien psychosocial avec la conseillère conjugale, et enfin un secteur d'hospitalisation avec 6 chambres individuelles, une salle de soins et un bloc opératoire.

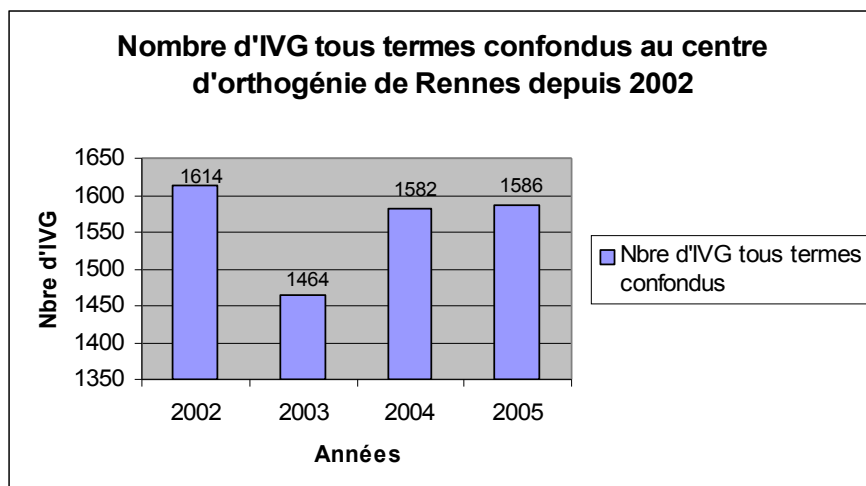
Ce centre est ouvert tous les jours du lundi au vendredi et fonctionne avec une équipe de professionnels volontaires comprenant :

- une secrétaire qui assure le premier contact avec les femmes qui font appel au Centre, sur place ou par téléphone. Elle remplit à la fois un rôle d'accueil et d'écoute, d'archiviste mais aussi de conseillère conjugale (dont elle a suivi la formation)
- neuf médecins (7médecins généralistes et 2 médecins gynécologues médicales) qui assurent chacun, à tour de rôle, une demi-journée de vacation par semaine. Ils assurent les consultations pré-IVG, les IVG médicamenteuses et chirurgicales de moins de 12 SA, la surveillance immédiate post-opératoire ainsi que les consultations de contrôle quinze jours après ;
- deux infirmières à temps partiel (4 cinquièmes de temps chacune) qui assurent une aide opératoire lors de l'IVG chirurgicale ainsi que la surveillance médicale et ont également un rôle de soutien auprès des femmes puisqu'elles ont aussi réalisé une formation de conseillère conjugale ;
- une aide soignante qui assure la propreté des locaux et l'apport de collations aux femmes;
- les conseillères conjugales du Planning Familial de Rennes se relaient pour être présentes dans le secteur hospitalisation ou consultation deux heures le matin et deux heures l'après-midi afin d'assurer une partie des entretiens psychosociaux et d'information.

Entre 2002 et 2005, l'activité du centre d'orthogénie de Rennes oscille entre 1464 et 1614 IVG par an, tous termes confondus.

En 2005, le centre d'orthogénie de Rennes a réalisé 1586 IVG, ce qui représente 62 % de l'activité du département d'Ille et Vilaine.

**Graphe n° 2 : Nombre d'IVG par an depuis 2002 au centre d'orthogénie de Rennes**



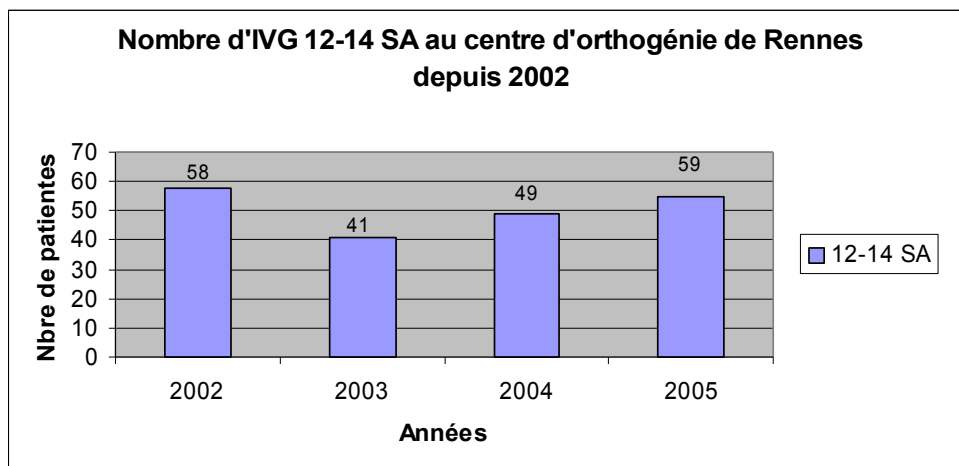
Pour l'activité d'IVG tardive, entre 2001 et 2002, le centre d'orthogénie de Rennes a également reçu les femmes venant des pays de St Malo, Fougères et Redon.

En 2003 l'hôpital de St Malo assure aussi la prise en charge des IVG tardives ce qui explique une chute du nombre d'IVG tardives en 2003.

Le nombre d'IVG tardives, après avoir brutalement diminué en 2003, remonte doucement pour passer de 40 en 2003 à 59 en 2005. Selon les dernières données de la DRESS [27], la proportion des IVG tardives au niveau national est de 7 % en 2002 et 8 % en 2003.

Depuis 2002, la proportion d'IVG tardives réalisées au centre d'orthogénie par rapport aux IVG tous termes confondus a oscillé entre 2,8 et 3,7 % ce qui sont des taux assez stables et inférieurs à la moyenne nationale.

**Graphe n° 3 : Nombre d'IVG 12-14 SA depuis 2002 au centre d'orthogénie de Rennes**



En 2005, année de notre étude, 1586 IVG ont été réalisées tous termes confondus dont :

- 59 IVG tardives par voie médicale (3,7 %)
- 349 IVG (22 %) de moins de 7 SA résolue par méthode médicamenteuse
- 1178 IVG (74,3 %) de moins de 12 SA par méthode chirurgicale sous anesthésie locale qui constitue ainsi la méthode la plus fréquemment utilisée
- 2 demandes ont été refusées pour délai dépassé.

Cette proportion d' IVG médicamenteuses est inférieure à celle de 2003 au niveau national puisque, selon les dernières données de la DRESS [27], la part d'IVG médicamenteuse est de 34 % dans les établissements privés et de 40 % dans le public.

### 1.1.2 Le service de Gynécologie du CHU de Rennes :

Ce service fait partie du département d'obstétrique, de gynécologie et de médecine de la reproduction dont le chef de département est le Professeur Jean-Yves GRALL. Il se situe dans les locaux de l'hôpital Sud de Rennes. Le responsable de cette unité fonctionnelle est le Professeur Jean LEVEQUE.

Ce service est composé de deux secteurs d'hospitalisation :

- le secteur A comprenant 21 lits d'hospitalisation traditionnelle
- le secteur B comprenant 10 lits d'hospitalisation de semaine.

Il existe aussi un accueil pour les urgences gynécologiques situé au niveau du secteur d'hospitalisation B.

Ce service fonctionne avec une équipe de professionnels de santé comprenant :

- 4 assistants,
- 4 internes de gynécologie et d'obstétrique,
- 25 infirmières diplômées d'état ,
- 14 aides soignantes.

### 1.2 . Les établissements publics vannetais :

Les IVG tardives sont réalisées, dans le secteur public de Vannes, systématiquement par méthode chirurgicale comme le recommande l'ANAES [2].

Le déroulement des IVG tardives se partage entre le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA) de Vannes pour les consultations pré et post-IVG, le bloc opératoire général pour l'intervention en elle-même et le service de chirurgie ambulatoire du CHBA, pour la surveillance post-opératoire. Ces deux structures sont situées dans l'enceinte du CHBA de Vannes mais dans des bâtiments différents.

#### 1.2.1 Le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de Vannes :

Ce centre est ouvert depuis juillet 1975, dans les suites de la loi Veil, à l'initiative d'un chirurgien le Dr Rambert, d'un médecin généraliste puis gynécologue le Dr Rampon, et de deux anesthésistes. Le centre a toujours eu une activité de planification des grossesses et d'orthogénie. Il constitue, actuellement, une unité fonctionnelle du département d'obstétrique, de gynécologie et de médecine de la reproduction du CHBA dont le chef de département est

le Dr LEBLANC Marc mais le centre reste très autonome. La responsable de l'unité fonctionnelle est le Dr DENOEL Sylvie, Praticien hospitalier contractuel gynécologue.

Le CPEF du CHBA comprend deux antennes : l'une à Auray et l'autre à Vannes.

L'antenne d'Auray est constituée de trois médecins, qui réalisent les IVG médicamenteuses (131 en 2005) et les IVG chirurgicales (80 en 2005) jusqu'à 12 SA. Pour les 12-14 SA, les patientes sont adressées au CPEF de Vannes.

Pour le CPEF de Vannes, les locaux se situent actuellement dans des bâtiments à l'écart du service de gynécologie et d'obstétrique. Ils sont composés d'un secrétariat et d'un secteur de consultation.

Les missions du centre comprennent la prise en charge des femmes demandant une IVG jusqu'à 14 SA (les visites avant et après l'IVG, l'entretien social avec la conseillère conjugale), les consultations de contraception et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que la participation à l'information des jeunes sur la sexualité, la contraception, les IST en partenariat avec les infirmières scolaires et professeurs.

Ce centre est ouvert tous les jours du lundi au vendredi et fonctionne avec une équipe de professionnels volontaires comprenant :

- 5 médecins (3 médecins généralistes et deux médecins gynécologues) qui assurent chacun, à tour de rôle, par demi-journée, une permanence chaque jour de la semaine ;
- 2 conseillères conjugales assurant les entretiens sociaux et d'information.
- 1 assistante sociale (une demi-journée par semaine)
- 2 secrétaires à mi-temps qui remplissent un rôle d'accueil, un rôle administratif et repèrent les urgences pour les femmes en délai limite pour une demande d'IVG.

Le centre reçoit les femmes de la région vannetaise puisque dans le département du Morbihan les IVG tardives sont également prises en charge par les centres hospitaliers de Lorient, de Pontivy et de Ploërmel mais aussi par la clinique du Ter à Lorient. Dans ces trois centres, la méthode utilisée pour la réalisation des IVG 12-14 SA est également chirurgicale.

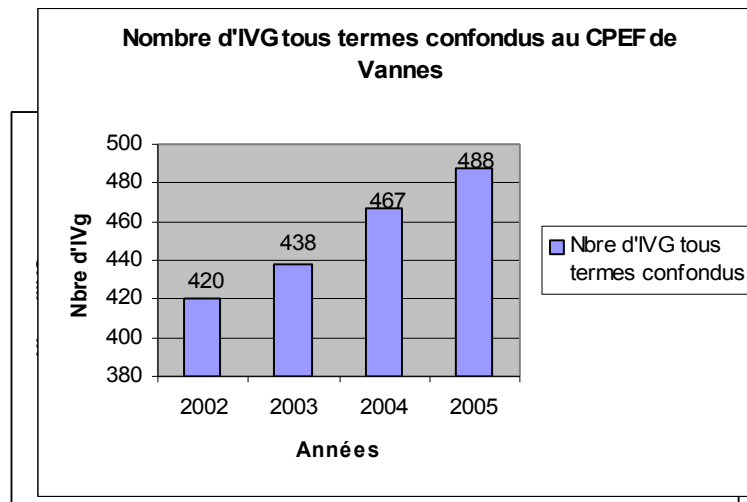
L'activité du centre, entre 2002 et 2005, oscille entre 420 et 488 IVG tous termes confondus avec une petite augmentation progressive depuis 2002.

En 2005, le CPEF de Vannes a réalisé 488 IVG, ce qui représente 28,08 % de l'activité du département du Morbihan.

Le nombre d'IVG tardive depuis 2002 oscille entre 13 et 44 par an soit une proportion par rapport à l'ensemble des IVG qui oscille entre 3,1 et 9,4 %.

Selon les dernières données de la DRESS [27], la proportion des IVG tardives au niveau national est de 7 % en 2002 et 8 % en 2003. A l'exception de 2004, la proportion d'IVG tardives au CPEF de Vannes est donc inférieure à la moyenne nationale .

**Graphe n° 4 : Nombre d'IVG au CPEF de Vannes depuis 2002**



**Graphe n° 5 : Nombre d'IVG 12-14SA depuis 2002 au CPEF de Vannes**

En 2005, année de notre étude, 479 IVG ont été réalisées dont :

- 25 IVG tardives (5,12 %)
- 316 par voie chirurgicale sous anesthésie générale (64,75 %)
- 172 par voie médicamenteuse (35,24 %)

Cette répartition de la part des IVG médicamenteuses est assez proche de celle de 2003 au niveau national puisque selon les dernières données de la DRESS [27], la part d'IVG médicamenteuses est de 34 % dans les établissements privés et de 40 % dans le public.

#### 1.2.2 Le service de chirurgie ambulatoire du CHBA:

Ce service se situe dans les locaux du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique de Vannes. Le responsable de ce service est le Dr DEMOULIN Pierre-Yves (de spécialité ORL) Ce service fonctionne avec une équipe de professionnels de santé comprenant :

- 1 surveillante
- 3 infirmières temps plein et 2 infirmières à temps partiel ,
- 2 aides soignantes

- les médecins sont ceux des différentes spécialités qui ont des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire et qui passent chacun pour la visite de leur patient ou à la demande des infirmières.

Ce service comprend 16 lits dont 4 sont chaque jour réservés pour les IVG médicamenteuses et chirurgicales du CPEF.

Le médecin du CPEF réalise au bloc général de l'hôpital les IVG chirurgicales, passe examiner les patientes hospitalisées pour autoriser le retour à domicile.

Ce sont les infirmières du service qui assurent la surveillance médicale, qui appliquent les prescriptions des anesthésistes et qui font intervenir le médecin du CPEF si nécessaire.

Il n'y a pas de salle d'opération spécifique aux IVG. Les IVG sont depuis 30 ans réalisées cinq jours sur sept sur la vacation d'urgence des anesthésistes, au bloc opératoire.

## 2. DEROULEMENT COMMUN AUX DEUX METHODES POUR LES IVG 12-14 SA :

La procédure d'une IVG tardive dans les deux centres comprend les étapes suivantes.

### 2.1. Première consultation obligatoire:

- Le rendez-vous au centre d'orthogénie ou au CPEF peut être pris directement par la patiente elle même ou bien par l'intermédiaire de son médecin traitant ou encore de son



médecin gynécologue. En fonction du terme présumé de la grossesse, déterminé par rapport à la date des dernières règles ou sur confirmation échographique et biologique déjà réalisées, la secrétaire du centre évalue l'urgence d'une prise de rendez-vous rapide particulièrement pour les termes en limite du délai légal.

■ La secrétaire et/ou conseillère conjugale :

- Elle constitue avec la patiente un dossier administratif.
- Elle remet à la patiente :
  - un dossier guide comprenant le rappel des dispositions législatives, des aides matérielles possibles pour les mères seules, les établissements autorisés à pratiquer l'IVG et la liste des centres d'information et de planification
  - un document écrit où sont reportées les informations concernant le déroulement de la méthode d'IVG qui sera réalisée, ses contre-indications, ses risques, ses effets secondaires et conseils pour le retour à domicile après l'hospitalisation (cf Annexes 3 et 4).
- Un entretien social et psychologique avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé mais n'est pas obligatoire (sauf pour les mineures). Avec l'accord de la patiente, cet entretien est réalisé immédiatement ou bien lors d'un rendez-vous, pris dans un délai de quelques jours, il peut être renouvelé si la situation socio-psychologique est complexe. Cet entretien est un moment d'écoute permettant parfois de révéler une ambivalence et/ou de prendre conscience, par leur verbalisation, des différents paramètres qui amènent à cette décision.
- Elle programme les différents rendez-vous pour la consultation d'anesthésie, la deuxième consultation de confirmation du choix, la date de l'hospitalisation, éventuellement un entretien psychosocial et la consultation de contrôle 2 à 3 semaines après l'intervention. Ces rendez-vous sont pris dans un délai raccourci jusqu'à deux jours dans le cadre d'une procédure d'urgence pour les patientes en limite de délai légal.

Au CHU de Rennes, dans le cadre de la prise en charge des IVG tardives, les rendez-vous pour la consultation d'anesthésie et la consultation de confirmation ont lieu le même jour à l'Hôpital Sud. En effet, la patiente aura une consultation d'anesthésie suivie d'un bilan biologique pré-anesthésie prélevé par l'infirmière et une consultation avec un des assistants de gynécologie.

Au Centre Hospitalier de Vannes, la patiente a dans la même demi-journée, la consultation avec un médecin du CPEF, l'entretien psychosocial (si elle l'a souhaité), la consultation d'anesthésie (pris sur les plages d'urgence réservées à cet effet) et le bilan biologique pré-anesthésie.

■ 1ere consultation médicale :

- Au cours de cette consultation médicale est réalisé :
  - un interrogatoire médical et un examen clinique avec proposition de dépistage des infections sexuellement transmissibles (HIV, Hépatite B, Syphilis), et prescription des  $\beta$  HCG si non déjà fait ;
  - au CPEF de Vannes, un dépistage systématique des infections à chlamydia par prélèvement vaginal et un bilan sanguin à visée pré-anesthésique comprenant groupe, rhésus, NFS, bilan de coagulation sont réalisés lors de cette consultation ;
  - une échographie (si la patiente ne l'a pas déjà faite en cabinet de radiologie extérieur) permettant la datation précise de la grossesse en cours, mais aussi de déterminer le site d'implantation (intra- ou extra-utérin), le nombre de sac(s) gestationnel(s), l'évolutivité ou non de la grossesse, et de rechercher une môle hydatiforme.
  - la recherche de contre-indication médicale à la réalisation de l'IVG dans les conditions habituelles ;
  - un dossier médical reportant les caractéristiques socio-démographiques, les principaux antécédents, la contraception utilisée, la datation de la grossesse, les observations médicales de la consultation ;
  - une information orale par le médecin sur les modalités et le déroulement de l'IVG ainsi que ses effets indésirables et complications ;
  - le premier certificat, attestant que la femme a fait une demande d'IVG, est signé par le médecin (si la patiente n'en n'était pas déjà détentrice) ;
- Cette consultation est réalisée à Rennes par le médecin généraliste ou le médecin gynécologue qui l'adresse au centre d'orthogénie. Celui-ci a prescrit une échographie et des  $\beta$  HCG. La patiente ne voit aucun médecin au centre d'orthogénie avant l'intervention. Elle sera examinée, en général 2 à 3 jours plus tard, par un des médecins assistants du service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Sud où sera réalisée l'IVG.
- A Vannes, cette consultation est réalisée par un médecin du CPEF de Vannes même si la patiente a déjà consulté son médecin traitant ou gynécologue pour ce motif.

2.2. La consultation d'anesthésie :

Elle est effectuée au même titre que pour une autre intervention chirurgicale. En cas de patiente mineure, la personne majeure référente devra être présente à la consultation avec l'anesthésiste ainsi qu'à la sortie de la patiente après anesthésie générale.

Elle est réalisée par un médecin anesthésiste qui pourra selon les indications, compléter le bilan standard (Numération Formule Sanguine, plaquettes, Groupe Rhésus, RAI, TP, TCA, Ionogramme sanguin, créatininémie), notamment en cas de maladie de Willebrand connue ou supposée. Il envisagera le protocole d'anesthésie, les risques selon les patientes (tabagisme, diabète ...), et les éventuelles contre-indications.

A Rennes, cette consultation a lieu à l'Hôpital Sud. Le dossier administratif et médical de la patiente, constitué au centre d'orthogénie de l'Hôtel Dieu, aura donc été transmis par courrier interne à l'Hôpital Sud pour la suite de la prise en charge. Le médecin anesthésiste expose et donne le choix à la patiente de la réalisation de la révision utérine qui suit l'expulsion sous rachianesthésie ou bien sous anesthésie générale en tenant compte des contre-indications propres à chacune des deux méthodes.

A Vannes, cette consultation est réalisée dans l'enceinte du CHBA. L'anesthésiste dispose du dossier administratif et médical de la patiente, constitué au CPEF de l'hôpital, et expose la méthode ainsi que les risques de l'anesthésie générale courte qui est systématiquement pratiquée pour les IVG de 12-14 SA.

### 2.3. Consultation de confirmation de la demande d'IVG :

Cette consultation a lieu 36 à 48 heures avant la date d'hospitalisation prévue et au terme du délai de réflexion légal de 7j après la remise du premier certificat attestant de la demande d'IVG (celui-ci ayant pu être remis par un médecin avant la première consultation au centre d'orthogénie ou de planification). Le délai de réflexion peut être réduit à 48h dans les cas des délais proches de la limite légale.

Au cours de cette consultation :

- la patiente confirme sa demande d'IVG par une attestation écrite,
- signe les papiers d'autorisations diverses ( cf Annexes 3 et 4),
- le déroulement de l'hospitalisation lui est de nouveau expliqué,
- prend, en présence d'un médecin, le ou les comprimés de *mifepristone* (MIFEGYNE®) selon la méthode utilisée,

- la patiente est informée que des saignements, des douleurs abdominales et rarement (5% des cas) une expulsion peuvent survenir dans le délai qui les sépare de l'intervention,
- la patiente est informée des signes cliniques qui l'amèneront à consulter avant la date de l'hospitalisation et des complications possibles.

A Rennes, cette étape est réalisée le même jour que celui de la consultation d'anesthésie. En effet, un interne d'anesthésie et un gynécologue du service se déplacent aux urgences gynécologiques pour réaliser ces consultations dans la même demi-journée. La patiente est alors reçue par un des médecins assistants du service de gynécologie qui réalise, en plus des éléments précités, un examen clinique et un dépistage systématique de *chlamydiae* par prélèvement vaginal avec une recherche des IST. Au terme de la consultation, la patiente prend 3 comprimés de 200 mg de *mifepristone per os* en présence du médecin.

A Vannes, cette étape est réalisée au CPEF de l'hôpital. Au terme de la consultation, la patiente prend un comprimé de 200 mg de *mifépristone per os* en présence du médecin.

#### 2.4. Hospitalisation :

La date de l'hospitalisation est programmée 36 à 48 heures après la prise de *mifépristone*.

Ensuite, le déroulement de l'hospitalisation diffère selon la méthode utilisée et est développé dans les chapitres suivants.

#### 2.5. Consultation médicale post-IVG :

La patiente est revue, à Rennes, en général 2 semaines après l'hospitalisation, de préférence par un des médecins du centre d'Orthogénie mais cela peut être par son gynécologue ou médecin traitant. De même, à Vannes, la patiente est revue en consultation

3 semaines après l'intervention de préférence par un médecin du CPEF de Vannes mais cette consultation peut être effectuée ailleurs.

Au cours de cette consultation sont réalisés :

- un interrogatoire médical qui vise à rechercher des signes de complications avec l'évaluation de la persistance de métrorragies et leur abondance, de douleur et son intensité, l'existence de fièvre, de leucorrhée ;
- un examen clinique gynécologique ;
- une échographie en cas de doute à l'interrogatoire et à l'examen clinique sur une éventuelle rétention ;
- un entretien s'assurant de la bonne compréhension de la contraception mise en place dans les suites de l'IVG;
- une évaluation du vécu de l'IVG et la proposition d'un entretien avec la conseillère conjugale de façon systématique ;
- un questionnaire de satisfaction du centre est remis à la patiente.

Depuis 1976, le médecin pratiquant l'intervention doit remplir un bulletin statistique individuel anonyme contenant des informations sur la femme qui avorte et sur l'intervention. Cette déclaration est obligatoire pour ne pas rendre l'acte illégal (mais un nombre important d'IVG semblent non déclarées, notamment dans le secteur privé). Ces bulletins sont adressés sous pli confidentiel par les établissements hospitaliers aux DRASS qui les transmettent au Ministère de la Santé.

### 3. METHODE MEDICALE AU CHU DE RENNES :

L'avortement médical est défini comme l'induction médicamenteuse d'une interruption de grossesse sans geste chirurgical.

### 3.1. Association *mifépristone-misoprostol* :

#### 3.1.1 Histoire de ce protocole médical [30, 70]:

La molécule RU 486, découverte par l'équipe du Pr Baulieu en 1980 au sein du laboratoire Roussel Uclaf, a fait l'objet d'essais cliniques dès 1982 à Genève, puis en France à partir de 1983 malgré les oppositions du directoire du laboratoire. Les premières études portaient sur l'action de la *mifépristone* seule administrée à la dose de 600 mg chez des femmes enceintes de moins de 49 jours avec un taux d'interruption de grossesse de 80-85% [30].

Afin de réduire ce taux d'échec, des chercheurs ont étudié l'effet de l'adjonction de prostaglandines. Les prostaglandines utilisées furent d'abord la *sulprostone*, abandonnée du fait de la survenue d'effets secondaires cardiaques mortels, puis le *géméprost* (Cervagème®) également abandonné dans cette indication au profit, au début des années 1990, du *misoprostol* (Cytotec®, Gymiso®) plus efficace, facile d'administration et sans effet délétère.

C'est en 1988 que la *mifépristone* (Mifégyne®) obtient l'autorisation de mise sur le marché en France après avis du comité consultatif d'éthique. Le laboratoire le retire très vite du marché pour des raisons éthiques mais Claude Evin, ministre de la Santé, contraint le laboratoire à revenir sur sa décision par un arrêté ministériel du 28 décembre 1988. Le laboratoire en abandonne alors les droits et la fabrication au Dr Sakiz qui créa en 1992 le laboratoire EXELGYN afin d'en assurer sa diffusion. La France fut le premier pays occidental (après la Chine en 1987) à utiliser la *mifépristone*, rapidement suivi par la Grande-Bretagne en 1990 et la Suède en 1991. En 1997, elle obtient une autorisation européenne de mise sur le marché et en 2000 celle de la *Food and Drug Administration* (FDA) aux Etats-Unis.

#### 3.1.2 Rappels sur la *mifépristone* :

##### ■ Mécanisme d'action : [30, 70]

La *mifépristone* est un stéroïde de synthèse à action antiprogestative agissant par compétition avec la progestérone au niveau de ses récepteurs dans l'utérus gravide. La progestérone, dans les conditions physiologiques de la grossesse, maintient le col utérin fermé et inhibe la contraction utérine, directement mais aussi en inhibant la sécrétion de prostaglandines de l'endomètre.

Elle est ainsi responsable d'effets gynécologiques à trois niveaux :

- Sur l'endomètre, la saturation des récepteurs à la progestérone provoque une rupture déciduale aboutissant à une baisse d'HCG avec lutéolyse secondaire.
- Sur le myomètre, elle augmente sa contractilité par libération de prostaglandine et en sensibilisant, au cours de la grossesse, le myomètre aux contractions induites par les

prostaglandines. Elle multiplie par 5 la sensibilité de l'utérus aux analogues des prostaglandines. Cet effet sensibilisant apparaît 24 à 48 heures après son administration et constitue ainsi la base du protocole médicamenteux séquentiel de l'interruption de grossesse associant, 36 à 48 heures après la prise de *mifépristone*, une prostaglandine.

- Sur le col, elle provoque l'assouplissement et la dilatation cervicale par effet direct et indirectement par l'intermédiaire des prostaglandines.

Cette molécule se lie également aux récepteurs des glucocorticoïdes avec une forte affinité. Chez l'homme, l'action anti-glucocorticoïde se manifeste pour des doses supérieures à 4,5 mg/kg par une élévation de l'ACTH (hormone adrénocorticotrope) et du cortisol mais du fait de l'absence de liaison avec le récepteur des minéralocorticoïdes, le risque d'insuffisance surrénalienne aiguë lors de la prise de *mifépristone* est négligeable.

#### ■ Indications : [30, 70]

- Interruption médicale de grossesse intra-utérine évolutive en association avec un analogue des prostaglandines, au plus tard jusqu'au 49<sup>e</sup> jour d'aménorrhée (cette indication a été prolongée au 63<sup>e</sup> jour d'aménorrhée d'après les recommandations de l'ANAES [2] de mars 2001).
- Ramollissement et dilatation du col utérin en préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse du 1<sup>er</sup> trimestre.
- Préparation à l'action des analogues de la prostaglandine dans l'interruption de grossesse pour raison médicale au delà du premier trimestre.
- Induction du travail lors de la mort fœtale in utero : lorsque les prostaglandines ne peuvent être utilisées.

#### ■ Modalités de prescriptions : [30, 70]

Dans l'interruption de grossesse, la prescription et l'administration de *mifépristone* et de prostaglandine doivent respecter la législation en vigueur.

En conséquence, ils ne peuvent être prescrits que par un médecin et dans un établissement public ou privé, ou dans un centre satisfaisant aux dispositions légales (ou bien par un médecin en cabinet de ville ayant passé une convention avec un établissement agréé pour les IVG médicamenteuses en ville). Le produit sera administré en présence du médecin ou par le personnel infirmier sous délégation médicale.

#### ■ Effets secondaires : [30, 70]

Ils sont rares, peu importants et de courte durée.

Les métrorragies sont quasi systématiques, peuvent être prolongées jusqu'à 12 jours après la prise de *mifépristone*, abondantes dans 5 % des cas et parfois peuvent nécessiter un curetage hémostatique (dans 0 à 1,4 % des cas). Elles ne sont pas la preuve d'une expulsion complète. La persistance de métrorragies au delà de 14 jours peut être le fait d'une rétention ovulaire ou d'une grossesse extra-utérine non diagnostiquée.

Les douleurs abdominales sont le plus souvent d'intensité légères ou modérées (à différencier des contractions utérines liées aux prostaglandines).

Des nausées, des vomissements et des diarrhées peuvent être observées.

Les réactions cutanées sont rares : simples rashes cutanés (0,2 %), urticaire, des cas isolés d'érythrodermie, d'érythème noueux, de nécrose épidermique ont également été rapportés. Les autres effets indésirables rares décrits sont les céphalées, les manifestations vagues (bouffées de chaleur, vertiges et frissons) et la fièvre.

#### ■ Contre-indications et précautions d'emploi : [30, 70]

Les contre-indications à la *mifépristone* sont peu nombreuses:

- allergie connue à la *mifépristone* ou à l'un de ses constituants du comprimé
- insuffisance surrénale chronique
- asthme sévère non équilibré par le traitement
- porphyrie héréditaire
- grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie
- suspicion de grossesse extra-utérine
- grossesse > 49 jours d'aménorrhée (limitation actuelle en France bien que l'ANAES [1] l'autorise jusqu'à 9 SA mais en hospitalisation et d'autres pays ont étendu l'indication au-delà de ce terme)
- contre-indication à l'analogue de la prostaglandine utilisé.

Son emploi est déconseillé en cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance hépatique et/ou de malnutrition.

En cas de grossesse sur dispositif intra-utérin, celui-ci sera retiré avant l'administration de Mifégyne®.

Un ajustement thérapeutique peut être nécessaire lorsque la femme bénéficie d'un traitement chronique par corticostéroïdes, dont l'efficacité peut en effet être diminuée pendant 3 à 4 jours après la prise de *mifépristone* du fait de son action anti-glucocorticoïde.

Du fait de la survenue de métrorragies prolongées et parfois abondantes, il est nécessaire de surveiller particulièrement les patientes porteuses de troubles de la coagulation à type d'hypo-coagulabilité ou anémiques.



Le tabac et l'âge ne sont pas des contre-indications en soit mais l'association d'un âge > 35 ans et une consommation de tabac > à 10 cigarettes par jour est une précaution d'emploi à l'association de la *mifépristone* avec les prostaglandines .

Le médecin doit évaluer le rapport bénéfice/risque par rapport à la méthode chirurgicale.

### 3.1.3. Rappels sur le *misoprostol* :

#### ■ Mécanisme d'action : [30,70]

Le *misoprostol* est un analogue de synthèse de la prostaglandine de type E1.

Il stimule la contractilité utérine en se liant aux récepteurs spécifiques dans le myomètre, ramollit et ouvre le col de l'utérus.

Il agit également sur la contraction intestinale ce qui explique les effets secondaires digestifs à type de nausées, vomissements et diarrhées observés.

Cette molécule est initialement utilisée dans la prévention des ulcères gastriques du fait de son action anti-sécrétoire gastrique.

#### ■ Indications gynécologiques : [30,70]

- Interruption médicale de grossesse intra-utérine, en association à la *mifépristone*, au plus tard au 49<sup>e</sup> jour d'aménorrhée ;
- Préparation du col utérin avant interruption de grossesse au cours du premier trimestre.

Pour des raisons de marketing, seul Gymiso® possède l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'utilisation du *misoprostol* dans ses indications gynécologiques, le Cytotec® n'a que des AMM dans ses indications de prévention et traitement de lésions gastro-duodénales.

#### ■ Effets indésirables : [30, 70]

Ils sont plus fréquents que ceux de la *mifépristone* et surviennent en général avant l'expulsion.

Les effets les plus fréquemment signalés sont :

*les effets gastro-intestinaux avec :*

- une diarrhée(14 %) modérée dont l'incidence augmente lors de l'administration en plusieurs prises quotidiennes ;
- les nausées (4 %) et/ou vomissements (17 %) sont le plus souvent transitoires et modérés ;
- les douleurs abdominales.

*les effets gynécologiques avec :*

- les contractions utérines, observées très fréquemment dans les heures qui suivent la prise, sont d'intensité variable ;
- les métrorragies parfois abondantes et prolongées lorsqu'il est associé à la *mifépristone* ;
- de très rares cas de rupture utérine ont été décrits lors des grossesses du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre, la plupart du temps sur des utérus cicatriciels ou malformés ce qui conduit à l'utiliser à demi-dose dans les interruptions médicales de grossesse .

*les troubles généraux :*

- céphalées, vertiges, malaises, frissons et de rares cas d'hypotension artérielle.

Les symptômes de surdosage en *misoprostol* sont la fièvre, les troubles tensionnels, des nausées, des crampes abdominales et des tremblements.

■ Contre-indications : [30, 70]

La contre-indication essentielle de principe est l'hypersensibilité à l'un des constituants du comprimé.

### 3.2. Déroulement de la méthode médicale :

Ci-dessous sont décrits les différentes étapes spécifiques de la méthode médicale d'IVG réalisée dans le service de gynécologie de l'Hôpital Sud du CHU de Rennes.

#### 3.2.1 Prise de mifépristone :

Lors de la deuxième consultation de confirmation du choix, la patiente prend 600 mg de *mifépristone per os* soit 3 comprimés.

Ceci, après s'être assuré de l'absence de contre-indication à la méthode médicale :

- contre-indications propres à la *mifépristone* ou au *misoprostol* (cf contre-indications relatives évoquées dans les chapitres précédents)
- antécédents gynécologiques comme l'utérus cicatriciel, antécédent de myomectomie, de césarienne pratiquée dans un délai inférieur à un an, présence d'un volumineux fibrome, d'un dispositif intra-utérin non retiré.

### 3.2.2 L'hospitalisation :

#### ■ La prise de *misoprostol* :

La patiente se présente, 2 jours après la prise de *mifépristone*, dans le service de gynécologie à 7H30 à jeun depuis minuit la veille.

- La patiente est hospitalisée en chambre seule.
- Une perfusion d'hydratation est posée à son arrivée par l'infirmière.
- 400 µg soit deux comprimés de *misoprostol* en intra-vaginal (un seul comprimé si antécédent d'utérus cicatriciel) sont posés, par un interne du service, entre 8H30 et 9H00. Ceci est renouvelé toutes les 3 heures jusqu'à obtention de l'expulsion du fœtus et sans dépasser 8 comprimés par 24 heures (4 comprimés si antécédent d'utérus cicatriciel) .

- En cas d'échec dans les 12 heures, il est posé 2 à 3 Dilapan® en intra-cervical.

Ce sont des lamineuses hydrophiles qui, par leur gonflement, ont une action dilatatrice mécanique lente, progressive et peu traumatisante. Ils se présentent sous la forme de tiges synthétiques placées (parfois après prémédication à l'aide d'un antispasmodique ou d'un anxiolytique selon le niveau d'appréhension de la patiente), après désinfection locale et traction du col avec une pince Muzeux, dans l'orifice cervical et maintenues en place avec des compresses. La femme doit éviter de se lever jusqu'à leur ablation [70]. Ils sont laissés en place toute la nuit et ôtés le lendemain matin. Ensuite le protocole *misoprostol* intra-vaginal reprend jusqu'à expulsion.

- La surveillance médicale avec les constantes, l'intensité des douleurs, l'abondance des métrorragies, la survenue des effets secondaires à type de fièvre, nausées, vomissements, diarrhées, céphalées et /ou vertiges, est réalisée par l'infirmière du service et consignée sur la feuille de surveillance.

- Un antalgique de niveau I en intraveineux, à type de *paracétamol* (PERFALGAN®) 1g à renouveler toutes les 4 à 6 heures en fonction de la douleur, est injecté après la

première pose de *misoprostol*. En cas de douleurs importantes malgré le paracétamol, il est réalisé par l'infirmière une injection intra-musculaire de *péthidine* (DOLOSAL®), antalgique morphinique de niveau III. Cette molécule a par ailleurs, en plus de son action antalgique forte, la particularité d'accélérer la dilatation du col utérin.

- Lorsque la femme a expulsé dans son lit, celle-ci appelle une infirmière ou une aide soignante à l'aide de la sonnette pour que le produit d'expulsion soit retiré.

- Une échographie est réalisée, par l'interne du service, avant la révision utérine.

- La patiente est ensuite descendue au bloc opératoire dès que celui-ci est libre pour que soit réalisé, par l'interne ou l'assistant de garde, une révision utérine sous rachianesthésie le plus souvent, parfois sous anesthésie générale. Cette intervention dure 10 à 20 minutes et est suivie d'une surveillance en salle de réveil pendant environ une heure à une heure trente (pour la rachianesthésie jusqu'à levée du bloc moteur).

- La patiente est gardée une nuit en surveillance post-anesthésie et ressort le lendemain, dans la matinée, avec un rendez-vous de consultation post-IVG, une prescription de contraception et parfois d'antalgique à type de paracétamol et /ou d'antispasmodique.

#### ■ L'anesthésie :

Aucune prémédication n'est réalisée puisque la patiente est prise au bloc opératoire dans un délai de moins d'une heure après l'expulsion.

Selon son choix et en fonction de ses contre-indications anesthésiques éventuelles, la patiente bénéficie soit d'une rachianesthésie (situation la plus fréquente), soit d'une anesthésie générale.

#### ● La rachianesthésie : [26]

La rachianesthésie est une technique d'anesthésie loco-régionale. Elle consiste en la réalisation d'une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien (LCR). Elle réalise une section chimique ou bloc des racines rachidiennes motrices, sensibles et sympathiques de la moëlle. C'est une technique d'anesthésie simple et fiable pouvant être indiquée dans les chirurgies gynécologiques.

Les contre-indications absolues sont l'hypovolémie non corrigée, les troubles de la coagulation, le sepsis au point de ponction et le refus du patient. Les contre-indications relatives sont un déficit neurologique, un terrain migraineux, les maladies médullaires, un syndrome fébrile, les malformations rachidiennes, les antécédents de sciatique ou de lombalgie.

Les produits utilisés sont fonction de la durée de l'anesthésie souhaitée. Dans notre étude les produits injectés associent un anesthésique local et un adjuvant opiacé :

- MARCAINE ® ou *bupivacaïne* : anesthésique local à longue durée d'action du groupe à liaison amide, actif en 5 minutes, durée et effet bloc sensitif et/ou moteur sur l'abdomen et les membres inférieurs selon la dose et la position de l'injection. Dans notre étude, les doses injectées sont de 5 à 8 mg.
- SUFENTA® ou *sufentanil* : analgésique morphinique très puissant intraveineux, de délai d'action court, l'accumulation est limitée, d'élimination rapide. Les doses utilisées dans cette étude sont de 2,5 à 5 µg /kg.

- L'anesthésie générale :

L'anesthésie générale est réalisée par voie intraveineuse après monitoring de la patiente et pose d'une voie veineuse si ce n'était pas déjà fait.

- Une intubation ou ventilation au masque est réalisée en fonction des habitudes de l'anesthésiste qui intervient et en fonction des facteurs de risques anesthésiques de la patiente.
- DIPRIVAN ® ou *propofol* : agent anesthésique et sédatif intraveineux d'action rapide, utilisable pour l'induction et l'entretien de l'anesthésie, de courte durée d'action, permettant un réveil généralement rapide et pouvant être en faible proportion de cas responsable de nausées, vomissements et céphalées au réveil. Les doses utilisées dans cette étude sont de 2 à 3 mg/kg.
- RAPIFEN® ou *alfentanil chlorydrate* : analgésique morphinique central puissant, d'action rapide et brève, indiqué pour l'anesthésie ambulatoire ou de courte durée, utilisé en intraveineux. Les doses utilisées dans cette étude sont 15 à 25 µg/ kg.

- La révision utérine au bloc opératoire : [70]

La patiente est installée en position gynécologique dans un bloc opératoire. L'équipe soignante est composée du médecin qui pratique l'IVG, d'un anesthésiste, d'une aide soignante, d'une infirmière.

Une première désinfection est effectuée sur le périnée, la vulve, les grandes lèvres. Après la mise en place d'un spéculum, le col, les culs de sacs et les parois vaginales sont soigneusement badigeonnées d'une solution antiseptique.

Une révision utérine au doigt peut être réalisée dans un premier temps par l'opérateur afin d'éviter une éventuelle aspiration. En réalité toutes les femmes auront ensuite une aspiration.

Ensuite, le col de l'utérus est saisi fermement vers 11-12 heures de part et d'autre de l'orifice externe du col à l'aide d'une pince à griffe. On réalise une traction ferme sur le col, dans l'axe du vagin.

Une aspiration peut alors être réalisée en introduisant au travers de l'orifice cervical une canule d'aspiration souple de Karmann de calibre n°7 ou 8 reliée à un appareil d'aspiration. La technique d'aspiration est la même que celle du protocole chirurgical (décrite dans le chapitre ci-dessous).

La vacuité utérine est obtenue lorsque l'aspirateur ne ramène plus de débris et qu'apparaissent dans le tuyau des bulles d'air (sang rouge aéré). L'opérateur ressent la rétraction des parois utérines sur la canule, qu'il mobilise alors avec difficultés. Le passage de la canule sur la paroi utérine révèle une surface ferme et crénelée, par contre une surface lisse est en faveur d'une aspiration incomplète. L'opérateur retire la canule après avoir arrêté la dépression pour éviter les risques de synéchies cervicales.

En cas de doute sur la vacuité utérine, l'opérateur peut avoir recours au passage doux d'une curette mousse qui explore les différentes faces de la cavité utérine, sans abraser la couche profonde de la caduque et dans cette étude les curettes utilisées étaient de calibre n°6 à n°8.

Cette intervention dure environ 10 minutes et aucune échographie n'est réalisée au bloc opératoire.

- Traitements médicaux au cours ou décours immédiat de l'intervention :

**Les Antibiotiques en per-opératoire :**

A l'induction de l'anesthésie, une injection intraveineuse unique de 2g de CEFACIDAL® ou *céfazoline* (céphalosporine de 1ere génération) est réalisée en prophylaxie des infections post-chirurgie.

#### **Les Utérotoniques :**

Un utérotonique d'action rapide, le plus souvent 5 UI d'*oxytocine* (SYNTOCINON®) en intraveineux direct, peut être injecté en fin d'intervention en cas de mauvaise rétraction utérine et en fonction des saignements.

#### **Les Gamma-globuline anti-D :**

Une injection de Gamma-globuline anti-D en intraveineux est réalisée si la patiente est de groupe sanguin rhésus négatif.

#### **Les Antalgique de niveau I :**

Une perfusion intraveineuse d'antalgique de niveau I de *paracétamol* (PERFALGAN®) est posée de façon systématique dans les suites immédiates de l'intervention.

#### **Les AINS :**

Une perfusion intraveineuse de PROFENID® 100mg est posée de façon systématique dans les suites immédiates de l'intervention.

#### ■ Surveillance et conseils avant sortie de l'hôpital :

La patiente est gardée en général une nuit en surveillance et ressort le lendemain dans la matinée avec un rendez-vous de consultation post-IVG, une prescription de contraception et parfois d'antalgique à type de *paracétamol* et /ou d'antispasmodique.

Certaines des patientes ont également une prescription de Méthergin® 20 gouttes x 3/j pendant 5 jours et Augmentin® 1g x3/j pendant 7 jours.

Les saignements sont habituels jusqu'à 12 jours après une IVG médicale. Toute température supérieure à 38 °C doit amener à consulter un médecin de même en cas de douleurs pelviennes persistantes, mais aussi en cas de pertes malodorantes ou de malaise .

#### 3.2.3 Le coût :

Le coût d'une IVG est plafonné et fixé par arrêté publié au Journal Officiel. Un forfait est ainsi attribué et comprend les consultations pré-IVG (gynécologique et d'anesthésie),

l'éventuel entretien psychosocial, les bilans sanguins, l'hospitalisation, l'intervention chirurgicale, la visite de contrôle post-IVG. Les montants indiqués ci-après sont en vigueur depuis le 29 juillet 2004, date de la dernière revalorisation (cf annexe 2).

Le coût forfaitaire d'une IVG réalisée, en établissement public ou en établissement privé à but non lucratif, par mode médicamenteux est de 257,91 €.

Le forfait par journée d'hospitalisation supplémentaire est de 36,44 €.

Pour toute femme affiliée à la sécurité sociale le règlement comprend le ticket modérateur sauf accord de l'établissement de santé avec la mutuelle de la patiente. Ce ticket modérateur n'est pas payé par les femmes bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle.

#### 4. METHODE CHIRURGICALE AU CHBA DE VANNES :

Le principe de la méthode revient à Sir James Young Simpson en 1860 à Edimbourg. Novack en 1935 met au point un matériel nouveau associant une curette creuse et un



système d'aspiration. A la fin des années 60, cette technique a été popularisée, améliorée et rendue moins iatrogène, par Karmann, psychologue californien, qui avait créé à Los Angeles un centre dans lequel il pratiquait des IVG dans l'illégalité, à l'aide d'une sonde souple branchée sur une seringue de 50 cm<sup>3</sup> [70].

La méthode chirurgicale ou instrumentale est la méthode de référence, réalisable quel que soit le terme (dans les limites légales). Le risque d'échec est, cependant, plus important lorsque la grossesse est inférieure à 6 SA.

Elle constitue la technique recommandée par l'ANAES [2] pour la réalisation des IVG tardives de 12 à 14 SA.

Elle doit être la moins traumatisante possible en respectant le col et la cavité utérine. Elle doit être pratiquée dans un bloc opératoire en respectant les mesures habituelles d'asepsie chirurgicale.

#### 4.1. Préparation cervicale médicamenteuse:

Une préparation cervicale préalable au geste chirurgical est utile pour les IVG 12-14 SA comme le rappelle l'ANAES dans ses recommandations [2].

En effet, il a été montré que la maturation cervicale avant l'avortement chirurgical diminue les complications comme les traumatismes cervicaux, les perforations utérines, les hémorragies, les saignements post-opératoire et les évacuations incomplètes [70]. Cette dilatation cervicale est souvent insuffisante dès que l'âge gestationnel est avancé mais elle facilite la dilatation cervicale mécanique.

Dans le protocole du centre hospitalier de Vannes, la préparation cervicale est réalisée par la prise de 200 mg de *mifépristone* 36 à 48 h avant l'hospitalisation. Cette anti-progestérone permet de ramollir et de dilater le col de l'utérus.

#### 4.2. Hospitalisation :

La patiente se présente dans le service de gynécologie à 7H30 à jeun depuis minuit la veille.

Une éventuelle prémédication à base de benzodiazépine anxiolytique, tel qu'ATARAX® 12,5 à 25 mg *per os* ou bien XANAX® 0,25mg *per os*, peut être donnée à la patiente à son arrivée dans le service en fonction de sa personnalité plus ou moins anxieuse. Cette prescription est réalisée lors de la consultation d'anesthésie.

L'intervention chirurgicale est réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale autour de 9H00 et dure généralement entre 10 et 20 minutes.

La patiente est ensuite surveillée pendant une heure environ en salle de surveillance post-interventionnelle avant de revenir dans sa chambre.

#### ■ Mode anesthésique :

Les IVG tardives chirurgicales au CHBA sont toutes réalisées, en l'absence de contre-indication, sous anesthésie générale de courte durée de 10 à 15 minutes.

L'anesthésie générale [74] agit sur les aires corticales et les centres supérieurs. Elle se déroule en 3 phases successives : l'induction, l'entretien et le réveil.

Le protocole associe :

- mise en place d'un monitoring et d'un cathon intraveineux qui sera laissé en place afin d'injecter, directement à la seringue, par voie intraveineuse des *bolus* de produits d'anesthésie ;
- la patiente n'est pas intubée sauf si la femme est à risque anesthésique ou d'inhalation et si complication per-opératoire ;
- le contrôle des voies aériennes est assuré à l'aide d'un masque facial avec une canule de MAYO ou de GUESDEL. La ventilation est spontanée avec le moins souvent possible une assistance manuelle au ballon (AMBU) réalisée par l'infirmier(e) anesthésiste.

Les produits anesthésiques utilisés en général pour cette indication sont :

- *sufentanil* ou SUFENTA® : analgésique morphinique très puissant intraveineux, de délai d'action court, l'accumulation est limitée, d'élimination rapide permettant un réveil rapide pour les interventions de courte durée. Les doses sont en général de 10 à 15 µg et des doses peuvent être ré administrées lors de l'entretien de l'anesthésie en fonction des signes cliniques d'allègement de l'analgésie et en fonction de la tolérance à la dose initiale;
- *propofol* ou DIPRIVAN ® : agent anesthésique et sédatif intraveineux d'action rapide, utilisable pour l'induction et l'entretien de l'anesthésie, de courte durée d'action, permettant un réveil généralement rapide et pouvant être en faible proportion de cas responsable de nausées, vomissements et céphalées au réveil.

Il peut aussi être responsable de douleur à l'injection et d'apnée mais évitable par l'injection lente. En général sont injecté 150 à 200 mg en une ou deux injections.

Les principaux risques anesthésiques sont l'allergie à l'un des produits anesthésiques avec le rash cutané, la défaillance respiratoire, le spasme bronchique, le collapsus et les vomissements avec inhalation.

#### ■ Dilatation du col : [70]

La technique utilisée est une dilatation manuelle du col à l'aide de bougies de Hégar (fines tiges métalliques) de calibres progressivement croissants.

La patiente est installée en position gynécologique dans un bloc opératoire. L'équipe soignante est composée du médecin qui pratique l'IVG, d'un anesthésiste, d'une aide soignante, d'une infirmière. Le palper bi-manuel précise le volume et l'orientation de l'utérus et donc la direction dans laquelle seront introduits les dilateurs.

Une première désinfection est effectuée sur le périnée, la vulve, les grandes lèvres. Après la mise en place d'un spéculum, le col, les culs de sacs et les parois vaginales sont soigneusement badigeonnées d'une solution antiseptique.

A l'aide d'une pince à griffe, le col est saisi fermement vers 11-12 heures de part et d'autre de l'orifice externe du col. On réalise une traction ferme sur le col, dans l'axe du vagin, à l'aide de la pince qui corrige les angles de version et flexion utérine comme si l'on voulait abaisser le col vers l'extérieur, et de l'autre main on réalise la dilatation mécanique. Il faut éviter de pincer les culs de sacs vaginaux qui se déchirent facilement.

L'échographie peut guider facilement la dilatation, surtout lorsque celle-ci est difficile. L'hystérométrie première doit être évitée car source de perforation utérine.

Le dilateur est introduit dans le col sans chercher à buter sur le fond utérin surtout avec les petits calibres. Les bougies ou mandrins sont successivement introduits, sans force, et en franchissant l'orifice interne du col on sent une résistance caractéristique (le petit ressaut). Il est inutile d'enfoncer plus loin le dilateur. Il faut attendre 15-30 secondes avant de la retirer pour passer à celui de calibre immédiatement supérieur. On procède alors à la dilatation extemporanée du col en introduisant successivement des sondes dilatatrices de diamètre croissant jusqu'au diamètre souhaité.

Pour prévenir le risque de béance cervico-isthmique et donc d'accouchement prématuré lors d'une grossesse ultérieure, on réalisera une dilatation la plus minime possible de 9-10 mm pour une grossesse de 12 SA et 11-12 mm pour 14 SA .

A 5 cm de l'orifice externe du col, l'orifice interne est toujours franchi. Il est inutile et dangereux de faire des mouvements de va-et-vient avec les bougies. Le col est généralement facilement franchissable sauf en cas de fibrome, conisation antérieure, et cicatrice cervicale d'une césarienne antérieure.

#### ■ Aspiration/curetage : [70]

L'évacuation du contenu utérin est ensuite obtenue par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie.

Elle est réalisée avec des canules d'aspiration transparentes rigides en plastique, uni ou bi-fenêtrées, à usage unique dont l'extrémité est courbe et biseautée. Le diamètre de la canule choisie est un diamètre égal à celui de la dilatation obtenue, sa longueur est de 20 cm environ.

Pour les IVG tardives, il est préférable d'utiliser une canule d'aspiration rigide de 12 mm de diamètre ce qui facilite l'aspiration de gros fragments plutôt que des canules souples. Cette vacurette est reliée à l'aspirateur électrique par un tuyau souple et transparent de 10 mm de diamètre.

La traction de l'utérus via la pince sur le col est maintenue pendant l'aspiration utérine. La canule est introduite à travers l'orifice cervical jusqu'au fond utérin pour réaliser une hystérométrie.

Après retrait de 1 cm du fond utérin de la canule, l'opérateur commence par quelques secondes d'attente, sous dépression pour favoriser le décollement du trophoblaste puis réalise des mouvements lents de rotation axiale en limitant les va-et-vient de la canule. Au fur et à mesure et très lentement, tout en continuant les mouvements de rotation, on retire progressivement la sonde en direction du col. Il ne faut jamais aspirer dans l'endocol pour ne pas le léser. Le contenu utérin est ainsi aspiré en quelques minutes.

Cependant dans les IVG tardives de 12 à 14 SA, l'aspiration semble difficile au début. Il faut aspirer et ramener le plus souvent le trophoblaste vers l'orifice externe du col, fermer l'aspiration, enlever le placenta à la pince car il fait clapet dans la canule. On réintroduit ensuite une canule d'aspiration (qui peut alors être souple et de moindre calibre) et la suite de l'IVG est alors plus facile. Il peut, très rarement, être nécessaire d'extraire des fragments ovulaires, trop volumineux pour être aspirés, à l'aide d'une pince à faux germes. Au cours de cette étude, cela ne s'est jamais produit.

La vacuité utérine est obtenue lorsque l'aspirateur ne ramène plus de débris ovulaires et qu'apparaissent dans le tuyau des bulles d'air (sang rouge aéré). L'opérateur ressent la rétraction des parois utérines sur la canule, qu'il mobilise alors avec difficultés. Le passage

de la canule sur la paroi utérine révèle une surface ferme et crénelée, par contre une surface lisse est en faveur d'une aspiration incomplète. L'opérateur retire la canule après avoir arrêté la dépression pour éviter les risques de synéchies cervicales. Les métrorragies sont absentes lors du retrait du matériel. Le contrôle visuel du matériel aspiré est nécessaire.

En l'occurrence, au cours de cette étude, ont été utilisées des vacuettes rigides de calibre 12 dans la moitié des cas, de calibre 11 et 10 dans un quart des cas, puis dans un second temps des vacuettes semi-rigides de calibre 10 ou 9.

En cas de doute sur la vacuité utérine, l'opérateur peut avoir recours au passage doux d'une curette mousse qui explore les différentes faces de la cavité utérine, sans abraser la couche profonde de la caduque.

L'intervention dure en général entre 5 et 15 minutes.

#### ■ Echographie per-opératoire :

Une échographie est réalisée, au bloc opératoire, en fin d'intervention afin de s'assurer de la vacuité de la cavité utérine lorsqu'il existe un doute. Ceci évite la réalisation de curetages inutiles secondairement.

#### ■ Traitements médicaux au cours ou décours immédiat de l'intervention :

##### **Les Utérotoniques :**

Un utérotonique d'action rapide, le plus souvent 5 UI d'*oxytocine* (SYNTOCINON®) en intraveineux direct, peut être injecté en fin d'intervention en cas de mauvaise rétraction utérine et en fonction des saignements .

##### **Les Gamma-globuline anti-D :**

Une injection de Gamma-globuline anti-D en intraveineux est réalisée si la patiente est de groupe sanguin rhésus négatif.

##### **Les Antalgique de niveau I :**

Une perfusion intraveineuse d'Antalgique de niveau I de *paracétamol* (PERFALGAN®) est posée dans les suites de l'intervention uniquement si la patiente se plaint de douleurs avec parfois un antispasmodique en IV (SPASFON®).

Ceci est rare car les patientes au réveil sont encore sous l'effet antalgique du *sufentanil*.

**Les AINS :**

Ils ne sont pas utilisés pour cette intervention sauf si la patiente est très algique malgré le *paracétamol*.

**Les Antibiotiques en per-opératoire :**

Aucune antibiothérapie systématique n'est réalisée en prophylaxie des infections post-chirurgie.

Les antibiotiques ne sont prescrits que si la patiente avait des prélèvements vaginaux positifs lors de la consultation pré-IVG ou si le geste opératoire a été particulièrement long.

■ **Surveillance et conseil avant sortie de l'hôpital :**

La patiente est ensuite surveillée pendant une heure environ en salle de surveillance post-interventionnelle avant de revenir dans sa chambre.

En l'absence de complication, la patiente peut sortir après 4 à 6 heures de surveillance après le réveil (obligation légale) soit vers 14 heures le jour même sous réserve d'être accompagnée par une personne adulte. L'autorisation de sortie n'est donnée qu'après la visite du médecin du CPEF qui a réalisé l'intervention et de l'anesthésiste.

La patiente sort alors avec un rendez-vous de consultation post-IVG, une prescription de contraception et parfois une prescription d'antalgique à type de *paracétamol* et /ou d'antispasmodique.

Les saignements sont habituels pendant 5 à 6 jours après une IVG chirurgicale. Parfois, ceux-ci surviennent de façon retardée de 24-48H.

Toute température supérieure à 38 °C doit amener à consulter un médecin de même en cas de douleurs pelviennes persistantes, mais aussi en cas de pertes malodorantes ou de malaise.

■ **Complications de la technique chirurgicale :**

Les complications opératoires sont rares mais une IVG reste une intervention qui n'est jamais banale. Il s'agit alors :

- de lésions cervico-isthmiques (déchirures, béances) survenant dans moins de 1% des cas ;

- perforation utérine (0,07 %) ;
- hémorragies graves (0,01 %) plus fréquentes entre la 12<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> SA et pouvant nécessiter une transfusion et ou une intervention chirurgicale.

Les complications à court terme sont :

- la rétention partielle (moins de 1 % des cas): l'aspiration effectuée est incomplète. Elle se manifeste par des métrorragies plus abondantes et prolongées, de la fièvre ou des leucorrhées ;
- une infection gynécologique (0,5 à 0,8 %) survenant dans les jours suivants et nécessitant traitement médical.

Les complications à long terme sont essentiellement constituées par les synéchies.

La mortalité d'une IVG chirurgicale est de 3 pour 1million d'IVG pratiquées.

#### 4.3 Le coût :

Le coût d'une IVG est plafonné et fixé par arrêté publié au Journal Officiel. Un forfait est ainsi attribué et comprend les consultations pré-IVG (gynécologique et d'anesthésie), l'éventuel entretien psychosocial, les bilans sanguins, l'hospitalisation, l'intervention chirurgicale, la visite de contrôle post-IVG. Les montants indiqués ci-après sont en vigueur depuis le 29 juillet 2004, date de la dernière revalorisation (cf annexe 2).

Le forfait d'une interruption volontaire de grossesse chirurgicale réalisée sous anesthésie générale en établissement public ou en établissement privé à but non lucratif, avec une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à 12 heures est de 238,38 € .

Si l'hospitalisation est de 12 à 24 heures le forfait est alors de 274, 77€.

Le forfait par journée d'hospitalisation supplémentaire est de 36, 44 €.

Pour toute femme affiliée à la sécurité sociale le règlement comprend le ticket modérateur sauf accord de l'établissement de santé avec la mutuelle de la patiente. Ce ticket modérateur n'est pas payé par les femmes bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle.





# MATERIEL ET METHODE

## **A. BUT DE L'ETUDE :**

L'objectif principal vise à comparer le vécu somatique et psychologique de la méthode chirurgicale à celui de la méthode médicale dans le cadre de l'IVG tardive. Le vécu des patientes de cette étude confirme-t-il les recommandations de l'ANAES? Peut-on améliorer la prise en charge des patientes dans chacune des méthodes ?

**B. TYPE DE L'ETUDE :**

Pour cela, nous avons mené une étude prospective dans deux centres hospitaliers agréés bretons réalisant des IVG tardives depuis juillet 2001, l'un par méthode médicale au centre hospitalier et universitaire de Rennes et l'autre par méthode chirurgicale au centre hospitalier de Vannes.

Les informations ont été obtenues à partir de questionnaires remis aux patientes deux à trois semaines après l'IVG lors de la visite de contrôle et à partir des dossiers médicaux d'hospitalisation et de consultations.

**C. LA POPULATION :**

La population étudiée est extraite de l'ensemble des femmes qui se sont présentées, au centre d'orthogénie de Rennes et au centre de planification et d'éducation familial (CPEF) de Vannes, pour une demande d'IVG, celle-ci ayant été réalisée à un terme entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

Le recrutement ne présentait aucune limitation d'âge, ni d'origine ethnique.

Ces patientes n'ont pas eu le choix de la méthode de réalisation de l'IVG en elle-même. Par contre les patientes ayant eu une IVG médicale ont eu le choix du mode anesthésique (anesthésie générale ou rachianesthésie).

**D. PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE :**

L'étude a été menée du 01/01/05 au 12/05/05 au Centre Hospitalier et Universitaire de Rennes et du 01/01/05 au 13/06/05 au Centre Hospitalier de Vannes. En effet, le centre de Vannes ayant une activité beaucoup moins importante que celle du centre de Rennes, l'étude a dû être prolongée d'un mois afin d'obtenir un nombre de questionnaires identique entre les deux centres hospitaliers.

## **E. LE RECUEIL DES DONNEES :**

### **1. Le dossier médical :**

Nous nous sommes basés sur le dossier médical de consultation et d'hospitalisation des patientes ayant participé à l'étude pour obtenir les informations d'ordre socio-démographique, les antécédents obstétricaux, les prescriptions et complications survenues au cours de la procédure.

Ainsi ont été extraites de ces documents les informations suivantes :

la date de naissance, la catégorie socioprofessionnelle, la situation familiale, le nombre d'enfant(s), les antécédents d'IVG, l'âge gestationnel, les antalgiques prescrits au cours des différentes étapes du déroulement de l'IVG, la survenue de fièvre, la notification de complication(s) ou de ré hospitalisation, les échecs, et la durée d'hospitalisation.

Pour les patientes ayant eu une IVG par méthode médicale, ont en plus été recueillis le nombre de comprimés et de pose de *misoprostol* prescrit, le recours ou non aux dilateurs cervicaux de synthèse (DILAPAN®), le délai d'expulsion.

### **2. Le questionnaire :**

D'autre part, pour évaluer le vécu somatique et psychologique de la méthode utilisée pour réaliser une IVG de 12-14 SA , nous nous sommes basés sur des questionnaires remis aux patientes dans les suites proches de l'intervention (cf annexe 5).

Lors de la première consultation au centre d'orthogénie de Rennes et au CPEF de Vannes, la conseillère conjugale informe la patiente qu'il existe une étude en cours sur le vécu de la méthode d'IVG tardive et qu'il lui sera proposé de répondre à un questionnaire anonyme lors de la consultation post-IVG.

A l'occasion de la consultation de contrôle, la conseillère conjugale propose donc à la patiente de répondre sur place, à un questionnaire anonyme (cf Annexe 5).

Au centre d'orthogénie de Rennes, cette consultation post-IVG a lieu deux semaines après l'IVG tardive et au CPEF de Vannes, elle a lieu trois semaines après l'intervention.

Ce questionnaire est composé de questions fermées à choix unique ou multiples mais aussi de questions ouvertes laissant ainsi la patiente libre d'exprimer ce qui lui a paru le plus important et le plus marquant et qui n'aurait pas été évoqué dans les questions fermées.

Ce questionnaire vise, d'une part, à recueillir des informations sur le vécu somatique de la méthode d'IVG en interrogeant les femmes sur le moment de survenue, l'importance et leur vécu des symptômes suivants : douleurs, saignements, nausées, vomissements, diarrhées, céphalées, vertiges, complications et échecs .

Il vise, d'autre part, à recueillir des informations sur le vécu psychologique de chaque phase du déroulement d'une IVG tardive : son acceptabilité (sur leur aspect plus ou moins tolérable), les émotions ou sentiments ressentis (notamment par les questions ouvertes). Le vécu du mode anesthésique est également abordé. Il permet aussi d'évaluer le retentissement de cet événement sur la vie quotidienne de ces patientes (poursuite des activités habituelles, arrêt de travail). Il permet enfin d'obtenir des informations sur l'image qu'avaient les femmes du déroulement avant de prendre contact avec l'établissement et d'évaluer la qualité de l'information et de l'écoute reçues par les patientes.

## **F. L'ANALYSE DES DONNEES :**

Les informations obtenues ont été analysées à l'aide du logiciel d'analyse des données qualitatives et textuelles SPHINX LEXICA disponible au département de médecine générale de la faculté de médecine de Rennes. Il a ainsi permis une analyse de contenu des questions ouvertes.

L'IVG réalisée entre 12 et 14 SA est un événement que vivent peu de femmes si bien que l'étude, menée sur 5 mois à Rennes et 6 mois à Vannes, n'a permis d'obtenir que 16 dossiers dans chacun des deux groupes.

Du fait de ce petit nombre de dossiers obtenus, les résultats décrits dans le chapitre suivant ne permettent évidemment pas de les reporter en pourcentages, ni de réaliser des tests comparatifs statistiques poussés entre les deux méthodes.

Cependant, cette étude apporte une approche d'analyse des vécus somatiques et psychologiques, par les patientes, de deux méthodes d'IVG différentes et permet de mettre en évidence quelques différences.

## **G. LES RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES :**

La recherche bibliographique a été réalisée :

- par l'interrogatoire de banques de données tel que MEDLINE et PASCAL à partir de mots clefs du répertoire MESH en se limitant à des articles et revues de la littérature datant de moins de dix ans et publiés en anglais ou en français. Pour la méthode médicamenteuse, nous nous sommes aussi limité aux études dont la méthode comporte l'association *mifépristone* et *misoprostol* ;
- par l'interrogatoire du moteur de recherche GOOGLE;
- par la recherche de documents disponibles à la bibliothèque universitaire santé de Rennes 1.

# RESULTATS

## **A. DENOMBREMENT DES PERDUES DE VUES :**

Au Centre Hospitalier de Vannes, 18 femmes ont bénéficié d'une IVG 12 -14 SA par méthode chirurgicale du 01/01/05 au 13/06/05. La quasi totalité des patientes (16 femmes sur 18) est revenue en consultation trois semaines après l'IVG au centre de planification et d'éducation familial (CPEF) de Vannes et a alors répondu au questionnaire. Deux patientes ne sont pas revenues à la visite de contrôle post-IVG et sont donc perdues de vue pour notre étude.

Au Centre Hospitalier et Universitaire de Rennes 24 femmes ont bénéficié d'une IVG tardive par méthode médicale du 01/01/05 au 12/05/05. Parmi elles, seules 12 patientes sont revenues en consultation post-IVG au centre d'Orthogénie de Rennes soit la moitié d'entre elles.

Nous avons donc décidé de contacter par téléphone les patientes « perdues de vue » afin de leur proposer de leur expédier un questionnaire à remplir chez elle et à nous ré-adresser avec une enveloppe pré-affranchie fournie avec le document.

Cinq femmes n'ont pas pu être contactées par téléphone. En effet, pour trois d'entre elles, les numéros de téléphone dans les dossiers étaient faux ou absents et pour deux d'entre elles, il nous a semblé délicat de les contacter alors qu'elles vivaient chez leurs parents qui (selon les informations retrouvées dans les dossiers médicaux) n'étaient pas au courant de l'IVG récente. Une patiente a été contactée par téléphone mais a refusé de répondre au questionnaire car elle participait déjà à une étude sur la schizophrénie. Deux ont accepté qu'on leur envoie le document mais elles ne l'ont jamais ré-adressé. Quatre ont accepté de répondre au questionnaire et nous l'ont effectivement envoyé.

Nous avons ainsi récupéré 4 questionnaires en plus, ce qui a conduit à un total de 16 patientes ayant répondu. 8 femmes sur 24 sont donc perdues de vue soit un tiers.

Au final, il existe donc 3 fois plus de « perdues de vue » dans le groupe méthode médicale que dans le groupe méthode chirurgicale. Les résultats de l'étude suivante proviennent donc de 16 dossiers médicaux et questionnaires pour la méthode médicale au CHU de Rennes et 16 dossiers médicaux et questionnaires pour la méthode chirurgicale au centre hospitalier de Vannes.

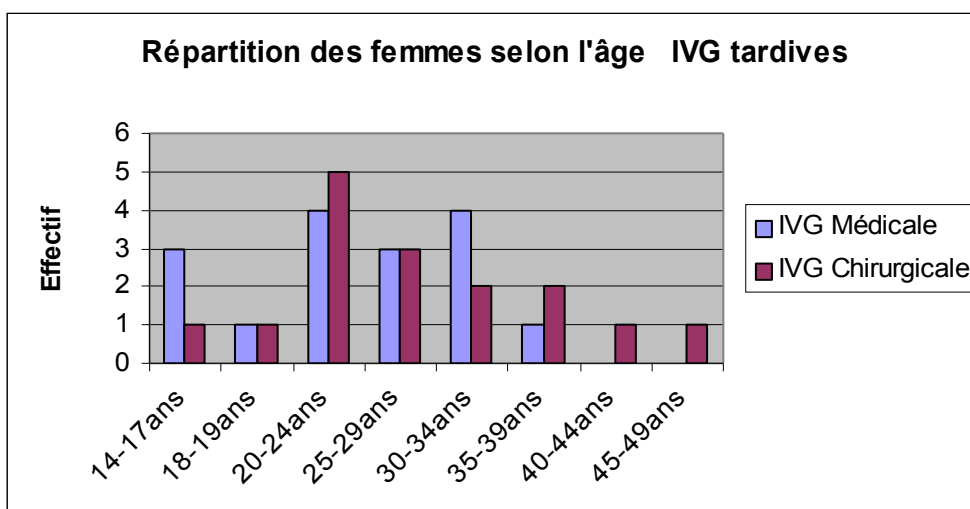
## B. DESCRIPTION DES DEUX POPULATIONS

### 1. L'AGE MOYEN DES PATIENTES :

Les informations suivantes ont été obtenues à partir des données inscrites dans les dossiers médicaux. Pour les deux groupes, toutes les réponses ont été retrouvées.

L'âge moyen des femmes du groupe de Rennes est de  $25,06 \pm 7,2$  années (de 14 à 36 ans) contre  $28,06 \pm 8,6$  années (de 16 à 46 ans) pour le groupe de Vannes.

**Graphe n° 6 : Répartition des femmes en fonction de leur âge**



Dans le groupe de Rennes, les patientes sont en moyenne un petit peu plus jeunes. Si on s'intéresse à la répartition par classes d'âges, on constate qu'il y a deux fois plus de moins de 20 ans que dans le groupe de Vannes (un quart contre environ un huitième) et surtout une part de patientes de plus de 34 ans quatre fois plus faible (avec 1 femme contre environ 4 dans le groupe de Vannes).

Les trois quarts des patientes du groupe de Rennes ont entre 18 et 34 ans et pour le groupe de Vannes entre 20 et 40 ans.

La quasi totalité des femmes ont moins de 34 ans dans le groupe de Rennes. La grande majorité des patientes ont entre 20 et 34 ans. En effet, cette tranche d'âge représente environ les trois quarts du groupe de Rennes et les deux tiers du groupe de Vannes. De plus les extrêmes d'âges sont beaucoup moins distants dans le groupe de Rennes que celui de Vannes (22 ans contre 30 ans d'écart).



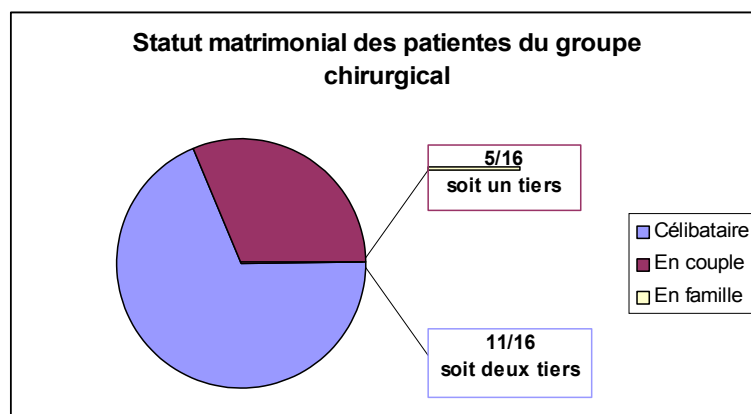
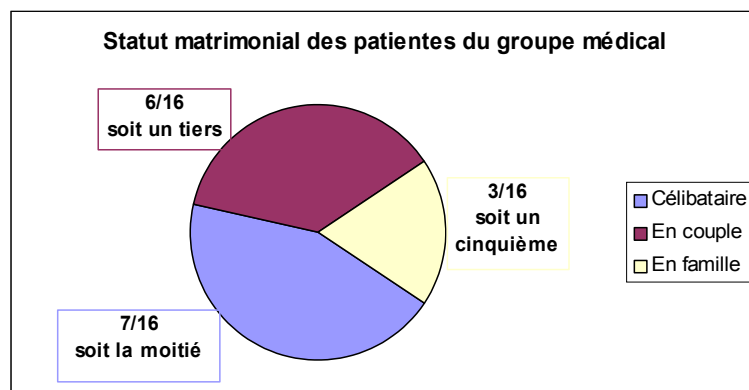
Dans les deux groupes, la tranche 20-24 ans est la plus représentée tout comme au niveau national pour les IVG toutes confondues.

## 2. LE STATUT MATRIMONIAL :

Les informations suivantes ont été obtenues à partir des données inscrites dans les dossiers médicaux.

Trois grands statuts ont été retenus : les femmes en couple (mariée, en concubinage et pacsée toutes confondues), les femmes célibataires (comprenant aussi les femmes divorcées) et les femmes vivant dans leur famille car mineures et donc bénéficiant d'une aide et d'un entourage familial.

**Graphe n° 7: Statut matrimonial du groupe médical**



**Graphe n° 8 : Statut matrimonial du groupe chirurgical**

Pour la méthode médicale près de la moitié des patientes sont célibataires, un peu plus d'un tiers est en couple (dont un tiers en concubinage et deux tiers mariées) et un cinquième vit chez leurs parents.

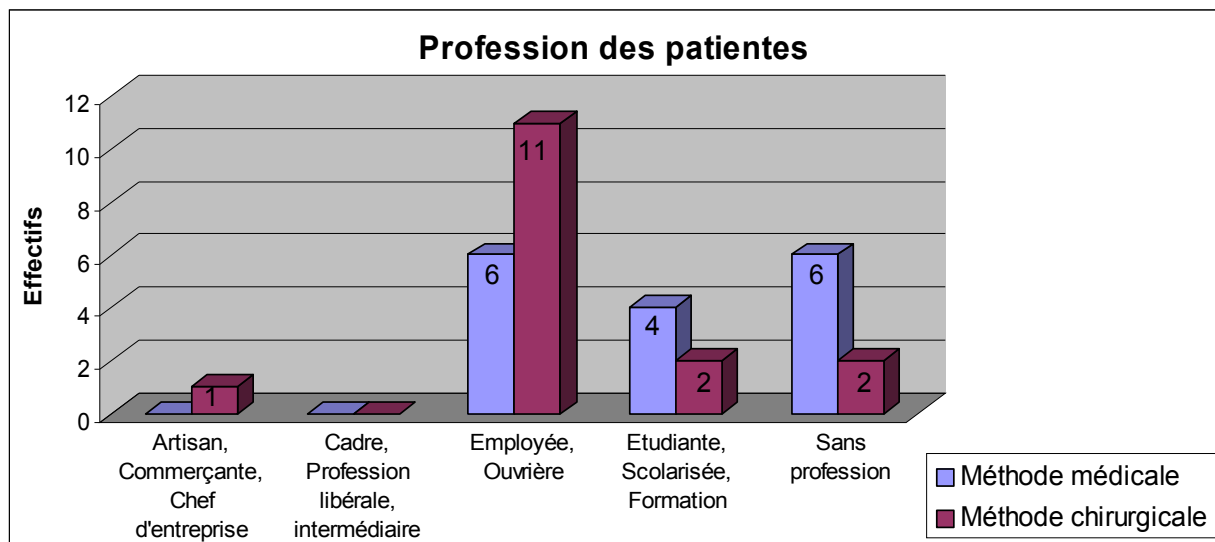
Pour le groupe chirurgical, par contre, il se dégage une nette prédominance de femmes célibataires puisqu'elles représentent les deux tiers (dont 2 femmes/11 en cours de séparation et une divorcée) et les femmes en couple un tiers (dont 4 femmes sur 5 mariées et une en concubinage).

Aucune ne vit chez ses parents puisque la mineure de ce groupe est émancipée.

### 3. CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES :

Les informations suivantes ont été obtenues à partir des données inscrites dans les dossiers médicaux. Pour les deux groupes, toutes les réponses ont été retrouvées.

**Graphe n° 9 : Profession des patientes**



Dans cette étude, il existe une nette différence de répartition des catégories socioprofessionnelles.

En effet, le groupe de Rennes est principalement composé aux deux tiers de femmes sans profession et de femmes en formation (10 patientes sur 16).

Par contre, la série de Vannes est composée aux trois quarts de patientes (12 femmes sur 16) qui travaillent (essentiellement comme employées ou ouvrières donc peu qualifiées) contre un tiers dans la série de Rennes .

Dans les deux groupes, les catégories de cadre, profession libérale et intermédiaire, artisan, commerçant ne sont pas représentées ou très peu.

#### 4. LA PARITE :

Les informations suivantes ont été obtenues à partir des données inscrites dans les dossiers médicaux. Pour les deux groupes, toutes les réponses ont été retrouvées.

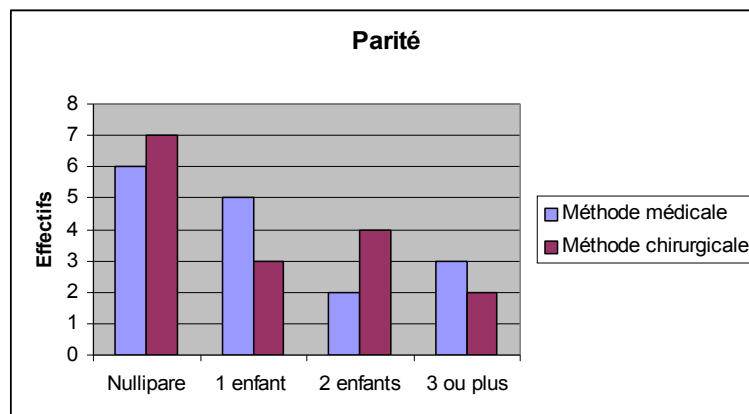
La parité moyenne dans le groupe de Rennes est de 1,5 enfants par femme  $\pm$  1,33 (0-4) et de 1,18 enfants par femme  $\pm$  1,33 (0-4) dans le groupe de Vannes.

Dans les deux groupes, un peu plus d'un tiers des patientes (respectivement 6 et 7 femmes sur 16) sont nullipares au moment de cette IVG tardive et environ un cinquième des patientes a déjà 3 enfants ou plus (respectivement 3 et 2 femmes sur 16).

Quand la femme n'est pas nullipare, elle a le plus souvent un seul enfant (dans un tiers des cas) pour le groupe médical et 2 enfants pour le groupe chirurgical (dans un peu plus d'un quart des cas).

Dans le groupe de Rennes, 3 femmes ont un antécédent d'accouchement par césarienne et 2 femmes dans le groupe de Vannes soit environ un huitième dans les deux échantillons.

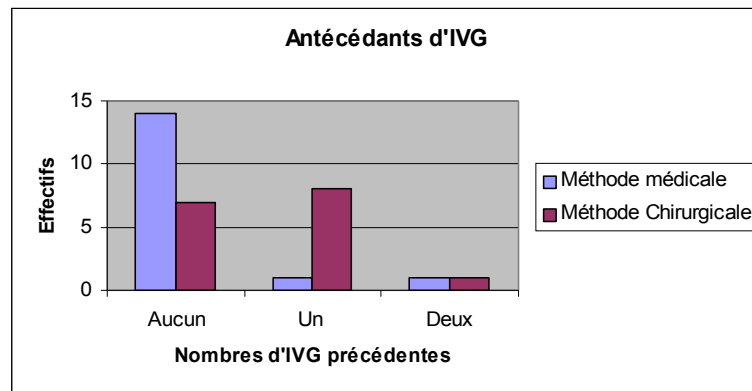
**Graphes n° 10 : Répartition des patientes en fonction de la parité**



#### 5. LES ANTECEDENTS D'IVG :

Les informations suivantes ont été obtenues à partir des données inscrites dans les dossiers médicaux. Pour les deux groupes, toutes les réponses ont été retrouvées.

La moyenne est de 0,19  $\pm$  0,54 IVG par femme (extrêmes de 0 à 2) dans le groupe de Rennes contre 0,63  $\pm$  0,62 IVG par femme (extrêmes de 0 à 2) dans le groupe de Vannes.

**Graphe n° 11 : Répartition des femmes en fonction des antécédents d' IVG**

La moitié des patientes (9 femmes sur 16) a déjà eu recours à une IVG dans le groupe de Vannes dont la moitié par méthode chirurgicale et une femme parmi celles-ci a un antécédent d'IVG avec terme légal dépassé réalisé en Hollande (année non précisée). Par contre dans le groupe de Rennes, seulement deux patientes (soit à peine un huitième) ont auparavant eu recours à une IVG.

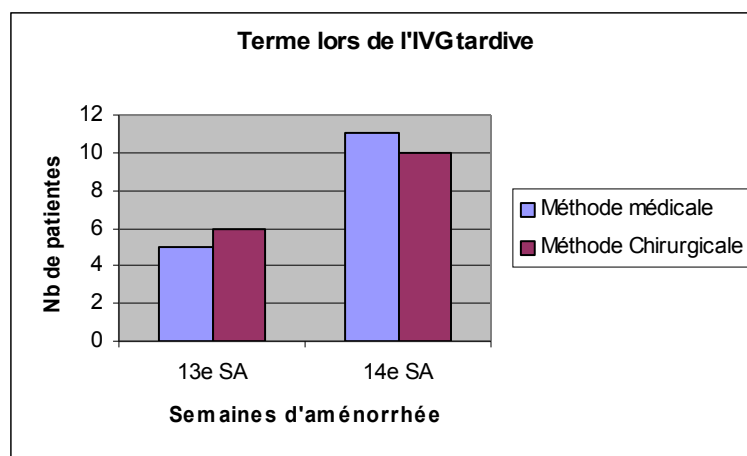
Cette différence nette entre les deux populations peut-elle s'expliquer par le fait que la population du groupe de Vannes soit un peu plus âgée (femmes de plus de 34 ans quatre fois plus nombreuses et celles de moins de 20 ans deux fois moins nombreuses) et donc avec un passé gynécologique potentiellement plus chargé ? Ou bien les femmes du groupe de Rennes n'ont pas mentionné leur antécédent d'IVG ? ? ?

## 6. L'AGE GESTATIONNEL DE L'IVG ACTUELLE :

Les informations suivantes ont été obtenues à partir des données inscrites dans les dossiers médicaux. Pour les deux groupes, toutes les réponses ont été retrouvées.

Dans les deux groupes, la semaine au cours de laquelle est réalisée l'IVG tardive est dans deux tiers des cas la 14<sup>e</sup> SA.

**Graphe n° 12 : Répartition des femmes en fonction de l'âge gestationnel**



## 7. SYNTHÈSE :

Les femmes du groupe médical sont donc un peu plus jeunes que celle du groupe chirurgical. Elles sont majoritairement en couple ou en famille et sans profession ou en formation. Un tiers sont nullipares avec une parité proche de celles du groupe chirurgical et un nombre d'antécédent d'IVG un peu plus faible.

Les femmes du groupe chirurgical sont donc un peu plus âgées, majoritairement célibataires avec une profession. Un tiers est nullipare et elles ont eu un peu plus souvent un antécédent d'IVG.

Dans les deux groupes, l'IVG actuelle est le plus souvent réalisée au cours de la 14<sup>e</sup> SA.

Tableau n° 1 : Récapitulatif des résultats des données socio-démographiques

Répartition en fonction de	Méthode Médicale	Méthode Chirurgicale
<b>L'âge</b>	Effectif/16	Effectif/16
Mineures	3	1
18-19ans	1	1
20-24 ans	4	5
25-29 ans	3	3
30-34 ans	4	2
35-39 ans	1	2
40-44 ans	0	1
45-49 ans	0	1
<b>Statut matrimonial</b>	Effectif/16	Effectif/16
Célibataire	7	11
En couple	6	5
En famille	3	0
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>	Effectif/16	Effectif/16
Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise	0	1
Cadre, Profession libérale et intermédiaire	0	0
Employée, Ouvrière	6	11
Etudiante, Scolarisée, En formation	4	2
Sans Profession	6	2
<b>Parité</b>	Effectif/16	Effectif/16
Nullipare	6	7
Primigeste	5	3
Deux enfants	2	4
Trois enfants ou plus	3	2
<b>Antécédent d'IVG</b>	Effectif/16	Effectif/16
Aucun	14	7
Un	1	8
deux	1	1
<b>Terme de l'IVG</b>	Effectif/16	Effectif/16
13 SA	5	6
14 SA	11	10
<b>Césarienne</b>	Effectifs /16	Effectifs/16
Non réponse	0	1
oui	3	2
non	13	13

## **C. COMPARAISON DU VECU SOMATIQUE DE L'IVG SELON LA METHODE D'IVG TARDIVE**

### **1. LA DOULEUR PHYSIQUE ET SA PRISE EN CHARGE :**

Une IVG tardive par méthode chirurgicale comme médicale est-elle à l'heure actuelle source de douleur ?

OUI, quelle que soit la technique utilisée, l'avortement médicalisé reste un acte douloureux physiquement. En effet, dans cette étude, 15 femmes sur 16 (soit la quasi totalité) ont déclaré avoir ressenti des douleurs à au moins une des trois phases de l'IVG médicamenteuse et 12 femmes sur 16 (soit les trois quarts) pour l'IVG chirurgicale.

A partir de cette constatation, le vécu somatique de la douleur pouvant survenir au cours d'une IVG tardive, a été évalué dans cette étude sur 4 critères :

- le moment de survenue des douleurs par rapport à la période de l'hospitalisation,
- l'intensité des douleurs,
- la durée des douleurs,
- le recours aux antalgiques.

#### **1.1 Le moment de survenue des douleurs (avant, pendant ou après l'hospitalisation) :**

##### **■ Résultats :**

Toutes les patientes, dans les deux séries, ont répondu à la question : « avant, pendant ou après l'hospitalisation, avez-vous ressenti des douleurs ? »

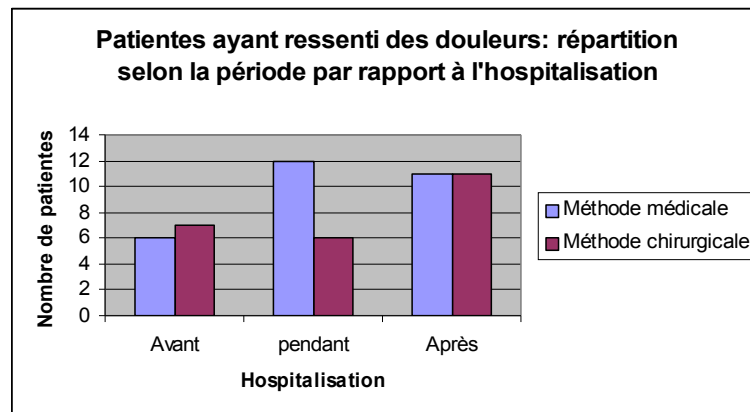
Douze patientes du groupe médical et dix du groupe chirurgical ont répondu ne pas avoir ressenti de douleur avant l'hospitalisation mais lorsqu'elles ont évalué l'intensité de celle-ci avec une Echelle Numérique Simple (ENS), deux patientes de la méthode médicale ont donné une note différente du zéro (cotations = 1 et 5) ainsi qu'une de la méthode chirurgicale (cotation = 3) pour cette même période. Nous avons donc considéré qu'elles ont en réalité ressenti une douleur malgré leur première réponse.

De la même façon pour la période de l'hospitalisation, une patiente du groupe médical répondait négativement mais cotait l'ENS à 8 et deux patientes du groupe chirurgical répondaient négativement mais cotait les ENS à 1 et 4.

Pour la dernière période, parmi les réponses négatives, quatre femmes du groupe médical cotaient respectivement l'ENS à 2,1,1,1 et deux du groupe chirurgical 4 et 2.

Ces réponses paradoxales sont-elles des erreurs liées à une mauvaise compréhension d'une question mal posée ou bien le reflet de douleurs vécues mais non considérées comme suffisamment marquantes, importantes pour être qualifiées comme telles?

Après avoir repris les données des questionnaires et pris en compte ces réponses paradoxales, nous pouvons dégager les résultats indiqués dans l'histogramme suivant qui récapitule la proportion de patientes ayant ressenti des douleurs au cours des 3 différentes phases d'une IVG.



**Graphe n° 13 : Répartition des patientes en fonction de la période de survenue des douleurs**

■ Synthèse :

Dans notre étude, quelle que soit la technique utilisée :

- les 3 phases de l'IVG peuvent être source de douleur ;
- environ un tiers des patientes (6 à 7 femmes) a des douleurs avant l'hospitalisation ;
- environ deux tiers des patientes (11 femmes) ont ressenti des douleurs après l'hospitalisation.

La différence entre les deux techniques d'IVG se situe sur la période de l'hospitalisation puisque la méthode médicale génère des douleurs chez les trois quarts des patientes (12 femmes) contre un tiers (6 femmes) avec la méthode chirurgicale.



La période la plus souvent responsable de douleur dans la méthode chirurgicale est celle qui suit l'hospitalisation alors que pour la méthode médicale, c'est celle de l'hospitalisation.

## 1.2 L'intensité des douleurs :

### ■ Résultats :

Toutes les patientes, dans les deux séries, ont répondu à la question en donnant une note entre 0 et 10 sur une Echelle Numérique Simple (ENS) pour chaque étape du déroulement de l'IVG.

Après avoir repris les données des questionnaires, nous pouvons dégager dans les deux séries et pour chaque étape les résultats indiqués ci-dessous.

#### *Avant l'hospitalisation :*

Six patientes de la méthode médicale et 7 de la méthode chirurgicale ont ressenti des douleurs.

Le tableau n°2 récapitule, pour cette phase de l'IVG, les résultats selon leur répartition en quatre différents niveaux d'intensité de douleur :

**Tableau n°2 : Niveaux de douleur ressentis avant l'hospitalisation**

AVANT Hospitalisation	Absence ENS (0)	Faible ENS (1 à 3)	Modérée ENS (4 à 6)	Intense ENS (7 à 10)
Nombre de patientes méthode MEDICALE	10	3	2	1
Nombre de patientes méthode CHIRURGICALE	9	3	3	1

- l'intensité moyenne des douleurs au cours de cette période pour chaque groupe :  
1,56 avec un écart type de 2,50 (extrêmes = 0 et 8) pour la méthode médicale  
1,88 avec un écart type de 2,70 (extrêmes = 0 et 9) pour la méthode chirurgicale.
- l'intensité moyenne des douleurs, pour chaque groupe, des patientes qui ont déclaré des douleurs: 4,16 pour la méthode médicale et  
4,28 pour la méthode chirurgicale.

#### *Pendant l'hospitalisation :*

Douze patientes de la méthode médicale et 6 de la méthode chirurgicale ont ressenti des douleurs.

Le tableau n°3 récapitule, pour cette phase de l'IVG, les résultats selon leur répartition en quatre différents niveaux d'intensité de douleur :

**Tableau n° 3 : Niveaux de douleur ressentis pendant l'hospitalisation**

PENDANT Hospitalisation	Absence ENS (0)	Faible ENS (1-3)	Modérée ENS (4-6)	Intense ENS (7-10)
Nombre de patientes méthode MEDICALE	4	1	1	10
Nombre de patientes méthode CHIRURGICALE	10	2	4	0

- l'intensité moyenne des douleurs au cours de cette période pour chaque groupe :  
5,50 avec un écart type de 3,60 (extrêmes = 0 et 9) pour le groupe médical,  
1,38 avec un écart type de 2,03 (extrêmes = 0 et 5) pour le groupe chirurgical.
- l'intensité moyenne des douleurs, pour chaque groupe, des patientes qui ont déclaré des douleurs: 7,33 pour la méthode médicale et  
3,66 pour la méthode chirurgicale.

***Après l'hospitalisation :***

Onze patientes de la méthode médicale et 11 de la méthode chirurgicale ont ressenti des douleurs.

Le tableau n°4 récapitule, pour cette phase de l'IVG, les résultats selon leur répartition en quatre différents niveaux d'intensité de douleur :

**Tableau n° 4 : Niveaux de douleur ressentis après l'hospitalisation**

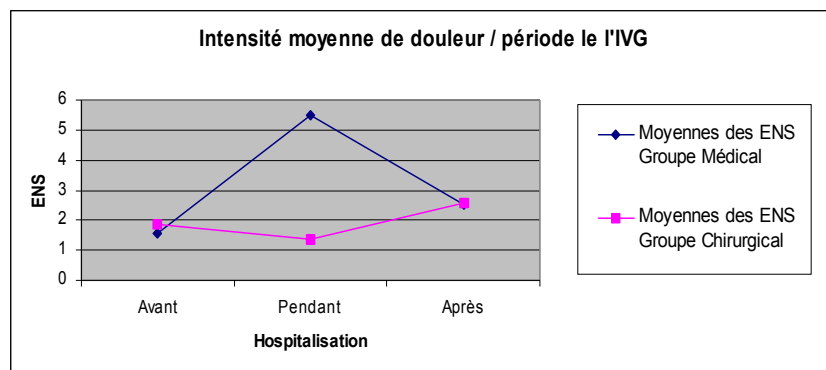
APRES Hospitalisation	Absence ENS (0)	Faible ENS (1-3)	Modérée ENS (4-6)	Intense ENS (7-10)
Nombre de patientes méthode MEDICALE	5	7	2	2
Nombre de patientes méthode CHIRURGICALE	5	6	4	1

- l'intensité moyenne des douleurs au cours de cette période pour chaque groupe :  
2,50 avec un écart type de 3,00 (extrêmes = 0 et 9) pour le groupe médical,  
2,57 avec un écart type de 2,35 (extrêmes = 0 et 9) pour le groupe chirurgical.
- l'intensité moyenne des douleurs, pour chaque groupe, des patientes qui ont déclaré des douleurs: 3,63 pour la méthode médicale et  
3,72 pour la méthode chirurgicale.

### ■ Synthèse :

Tout d'abord si l'on compare les moyennes des cotations ENS aux différentes périodes d'une IVG tardive dans la méthode chirurgicale et la méthode médicale, on constate que dans notre étude :

- Les intensités moyennes de douleur sont quasiment identiques dans les deux méthodes pour la phase qui précède l'hospitalisation (1,56 pour le groupe médical et 1,88 pour le groupe chirurgical) comme pour la période qui suit l'hospitalisation (2,50 et 2,57). Pour ces deux périodes, les douleurs sont en moyenne de faible intensité.
- Pour la méthode médicale, la phase de l'hospitalisation est la période qui génère les douleurs les plus intenses avec une moyenne de valeur sur l'ENS de 5,5 sur 10 soit une douleur d'intensité modérée. Si l'on s'intéresse à la moyenne des ENS des patientes du groupe médical ayant déclaré des douleurs, le niveau de douleur moyen est alors de 7,33 soit une douleur intense. Par conséquent, dans le groupe médical, la phase de l'hospitalisation est la période la plus douloureuse en moyenne et, lorsque les femmes ont ressenti des douleurs, celles-ci étaient intenses.
- Au contraire, pour la méthode chirurgicale, la phase de l'hospitalisation est la moins douloureuse de la procédure avec une valeur d'ENS moyenne de 1,38 soit une douleur de faible intensité. Si l'on s'intéresse à la valeur moyenne des patientes de ce groupe ayant déclaré avoir ressenti des douleurs, le niveau de douleur reste d'intensité faible avec une moyenne de 3,66.
- Lors de la phase d'hospitalisation, il existe donc une nette différence dans le vécu des douleurs physiques avec en moyenne une intensité douloureuse modérée dans le groupe médical et une intensité douloureuse faible dans le groupe chirurgical.

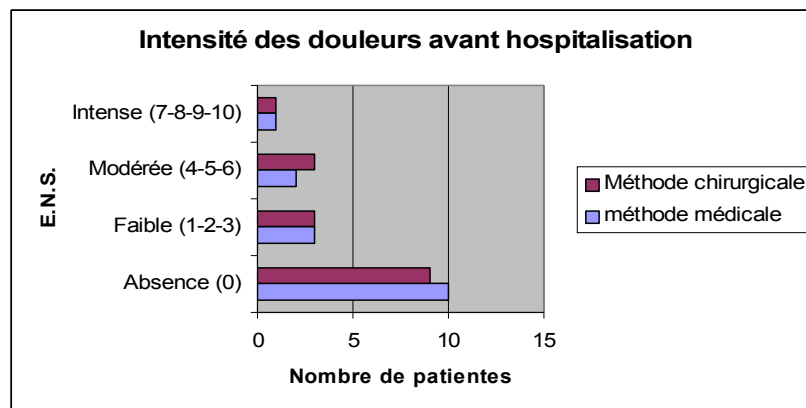


**Graphe n° 14 : intensité moyenne de douleurs en fonction de la période du déroulement de l'IVG**

D'autre part, si l'on reprend les niveaux d'intensité de douleur pour chaque phase d'une IVG tardive et pour chaque méthode, on remarque que :

*Avant l'hospitalisation :*

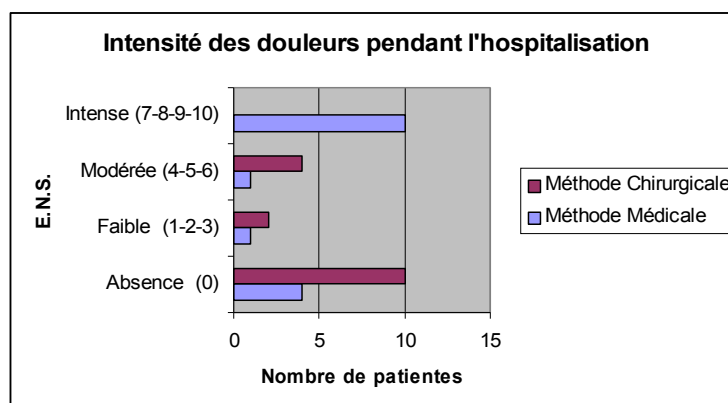
- dans les deux groupes, une grande majorité de femmes, les deux tiers, ne ressentent pas de douleur au cours de cette période ;
- parmi les patientes (un tiers) qui ont ressenti des douleurs, tous les niveaux d'intensité sont représentés et répartis de façon assez similaire dans les deux groupes avec une prédominance pour les douleurs d'intensité faible ou modérée.



**Graphe n° 15 : Intensité des douleurs ressenties avant l'hospitalisation**

*Pendant l'hospitalisation :*

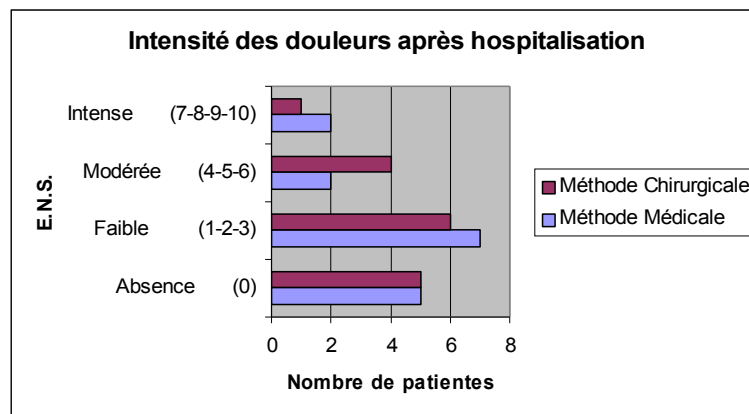
- 10 patientes (deux tiers) de la méthode médicale ont ressenti des douleurs intenses et 4 aucune douleur (un quart).
- 10 patientes de la méthode chirurgicale n'ont ressenti aucune douleur et 6 ont déclaré des douleurs dont les valeurs d'intensité sont toutes inférieures ou égales à 5 sur l'ENS.



**Graphe n° 16 : Intensité des douleurs ressenties pendant l'hospitalisation**

### Après l'hospitalisation :

- Près d'un tiers des patientes, dans les deux groupes, n'a pas ressenti de douleur.
- Plus des deux tiers des patientes de la méthode médicale ont déclaré ne pas avoir ressenti de douleur ou alors de faible intensité au cours de cette phase.
- Pour la méthode chirurgicale, les deux tiers des patientes ont ressenti des douleurs faibles à modérées



**Graphe n° 17 : Intensité des douleurs ressenties après l'hospitalisation**

### 1.3 La durée des douleurs :

#### ■ Résultats :

Pour la méthode chirurgicale, seule une patiente a répondu et partiellement seulement à la question.

Etant donné ce très faible taux de réponse, aucune conclusion ne peut en être extraite concernant la durée des douleurs pour chaque période dans ce groupe.

Pour la méthode médicale, 11 patientes ont répondu partiellement à la question. Si l'on reprend les réponses de ces patientes pour chaque période de l'IVG, on remarque que :

- *Avant l'hospitalisation*, 3 patientes ont déclaré avoir des douleurs pendant respectivement 5 jours, 5 heures et 2 jours. Ces résultats ne sont pas interprétables car les valeurs sont trop différentes les unes des autres et trop peu nombreuses.

- *Pendant l'hospitalisation*, 8 patientes ont répondu. La durée moyenne des douleurs est de 200 min soit 3 heures et 20 minutes  $\pm$  135 min (10 min – 480 min) mais pour les mêmes raisons ces résultats ne sont pas interprétables.
- *Après l'hospitalisation*, le taux de réponse est d'un tiers avec seulement 5 réponses. Les valeurs sont très différentes (2 mois, 4j , 2j et 10 min). Il n'est donc pas possible d'en extraire une conclusion significative.

#### ■ Synthèse :

Cette question a probablement été mal énoncée ou pas assez mise en évidence dans le questionnaire puisque seulement 11 patientes de la méthode médicale ont répondu partiellement à la question et pour la méthode chirurgicale une patiente uniquement. C'est la seule question à avoir un si faible taux de réponses. Les patientes ont-elles eu des difficultés, 2 à 3 semaines après l'IVG, à évaluer la durée de leur douleur ? Pourquoi une telle différence de taux de réponse entre les deux groupes ?

### 1.4 L'expulsion et la douleur:

La phase de l'expulsion est un moment particulier et spécifique à la méthode médicale d'interruption volontaire de grossesse qui s'avère, dans notre étude, être très important dans le vécu des patientes. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à évaluer si cette phase est responsable de douleur et dans ce cas évaluer aussi l'intensité et la durée des douleurs.

#### ■ Résultats :

Toutes les patientes ont répondu à la question : « avez-vous ressenti des douleurs au moment de l'expulsion ? »

Presque la moitié des patientes (7 femmes) a déclaré avoir ressenti des douleurs au cours de cette phase mais une d'entre elle n'a pas évalué son intensité sur une Echelle Numérique Simple (ENS) cotée de 0 à 10. Une femme n'a pas répondu puisqu'elle a finalement eu une aspiration. Quatorze femmes ont donc évalué l'intensité des douleurs au cours de l'expulsion.

**Tableau n°5 : Niveaux de douleur ressentis au moment de l'expulsion**

LE MOMENT DE L'EXPULSION	Absence ENS (0)	Faible ENS (1-2-3)	Modérée ENS (4-5-6)	Intense ENS (7-8-9-10)
Nombre de patientes / 14	8	0	1	5

Dans notre étude, l'intensité moyenne des douleurs de l'ensemble du groupe au moment de l'expulsion est de  $3,33 \pm 4,47$  (0-10).

Par contre, pour les 6 patientes qui ont eu mal et l'ont coté sur l'ENS, l'intensité moyenne des douleurs est de  $8,33 \pm 1,89$  (4-10) soit une douleur intense.

En effet, parmi ces 6 patientes, 5 femmes ont indiqué une valeur d'ENS  $\geq 7$  dont 4 femmes une valeur de EVA  $\geq 9$ .

Pour la durée des douleurs, les résultats ne sont pas interprétables tout comme pour les autres périodes. Sur 5 résultats, seuls 3 sont cohérents (20 min, 15 min et 10 min soit une moyenne de 15 min) car les 2 autres résultats montrent que les patientes n'ont pas compris la question puisqu'elles ont indiqué 5 heures de douleur pour le moment de l'expulsion ? ! ! !

#### ■ Synthèse :

Dans cette étude, on constate que le moment de l'expulsion est, dans la moitié des cas, non douloureux avec la prise en charge antalgique actuelle mais, quand ce moment est douloureux (l'autre moitié), il l'est de façon intense.

### 1.5 Les antalgiques utilisés :

Pour traiter cette question, nous nous sommes basés sur les données retrouvées sur les feuilles de surveillance dans le dossier médical d'hospitalisation des patientes. Nous avons pu ainsi retrouver les antalgiques prescrits au cours des IVG tardives dans les deux groupes.

Pour l'antalgie, nous nous sommes intéressés à trois phases du déroulement de l'IVG :

- la phase de l'hospitalisation jusqu'à l'intervention (révision utérine au bloc opératoire pour la méthode médicale et dilatation / aspiration pour la méthode chirurgicale) ;
- la phase de l'hospitalisation qui suit l'intervention au bloc opératoire ;
- le retour à domicile.

L'O.M.S. propose une classification des antalgiques en trois paliers ou niveaux. Cette échelle permet de hiérarchiser les différents antalgiques en fonction de leur niveau de puissance et de leurs rapports avantages inconvénients.

Cette échelle se définit ainsi :

- Niveau 1 : Analgésiques non morphiniques, appelés aussi analgésiques périphériques ou mineurs. Ils sont représentés par le *paracétamol*, l'*aspirine* et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
- Niveau 2 : Agonistes morphiniques faibles. Le niveau 2 est constitué par des associations entre analgésiques de niveau 1 et analgésiques morphiniques faibles : *dextropropoxyfène*, *codéine* et *tramadol*.
- Niveau 3 : Regroupement des agonistes morphiniques forts (*morphine*, *péthidine*, *dextromoramide*) et des agonistes antagonistes (*pentazocine* et *nalbuphine*). On distingue le niveau 3a quand les agonistes forts sont administrés par voie orale et le niveau 3b quand ils le sont par voie parentérale ou centrale.

Nous avons donc rapporté les informations sur l'analgésie, retrouvées dans les dossiers médicaux, en fonction de cette classification de l'OMS.

#### ■ Période avant l'intervention :

Cette période pour le groupe médical, correspond à la période de l'expulsion. Le protocole du service de gynécologie du CHU de Rennes, préconise de débiter l'antalgie par du paracétamol en intraveineux (IV) de paliers OMS I, puis d'injecter en intramusculaire (IM) de la *péthidine* (DOLOSAL®) de palier OMS III si la patiente exprime des douleurs.

Pour le groupe chirurgical, cette période correspond à la période entre l'arrivée à l'hôpital et le passage au bloc opératoire où il n'est pas prescrit d'antalgique mais parfois une prémédication à l'anesthésie générale. Ceci explique l'absence de réponse pour ce groupe.

Les tableaux n°6 et 7 donnent la répartition des différents niveaux OMS d'antalgiques prescrits au cours de cette période dans chaque groupe puis leur répartition en fonction de leurs noms et modes d'administration.

La quasi totalité des patientes du groupe médical a bénéficié d'une antalgie de niveau I et dans ce cas celle-ci consiste en du *paracétamol* IV dans la quasi-totalité des cas comme le conseille le protocole de service. Une patiente a reçu un anti-spasmodique en complément et deux du *paracétamol per os*.



Un peu plus d'un tiers des patientes (6 femmes) du groupe médical a bénéficié d'antalgique de niveau III et dans ce cas il consiste en de la *péthidine* en IM.

A partir des informations recueillies sur les feuilles de surveillance infirmier, on constate que la moitié de ces femmes a expulsé en moins de 30 min après l'injection. La *péthidine* n'a donc pas eu le temps d'agir pleinement pour ces trois femmes.

Seules deux patientes ont eu des antalgiques de niveau II en complément à type de *dextropropoxyfène* ou de *tramadol per os*.

**Tableau n° 6 : Niveaux antalgiques avant intervention**

Niveau antalgique avant intervention	Méthode Médicale Nombre de patientes	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes
Non réponse	3	16
Niveau I	12	0
Niveau II	2	0
Niveau III	6	0
TOTAL OBS.	16	16

Les 3 non réponses correspondent aux patientes dont les antalgiques prescrits n'ont pas été retrouvés dans les dossiers médicaux.

**Tableau n° 7 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe médical, au cours de la période d'hospitalisation qui précède l'intervention**

Antalgiques avant intervention Groupe Médical	Méthode Médicale Nombre de patientes	Niveau antalgique avant intervention Groupe Médical
Non réponse	3	Non réponse
Antispasmodique (Phloroglucinol)	1	niveau I <i>per os</i>
Paracétamol <i>per os</i>	2	
paracétamol IV	11	niveau I en IV
Tramadol <i>per os</i>	1	niveau II <i>per os</i>
Dextropropoxyfène <i>per os</i>	1	
Péthidine (DOLOSAL®) en IM	6	Niveau III en IM
Morphine en SC	1	Niveau III en SC
TOTAL OBS.	16	TOTAL OBS.

■ Période qui suit l'intervention :

Cette période correspond, pour les deux groupes, à celle qui suit la sortie du bloc opératoire jusqu'à la sortie de l'hôpital.

Les tableaux n°8, 9 et 10 donnent la répartition des différents niveaux OMS d'antalgiques prescrits au cours de cette période dans chaque groupe puis leur répartition en fonction de leurs noms et modes d'administration.

Le taux de réponses non retrouvées dans les dossiers est de un tiers dans le groupe chirurgical contre moins d'un quart dans le groupe médical.

**Tableau n° 8 : Niveaux antalgiques après intervention**

Niveau antalgique après intervention	Méthode Médicale Nombre de patientes	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes
Non réponse	3	6
Niveau I	13	10
Niveau II	1	0
Niveau III	0	0
TOTAL OBS.	16	16

**Tableau n° 9 : niveau et nom des antalgiques prescrits aux patientes du groupe médical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention**

Antalgiques après intervention Groupe Médical	Méthode Médicale Nombre de patientes	Niveau antalgique après intervention Groupe Médical
Non réponse	3	Non réponse
Antispasmodique (phloroglucinol)	0	niveau I <i>per os</i>
Paracétamol <i>per os</i>	3	
Paracétamol IV	10	Niveau I en IV
AINS IV (KETOPROFENE)	6	
Tramadol	1	Niveau II en <i>per os</i>
TOTAL OBS.	16	

**Tableau n° 10: Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe chirurgical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention**

Antalgiques après intervention Groupe chirurgical	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes	Niveau antalgique après intervention Groupe chirurgical
Non réponse	6	Non réponse
Antispasmodique (Phloroglucinol)	3	niveau I <i>per os</i>
Paracétamol <i>per os</i>	3	
Paracétamol IV	8	Niveau I en IV
AINS IV (KETOPROFENE)	0	
Tramadol	0	Niveau II en <i>per os</i>
TOTAL OBS.	16	

Dans les deux groupes, la totalité des patientes, pour lesquelles des informations sur l'antalgie ont été retrouvées dans les dossiers, a bénéficié en post-opératoire d'une antalgie de niveau I. Dans les trois quarts des cas, cette antalgie consiste en du *paracétamol* IV.

Dans un tiers des cas, le groupe médical avait en association un A.I.N.S. en I.V. Moins d'un quart des patientes du groupe médical a eu aussi un niveau I *per os* à type de *paracétamol* contre un tiers des patientes du groupe chirurgical à type de *paracétamol* et/ou *phloroglucinol*. Une seule femme du groupe médical a eu recours à un antalgique de niveau II à type de *tramadol per os*.

#### ■ Le retour à domicile :

Cette période correspond, pour les deux groupes, à celle qui suit la sortie de l'hôpital jusqu'à la visite de contrôle deux à trois semaines plus tard.

Nous n'avons pas retrouvé dans les dossiers de prescription d'antalgique pour la sortie à part pour 2 patientes du groupe médicamenteux et 4 du groupe chirurgical (soit un quart des patientes).

L'antalgique alors prescrit est de niveau I *per os* à type de *paracétamol* pour le groupe médical et d'anti-spasmodique (*Phloroglucinol*) pour le groupe chirurgical.

Les tableaux n°11, 12 et 13 donnent la répartition des différents niveaux OMS d'antalgiques prescrits au cours de cette période dans chaque groupe puis leur répartition en fonction de leurs noms et modes d'administration.

**Tableau n° 11 : Niveaux antalgiques au domicile**

Niveau antalgique au domicile	Méthode Médicale Nombre de patientes	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes
Non réponse	14	12
Niveau I	2	4
Niveau II	0	0
niveau III	0	0
TOTAL OBS.	16	16

**Tableau n°12 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe médical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention.**

Antalgiques au domicile Groupe Médical	Méthode Médicale Nombre de patientes	Niveau antalgique après hospitalisation Groupe Médical
Non réponse	14	Non réponse
PHLOROGLUCINOL (anti- spasmodique)	0	niveau I <i>per os</i>
Paracétamol <i>Per os</i>	2	
TOTAL OBS.	16	

**Tableau n° 13 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe chirurgical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention.**

Antalgiques au domicile Groupe chirurgical	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes	Niveau antalgique après hospitalisation Groupe chirurgical
Non réponse	12	Non réponse
PHLOROGLUCINOL (anti- spasmodique)	4	niveau I <i>per os</i>
Paracétamol <i>Per os</i>	0	Niveau I en IM
TOTAL OBS.	16	

■ Synthèse :

Au cours de la période qui précède l'intervention, l'ensemble du groupe médical semble bien avoir bénéficié d'une antalgie de niveau I par *paracétamol* en IV de façon systématique et seul un tiers des patientes a reçu en plus une antalgie de palier III à type de *péthidine* en IM. Les autres types d'antalgiques sont prescrits de façon exceptionnelle.

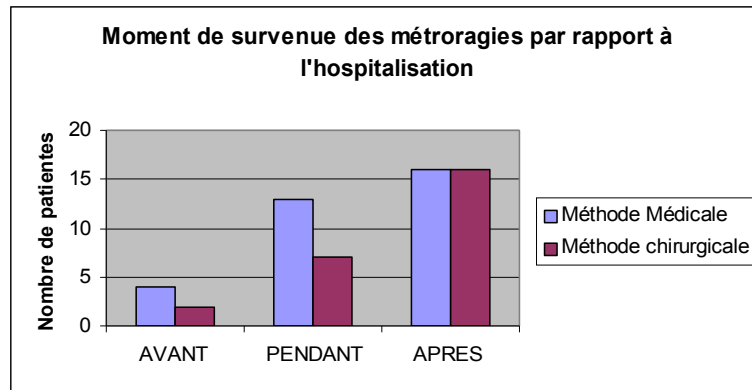
Au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention, la totalité des patientes des deux groupes a bénéficié d'une antalgie de niveau I, dans plus de trois quarts des cas à type de *paracétamol* IV avec pour un tiers des patientes du groupe médical une association d'AINS en IV (*Ketoprofene*). Dans moins d'un tiers des cas, il a été associé un antalgique de niveau I *per os* à type de paracétamol pour le groupe médical *paracetamol* et/ou anti-spasmodique pour le groupe chirurgical.

Au cours de la période du retour à domicile, très peu d'informations ont été retrouvées dans les dossiers. Il semble que moins d'un quart des patientes ressort avec une prescription d'antalgique de niveau I *per os* à type de *paracétamol* pour le groupe médical et d'anti-spasmodique pour le groupe chirurgical.

2. LES SAIGNEMENTS :

## 2.1 Le moment de survenue des métrorragies :

La quasi totalité des patientes a répondu à cette question sauf une du groupe médicamenteux pour l'item avant l'hospitalisation.



**Graphe n° 18 : Fréquence de survenue des métrorragies en fonction de la période par rapport à l'hospitalisation**

Dans notre étude, les deux méthodes d'IVG tardive sont source de métrorragies chez la totalité des patientes et les trois phases de la procédure sont responsables de métrorragies avec une fréquence de plus en plus croissante au fur et à mesure que l'on avance dans le protocole.

En effet, celles-ci surviennent dans un quart des cas avant l'hospitalisation et chez toutes les patientes après l'hospitalisation quelle que soit la méthode.

Pendant l'hospitalisation, 13 femmes du groupe médical (les trois quarts) ont déclaré des métrorragies contre 7 femmes (la moitié) dans le groupe chirurgical.

## 2.2 L'abondance des métrorragies :

L'évaluation de l'abondance des saignements, par les patientes, a été réalisée grâce à quatre termes d'intensité croissante : minime, normal, abondant, très abondant.

- Entre la prise de *mifépristone* et l'hospitalisation :

Sont reportées, dans le tableau ci-dessous, les réponses des quatre patientes de la méthode médicale et des deux patientes de la méthode chirurgicale qui ont déclaré avoir des métrorragies au cours de cette phase de l'IVG.

**Tableau n° 14 : Abondance des métrorragies avant l'hospitalisation**

<b>Avant Hospitalisation</b>	Minimes	Normales	Abondant	Très abondant
Méthode Médicale Nombre / 4	0	0	3	1
Méthode Chirurgicale Nombre / 2	1	1	0	0

Dans la méthode médicale, les métrorragies surviennent donc rarement (4 patientes) à cette période mais quand elles surviennent, elles sont considérées essentiellement comme abondantes (3 cas sur 4) et parfois très abondantes.

Dans la méthode chirurgicale, les métrorragies sont également rares (deux patientes) et l'abondance de celles-ci est alors faible puisqu'elles sont considérées comme minimales pour l'une et normales pour l'autre.

Ce très petit nombre de réponses ne permet évidemment aucune comparaison ni conclusion sur l'abondance des métrorragies au cours de cette période de l'IVG.

■ Pendant l'hospitalisation :

Sont reportées, dans le tableau n°15, les réponses des 13 patientes de la méthode médicale et des 7 patientes de la méthode chirurgicale qui ont déclaré avoir des métrorragies au cours de cette phase de l'IVG.

Au cours de l'hospitalisation, plus des trois quarts des patientes (13 femmes) de la méthode médicale ont déclaré avoir eu des métrorragies. Parmi ces patientes, les saignements ont été considérés comme d'intensité normale ou abondante dans deux tiers des cas et minimales ou très abondantes dans un tiers des cas.

Pour la méthode chirurgicale, la moitié des patientes a déclaré avoir eu des métrorragies au cours de cette phase. Parmi ces patientes, la moitié les a estimées comme minimales et l'autre moitié comme normales ou abondantes. Aucune patiente n'a déclaré de saignements très abondants contrairement à la méthode médicale.

**Tableau n° 15 : Abondance des métrorragies pendant l'hospitalisation**

<b>Pendant Hospitalisation</b>	Minimes	Normales	Abondant	Très abondant
Méthode médicale Nombre / 13	2	4	4	3
Méthode Chirurgicale Nombre / 7	4	1	2	0

■ Après l'hospitalisation :

Sont reportées, dans le tableau n° 16, les réponses des 15 patientes de la méthode médicale et des 16 patientes de la méthode chirurgicale qui ont déclaré avoir des métrorragies au cours de cette phase de l'IVG et qui en ont évalué l'intensité. Une patiente de la méthode médicale n'a pas évalué l'abondance de ses saignements.

**Tableau n° 16 : Abondance des métrorragies après l'hospitalisation**

<b>Après Hospitalisation</b>	Minimes	Normales	Abondant	Très abondant
Méthode médicale Nombre / 15	2	10	2	1
Méthode Chirurgicale Nombre/ 16	9	4	1	2

Dans le groupe médical, les métrorragies survenues au retour à domicile, ont été considérées dans deux tiers des cas comme d'abondance normale et rarement d'intensité minime, abondante ou très abondante.

Pour le groupe chirurgical, les métrorragies sont dans deux tiers des cas d'abondance minime et dans un quart des cas d'intensité normale.

■ Conclusion :

Au total, il semble, dans notre étude, que la méthode médicale génère des métrorragies plus abondantes que la méthode chirurgicale au cours de l'hospitalisation et lors du retour à domicile.

Au cours de l'hospitalisation, les deux tiers des patientes de la méthode médicale ont considéré avoir eu des métrorragies normales ou abondantes alors que plus de la moitié des patientes de la méthode chirurgicale a déclaré des métrorragies d'abondance minime.

De même, lors de la période du retour à domicile, deux tiers des patientes de la méthode médicale ont considéré avoir des métrorragies d'abondance normale alors que dans la méthode chirurgicale, deux tiers des patientes ont déclaré des métrorragies d'intensité minime. Les métrorragies sont donc vécues sensiblement plus abondantes dans le protocole médical que dans le protocole chirurgical.

### **2.3 La durée des métrorragies :**

Trop peu de patientes ont répondu à cette question pour pouvoir en faire une interprétation.

Pour le groupe médicamenteux :

- avant l'hospitalisation 3 patientes (sur les 4 qui ont eu des métrorragies lors de cette période) ont déclaré des durées de 1j;
- pendant l'hospitalisation 2 patientes (sur les 13 qui ont eu de métrorragies lors de cette période) ont déclaré des durées de 2 et 4j;
- après l'hospitalisation, 4 patientes, sur les 16 qui ont eu des métrorragies lors de cette période, ont déclaré des durées de 1 semaine pour deux d'entre elles et 2 semaines pour les deux autres.

Pour le groupe chirurgical seules deux patientes ont répondu pour la période qui suit l'hospitalisation avec des durées de 15j et 7j ,d'intensité respectivement abondante et très abondante qu'elles ont trouvées tolérables dans les deux cas.

### **2.4 Le ressenti des métrorragies :**

#### **■ Entre la prise de *mifépristone* et l'hospitalisation :**

Sont reportées, dans le tableau n°17, les réponses des 4 patientes de la méthode médicale et des 2 patientes de la méthode chirurgicale qui ont déclaré avoir des métrorragies au cours de cette phase de l'IVG.

Les quelques patientes du groupe médical, ayant déclaré la survenue de métrorragies au cours de la période qui précède l'hospitalisation, ont considéré ces saignements comme tolérables dans la moitié des cas et intolérables dans l'autre moitié des cas.



Dans le groupe chirurgical, la moitié des patientes a considéré ces saignements comme tout à fait tolérables et l'autre moitié comme tolérables.

**Tableau n° 17 : Ressenti des métrorragies avant l'hospitalisation**

<b>Avant Hospitalisation</b>	Tout à fait tolérable		Intolérable
Méthode Médicale Nombre / 4	0	2	2
Méthode Chirurgicale Nombre/ 2	1	1	0

Ce très petit nombre de réponses ne permet évidemment aucune comparaison ni conclusion sur le ressenti des métrorragies au cours de cette période de l'IVG.

■ Pendant l'hospitalisation :

Sont reportées, dans le tableau n°18, les réponses des 11 patientes de la méthode médicale et des 7 patientes de la méthode chirurgicale qui ont déclaré avoir des métrorragies au cours de cette phase de l'IVG et qui en ont évalué la tolérance.

En effet, deux patientes du groupe médical, ayant déclaré avoir eu des métrorragies au cours de cette période, n'ont pas évalué la tolérance de leurs saignements.

**Tableau n° 18 : Ressenti des métrorragies pendant l'hospitalisation**

<b>Pendant Hospitalisation</b>	Tout à fait tolérable		Intolérable
Méthode Médicale Nombre / 11	3	6	2
Méthode Chirurgicale Nombre/ 7	5	2	0

Dans le groupe médical, la moitié des patientes ayant eu des métrorragies et qui en ont évalué la tolérance, a considéré ces saignements comme tolérables, un quart comme tout à fait tolérables et un autre quart comme intolérables.

Dans le groupe chirurgical, les trois quarts des patientes ayant eu des métrorragies et qui en ont évalué la tolérance, ont considéré ces saignements comme tout à fait tolérables et un quart comme tolérables. Aucune patiente ne les a considérés comme étant intolérables.

■ Après l'hospitalisation :

Sont reportées, dans le tableau ci-dessous, les réponses des 13 patientes de la méthode médicale et des 16 patientes de la méthode chirurgicale qui ont déclaré avoir des métrorragies au cours de cette phase de l'IVG et qui en ont évalué la tolérance. En effet, trois patientes du groupe médical n'ont pas évalué la tolérance de leurs saignements.

**Tableau n° 19: Ressenti des métrorragies après l'hospitalisation**

<b>Après Hospitalisation</b>	Tout à fait tolérable		Intolérable
Méthode Médicale Nombre / 13	5	7	1
Méthode Chirurgicale Nombre/ 16	8	7	1

Dans le groupe médical comme dans le groupe chirurgical, la moitié des patientes ayant eu des métrorragies au cours de cette période et qui en ont évalué la tolérance, a considéré ces saignements comme tolérables, et quasiment l'autre moitié comme tout à fait tolérables. Dans les deux groupes, seule une patiente a vécu ces métrorragies comme intolérables.

■ Synthèse :

Au cours de l'hospitalisation, les métrorragies semblent être un peu moins bien vécues par les patientes de la méthode médicale. En effet, les métrorragies sont vécues comme intolérables par un quart des patientes de la série médicamenteuse ayant évalué la tolérance de leurs saignements. Aucune patiente du groupe chirurgical ne les a considérés comme intolérables.

De plus la moitié des patientes ayant répondu a vécu ces métrorragies comme tout à fait tolérables dans le groupe chirurgical alors que dans le groupe médical la moitié des patientes les a vécu comme étant tolérables.

Dans notre étude, la survenue de métrorragies pendant la période du retour à domicile est vécue de la même façon dans les deux groupes c'est à dire comme tout à fait tolérable pour la moitié d'entre elles et comme étant tolérable pour l'autre moitié.

**3. LES AUTRES EFFETS SECONDAIRES :**

Les protocoles des deux méthodes peuvent être responsables des effets secondaires suivants : nausées, vomissements, diarrhées, céphalées et vertiges.

### 3.1 La fréquence de survenue de chaque effet secondaire au cours du protocole d'IVG :

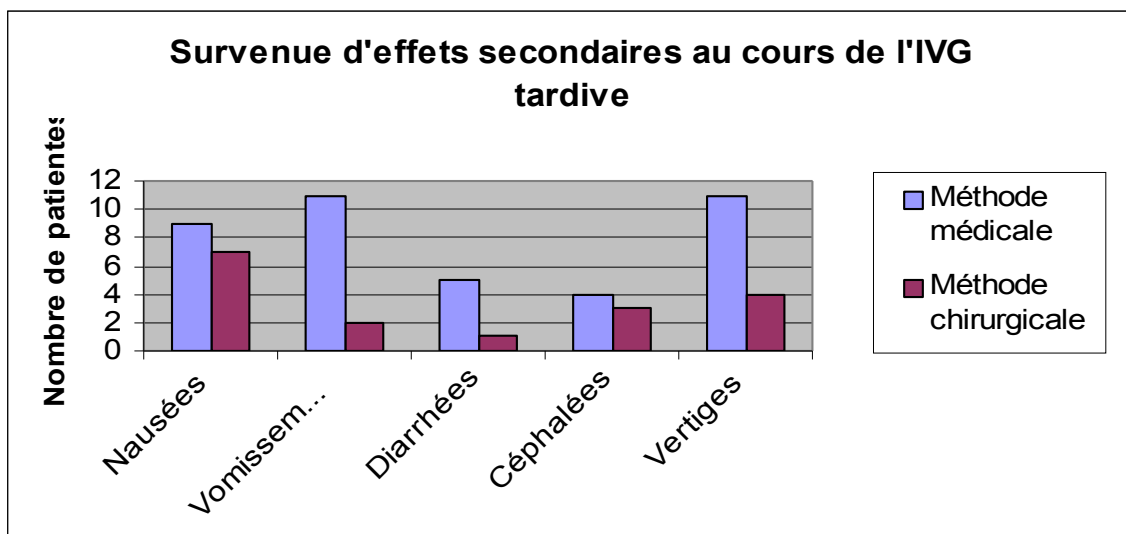
Toutes les patientes des deux groupes ont répondu à la question : « avez-vous eu les effets secondaires suivants : nausées, vomissements, diarrhées, céphalées et vertiges? »

Dans le groupe médicamenteux, les trois quarts des patientes ont présenté des vomissements et des vertiges (11 femmes), la moitié des nausées (9 femmes) et un quart des diarrhées (5 femmes) et céphalées (4 femmes). Les trois effets secondaires les plus fréquents sont donc, par ordre décroissant, les vertiges, les vomissements et les nausées.

Dans le groupe chirurgical, les deux effets secondaires les plus fréquents sont les nausées, survenues chez un peu plus du tiers des patientes (7 femmes) et les vertiges survenus chez un quart des patientes (4 femmes). Moins d'un quart des patientes a présenté dans ce groupe des céphalées, vomissements et diarrhées (respectivement 3 femmes, 2 femmes et une femme).

Au total, il semble, dans cette étude, que la méthode médicamenteuse ait généré plus souvent des effets secondaires. Ceci quel que soit l'effet secondaire.

**Graphes n°19 : Fréquence des effets secondaires au cours d'une IVG tardive**



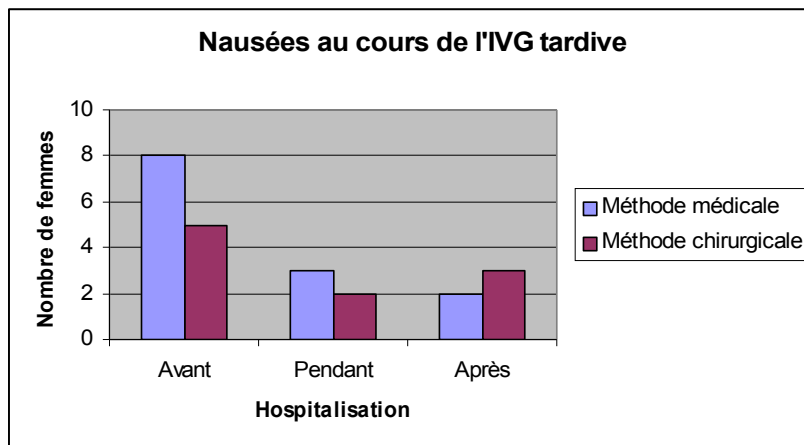
### 3.2 Les nausées :

La totalité des patientes des deux groupes a répondu à la question : « avant, pendant ou après l'hospitalisation avez-vous eu des nausées ? »

Dans le groupe médicamenteux, 9 patientes sur 16 ont présenté des nausées à un ou plusieurs moment(s) du déroulement de l'IVG soit un peu plus de la moitié de notre échantillon.

Dans le groupe chirurgical, 7 patientes sur 16 ont présenté des nausées à un ou plusieurs moment(s) du déroulement de l'IVG soit un peu plus du tiers de notre échantillon.

**Graphes n° 20 : Fréquence des nausées en fonction de la période / l'hospitalisation**



Dans cette étude, la période qui précède l'hospitalisation est celle qui génère le plus de nausées puisque cela concerne la moitié des patientes du groupe médical (8 femmes) et le tiers de celles du groupe chirurgical (5 femmes).

Pendant et après l'hospitalisation, moins d'un quart des patientes a présenté des nausées dans les deux groupes de façon assez similaire.

La survenue de nausées avant l'hospitalisation peut être liée à la grossesse elle-même (signe sympathique) mais la différence entre les 2 groupes laisse penser que ces symptômes sont en rapport avec la prise de *mifépristone*.

### 3.3 Les vomissements :

La totalité des patientes des deux groupes a répondu à la question : « avant, pendant ou après l'hospitalisation avez-vous eu des vomissements ? »

Dans le groupe médical, 11 patientes sur 16 ont présenté des vomissements à un ou plusieurs moments du déroulement de l'IVG soit les trois quarts de cet échantillon.

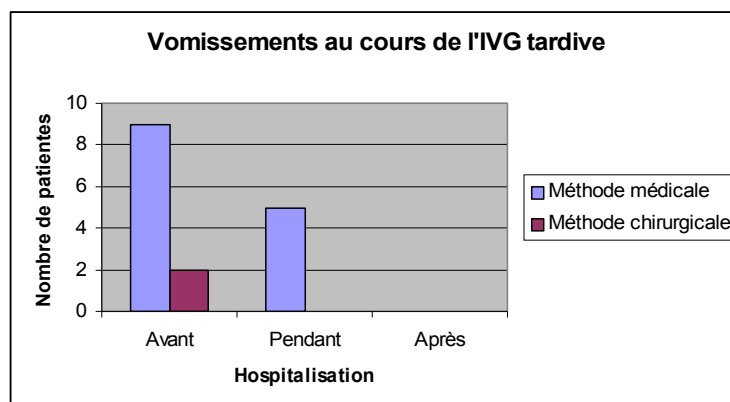
Dans le groupe chirurgical, 2 patientes sur 16 ont présenté des vomissements à un seul moment du déroulement de l'IVG : la période qui précède l'hospitalisation.

Dans cette étude, la période qui précède l'hospitalisation est celle qui génère le plus souvent des vomissements puisque cela concerne la moitié des patientes du groupe médicamenteux (9 femmes) et moins d'un quart de celles du groupe chirurgical (2 femmes). Comme pour les nausées, il peut s'agir de signes sympathiques de la grossesse mais, dans notre étude, la fréquence de survenue de vomissements est quatre fois plus importante dans le groupe médical que dans le groupe chirurgical. Avec la méthode médicale, les patientes reçoivent trois fois plus de *mifépristone* qu'avec la méthode chirurgicale. La survenue de vomissements peut donc être en rapport avec la prise de *mifépristone* dont les vomissements sont un effet secondaire connu.

Pendant l'hospitalisation, seules les patientes du groupe médical ont déclaré avoir eu des vomissements avec un quart des patientes (5 femmes). Ceci peut être en rapport avec les doses de *misoprostol* et de morphinique reçues.

Aucune patiente, dans les deux groupes, n'a déclaré de vomissements au domicile après l'hospitalisation.

**Graphe n° 21 : Fréquence des vomissements en fonction de la période de l'IVG**



#### 3.4. Les diarrhées :

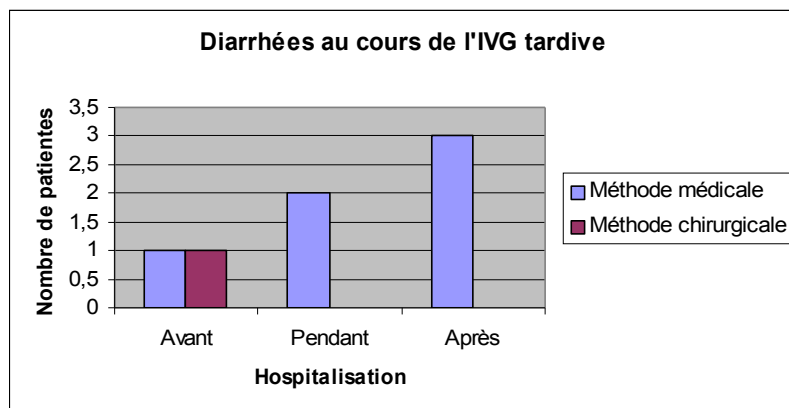
La totalité des patientes des deux groupes a répondu à la question : « avant, pendant ou après l'hospitalisation avez-vous eu des diarrhées ? »

Dans le groupe médical, 5 patientes sur 16 ont présenté des diarrhées à un ou plusieurs moment(s) du déroulement de l'IVG soit un tiers de notre échantillon.

Dans le groupe chirurgical, seule 1 patiente a présenté des diarrhées à un seul moment du déroulement de l'IVG : la période qui précède l'hospitalisation.

La survenue de diarrhées peut donc, dans notre étude, être un effet secondaire de la méthode médicale d'IVG tardive. En effet, la survenue de diarrhées ne concerne qu'une seule personne dans les deux groupes avant l'hospitalisation et ensuite ne concerne que les patientes du groupe médical avec moins d'un quart des patientes pendant et après l'hospitalisation (avec respectivement 2 et 3 patientes).

**Graphe n° 22 : Fréquence des diarrhées en fonction de la période / l'hospitalisation**



Il semble donc, dans notre étude, que la *mifépristone* seule ne soit que très rarement responsable de diarrhée et que le *misoprostol* soit, par contre, responsable de diarrhées pendant l'hospitalisation mais aussi après celle-ci. Le *misoprostol* est connu pour avoir comme effet indésirable le plus fréquent les diarrhées modérées dont l'incidence augmente lors de l'administration en plusieurs prises quotidiennes.

### 3.5. Les céphalées :

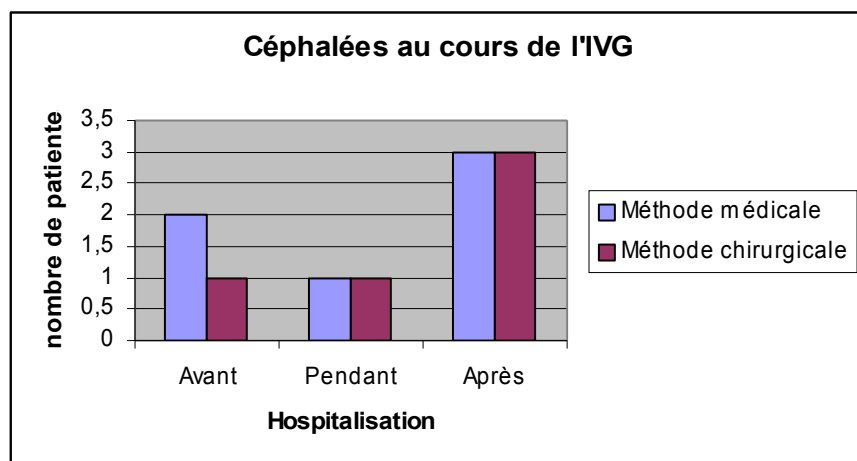
La totalité des patientes des deux groupes a répondu à la question : « avant, pendant ou après l'hospitalisation avez-vous eu des maux de tête? »

Dans le groupe médical, 4 patientes sur 16 ont présenté des céphalées à un ou plusieurs moment(s) du déroulement de l'IVG.

Dans le groupe chirurgical, 3 patientes sur 16 ont présenté des céphalées à un ou plusieurs moments du déroulement de l'IVG.

Dans notre étude, les céphalées surviennent avec la même fréquence dans les deux groupes pour chaque période du protocole d'IVG tardive et constituent un effet secondaire peu fréquent puisqu'il concerne moins d'un quart des patientes à chaque période. En effet, seulement une ou deux patientes ont présenté cet effet secondaire avant et pendant l'hospitalisation et ceci dans le groupe médicamenteux comme dans le groupe chirurgical. Les céphalées semblent être un peu plus fréquentes au cours de la période du retour à domicile avec 3 patientes dans chaque groupe.

Les céphalées peuvent être un effet indésirable de la prise de *mifépristone*, comme du *misoprostol*, des morphiniques et de l'anesthésie générale mais peuvent aussi être liées à l'anxiété. Il est donc difficile d'émettre des conclusions concernant ce symptôme.



**Graphe n° 23 : Fréquence des céphalées en fonction de la période / l'hospitalisation**

### 3.6. Les vertiges :

La totalité des patientes des deux groupes a répondu à la question : « avant, pendant ou après l'hospitalisation avez-vous eu des vertiges? »

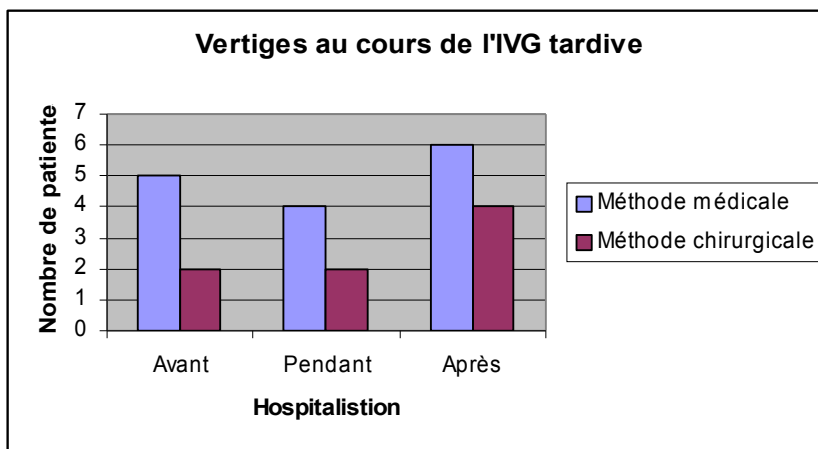
Dans le groupe médical, 11 patientes sur 16 ont présenté des vertiges à un ou plusieurs moment(s) du déroulement de l'IVG soit un peu plus des deux tiers de notre échantillon.

Dans le groupe chirurgical, 4 patientes sur 16 ont présenté des vertiges à un ou plusieurs moment(s) du déroulement de l'IVG soit un quart de notre échantillon.

Dans notre étude, les vertiges semblent être un effet secondaire un peu plus fréquent dans le groupe médical que dans le groupe chirurgical quelle que soit la période de l'IVG.

Les vertiges surviennent le plus souvent après l'hospitalisation puisqu'ils concernent un peu plus d'un tiers des patientes du groupe médical (6 femmes) et un quart des patientes du groupe chirurgical (4 femmes).

**Graphe n° 24 : Fréquence des vertiges en fonction de la période / l'hospitalisation**



Avant et pendant l'hospitalisation, ils concernent environ un quart à un tiers des patientes du groupe médical (5 femmes) et moins d'un quart des patientes du groupe chirurgical (2 femmes). Les vertiges sont connus pour être des effets indésirables rares de la prise de *mifepristone* comme de *misoprostol*.



### 3.7. Synthèse :

Au total, les femmes ayant subi une IVG médicale semblent avoir présenté un peu plus souvent ou aussi souvent chacun des effets secondaires et ceci à chaque étape du déroulement de l'IVG tardive.

Les effets indésirables les plus fréquents dans le groupe médical sont les **vomissements et les nausées** qui prédominent pendant la période entre la prise de *mifepristone* et l'hospitalisation puisque survenus chez la moitié des patientes avant l'hospitalisation et un quart d'entre elles pendant l'hospitalisation.

Par contre, moins d'un quart des patientes du groupe chirurgical a décrit la survenue de nausées et vomissements avant l'hospitalisation et une seule patiente a décrit des nausées pendant l'hospitalisation.

Cette différence entre les deux groupes pourrait s'expliquer par le fait que le groupe médical reçoit trois comprimés de *mifépristone* contre un seul dans le groupe chirurgical.

**Les vertiges** sont aussi assez fréquents dans le groupe médical puisqu'ils surviennent chez environ un tiers des patientes et ceci tout au long de l'IVG médicale.

**Les diarrhées**, peu fréquentes dans notre étude, semblent prédominer pendant et après l'hospitalisation laissant supposer qu'ils sont en rapport avec la prise de *misoprostol*. Cet effet secondaire est quasiment absent dans le groupe chirurgical. Il est, par ailleurs, prouvé que les diarrhées constituent l'effet indésirable le plus fréquent et dose dépendant de la prise de *misoprostol*.

**Les céphalées** sont aussi un effet secondaire peu fréquent, dans cette étude, puisqu'elles surviennent dans moins d'un quart des cas dans les deux groupes à chaque étape avec une petite prédominance après l'hospitalisation alors que les femmes ne sont plus sous les effets de traitements.

Chez les femmes ayant subi une IVG chirurgicale, les effets secondaires sont plus rares :

- les effets secondaires les plus fréquents sont les vertiges et les céphalées et ils surviennent après l'hospitalisation ;
- avant l'hospitalisation, ce sont les nausées qui sont les plus fréquentes ;
- pendant l'hospitalisation quasiment aucun effet indésirable n'est déclaré ;
- aucune patiente du groupe chirurgical n'a décrit la survenue de diarrhées et/ou de vomissements pendant ni après l'hospitalisation ;
- les nausées sont très rares au cours des trois phases.

#### 4. DELAI D'EXPULSION :

Le délai d'expulsion correspond au temps entre la première pose de *misoprostol* en intra-vaginal et l'expulsion.

**Tableau n° 20 : Délais d'expulsion**

Délai d'expulsion (en heures)	Nombre de patientes Méthode Médicale
Non réponse	2
Moins de 4	5
De 4 à 6	4
De 6 à 8	0
De 8 à 10	4
De 10 à 12	0
De 12 à 14	0
14 et plus	1
TOTAL OBS.	16

Les deux non réponses correspondent pour une patiente à l'échec de la méthode médicamenteuse puisque la patiente n'a pas expulsée après 3 jours et pour l'autre à une expulsion à domicile après la prise de *mifépristone* seule.

Dans cette étude, on constate que le délai moyen d'expulsion est de 6,79 heures  $\pm$  7,37 (extrêmes = 2 et 31 heures).

Une seule patiente a expulsé en plus de 12 heures.

Un tiers des patientes (5 femmes) a expulsé en moins de 4 heures.

Les deux tiers des patientes (10 femmes) ont expulsé en moins de 6 heures.

La quasi totalité en moins de 10 heures.

## 5. NOMBRE DE COMPRIMÉS DE *MISOPROSTOL* ET DILAPAN PRESCRITS:

Les informations suivantes ont été recherchées dans les dossiers médicaux des patientes du groupe médical.

### 5.1 Le *misoprostol* :

#### ■ Nombre de comprimés :

La méthode médicale est caractérisée, le jour de l'hospitalisation, par la prise répétée toutes les 3 heures de 1 à 2 comprimé(s) de *misoprostol* en intra-vaginal (selon l'existence ou non d'un utérus cicatriciel) jusqu'à expulsion du fœtus avec un maximum de 8 comprimés /24 heures. Nous nous sommes donc intéressés au nombre moyen de comprimés de *misoprostol* prescrits et donc nécessaires à la survenue de l'expulsion, ainsi qu'à leur répartition parmi les patientes.

**Tableau n° 21 : Nombre de comprimés de *misoprostol***

Nombre de comprimés de <i>misoprostol</i>	Nombre de patientes Méthode Médicale
Non réponse	1
2	4
4	7
5	1
6	2
10	1
TOTAL OBS.	16

Il existe une non réponse qui correspond à la patiente du groupe médical qui a expulsé chez elle avant l'hospitalisation pour administration de *misoprostol*.

Dans notre étude, il a donc nécessité en moyenne  $4,20 \pm 2,08$  (extrêmes = 2 et 10) comprimés de *misoprostol* pour aboutir à l'expulsion.

En effet, pour plus de la moitié des patientes (7 femmes) 4 comprimés de *misoprostol* ont été prescrits pour obtenir l'expulsion. Un quart des patientes (4 femmes) ont eu besoin de plus de 5 comprimés de *misoprostol* pour obtenir l'expulsion.

■ Nombre de poses :

L'antécédent de césarienne nécessite de poser des demi-doses de *misoprostol* afin de prévenir le risque de rupture utérine. Ceci explique que le nombre de comprimés prescrits ne correspond pas forcément au nombre de poses.

**Tableau n° 22 : Nombre de poses de *misoprostol***

Nombre de pose de <i>misoprostol</i>	Nombre de patientes Méthode Médicale
0	1
1	3
2	8
3	2
4	1
5	1

Dans cette étude, il a fallu en moyenne  $2,12 \pm 1,16$  poses de *misoprostol* (extrêmes = 0 et 5) pour obtenir l'expulsion.

Huit patientes sur 16 ont bénéficié de deux poses.

Deux patientes ont dû avoir plus de 3 poses.

■ Nombre de patientes avec antécédent de césarienne :

Le nombre de comprimés de *misoprostol* administrés à la patiente dépend de ses antécédents ou non de césarienne.

Dans le groupe médical 3 patientes ont donc eu à chaque pose des demi-doses de *misoprostol* afin de réduire le risque de rupture utérine. Ces trois femmes présentent les caractéristiques suivantes :

- 31 ans, 2cp *misoprostol* prescrits, expulsion obtenue en 3 heures ;
- 33 ans, 5cp *misoprostol* prescrits, expulsion obtenue en 31 heures ;
- 34 ans, expulsion à domicile.

5.2. Le DILAPAN ®:

Pour deux patientes du groupe médical, il a été prescrit la pose de 3 DILAPAN® en intra-cervical afin de favoriser la dilation cervicale jusqu'alors insuffisante malgré la pose de 4 comprimés de *misoprostol* chez une femme de 33 ans, multipare avec utérus cicatriciel et de 8 comprimés de *misoprostol* chez une femme de 29 ans, multipare. Ces deux patientes ont déjà trois enfants et l'âge gestationnel au moment de l'IVG est de 13 SA.

## 6. DUREE D'HOSPITALISATION :

### 6.1 Durée d'hospitalisation estimée par les patientes :

Toutes les patientes dans les deux groupes ont répondu à la question : « Combien de temps avez-vous été hospitalisée ? »

**Tableau n° 23 : Durée d'hospitalisation estimée par les patientes du groupe médical**

Durée d'hospitalisation Groupe médical	Nombre de patientes Méthode Médicale
moins de 12H	1
de 13 à 24 H	8
de 25 à 36H	4
de 37 à 48H	0
49H à 60H	1
de 61 à 72H	1
plus de 72H	1
TOTAL OBS.	16

On constate donc que, dans notre étude, les patientes ayant subi une IVG médicale ont des durées d'hospitalisation très variables allant de 12 à 96 heures. Neuf sur 16 ont été hospitalisées moins de 24 heures. La moyenne est de 33,63 heures.

Trois ont été hospitalisées plus de 48 heures. Parmi elles, une femme n'a jamais expulsé et a finalement bénéficié d'une aspiration après 3 jours d'essai de la méthode médicamenteuse et une patiente a été hospitalisée 48 heures plus tôt avant le début du protocole *misoprostol* en raison de son contexte social (sans domicile fixe).

**Tableau n° 24 : Durée d'hospitalisation estimée par les patientes du groupe chirurgical**

Durée d'hospitalisation Groupe chirurgical	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes
6 heures	2
7 heures	10
8 heures	4
TOTAL OBS.	16

Pour le groupe chirurgical, les patientes ont toutes été hospitalisées entre 6 et 8 heures.

## 6.2 Vécu de cette durée d'hospitalisation :

Toutes les patientes, sauf une dans chacun des deux groupes, ont répondu à la question fermée: « Avez-vous vécu la durée d'hospitalisation comme insuffisante, suffisante ou trop longue? »

**Tableau n° 25 : Vécu de la durée d'hospitalisation dans chacun des 2 groupes**

Vécu de la durée d'hospitalisation	Méthode Médicale Nombre de patientes	Méthode Chirurgicale Nombre de patientes
Non réponse	1	1
insuffisante	0	1
suffisante	11	12
trop longue	4	2
TOTAL OBS.	16	16

Cette durée d'hospitalisation est apparue comme suffisante à la plupart des femmes, qu'elles aient subi une IVG médicale ou chirurgicale.

Quatre patientes du groupe médical ont vécu cette hospitalisation comme trop longue contre 2 seulement dans le groupe chirurgical.

Une patiente du groupe chirurgical a vécu cette durée d'hospitalisation comme insuffisante contre aucune dans le groupe médical.

## 6.3 Synthèse :

Le vécu de la durée d'hospitalisation par les patientes est peu différent bien que la durée d'hospitalisation soit en moyenne quatre à cinq fois plus longue dans le groupe médical que dans le groupe chirurgical.

## 7. ECHECS ET COMPLICATIONS IMMEDIATES ET A MOYEN TERME:

### 7.1 Echec :

Selon les recommandations de l'ANAES [2], un échec de l'IVG correspond à la nécessité de réaliser une aspiration dans les suites d'une IVG médicale ou bien une ré-aspiration dans les suites d'une IVG chirurgicale pour cause de rétention, échec d'aspiration, grossesse évolutive.

#### ■ Groupe médical

Un échec de la méthode médicamenteuse a été rapporté au cours de cette étude. En effet, une patiente a finalement bénéficié d'une aspiration chirurgicale après 3 jours de traitement par *misoprostol* et lamineires (DILAPAN®) devant l'absence d'expulsion.

#### ■ Groupe chirurgical

Aucun échec n'a été rapporté au cours de cette étude dans ce groupe.

### 7.2 Complications de la méthode médicale :

#### ■ Hémorragies graves

Les métrorragies surviennent dans la quasi-totalité des cas et peuvent être abondantes dans 5 % de cas avec la méthode médicamenteuse. On parle d'hémorragie grave lorsqu'elle conduit à un curetage hémostatique et/ou une transfusion sanguine.

Aucune patiente du groupe médical n'a eu de curetage hémostatique ni de transfusion. Cependant une patiente en échec d'expulsion avait une anémie à 7g d'Hémoglobine /litre dans les suites de l'intervention et est sortie contre avis médical.

#### ■ Déchirure cervicale :

Aucune déchirure cervicale n'a été rapportée dans notre étude avec la méthode médicale dans les suites de la révision utérine / curetage systématique.

#### ■ Perforation utérine :

Aucune perforation ni rupture utérine n'a été rapportée dans notre étude avec la méthode médicale dans les suites de la révision utérine / curetage systématique.

#### ■ Rétention ovulaire :

Aucune rétention ovulaire complète ou partielle nécessitant une aspiration n'a été constatée au cours de cette étude lors de la visite de contrôle à deux semaines de l'hospitalisation. Une patiente présentait à l'échographie de contrôle à 15 jours de l'IVG, la persistance de débris hématiques.

#### ■ Infections post-IVG :

Aucune infection bactérienne n'a été rapportée dans les suites immédiates de l'IVG. Seule une mycose vaginale secondaire à la prescription d'Augmentin® en sortie d'hospitalisation a été rapportée.

- Mortalité :

Aucun décès n'est survenu au cours de notre étude dans le groupe médical.

### 7.3 Complications de la méthode chirurgicale :

- Hémorragies graves :

Les métrorragies surviennent dans la quasi-totalité des cas et peuvent être abondantes dans 5 % de cas avec la méthode chirurgicale. On parle d'hémorragie grave lorsqu'elle conduit à un curetage hémostatique et/ou une transfusion sanguine.

Aucune patiente du groupe chirurgical n'a eu de curetage hémostatique ni de transfusion.

- Déchirure cervicale :

Aucune déchirure cervicale n'a été rapportée dans notre étude avec la méthode chirurgicale.

- Perforation utérine :

Aucune perforation utérine n'a été rapportée dans notre étude avec la méthode chirurgicale.

- Rétention ovulaire post-IVG :

Lors de la visite de contrôle à 3 semaines en *post-abortionum*, 13 patientes ont bénéficié d'une échographie de contrôle. Pour une seule de ces femmes, il y avait un doute échographique entre une rétention partielle et des débris hématiques mais le traitement n'a pas consisté en une nouvelle aspiration mais en la prescription de *misoprostol* au domicile suivie d'une consultation de contrôle.

- Infections :

Aucune infection gynécologique n'a été rapportée au cours de cette étude.

Une patiente a présenté une cystite dans l'intervalle entre l'hospitalisation et la consultation de contrôle.

- Mortalité:

Aucun décès n'est survenu au cours de notre étude dans le groupe chirurgical.



**Tableau n° 26 : Récapitulatif concernant la douleur**

<b>Douleur</b>	<b>Méthode médicale</b> Nombre de patientes (total: 16 femmes)	<b>Méthode chirurgicale</b> Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Avant Hospitalisation	6	7
Pendant Hospitalisation	12	6
Après Hospitalisation	11	11
<b>ENS avant hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Absence ENS (0)	10	9
Faible ENS (1 à 3)	3	3
Modérée ENS (4 à 6)	2	3
Intense ENS ( 7-8-9-10)	1	1
<b>ENS pendant Hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Absence ENS (0)	4	10
Faible ENS (1 à 3)	1	2
Modérée ENS (4 à 6)	1	4
Intense EVA ( 7-8-9-10)	10	0
<b>ENS au moment de l'expulsion</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Absence ENS (0)	0	-
Faible ENS (1 à 3)	0	-
Modérée ENS (4 à 6)	1	-
Intense ENS ( 7-8-9-10)	5	-
<b>ENS après hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Absence ENS (0)	5	5
Faible ENS (1 à 3)	7	6
Modérée ENS (4 à 6)	2	4
Intense ENS ( 7-8-9-10)	2	1

**Tableau n° 27 : Récapitulatif concernant les métrorragies**

<b>Survenue de Métrorragies</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre de patientes	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre de patientes
Avant l'hospitalisation	4/15	2 /16
Pendant l'hospitalisation	13/16	7/16
Après l'hospitalisation	16/16	16/16
<b>Abondance avant hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Non réponses	12	14
Minime	0	1
Normal	0	1
Abondant	3	0
Très abondant	3	0
<b>Abondance pendant hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Non réponses	3	9
Minime	2	4
Normal	4	1
Abondant	4	2
Très abondant	3	0
<b>Abondance après hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Non réponses	1	0
Minime	2	9
Normal	10	4
Abondant	2	1
Très abondant	1	2
<b>Vécu des métrorragies Avant Hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Non réponses	12	14
Tout à fait tolérable	0	1
Tolérable	2	1
Intolérable	2	0
<b>Vécu des métrorragies Pendant Hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Non réponses	5	9
Tout à fait tolérable	3	5
Tolérable	6	2
Intolérable	2	0
<b>Vécu des métrorragies Après Hospitalisation</b>	Nombre de patientes (total: 16 femmes)	Nombre de patientes (total: 16 patientes)
Non réponses	3	16
Tout à fait tolérable	5	8
Tolérable	7	7
Intolérable	1	1

**Tableau n° 28 : Récapitulatif des fréquences de survenue des effets secondaires**

<b>Survenue de Métrorragies</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre de patientes	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre de patientes
Avant l'hospitalisation	4/15	2 /16
Pendant l'hospitalisation	13/16	7/16
Après l'hospitalisation	16/16	16/16
<b>Nausées</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre /16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre /16
à au moins une étape	9	7
Avant l'hospitalisation	8	5
Pendant l'hospitalisation	3	2
Après l'hospitalisation	2	3
<b>Vomissements</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre/16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre/16
à au moins une étape	11	2
Avant l'hospitalisation	9	2
Pendant l'hospitalisation	5	0
Après l'hospitalisation	0	0
<b>Diarrhées</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre/16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre/16
à au moins une étape	5	1
Avant l'hospitalisation	1	1
Pendant l'hospitalisation	2	0
Après l'hospitalisation	3	0
<b>Céphalées</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre/16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre/16
à au moins une étape	4	3
Avant l'hospitalisation	2	1
Pendant l'hospitalisation	1	1
Après l'hospitalisation	3	3
<b>Vertiges</b>	<b>Méthode Médicale</b> Nombre/16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Nombre/16
à au moins une étape	11	4
Avant l'hospitalisation	5	2
Pendant l'hospitalisation	4	2
Après l'hospitalisation	6	4

**D. COMPARAISON DU VECU PSYCHO-SOCIOLOGIQUE DE L'IVG SELON LA METHODE OPERATOIRE :**

## 1. RETENTISSEMENT SUR LA VIE QUOTIDIENNE :

Pour évaluer le retentissement d'une IVG tardive sur la vie quotidienne des patientes, nous nous sommes basés sur deux critères simples : la poursuite ou non de leurs activités habituelles et la nécessité ou non de prendre un arrêt de travail avant et/ou après l'hospitalisation.

### 1.1. La poursuite des activités habituelles :

#### ■ Résultats :

Toutes les femmes dans les deux séries ont répondu à la question : « avez-vous poursuivi vos activités habituelles avant et après l'hospitalisation ? »

**Tableau n° 29 : Poursuite des activités habituelles avant et après l'hospitalisation**

<b>Poursuite des activités habituelles</b>	<b>Méthode Médicale Effectif /16</b>	<b>Méthode Chirurgicale Effectif /16</b>
Avant Hospitalisation	14	14
Après Hospitalisation	11	15

Deux patientes du groupe médical, ont rajouté sur les questionnaires des observations écrites:

« en arrêt maladie pendant la période autour de l'IVG pour un autre problème médical » ;  
 « J'ai fait venir maman qui habite en région parisienne car après l'hospitalisation, je ne pouvais pas m'occuper de mes enfants, trop faible avec douleur physique et morale»

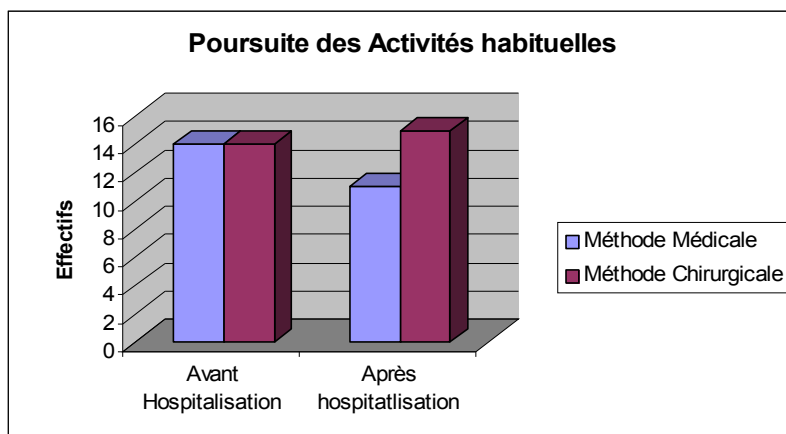
Pour le groupe chirurgical, une patiente était déjà hospitalisée dans une clinique psychiatrique avant l'intervention et y est retournée dans les suites immédiates de l'hospitalisation. Ses réponses, qui concernent la poursuite ou non de ses activités habituelles, n'ont donc pas de rapport direct avec la technique d'IVG tardive utilisée.

#### ■ Synthèse :

Avant l'hospitalisation, la même proportion de femmes, soit la quasi totalité des patientes, a poursuivi ses activités habituelles quelle que soit la méthode de l'IVG pratiquée.

Dans les deux séries, parmi les deux patientes n'ayant pas poursuivi leur activité habituelle, une était déjà en arrêt de travail pour un autre problème médical.

Après l'hospitalisation, la grande majorité des patientes reprend ses activités habituelles dans les deux séries avec la quasi totalité d'entre elles (15 femmes sur 16) pour la méthode chirurgicale contre un peu plus des deux tiers pour la méthode médicale (11 femmes sur 16).



**Graphes n° 25 : Poursuite des activités habituelles**

Il existe donc un peu plus de patientes à ne pas poursuivre leurs activités habituelles après, qu'avant l'hospitalisation dans le groupe médical. Parmi celles-ci, on retrouve une femme en arrêt de travail et une femme qui précise avoir demandé à sa mère de venir l'aider à s'occuper de ses enfants car elle se sentait « trop faible avec une douleur physique et morale ».

Au total, avant et après une hospitalisation pour une IVG tardive, la majorité des patientes poursuit ses activités habituelles quelle que soit la méthode pratiquée. Par contre, seules deux tiers des patientes de la série médicale reprennent leurs activités habituelles après l'hospitalisation contre la quasi totalité du groupe chirurgical. Les raisons évoquées, dans les questionnaires de la méthode médicale, sont une grande fatigue.

## 1.2. Nécessité d'un arrêt de travail dans les suites de l'IVG :

### ■ Résultats :

Toutes les patientes du groupe chirurgical et la quasi totalité (sauf une) de celles du groupe médicamenteux ont répondu à la question : « vous a-t-on prescrit un arrêt de travail avant et/ou après l'hospitalisation et si oui pour quelle durée ? »

**Tableau n° 30 : Prescription d'un arrêt de travail avant et après l'hospitalisation**

<b>Prescription arrêt de travail</b>	<b>Méthode Médicale</b> Effectif /15	<b>Méthode Chirurgicale</b> Effectif/16
Avant Hospitalisation	0	1
Après Hospitalisation	4	1

Trois patientes du groupe médical ont rajouté sur le questionnaire des observations écrites:

« L'arrêt maladie n'était pas justifié car je suis en congé parental. En période d'activité salariée, il m'aurait été indispensable. »

« Je suis mère au foyer.»

« Pas eu besoin d'arrêt de travail car je suis en congé parental mais mon mari a dû prendre 4 jours à ses frais car je devais rentrer le vendredi et ressortir le samedi matin au lieu de ça, ça a duré 4 jours.»

Concernant la durée de ces arrêts de travail, seules les patientes du groupe médical y ont répondu et seulement pour la période qui suit l'hospitalisation. Les 4 réponses sont respectivement : 8j, 3j , 3j et 15j.

#### ■ Synthèse :

Pour le groupe chirurgical, un arrêt de travail n'a été prescrit que pour une seule personne avant et après l'hospitalisation. Cependant, celui-ci n'a pas de rapport direct avec la technique d'IVG tardive utilisée puisque la patiente était déjà hospitalisée dans une clinique psychiatrique avant l'intervention et y est retournée dans les suites immédiates de l'hospitalisation.

Finalement aucun arrêt de travail n'a été prescrit ni avant ni dans les suites directes des IVG tardives pratiquées par méthode chirurgicale.

Pour le groupe médical :

- aucun arrêt maladie n'a été nécessaire avant l'IVG ;

- par contre, quatre arrêts de travail, de moins d'une semaine dans la majorité des cas, ont été prescrits dans les suites de l'hospitalisation concernant ainsi un quart des patientes de ce groupe ;
- parmi les femmes qui ne travaillaient pas au moment de l'IVG, deux ont rajouté de façon manuscrite sur le questionnaire que l'arrêt de travail leur aurait été « indispensable » si elles avaient dû travailler.
- D'autre part, les quatre patientes qui ont eu un arrêt de travail dans les suites de l'IVG tardive ne sont pas, à l'exception d'une d'entre elles, les mêmes femmes que celles qui ont déclaré ne pas avoir poursuivi leur activités habituelles après l'hospitalisation.

Au total, la méthode médicale pour les IVG tardives a nécessité un repos dans les suites de l'hospitalisation pour 4 femmes sur 15 mais ce taux semble être sous-estimé par le fort taux (deux tiers) de personnes sans emploi ou en formation dans notre échantillon. Par contre, dans notre étude, la méthode chirurgicale n'a pas nécessité de prescription d'arrêt de travail avant comme après l'IVG alors que cette population est au contraire constituée pour les trois quarts de femmes qui travaillent.

## 2. L'IMAGE DU DEROULEMENT D'UNE IVG TARDIVE AVANT LA PRISE DE CONTACT AVEC L'ETABLISSEMENT :

### 2.1. Question fermée sur le rapport entre l'image et la réalité du déroulement de l'IVG

Dans les deux groupes, la quasi totalité des patientes (sauf une du groupe chirurgical) a répondu à la question fermée : « avant de prendre contact avec notre établissement, pensiez-vous que l'IVG se déroulerait ainsi oui ou non ? »

Dans les deux séries la grande majorité des patientes ne s'était pas imaginé l'IVG de cette façon et ceci un peu plus souvent avec la méthode médicale.

Cela concerne un peu plus des trois quarts des femmes de la méthode médicale contre à peine les deux tiers de celles de la méthode chirurgicale.

**Tableau n° 31 : Déroulement de l'IVG tel qu'elles se l'étaient imaginé**

<b>Déroulement de l'IVG tel que vous l'aviez imaginé?</b>	<b>Méthode Médicale</b> Effectif /16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Effectif /16
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------

OUI	3	6
NON	13	10

## 2.2. Question ouverte sur ce que les patientes s'imaginaient du déroulement d'une IVG:

Dans les deux groupes, la quasi totalité des patientes (sauf une du groupe médical) ont répondu à la question ouverte : « expliquez en quoi vous pensiez ou non que l'IVG se déroulerait ainsi ? »

### ■ Réponses du groupe médical :

Trois patientes avaient imaginé le déroulement de l'IVG médicale comme tel par ce qu'elles connaissaient ou avaient été informées auparavant de la technique et du déroulement de l'IVG. Leurs réponses sont brèves et donnent peu d'éléments sur leur source d'information et de préparation.

Plus des deux tiers (13 femmes sur 16) des patientes ne s'étaient pas imaginé ainsi le déroulement de l'IVG. Les réponses sont plus longues, développant une à plusieurs idées :

- Une seule patiente a exprimé une réponse à connotation « positive » puisqu'elle avait imaginé l'IVG plus difficile et douloureuse.
- La moitié d'entre elles (8 patientes sur 16) a exprimé un manque d'information concernant la méthode allant de aucune notion à des notions erronées :  
« je ne connaissais pas du tout le déroulement d'une telle opération » ; « je n'imaginai pas ça du tout » ; « j'ai eu le droit à des petits bâtonnets pour me dilater le col de l'utérus. Je ne connaissais pas. »
- Un quart d'entre elles (3 patientes sur 16) a exprimé une crainte vis à vis d'un acte chirurgical (deux patientes) ou de l'anesthésie générale (une patiente) :  
« Je pensais qu'il allait faire une opération. »  
« je ne pensais pas que l'on pouvait être endormie totalement »



- Un tiers d'entre elles (5 femmes sur 16) ont été désagréablement surprises par la phase de l'expulsion dont le mot est retrouvé trois fois et le mot fœtus une fois.

Il semble qu'elles aient sous-estimé la douleur physique que la phase de l'expulsion peut générer : « sans pour autant imaginer que la phase de l'expulsion se ferait sans anesthésie », « subir les contractions lors de l'expulsion ... je n'imaginais pas de telles douleurs », « je ne pensais pas souffrir autant physiquement ».

Il semble qu'elles aient aussi sous-estimé la douleur psychologique ressentie à la vision et au toucher du fœtus, à la confrontation avec la réalité : « je ne pensais pas souffrir autant moralement », « en pleine conscience », « ça m'a choqué de voir et prendre le fœtus dans ma main ».

Une patiente semble avoir vécu ce moment comme une épreuve, une réalité désagréable à laquelle elle a dû « faire face », qu'elle a dû affronter.

Pour une autre patiente, c'est une période sur laquelle elle n'a eu aucun contrôle, qu'elle a « subi ».

- Deux patientes ont été étonnées par la longueur de la méthode (« le temps était long », « attendre des heures »).

#### ■ Réponses du groupe chirurgical :

Dans ce groupe, les patientes ont répondu de façon concise en ne développant, le plus souvent, qu'une seule idée.

Un tiers des patientes (6 femmes sur 16) s'était imaginé que l'IVG chirurgicale se déroulerait ainsi et l'explique :

- pour 5 d'entre elles par le fait d'avoir déjà vécu une IVG chirurgicale
- et pour l'une d'entre elles par le fait d'avoir été bien informée par le médecin traitant et par son entourage.

Les deux tiers de ce groupe (10 femmes sur 16) ne s'imaginaient pas ainsi le déroulement de l'IVG et parmi ces patientes :

- les trois quarts (7 femmes) ont exprimé un manque d'information, des notions erronées sur la méthode et sur le délai légal (« Je ne pensais pas que je pouvais faire une IVG en France à cet âge de la grossesse, je pensais à un crime »), ou bien le fait de ne pas avoir

cherché à connaître le déroulement (part de déni?) pour deux d'entre elles («Je ne me suis pas posée de questions », « Pas cherchée à me renseigner »).

- un tiers (3 femmes) a exprimé une crainte, un fantasme vis à vis de l'acte chirurgical («peur d'avoir une cicatrice, des complications, des douleurs ») ainsi que de l'anesthésie générale (« je ne pensais pas être endormie »).
- un tiers (3 femmes) d'entre elles semble agréablement surpris par la courte durée de la méthode (« le temps d'hospitalisation a été plus court que je ne le pensais. C'était mieux. » ; « Je ne pensais pas que ce serait aussi rapide ») et la faible intensité des douleurs (« Je pensais que ça ferait mal » ; « je pensais que ce serait plus douloureux »).

#### ■ Synthèse :

Dans les deux groupes, plus des deux tiers des patientes s'imaginaient le déroulement de leur IVG différemment avant de prendre contact avec le centre spécialisé et majoritairement par manque d'information.

Dans la série médicale, il semble que les patientes ont été, pour plus d'un tiers d'entre elles, désagréablement surprises par la douleur physique et morale de l'expulsion et par la longueur de la méthode.

Par contre dans la série chirurgicale, il semble qu'un tiers des patientes appréhendait l'acte chirurgical et l'anesthésie générale mais finalement elles ont été agréablement surprises par une méthode courte et peu douloureuse.

### 3. LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE CHAQUE ETAPE DE L'IVG TARDIVE :

Le déroulement d'une IVG 12-14 SA peut se sub-diviser en trois phases : avant, pendant et après l'hospitalisation.

Le vécu de chacune de ces périodes a été évalué à partir de trois grandes questions :

- une question fermée à choix unique qui a pour but d'évaluer succinctement le vécu de cette période sur son aspect tolérable ou non ;
- une question fermée à choix multiples qui cherche à mettre en évidence des sentiments ou émotions susceptibles d'être ressentis mais pas forcément exprimés spontanément ;
- et enfin, une question ouverte leur demandant directement d'expliquer leur vécu de chaque étape.

La période de l'hospitalisation comprend en plus des questions sur le vécu de l'anesthésie et pour le groupe médicamenteux des questions sur le vécu de l'expulsion.

### 3.1. La période entre la première prise de *mifépristone* et l'hospitalisation :

☛ Question fermée à choix unique:

Toutes les patientes du groupe médicamenteux ont répondu à la question fermée et seule une patiente du groupe chirurgical n'a pas répondu.

**Tableau n° 32 : Vécu de la période qui précède l'hospitalisation**

<b>Vécu de la période qui précède l'hospitalisation</b>	<b>Méthode Médicale</b> Effectif /16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Effectif /15
Tout à fait tolérable	4	5
Tolérable	9	9
Intolérable	3	1

Pour les deux méthodes, la grande majorité des patientes ayant répondu, considère la phase qui précède l'hospitalisation comme tolérable ou tout à fait tolérable.

La différence se joue sur les 3 femmes sur 16 à avoir vécu cette phase comme intolérable avec la méthode médicale contre une seule avec la méthode chirurgicale.

☛ Question fermée à choix multiples sur les sentiments ressentis :

Pour le groupe médical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 3,3 émotions  $\pm$  2,3 (extrêmes de 0 à 9). Pour le groupe chirurgical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 2,1 émotions  $\pm$  1,9 (extrêmes de 0 à 5).

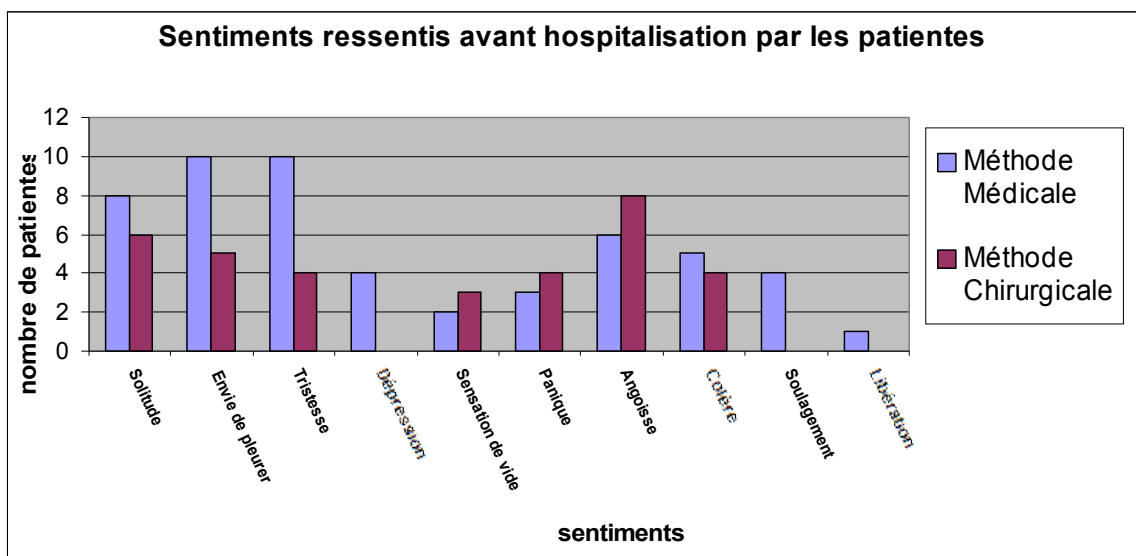
Avec la méthode médicale :

- deux tiers des patientes (10 femmes sur 16) ont ressenti un sentiment de tristesse et une envie de pleurer ;
- la moitié d'entre elles (8 femmes) un sentiment de solitude ;
- un tiers un sentiment de colère (5 femmes) ;
- un quart d'entre elles un sentiment de dépression (4 femmes) ;
- un tiers ressent à ce stade de l'angoisse et de la panique ;
- un quart se sent à la fois soulagé et libéré.

La méthode chirurgicale semble plutôt être source d'angoisse chez les patientes puisque c'est l'émotion la plus représentée avec la moitié des femmes, accompagnée d'un sentiment de panique dans un quart des cas.

Ensuite, seul un tiers des patientes se sent seule, a envie de pleurer et un quart éprouve un sentiment de tristesse et de colère.

Aucune ne se sent soulagée ni libérée comme si l'acte réellement important était l'aspiration et non pas la prise de *mifépristone*.



**Graphe n° 26 : Sentiments ou émotions ressentis par les femmes avant l'hospitalisation**

Il semble donc que, pour la période qui précède l'hospitalisation, les femmes du groupe chirurgical aient été plus sujettes à de l'angoisse et les patientes du groupe médical à des sentiments de tristesse, solitude et de dépression.

→ Question ouverte :

On constate tout d'abord l'importante différence des réponses manuscrites entre les deux groupes.

D'une part, la quasi totalité des patientes du groupe médicamenteux (15 femmes sur 16) a répondu à la question ouverte, contre deux tiers dans le groupe chirurgical (12 patientes sur 16). D'autre part, les patientes de la méthode médicale se sont beaucoup plus longuement exprimées sur le vécu de cette phase alors que pour celles de la méthode chirurgicale, les réponses sont très courtes, impersonnelles, quasiment de simples appréciations (« bien », « dur », « très bien »...) pour la moitié d'entre elles soit 6 femmes sur 12.

#### ■ Réponses du groupe médical :

Un tiers d'entre elles (5 patientes sur 15) déclare avoir bien vécu cette période et dans ce cas les réponses sont très brèves, les motifs peu développés (« Bien », « très bien », « normalement », « Bien vécu »).

Les quelques motifs exprimés sont alors:

- l'absence de douleur physique pour 3 femmes (« rien senti, ça ne m'a rien fait », « pas eu trop de douleurs ») ;
- l'absence de doute, décision déterminée sans ambivalence (« j'étais prête ») pour une d'entre elles;
- soutien du compagnon pour une femme ;
- la fuite dans le sommeil pour une d'entre elles.

Deux tiers d'entre elles (10 patientes sur 15) ont vécu cette période négativement d'un point de vue psychologique essentiellement (« moralement, ça été le plus dur ») et très peu d'un point de vu physique (3 femmes). Les mots dur ou très dur ont été mentionnés quatre fois.

Cette phase est vécue comme :

- une période de longue attente (« beaucoup trop long »), pour deux femmes, au cours de laquelle ressortent l'ambivalence, la culpabilité, les remords et l'angoisse vis à vis de l'IVG (« ne pense qu'à la mort du bébé ...doutes...regrets ») ;
- une période au cours de laquelle un besoin d'évacuer les pensées et sentiments, de les mettre de côté, entre parenthèses grâce à une fuite dans le sommeil ou bien le sport a été exprimé par deux patientes (« la plupart du temps je dormais », « j'ai essayé d'oublier en faisant du sport ») ;

- une période très difficile, pour deux d'entre elles, du fait de la survenue de « complications » puisque l'une d'entre elles a expulsé au domicile neuf heures après la prise de *mifépristone* et la deuxième du fait d'une erreur de terme qui a conduit à une mauvaise prise en charge thérapeutique (dans un premier centre hospitalier) responsable de douleur et d'hémorragie.

#### ■ Réponses du groupe chirurgical :

La moitié des patientes de ce groupe (soit 6 femmes sur 12) a déclaré avoir bien vécu cette période. Les réponses sont brèves, de simples appréciations (« bien », « très bien ») sans explication sauf pour une d'entre elles qui signale l'absence de douleur et la bonne information reçue concernant cette phase de l'IVG.

Un peu plus d'un tiers des patientes de la méthode chirurgicale (soit 5 femmes sur 12) semble avoir vécu cette période de façon plus difficile :

- C'est une période où l'on réalise qu'à ce stade la situation est irrévocable (pour deux d'entre elles), « trop tard pour reculer » et que le choix est douloureux psychologiquement (pour une femme) sentiment qui peut être interprété comme le reflet d'une certaine ambivalence, d'une certaine culpabilité.
- C'est aussi, pour 3 femmes, une période de « remise en question », de réflexion sur son avenir et sur l'acte d'IVG en lui-même : « on réfléchit beaucoup », « remise en question par rapport à mon avenir » .
- C'est une période d'angoisse pour l'une d'entre elles, d'appréhension par rapport à l'acte chirurgical et l'anesthésie générale : « Très stressée par première anesthésie, première IVG et les douleurs ».
- C'est, enfin, une période de solitude, pour l'une d'entre elles, qui évoque la difficulté particulière à s'exprimer, à parler aux autres de son vécu dans le cas d'IVG répétés révélant également un fort sentiment de culpabilité et de peur du jugement.

#### ⚡ Synthèse :

Il semble que dans les deux méthodes, la période qui précède l'hospitalisation soit vécue de façon tolérable à tout à fait tolérable pour la très grande majorité des femmes. Pour les quelques patientes qui ont exprimé un vécu intolérable, celui-ci semble être en rapport

avec la survenue de complications de la méthode ou bien l'existence d'une grande culpabilité. En effet, parmi les trois femmes du groupe médical qui ont vécu cette période comme intolérable, deux l'associent à la survenue de « complications » et une à une importante culpabilité ressentie au cours de cette phase d'attente (« on ne pense qu'à la mort du bébé...le doute s'installe »). Dans le groupe chirurgical, la seule patiente à avoir trouvé cette période intolérable souffrait également beaucoup de culpabilité par rapport à sa décision.

D'autre part, on observe une grande différence dans la qualité des réponses aux questions ouvertes puisque les patientes de la méthode médicale ont ressenti le besoin de développer plus longuement, de donner des explications. Mais il existe aussi une différence d'ordre qualitatif entre les deux séries dans le vécu de cette période.

En effet, les patientes prises en charge par la méthode médicale semblent être plus dans une phase de réflexion sur les implications de l'acte en cours avec une souffrance psychologique plus marquée. Deux tiers d'entre elles expriment ainsi des sentiments de culpabilité, de remord, d'ambivalence, d'angoisse et avec parfois un besoin de mettre de côté ses pensées et émotions lors d'une période jugée par certaines trop longue. Ceci est conforté par le fait que les deux tiers des patientes ont déclaré avoir ressenti de la tristesse, l'envie de pleurer et la moitié un sentiment de solitude. Quatre femmes se sont senties déprimées.

Avec la méthode chirurgicale, les patientes déclarent surtout (la moitié) avoir été angoissées au cours de cette période et pour un quart paniquées. Moins d'un tiers d'entre elles exprime une certaine ambivalence, le caractère irrévocable de l'acte en cours et une certaine appréhension vis-à-vis de la chirurgie et de l'anesthésie. Seul un tiers éprouve un sentiment de solitude et l'envie de pleurer. De plus, les réponses courtes à la question ouverte laissent penser que les patientes sont cependant plus sereines par rapport à leur décision avec, pour la majorité d'entre elles, aucun désir de s'étendre sur cette période. Est-ce le reflet d'un déni, d'une volonté d'occulter leurs pensées, ne pas vouloir penser aux implications car ce n'est pas le moment ?

Au total, cette phase semble être tolérable pour la majorité des patientes. Le vécu psychologique est un peu plus difficile dans le groupe médical en rapport avec la survenue de complications et la présence de patientes ayant un sentiment marqué de culpabilité, d'ambivalence et une réflexion sur les implications de l'acte plus présente. Pour le groupe chirurgical, l'angoisse et l'appréhension vis à vis de l'acte chirurgical et de l'anesthésie

générale semblent être les sentiments prédominant au cours de cette phase du déroulement de l'IVG.

### 3.2. La période de l'hospitalisation :

☛ Question fermée à choix unique:

La totalité des patientes du groupe médical a répondu à la question fermée sur l'aspect plus ou moins tolérable de la période de l'hospitalisation. Dans le groupe chirurgical seule une patiente n'a pas répondu.

**Tableau n° 33 : Vécu de la période de l'hospitalisation**

<b>Vécu de la période de l'hospitalisation</b>	<b>Méthode Médicale</b> Effectif /16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Effectif /15
Tout à fait tolérable	1	6
Tolérable	8	7
Intolérable	7	2

On constate une inversion des répartitions entre les deux méthodes. En effet, dans les deux méthodes la moitié des patientes déclare cette période tolérable mais pour le groupe médical l'autre moitié considère cette phase comme intolérable alors que dans le groupe chirurgical l'autre moitié considère cette phase comme tout à fait tolérable.

Il apparaît ainsi une nette différence de vécu entre les deux méthodes au cours de l'hospitalisation avec un vécu plus difficile dans le groupe médicamenteux.

☛ Questions fermées à choix multiples sur les sentiments ressentis :

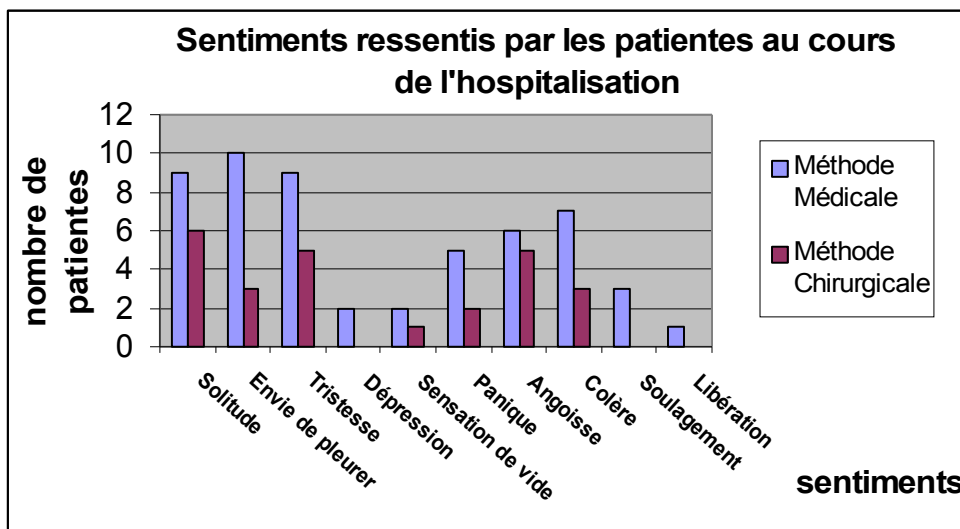
Pour le groupe médical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 3,3 émotions  $\pm$  2,5 (extrêmes de 0 à 8). Pour le groupe chirurgical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 1,5 émotions  $\pm$  1,5 (extrêmes de 0 à 5).



Pour la méthode médicale, on constate dans notre étude que :

- plus de la moitié des patientes ressent l'envie de pleurer (10 femmes), de la tristesse (9 femmes) et/ou un sentiment de solitude (9 femmes) ;
- un peu plus d'un tiers d'entre elles ressent de la colère (7 femmes), de l'angoisse (6 femmes) et de la panique (5 femmes) ;
- un quart d'entre elles (5 femmes) est soulagé et/ou libéré ;
- moins d'un quart déclare avoir été déprimé (2 femmes) avec une sensation de vide (2 femmes).

De plus, les patientes ont coché en moyenne 3 émotions pour cette question avec des extrêmes de 0 à 8 sentiments. La moitié d'entre elles a coché 4 à 8 émotions ressenties au cours de l'hospitalisation.



**Graphes n° 27 : Sentiments ou émotions ressentis par les femmes pendant l'hospitalisation**

Il semble donc que pour le groupe médical, la période de l'hospitalisation soit une période difficile émotionnellement et psychologiquement puisque plus de la moitié des patientes se sent triste et seule, un tiers ressent de la colère, de l'angoisse voire de la panique.

Pour le groupe chirurgical, les patientes ont coché moitié moins d'émotions : 1,46 en moyenne avec des extrêmes de 0 à 5 et la moitié a coché de une à aucune case. Certains sentiments ne sont pas du tout évoqués comme le soulagement, la libération et la dépression.

Par contre, on constate que :

- environ un tiers des patientes se sent angoissé (5 femmes), seul (6 femmes) et triste (5 femmes);
- moins d'un quart a ressenti de la panique (2 femmes), de la colère (3 femmes), une envie de pleurer (3 femmes) et une sensation de vide (1 femme);
- une patiente a rajouté sur le questionnaire le sentiment de culpabilité : « peur du regard de la famille ».

Il semble donc que cette période de l'hospitalisation soit mieux vécue dans le groupe chirurgical car beaucoup moins de sentiments sont exprimés que dans le groupe médical et les sentiments alors exprimés sont l'angoisse et la solitude pour à peine un tiers d'entre elles et pour un peu plus d'un quart, de la tristesse.

❖ Question ouverte :

La quasi totalité des patientes (sauf une personne) du groupe médical et du groupe chirurgical ont répondu à la question ouverte : « comment avez-vous vécu la période de l'hospitalisation ? »

#### ■ Réponses de la méthode médicale :

Tout d'abord, en analysant le lexique des réponses, on remarque un dégradé complet dans l'échelle des appréciations du positif vers le plus négatif : « très bien, bien, assez bien, normal, très dur, très mal, horrible ». Ceci reflète la grande disparité des vécus des patientes de ce groupe.

Un tiers (5 patientes sur 15) a déclaré avoir bien vécu cette période de l'hospitalisation et dans ce cas les réponses sont très courtes (« très bien », « bien », « normale »), sans explication à part celle d'avoir bénéficié d'un entourage médical « rassurant » permettant une « mise en confiance » et une durée d'hospitalisation pas trop longue et/ou acceptable.

Les deux tiers (10 patientes sur 15) ont au contraire déclaré avoir mal vécu cette période de l'hospitalisation et en ont beaucoup plus développé les raisons.

En effet dans notre étude, il semble qu'elles aient vécu au cours de cette étape :

- une longue attente (« tout n'est qu'attente », « le temps était long »), pour un tiers des patientes de ce groupe (5 femmes sur 15), d'autant plus pénible qu'elles ont l'impression de manquer d'information et de n'avoir aucune maîtrise des faits («on ne peut rien prévoir, le temps pour arriver à l'expulsion, le temps restant avant la sortie etc... !») et où le doute sur l'efficacité de la méthode s'installe avec la nécessité de répéter les prises médicamenteuses (« médicaments puis mèche puis perfusion puis rien ») ;
- une souffrance psychique («moralement très dur », « d'un point de vu moral, après l'expulsion ça a été très dur pour moi») exprimée par un tiers des patientes de ce groupe (5 femmes sur 15) au travers des sentiments de culpabilité (« honte »), d'ambivalence (« n'arrivais plus à penser à autre chose »), de solitude, de peur et un sentiment d'humiliation (« très humiliant »);
- une douleur physique décrite comme d'intensité très importante (« insupportable », « malade tellement j'avais mal », « très douloureuse ») par un quart de l'échantillon (4 femmes sur 15);
- une difficulté relationnelle avec le personnel médical, pour deux d'entre elles, soulignant l'importance d'un entourage médical formé, impliqué et respectueux du choix des femmes : « Cette interruption de grossesse a été pratiquée dans un service de gynécologie « classique ». Je ne pense pas que le personnel soit suffisamment préparé à traiter ce type d'intervention (respect du choix de la patiente et de son histoire). »

#### ■ Réponses de la méthode chirurgicale :

Les réponses sont là encore assez courtes et peu explicites.

La moitié de cet échantillon (7 sur 15 patientes), semble avoir bien vécu cette période («Très bien », « bien ») sans donner plus ample explication à part la rapidité de la méthode pour l'une d'entre elles.

L'autre moitié a moins bien vécu cette période puisque :

- un tiers du groupe (5 sur 15 patientes) ressent une angoisse, une appréhension vis à vis de l'hospitalisation, l'anesthésie générale ou l'acte chirurgical : « stressant car peur de ne pas me réveiller », « stressée, dû à l'appréhension de l'hospitalisation et du geste.»
- deux personnes, soit moins d'un quart de l'échantillon, expriment un sentiment de culpabilité, l'une en évoquant les problèmes de couple qui l'ont conduite à réaliser une

IVG (« pas évident car conflit avec conjoint ») et l'autre en expliquant qu'elle a caché à son entourage l'IVG.

### ✎ Synthèse :

On constate une grande différence de vécu de cette période entre les deux méthodes.

Pour la méthode médicamenteuse, les patientes ont un vécu plus difficile. La moitié d'entre elles déclare cette période comme intolérable et l'autre moitié comme tolérable dans la question fermée. Avec la question ouverte, les deux tiers ont exprimé de façon profuse et riche un vécu négatif de cette période. En effet, il ressort de leurs réponses manuscrites la notion d'une longue période d'attente accompagnée de doutes sur l'efficacité de la méthode, l'impression de n'avoir aucune maîtrise des faits et d'être peu informée. Il ressort également la notion de douleur psychologique à laquelle se surajoute une douleur physique importante. Probablement que cette douleur physique décrite est majorée par la souffrance psychologique. Cette douleur psychologique importante de type culpabilité, ambivalence et solitude, se retrouve exprimée majoritairement au travers de la question fermée à choix multiples où plus de la moitié des patientes se déclare triste, seule et un peu moins d'un quart, déprimée avec une sensation de vide.

La qualité de l'accompagnement par l'entourage médical semble aussi jouer un rôle important dans le vécu de cette période de l'hospitalisation puisque les explications à un bon vécu de cette phase sont la mise en confiance et l'aspect rassurant de celui-ci. D'autres patientes ont manifesté au contraire des difficultés relationnelles avec le personnel et de la solitude.

Pour la méthode chirurgicale les réponses aux questions fermées et à la question ouverte sont concordantes puisque la moitié d'entre elles déclare avoir vécu cette période de façon tolérable et l'autre tout à fait tolérable, et que dans la question ouverte la moitié a déclaré avoir bien ou très bien vécu cette période. Il apparaît donc que cette période de l'hospitalisation est mieux vécue dans le groupe chirurgical. En effet, à peine un tiers des patientes déclare avoir ressenti au cours de cette hospitalisation de l'angoisse et de la solitude. Un peu plus d'un quart d'entre elles, déclare de la tristesse. D'autre part, c'est à cette phase que les patientes de ce groupe s'expriment le plus au travers de la question ouverte. Elles décrivent surtout une appréhension vis à vis de l'hospitalisation, de l'acte chirurgical et de l'anesthésie générale comme avant n'importe quelle autre intervention chirurgicale. Cependant, c'est aussi au cours de cette phase que certaines réflexions sur les implications de l'acte lui-même et sur elles-mêmes sont exprimées par quelques patientes

comme si, pour la méthode chirurgicale, le jour de l'intervention était le jour décisif, le jour de l'acte irrémédiable. Comme si le moment de l'aspiration concentrait toutes leurs craintes.

### 3.3. Le moment de l'expulsion pour la méthode médicale :

☛ Question fermée à choix unique sur le vécu:

La quasi totalité des patientes (sauf une) a répondu à cette question fermée concernant le vécu de façon plus ou moins tolérable de la période de l'expulsion.

La moitié du groupe considère l'expulsion comme tolérable et l'autre moitié comme intolérable.

**Tableau n°34 : Vécu de l'expulsion**

Vécu de la période de l'expulsion	Méthode Médicale Effectif /15
Tout à fait tolérable	1
Tolérable	7
Intolérable	7

☛ Question fermée à réponse unique sur la vision ou non du produit de l'expulsion

Un peu plus de la moitié des patientes a vu le produit de l'expulsion.

**Tableau n° 35 : Vision du produit d'expulsion**

Avez- vous vu ce que vous avez expulsé ?	OUI	NON
	8/15	7/15

On peut alors se demander si les femmes qui ont vu le produit d'expulsion sont aussi celles qui ont trouvé cette période intolérable ?

Six femmes sur huit ayant vu le produit de l'expulsion déclarent avoir vécu cette période comme intolérable.

La quasi totalité des patientes ayant vécu cette période de façon intolérable (6 femmes sur 7) a vu le produit d'expulsion.

Il semble donc que, pour notre petit échantillon rennais, il y ait un lien entre un vécu intolérable de cette période et la vision du produit de l'expulsion.

❖ Question ouverte :

Une patiente n'a pas du tout répondu à la question ouverte : « comment avez-vous vécu la période de l'expulsion ? »

Une patiente n'a pas expulsé avec le traitement médicamenteux et a bénéficié d'une aspiration au bloc opératoire trois jours après le début du protocole. Une autre avait expulsé au domicile.

Finalement, treize patientes ont répondu et se sont largement exprimées sur leur vécu de cette période comme si un besoin de parler était nécessaire.

#### ■ Les réponses du groupe médical :

Environ un tiers des patientes (4 sur 13 femmes) a vécu le moment de l'expulsion de façon plutôt positive (« Très bien », « Bien », « Normale ») :

- deux patientes l'expliquent par l'absence de douleur ;
- les deux autres ne développent pas leur réponse ;
- l'une d'entre elles décrit un sentiment de soulagement.

Un peu plus des deux tiers des patientes (9 sur 13 femmes) dit avoir mal vécu cette phase du protocole puisque leurs réponses comprennent des mots très chargés en émotions tel que : « très traumatisant », « insupportable », « expérience assez choquante », « très dur », « très mal vécu », « éprouvant ».

L'analyse thématique de ces réponses fait ressortir le fait que la moitié des patientes de cette étude (7 femmes) ont vécu cette période de l'expulsion comme un véritable accouchement et en décrit chaque étape :

- deux femmes ont déclaré avoir distingué les différentes étapes de l'accouchement (« modifications du col, rupture de la poche des eaux... », « tout y est, sauf le réconfort habituel, le bébé. Est-on obligée de vivre cette expulsion ? ») ;
- la douleur physique importante pour 3 femmes avec les contractions (« très mal vraiment insupportable », « ça a été douloureux pour les contractions ») ;

- le sang (« vu que du sang », « eu l'impression de me vider de mon sang ») ;
- l'expulsion (« le médecin a évacué le fœtus », « on ressent tout ce qui s'en va », « ça a fait un blop ») ;
- le contact direct avec le fœtus par la vision ou le toucher (« avoir tout vu », « j'ai vu le petit », « par hasard j'ai frôlé le fœtus entre mes cuisses »).

Sur le plan psychologique le vécu est également assez difficile pour ces patientes puisque l'on retrouve exprimé à ce moment de l'IVG :

- un sentiment de culpabilité important (« quand j'ai vu le petit, j'ai eu des remords », « le sentiment de culpabilité m'a poussé à vouloir le voir pour lui dire au revoir »), une personnification du fœtus (« le petit », « un petit être », « le fœtus ») et même l'impression de commettre un crime (« je tuais un petit être ») ;
- un sentiment de solitude pour deux d'entre elles (« le fait d'avoir été seule a été éprouvant ») avec un personnel médical ou paramédical peu présent à cette phase (une seule patiente fait référence au médecin) ;
- des réactions contrastées par rapport à la vision du fœtus puisque certaines ont été choquées par le contact avec lui (3 patientes) alors qu'au contraire une patiente a souhaité le voir pour lui dire au revoir et une autre regrette de ne pas l'avoir vu (« cela reste dans le domaine du fantasme »).

### ☛ Synthèse :

La moitié des patientes a vécu cette période comme intolérable comme en témoigne le vocabulaire très chargé en émotion utilisé pour décrire cette phase par certaines patientes (« traumatisant », « très choquant », « insupportable »).

Deux tiers l'ont mal vécu du fait qu'elles l'ont, d'une part, assimilé à un véritable accouchement avec des douleurs physiques importantes liées aux contractions et modifications du col, l'hémorragie, l'expulsion du fœtus en lui même, le contact visuel et tactile avec le fœtus. Elles se sont alors retrouvées confrontées à la réalité.

D'autre part, sur le plan psychologique, c'est un moment difficile où elles éprouvent des sentiments de culpabilité importants avec des remords, une personnification du fœtus et pour une patiente l'impression de commettre un crime, mais aussi un sentiment de solitude avec, dans leurs réponses, une absence de présence du personnel évoquant un manque d'accompagnement des soignants mais soulignant aussi le fait que ce sont les patientes qui sont actives, qui commettent l'acte.

A cette étape de l'IVG, le manque d'accompagnement et de soutien ressenti par les patientes n'est-il pas l'expression d'une prise de recul des soignants, d'un désinvestissement de leur part ? On peut supposer qu'il s'agit là d'un mouvement de protection du soignant.

Le vécu psychologique de la vision du fœtus paraît varié selon les personnes mais il semble, dans notre étude, y avoir un lien entre le fait d'avoir vu le produit d'expulsion et un vécu intolérable.

### **3.4. L'anesthésie :**

Pour cette question, il n'est pas possible de comparer les deux groupes. Ceux-ci sont trop différents puisque au CHU de Rennes les patientes avaient le choix entre la rachianesthésie et l'anesthésie générale alors qu'au CHBA de Vannes les patientes ont toutes bénéficié d'une anesthésie générale systématique.

Ces patientes se sub-divisent donc en trois sous-groupes:

- groupe chirurgical et anesthésie générale,
- groupe médical et rachianesthésie,
- groupe médical et anesthésie générale.

Le but est plutôt d'avoir une idée du vécu de chacun de ces groupes.

#### **3.4.1. Résultats du groupe médical :**

Dans le groupe médical, dix patientes ont bénéficié d'une rachianesthésie et six patientes d'une anesthésie générale lors de la révision utérine au bloc opératoire.

☛ Question fermée à choix multiple :

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une anesthésie générale ont répondu à la question fermée à choix multiples et seulement huit patientes ayant bénéficié d'une rachianesthésie ont répondu à la question.

**Tableau n° 36 : Vécu de l'anesthésie par le groupe médical**



RENNES N° Dossiers	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Totaux Anesthésie Générale (A)	Totaux Rachi- Anesthésie (R)
Type d'anesthésie	R	R	A	R	R	A	R	A	R	A	R	R	A	R	R	A		
Utile	X	X	-	-	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-	X	5/6	4/10
Confortable	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1/6	1/10
Indispensable	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	4/6	1/10
Superflue																	0	0
Angoissante	-	X	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	1/6	4/10
Dangereuse																	0	0

☛ Question ouverte :

■ La rachianesthésie :

Parmi les dix patientes ayant bénéficié d'une rachianesthésie, huit ont répondu à la question ouverte: « concernant l'anesthésie générale réalisée lors de la révision utérine, comment vous êtes-vous sentie au réveil ? »

Cette question concernait évidemment les femmes ayant eu une anesthésie générale mais huit femmes (soit plus des deux tiers) ont tout de même souhaité donner leur avis sur la rachianesthésie.

Près des deux tiers des patientes ayant répondu à la question ouverte (5 femmes sur 8), semblent avoir bien vécu la rachianesthésie et la révision utérine au bloc opératoire (« Très bien », « Bien »). Les explications sont peu nombreuses mais une l'explique par le fait d'être enfin soulagée de toute douleur, d'avoir un réconfort physique et une autre patiente par la présence d'un bon entourage médical et paramédical.

« Cette anesthésie a été le grand réconfort de la journée car même consciente, ne plus sentir son corps et ce qui s'y passe est important et j'ai par conséquent très bien vécu le curetage et l'aspiration qui ont suivi (cause hémorragie).»

De plus d'après la question fermée, la rachianesthésie est vécue par la moitié des patientes ayant répondu (4 femmes sur 8) comme utile et à la fois angoissante. Elle est vécue comme indispensable et confortable par seulement une patiente dans chacun des cas. Aucune ne l'a trouvée superflue, ni dangereuse.

Un tiers des patientes a un peu plus mal vécu cette étape, avec une asthénie (pour 2 femmes), un mal-être (« pas bien dans ma peau », « déconnectée, paumée ») et une sensation de solitude.

#### ■ Anesthésie générale :

Les six patientes ayant bénéficié d'une anesthésie générale ont toutes répondu à la question : « concernant l'anesthésie générale réalisée lors de la révision utérine, comment vous êtes-vous sentie au réveil ? »

Ces six anesthésies générales ont été pratiquées chez deux mineures de 14 et 15 ans, une patiente sans domicile fixe et toxicomane, une patiente pour qui la rachianesthésie a été un échec et deux femmes qui ont souhaité cette anesthésie générale.

L'anesthésie générale est considérée par la grande majorité des patientes comme utile (5 femmes) et indispensable (4 femmes). Elle est vécue comme confortable et angoissante par une patiente. Par contre aucune patiente ne l'a trouvée superflue ni dangereuse.

Il semble que l'anesthésie générale ait été bien vécue, marquée par un sentiment de soulagement quasi-général avec cependant une patiente dans l'ambivalence puisqu'elle éprouve aussi des remords. Ce soulagement semble être d'ordre physique (il n'y a plus de douleur) et d'ordre psychique (l'IVG est terminée et l'anesthésie permet une amnésie des faits).

Les effets secondaires de l'anesthésie sont relégués au second plan avec deux patientes qui évoquent la somnolence et une confusion du réveil anesthésique (« dans les vaps ») et deux qui expriment de l'asthénie dont on ne peut dire quelle est la part du physique et du psychique.

« J'étais assez fatiguée et soulagée. Je n'avais aucune douleur. »

#### 3.4.2. Résultats du groupe chirurgical :

##### ☛ Question fermée à choix multiple :

Toutes les patientes du groupe chirurgical ont répondu à cette question.

Les trois quarts des patientes du groupe chirurgical considèrent *a posteriori* l'anesthésie générale comme utile et indispensable. Un tiers d'entre elles la trouve

angoissante mais également confortable pour un quart des patientes. Aucune ne la considère comme superflue ni dangereuse.

**Tableau n° 37 : Vécu de l'anesthésie générale par le groupe chirurgical**

VANNES N° dossier	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	Totaux
Utile	X	-	X	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	12/16
Confortable	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	X		X		04/16
Indispensable	X	X	X	X	X	-	X	-	-	X	X	X	-		X		10/16
Superflue																	00/16
Angoissante	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	X	X	X	06/16
Dangereuse																	00/16

☛ Question ouverte :

Toutes les patientes ont répondu à la question ouverte concernant l'anesthésie générale au cours de l'IVG par aspiration : « comment vous êtes-vous sentie au réveil ? »

Les patientes se sont exprimées, à travers leurs réponses, sur deux plans.

D'une part, sur le plan physique en développant surtout les effets secondaires de l'anesthésie générale au réveil pour deux tiers des patientes:

- un tiers d'entre elles (6 femmes sur 16) se plaint de somnolence, confusion (« dans les vaps », « un peu dans les nuages », « K.O. », « perdue », « ne savait plus du tout où j'étais ») et d'amnésie des faits (« je ne me souviens de rien ») ;
- nausées et céphalées sont évoquées par une patiente ;
- peu ou pas de douleur au réveil exprimé par deux d'entre elles ;
- rapidité de l'intervention évoquée par l'une d'entre elles.

D'autre part, sur le plan psychologique, avec pour :

- la moitié des patientes (8 sur 16 femmes) l'expression d'une appréciation générale de l'anesthésie mais probablement aussi de l'IVG en elle même qui semble assez positive pour 6 femmes (« très bien », « bien », « assez bien »)
- un quart d'entre elles (4 sur 16 femmes) a exprimé, au travers des sentiments d'ambivalence, de culpabilité, de tristesse et de solitude, une souffrance psychologique au réveil en réalisant que l'IVG est terminée (« pas bien moralement, penser que c'est fini, dur à encaisser »).

Au total, l'anesthésie générale est vécue par la majorité des patientes comme indispensable, utile et confortable bien qu'angoissante. Leur réveil semble marqué par les effets secondaires de l'anesthésie générale (exprimé par deux tiers des patientes) avec la somnolence, confusion, amnésie des faits, nausées et céphalées mais ceux-ci semblent être bien tolérés puisque la moitié des patientes ont une appréciation positive de l'anesthésie. Elles semblent ne pas être algiques au réveil puisque aucune ne s'en plaint et deux patientes signalent l'absence ou le peu de douleur ressenti. Il apparaît aussi que pour un tiers des patientes de ce groupe, le réveil anesthésique soit un moment difficile psychologiquement. En effet, elles expriment particulièrement des sentiments de tristesse, de culpabilité, et de solitude surtout chez les femmes ambivalentes qui réalisent à ce moment que l'acte est fait et irrémédiable.

### 3.4.3 Synthèse :

On constate donc que, quel que soit le type d'anesthésie utilisé, celle-ci est vécue dans la moitié à trois quarts des cas comme utile et n'est jamais considérée comme superflue ni dangereuse. La rachianesthésie est angoissante pour la moitié des patientes. L'anesthésie générale est angoissante pour deux tiers des patientes du groupe chirurgical mais ne l'est que pour une patiente du groupe médical. Elle est aussi indispensable pour trois quarts des patientes quel que soit le groupe.

### 3.5. La période du retour à domicile :

☛ Question fermée à choix unique :

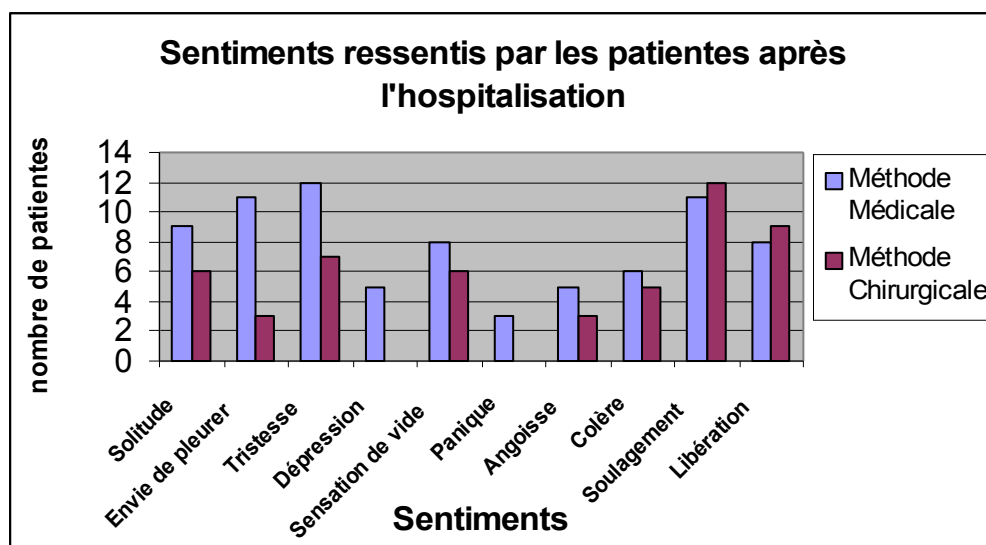
**Tableau n° 38 : Vécu de la période qui suit l'hospitalisation**

Vécu de la période qui suit l'hospitalisation	Méthode Médicale Effectif /16	Méthode Chirurgicale Effectif/16
-----------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Tout à fait tolérable	3	4
Tolérable	10	11
Intolérable	3	1

Dans les deux groupes, les deux tiers des patientes considèrent la période qui suit l'intervention comme tolérable. Par contre 3 femmes ont vécu cette période de façon intolérable dans la série médicamenteuse contre une dans la méthode chirurgicale.

→ Question fermée à choix multiple sur les sentiments ressentis :



**Graphes n° 28 : Sentiments ressentis par les patientes après l'hospitalisation**

Pour le groupe médical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 4,65 émotions  $\pm$  2,5 (extrêmes de 0 à 9). Pour le groupe chirurgical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 3,2 émotions  $\pm$  1,3 (extrêmes de 2 à 6).

Avec la méthode médicale :

- Trois quarts des patientes ont ressenti, au cours de cette période, à la fois de la tristesse (12 femmes), une envie de pleurer et un sentiment de soulagement (11 femmes).
- La moitié (8 femmes) a éprouvé de la solitude avec une sensation de vide mais aussi de libération.
- Un tiers a éprouvé de la colère (6 femmes), de l'angoisse et un sentiment de dépression (5 femmes).

Dans ce groupe, on constate donc que, deux semaines après, les trois quarts des patientes sont encore dans le même état psychologique de tristesse, dépression et de solitude que pendant l'hospitalisation puisque la répartition de ces sentiments est la même. Elles n'ont pas « tourné la page », elles sont encore dans le vécu de l'IVG avec toute sa part d'ambiguïté et de culpabilité. En effet les trois quarts de ces patientes déclarent aussi être soulagées et la moitié libérée. Cette coexistence paradoxale de ces sentiments est-elle le reflet de leur ambivalence et/ou culpabilité par rapport à leur choix ou bien au contraire une confirmation de leur choix avec un vécu difficile de la méthode ?

Pour le groupe chirurgical, les patientes ont répondu en cochant en moyenne 3 émotions (extrêmes de 2 à 6) avec la moitié qui a coché deux émotions (8 femmes sur 16). C'est donc la phase de l'IVG où les patientes de ce groupe se sont le plus exprimées.

Avec la méthode chirurgicale :

- Plus des trois quarts des patientes ont déclaré un sentiment de soulagement (12 femmes) et de libération (9 femmes) au cours de ces trois semaines qui suivent l'hospitalisation.
- Mais aussi un tiers se sent triste (7 femmes), seule (6 femmes), avec une sensation de vide (6 femmes) et de la colère (5 femmes).
- Moins d'un quart (3 femmes) ressent l'envie de pleurer et de l'angoisse.
- Une patiente a rajouté sur son questionnaire le sentiment de culpabilité et de peur du jugement (« peur du regard de la famille »).
- Aucune ne se sent déprimée ni paniquée contrairement au groupe médical.

Il semble donc que les deux tiers des patientes aient « tourné la page » sur l'IVG, soient passés à autre chose assez rapidement puisque trois semaines après, seul un tiers de femmes déclare s'être senti tristes, seules et angoissées.

❖ Question ouverte :

■ Réponses de la méthode médicale :

Toutes les patientes du groupe médical ont répondu à cette question sauf une qui était sans domicile fixe et placée en foyer social pendant cette période.

La moitié des patientes (7 femmes sur 16) semble avoir bien vécu cette période du retour à domicile. Leurs réponses sont brèves, ou peu développées en explication (2 patientes) mais il semble que ce bon vécu soit en rapport avec la qualité de l'entourage familial et facilité par leur capacité d'oubli, de déni de l'événement passé (« tourner la page, passer à autre chose »).

L'autre moitié (8 femmes sur 16) a plus difficilement vécu ces deux semaines entre la sortie de l'hôpital et la visite de contrôle et s'est beaucoup plus exprimée sur le sujet avec plusieurs idées abordées dans une même réponse.

Cette période semble être surtout difficile psychologiquement (« très dur moralement », « assez difficile moralement », « c'est dur ») avec l'expression, au travers de leurs réponses, de :

- un sentiment de dépression puisque le mot est présent 3 fois (« un moment de grande déprime. La première semaine, j'étais « absente », incapable de m'occuper mes enfants puis j'ai senti la dépression me gagner... », « une grande sensation de mal-être »);
- solitude évoquée par deux patientes ;
- difficultés à s'exprimer sur cette expérience mais aussi à trouver des occasions pour en parler évoquées par une patiente (« rares sont les occasions de parler de ces moments difficiles»);
- prise de conscience de ce qui s'est passé (« j'ai réalisé après un ou deux jours par quoi mon corps et ma tête étaient passés ») accompagnée de réminiscences (« beaucoup de flash sur l'expulsion ») et parfois d'un besoin d'oubli (« besoin de me changer les idées ») ;
- importance du soutien familial évoqué par deux femmes (« sans l'équilibre familial déjà là et sans le soutien de mon conjoint, je crois que cela aurait été insurmontable »).

D'autre part sur le plan physique :

- deux patientes expriment une asthénie (« épuisée », « très fatiguée ») ;
- une patiente évoque des vertiges et insomnies.

#### ■ Réponses de la méthode chirurgicale :

Concernant la méthode chirurgicale, 16 patientes ont répondu à la question ouverte.

Les réponses paraissent plus axées sur le plan physique avec deux tiers des réponses sur ce thème (10 sur 16 femmes). La plainte essentielle étant alors l'asthénie. Cette grande fatigue ressentie par les patientes lors du retour à domicile peut aussi être liée au poids psychologique de la situation vécue et à la difficulté d'en parler. Dans ce groupe,

l'acte a été pris en charge par le corps médical. La culpabilité est probablement plus enfouie avec plus de déni de la réalité que dans le groupe médicamenteux.

Un tiers des patientes (5 femmes) s'est également clairement exprimé sur un plan psychologique avec :

- des sentiments de culpabilité (« remords »), d'ambivalence (« je n'ai pu aller voir une amie qui a accouché »), de mal être, de solitude et d'angoisse.
- de soulagement, de libération pour une patiente (« libérée d'un gros poids »).

### ✈ Synthèse:

Les deux groupes ont vécu cette période du retour à domicile de façon tolérable dans plus de deux tiers des cas et pour un cinquième du groupe médical de façon intolérable. Ce qui signifie que tout ne revient pas à la normale au retour de l'hôpital.

En effet, les trois quarts des patientes du groupe médical sont encore dans le vécu de l'IVG avec pour certaines des réminiscences de la période de l'hospitalisation, notamment de l'expulsion. Elles ne semblent pas avoir « tourné la page ».

De plus la moitié des patientes exprime un vécu psychologique difficile de cette période qui est principalement marquée par les sentiments de tristesse, de dépression, de solitude et de culpabilité pour la moitié à trois quarts des patientes avec en même temps beaucoup d'ambivalence puisque la même proportion de patientes se sent soulagée et libérée.

Une moitié des patientes déclare également avoir bien vécu cette période grâce à la qualité de leur entourage familial et leur envie d'oublier l'événement.

Le vécu psychologique du groupe chirurgical paraît très différent. Les trois quarts des patientes déclarent principalement avoir été soulagées, libérées et seulement un tiers s'est senti tristes, seules, angoissées avec de la culpabilité et de l'ambivalence.

Les plaintes paraissent être plutôt d'ordre physique avec une asthénie pour deux tiers des patientes mais qui peut également être l'expression du poids psychologique de la situation vécue, des difficultés à en parler et d'une culpabilité plus enfouie.

Les patientes du groupe chirurgical semblent exprimer beaucoup moins de culpabilité et de souffrance psychique que dans le groupe médical et paraissent avoir « tourné la page » plus vite et plus facilement.

Cependant, il est probable que les patientes du groupe chirurgical soient plus dans le déni de la réalité, avec une culpabilité plus enfouie que celles du groupe médical. Ces



dernières ont été, avec la méthode médicamenteuse, plongées dans toute la réalité de l'IVG. Elles paraissent avoir des réactions plus immédiates et moins défensives que les patientes du groupe chirurgical.

#### 4. LE RECOURS A UN INTERVENANT MEDICOPSYCHOSOCIAL DANS LES SUITES DE L'IVG :

##### 4.1. Question fermée à choix simple :

Toutes les patientes ont répondu à cette question dans les deux groupes.

Il semble y avoir une nette différence entre eux puisque seulement 2 femmes ont éprouvé le besoin de consulter un intervenant médicopsychosocial dans les trois semaines qui suivent l'IVG chirurgicale contre 7 femmes, soit presque la moitié d'entre elles, dans les deux semaines qui suivent l'IVG médicale.

**Tableau n° 39 : Recours à un intervenant médicopsychosocial**

<b>Recours à un intervenant médicopsychosocial</b>	<b>Méthode Médicale</b> Effectif /16	<b>Méthode Chirurgicale</b> Effectif/16
OUI	7	2
NON	9	14

##### 4.2. Question ouverte :

Dix patientes de la méthode médicale et deux patientes de la méthode chirurgicale ont répondu à la question ouverte.

Dans le groupe médical, 3 patientes sur 7 ont consulté un généraliste, 3 autres un gynécologue, une femme un psychiatre et une patiente un psychologue.

Le gynécologue est consulté pour instaurer une contraception, pour réaliser le suivi médical dans les suites de l'intervention et rassurer de l'absence de complication.

Le médecin généraliste est consulté pour instaurer une contraception, réaliser le suivi et surtout pour son écoute. Deux patientes précisent qu'elles ont eu un besoin d'écoute qui a été assuré par leur conjoint. Une précise n'avoir eu besoin de personne.

Dans le groupe chirurgical , une patiente a consulté l'équipe psychiatrique de la clinique dans laquelle elle était hospitalisée et l'autre a ressenti le besoin de consulter mais ne l'a pas fait.

### **4.3. Synthèse :**

La moitié des patientes a donc éprouvé le besoin de consulter un médecin dans les suites de l'IVG médicale contre seulement deux dans le groupe chirurgical.

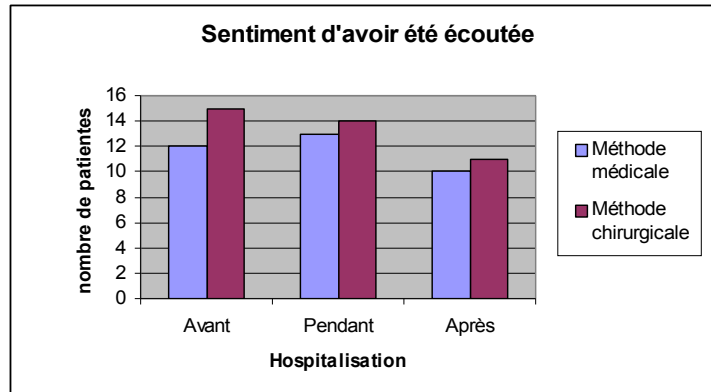
La moitié d'entre elles a consulté pour parler et être écoutée. Dans ce cas, c'est essentiellement un médecin généraliste, parfois (2 cas sur les 7) un psychiatre ou psychologue qui est consulté.

L'autre moitié a consulté plutôt un gynécologue ou un médecin généraliste pour instaurer une contraception ou pour le suivi médical.

Ce besoin d'écoute, exprimé par un quart des patientes du groupe médicamenteux, est-il lié à un vécu plus difficile de la méthode avec un besoin de se libérer de ce vécu par la parole ? Est-il lié au fait que par rapport à l'intervention chirurgicale la culpabilité est vécue différemment, moins refoulée? C'est le médecin qui pratique l'acte d'aspiration pour « libérer » et dans l'autre cas, c'est la femme qui se libère seule assistée du médecin. Ou bien est-il lié à une population de femmes plus en difficultés sociopsychologiques et plus ambivalentes à Rennes qu'à Vannes ?

## **5. LE SENTIMENT D'AVOIR ETE ECOUTEE PAR L' EQUIPE MEDICOSOCIALE :**

### **5.1. Questions fermées à choix unique :**



**Graphe n ° 29 : Sentiment d'avoir été écoutée**

Toutes les patientes, dans les deux séries, ont répondu à la question : « avez-vous eu l'impression d'être écoutées, oui ou non, et à quel moment par rapport à l'hospitalisation ? »

### 5.2. Question ouverte :

Pour la question ouverte concernant les personnes qui ont été à leur écoute, les réponses ne peuvent être réellement comparées entre les deux groupes car les deux structures sont trop différentes par le nombre et la nature du personnel côtoyé par les patientes.

Le taux de réponses est de plus des deux tiers dans les deux groupes avant et pendant l'hospitalisation. Pour la période du retour à domicile les patientes du groupe médical n'ont quasiment pas répondu avec un quart d'entre elles seulement contre les deux tiers pour le groupe chirurgical.

Les femmes n'ont pas précisé la spécialité du médecin qui les a écoutées (généraliste, gynécologue) sauf pour l'anesthésiste qui a été cité une fois avant l'hospitalisation dans les deux groupes et deux fois pour le groupe médical pendant l'hospitalisation. Nous avons donc mis ensemble les réponses « médecin » et les réponses « anesthésiste ».

On constate donc que :

- la conseillère conjugale est déclarée comme étant le plus souvent à l'écoute avant l'hospitalisation (trois quarts des cas dans les deux groupes) ;

- les IDE ( infirmière diplômée d'état) le plus souvent pendant l'hospitalisation (plus de trois quart des cas);
- les médecins du groupe médical sont considérés à l'écoute dans la moitié des cas avant et pendant l'hospitalisation, ceux du groupe chirurgical dans plus des deux tiers des cas avant et pendant l'hospitalisation ;
- l'entourage familial et amical de la patiente est mentionné dans moins d'un quart des cas avant et pendant l'hospitalisation et par contre dans plus de la moitié des cas après l'hospitalisation pour le groupe chirurgical semblant ainsi faire le relais du personnel médicopsychosocial ;
- la psychologue n'est mentionnée qu'une fois dans le groupe médical.

Pour la période qui suit l'hospitalisation les taux de réponses sont trop différents entre les deux groupes pour que l'on puisse les comparer.

#### **Tableaux n° 40 : Personnes à l'écoute des patientes au cours de la procédure d'une IVG**

Écoute Par qui ?	AVANT		PENDANT		APRES	
	Médical Total*= 11	Chirurgical Total*= 14	Médical Total*= 11	Chirurgical Total*=12	Médical Total*= 4	Chirurgical Total*=10
Conseillère	8	13	1	0	1	5
IDE	1	1	9	10	1	3
Médecin	5	13	6	8	3	7
Psychologue	0	0	1	0	0	0
Entourage familial	1	4	2	2	2	6

(RQ : Total = nombre total de patientes ayant répondu à la question)

#### **6. LE SENTIMENT D'AVOIR ETE BIEN INFORMEE :**

##### **6.1. Question fermée à choix unique :**

Toutes les patientes des deux groupes ont répondu à la question : pensez-vous avoir été bien informée sur le déroulement de la méthode, oui ou non ?

#### **Tableau n° 41 : Impression d'avoir été bien informée**

Bien informées ?	Méthode Médicale Effectif sur 16	Méthode Chirurgicale Effectif sur 16
OUI	12	16

Globalement les patientes considèrent avoir été bien informées dans les deux séries sauf un quart des patientes du groupe médical.

## 6.2. Question ouverte :

Plus des trois quarts des patientes des deux séries ont répondu à la question : « par qui avez-vous été informée ? »

Là aussi la spécialité du médecin n'est pas précisée.

**Tableau n° 42 : Mode d'information sur la méthode d'IVG**

Informées par qui ?	Méthode Médicale Effectif sur 12	Méthode Chirurgicale Effectif sur 14
Médecin	5	13
Conseillère	7	5
IDE	7	1
Documents papiers, Internet	0	2

Pour le groupe chirurgical, les patientes considèrent avoir été informées dans quasiment tous les cas par un médecin et pour un tiers par la conseillère conjugale. Deux patientes ont précisé avoir eu des documents à lire et/ou s'être renseignées sur Internet.

Parmi les patientes qui ont répondu avoir été bien informées sur le déroulement de l'IVG, un peu plus de la moitié d'entre elles considère l'avoir été par la conseillère conjugale et/ou l'infirmière au cours de l'hospitalisation, un peu moins de la moitié par un médecin.

Les patientes qui ont déclaré avoir été mal informées n'ont pas répondu à cette question sauf deux personnes qui ont rajouté de façon manuscrite :

« C'est après qu'on m'explique : à cause de ma césarienne pour l'expulsion qu'on m'a mis un comprimé au lieu de deux. »

« Personne. Prenez et taisez vous. »

**Tableau n° 43 : Récapitulatif des résultats de la partie vécu psychologique**

	Méthode Médicale	Méthode Chirurgicale

<b>Poursuite des activités habituelles</b> Avant Hospitalisation Après Hospitalisation	Effectif /16 14 11	Effectif /15 13 14
<b>Prescription arrêt de travail</b> Avant Hospitalisation Après Hospitalisation	Effectif /15 0 4	Effectif /15 1 1
<b>Déroulement de l'IVG tel que vous l'aviez imaginé?</b> OUI NON	Effectif /16 3 13	Effectif /14 5 9
<b>Vécu de la période qui précède l'hospitalisation</b> Tout à fait tolérable Tolérable Intolérable	Effectif /16 5 8 3	Effectif /14 5 9 0
<b>Vécu de la période de l'hospitalisation</b> Tout à fait tolérable Tolérable Intolérable	Effectif /16 1 8 7	Effectif /14 6 7 1
<b>Vécu de la période de l'expulsion</b> Tout à fait tolérable Tolérable Intolérable	Effectif /15 1 7 7	
<b>Vécu de la période qui suit l'hospitalisation</b> Tout à fait tolérable Tolérable Intolérable	Effectif /16 3 10 3	Effectif /15 4 11 0
<b>Recours à un intervenant médicosychosocial</b> OUI NON	Effectif /16 7 9	Effectif /15 1 14
<b>Sentiment d'avoir été écoutées ?</b> Avant Pendant Après	Effectif /16 12 13 10	Effectif /16 15 14 11

**Tableau n° 44 : Récapitulatif sur les sentiments ressentis aux différentes phases d'une IVG**

Avant Hospitalisation	Méthode Médicale Effectif / 16	Méthode chirurgicale Effectif / 16
-----------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

Solitude	8	6
Envie de pleurer	10	5
Tristesse	10	4
Dépression	4	0
Sensation de vide	2	3
Panique	3	4
Angoisse	6	8
Colère	5	4
Soulagement	4	0
Libération	1	0
Pendant Hospitalisation	Méthode Médicale Effectif sur 16	Méthode chirurgicale Effectif sur 16
Solitude	9	6
Envie de pleurer	10	3
Tristesse	9	5
Dépression	2	0
Sensation de vide	2	1
Panique	5	2
Angoisse	6	5
Colère	7	3
Soulagement	3	0
Libération	1	0
Après Hospitalisation	Méthode Médicale Effectif sur 16	Méthode chirurgicale Effectif sur 15
Solitude	9	6
Envie de pleurer	11	3
Tristesse	12	7
Dépression	5	0
Sensation de vide	8	6
Panique	3	0
Angoisse	5	3
Colère	6	5
Soulagement	11	12
Libération	8	9

# **DISCUSSION**



## A. LES BIAIS DE L' ETUDE :

### 1. Deux populations différentes :

L'étude a été réalisée à partir de deux centres hospitaliers qui prennent en charge, dans le cadre des IVG tardives, des patientes issues de deux populations assez différentes. Ceci peut être à l'origine de biais dans les résultats de l'étude. L'idéal aurait été de mener l'étude dans un même centre qui réaliserait l'une et l'autre des deux méthodes. Bien évidemment, ceci n'était pas possible dans la pratique puisque aucun centre de la région Bretagne ne propose aux patientes à la fois les deux méthodes pour les IVG entre 12-14 SA et que le centre de Rennes est le seul à pratiquer la méthode médicale.

- Selon les dernières données statistiques de l'INSEE :

- Les deux villes sont de tailles très différentes avec une population rennaise 4 fois plus importante et significativement plus jeune que celle de Vannes.

La ville de Rennes comporte, en 1999, 206 194 habitants [49] dont 30 % d'étudiants, 53,8 % de femmes et une proportion de 20 à 39 ans de 41,3 % (supérieure à la moyenne nationale de 28,1 %) .

La ville de Vannes comporte 51 759 habitants (chiffres de 1999) avec 53,5 % de femmes et une proportion de 20 à 39 ans de 32,8 % [49].

- Les zones d'activités des deux centres hospitaliers sont également très différentes avec une zone beaucoup plus étendue et peuplée (3 fois plus d'habitants) pour le CHU de Rennes et au niveau économique un taux de chômage un peu plus faible.

Le CHU et les cliniques à activité gynécologique de Rennes prennent aussi en charge pour les IVG tardives des femmes venant des arrondissements de Rennes (579 498 habitants), de Redon (69 896 habitants) et de Fougères (67 014 habitants) qui représentent soit un total de 716 408 habitants. Fin 2003, le taux de chômage est de 7,4 % dans le bassin d'activité de Rennes et de 6,4 % dans celui de Fougères [49].

Le CHBA de Vannes prend en charge pour les IVG tardives des patientes des arrondissements de Vannes et de Auray qui représentent respectivement 172 533 et 76 394 habitants soit au total 248 927 habitants avec des taux de chômage, à la fin 2003, respectivement de 8,3 % et de 11 % [49].

- Dans notre étude, comme dans les statistiques de l'INSEE, le groupe rennais est constitué de femmes un peu plus jeunes (25 ans contre 28 ans) en moyenne que le groupe de Vannes.

Un peu plus de la moitié des femmes du groupe rennais est en couple ou en famille et les deux tiers sont sans profession ou en formation. Dans le groupe de Vannes, la grande majorité est célibataire et a un emploi. Contrairement aux statistiques régionales, notre échantillon a un plus faible taux de chômage à Vannes qu'à Rennes.

## 2. Deux centres hospitaliers différents :

- **Activités différentes :**

Le centre hospitalier de Rennes est un CHU avec une activité globale beaucoup plus élevée que le centre hospitalier de Vannes.

En ce qui concerne les IVG tous termes confondus l'activité est 3 fois plus importante (avec 1586 IVG en 2005 au centre d'orthogénie de Rennes et 488 pour le CPEF de Vannes) et 2 fois plus pour les IVG tardives 12-14 SA (avec 59 IVG tardives contre 25 au CPEF de Vannes).

- **Sites de prise en charge :**

Pour les IVG tardives, les prises en charge se font dans deux sites très éloignés l'un de l'autre à Rennes alors qu'à Vannes toutes les étapes de la procédure ont lieu sur le même site à Vannes.

- **Le Personnel:**

Les personnes des services prenant en charge les IVG tardives sont beaucoup plus nombreuses au CHU de Rennes qu'au CHBA .

Dans les deux centres, les patientes participant à l'étude ne sont pas toujours prises en charge par les mêmes personnes, dans chaque catégorie de professionnels de santé.

Le personnel du CHBA est habitué et sensibilisé à la prise en charge des IVG puisque la consultation pré-IVG a lieu au CPEF. L'intervention est réalisée par un médecin du CPEF et l'hospitalisation a lieu dans le service de chirurgie ambulatoire où 4 lits sont chaque jour réservés aux IVG chirurgicales comme médicamenteuses.

Par contre, le personnel de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Rennes qui reçoit les femmes en hospitalisation est peu sensibilisé aux IVG puisque celles-ci sont toutes réalisées dans le centre d'orthogénie de Rennes à l'exception des 12-14 SA depuis 2001.

### 3. Nombre limité de dossiers obtenus :

Bien que l'étude ait été menée sur 5 mois à Rennes et 6 mois à Vannes, le nombre total de patientes ayant participé est de 32.

L'IVG tardive reste, 5 ans après sa légalisation, un acte relativement rare si bien que au CHU de Rennes en 2005 seules 59 femmes y ont eu recours et 25 au CHBA.

Sur de si petits effectifs, aucune étude statistique complète n'est possible.

### 4. Absence de choix de la méthode :

Les patientes n'ont pas eu le choix de la méthode d'IVG dans les deux centres hospitaliers. Par contre, les patientes du CHU de Rennes ont pu choisir le mode d'anesthésie pour la révision utérine. Cette méthode imposée peut constituer un biais dans l'acceptabilité et le vécu de la méthode.

## B. CONFRONTATION DES RÉSULTATS À LA LITTÉRATURE :

Notre étude porte sur les IVG réalisées entre 12 et 14 SA (soit entre 85 et 98 jours d'aménorrhée) c'est à dire la période entre la fin du premier trimestre et le début du deuxième trimestre de la grossesse. A ce terme de la grossesse, l'ANAES [2], recommande de réaliser l'IVG par méthode chirurgicale préférentiellement sous anesthésie générale. Une anesthésie locale peut être réalisée si le médecin a une bonne maîtrise de celle-ci. La méthode médicamenteuse est acceptée dans les situations où la méthode chirurgicale ne peut être pratiquée. Nous nous sommes alors intéressés à évaluer et comparer le vécu somatique et psychologique à court terme de ces deux techniques.

L'acceptabilité de la méthode et le vécu psychologique par les femmes, dépendent de plusieurs facteurs dont le taux de réussite de la méthode, la durée d'expulsion, la durée d'hospitalisation, la survenue de complications, la douleur, l'importance des métrorragies et des autres effets secondaires mais aussi du fait d'avoir eu ou non le choix de la méthode.

Très peu d'études se sont intéressées à cette période précise si bien que la recherche bibliographique a dû se porter sur des études réalisées à la fin du premier trimestre de grossesse et d'autres au début du second trimestre.

La méthode médicamenteuse est une technique récente (début des années 90) alors que la méthode chirurgicale a prouvé son efficacité depuis longtemps et a peu évolué depuis les trente dernières années.

Les études récentes concernant la méthode chirurgicale sont peu nombreuses, cherchant essentiellement à évaluer l'efficacité de différents protocoles d'anesthésie locale et de préparation cervicale à l'intervention.

Les publications sur la méthode médicamenteuse sont beaucoup plus nombreuses. Elles visent à évaluer l'acceptabilité de la méthode, l'efficacité, les complications, les effets secondaires de divers protocoles entre eux ( *misoprostol* seul, *méthotrexate* et *misoprostol* ou *sulpostrone*, *mifépristone* et *misoprostol* ).

Les études comparatives menées, concernant l'IVG, comparent deux protocoles différents au sein de la méthode médicale ou de la méthode chirurgicale, mais très peu comparent l'une à l'autre. Les études comparant les méthodes médicamenteuse et chirurgicale, concernent surtout des IVG du premier trimestre de moins de 9 SA puisque, dans de nombreux pays occidentaux, le choix entre les deux méthodes n'est proposé que pour des termes inférieurs à 7 ou 9 SA selon les pays. Les données de la littérature s'intéressant spécifiquement à la comparaison de l'efficacité et du vécu de la méthode médicale et de la méthode chirurgicale des IVG au terme précis de 12 à 14 SA sont rares.

## 1. EFFICACITE / TAUX D'ECHEC:

L'efficacité de la méthode chirurgicale est évaluée sur la nécessité d'une reprise chirurgicale (pour grossesse évolutive ou rétention).

L'efficacité de la méthode médicamenteuse est évaluée sur le taux d'expulsion complète, c'est à dire sans recours à une reprise chirurgicale, mais aussi sur le délai d'expulsion.

### 1.1 Comparaison des deux méthodes :

Dans notre étude, les deux méthodes sont efficaces avec un taux de succès légèrement supérieur dans le groupe chirurgical.

Dans la littérature, il existe peu de comparaisons directes des deux méthodes mais il semble que les taux rapportés d'échecs entre 10 et 13 SA par technique instrumentale (moins de 2 %) soient inférieurs à ceux des techniques médicales (jusqu'à 5 %) [2]. Cependant une étude britannique récente [5], comparant les deux méthodes d'IVG entre 10 et 13 SA chez 448 femmes, ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes bien que les taux de reprise chirurgicale soient de 5,4 % pour la méthode médicale et 1,7 % de reprise chirurgicale pour avortement incomplet dans les quatre semaines qui ont suivi l'IVG instrumentale.

Les deux méthodes ont donc des taux d'efficacité tout à fait acceptables pour les IVG tardives avec un taux d'efficacité qui semble être supérieur pour la méthode chirurgicale.

### 1.2 Pour la méthode chirurgicale :

Avec la méthode chirurgicale aucune reprise instrumentale n'a été réalisée sur la période de l'étude et toutes les patientes ont été prises en charge en hospitalisation de jour.

Dans la littérature, le taux de succès de la méthode chirurgicale est également très élevé jusqu'à 99,7% avec au plus 2,3 ré-aspirations pour 1000 IVG chirurgicales [2]. Le taux de reprise chirurgicale peut varier entre 0,23 % et 2,8 % selon les études et le terme de l'IVG [10]. Les facteurs prédisposant à une nouvelle intervention sont : la multiparité, les aspirations à des âges gestationnels inférieurs à 7 SA et la réalisation de l'aspiration par un opérateur en formation [2]. Pour F. Venditelli, le risque de ré-aspiration serait plus élevé en cas d'IVG vers 12-14 SA. [70]

La littérature préconise l'utilisation systématique d'une préparation cervicale afin de faciliter la dilatation du col, de réduire les saignements per-opératoire et les rétentions [10]. La préparation cervicale apporte des bénéfices avant une aspiration chirurgicale entre 10 et

18 SA notamment avec le *misoprostol* [6]. La *mifépristone* a aussi prouvé son efficacité dans cette indication sans majoration des effets secondaires par rapport à un placebo [2].

### 1.3 Pour la méthode médicamenteuse :

La *mifépristone* en association avec le *misoprostol* permet d'augmenter les taux de réussite, de réduire le délai d'expulsion et les doses de *misoprostol* nécessaires par rapport aux protocoles de *misoprostol* seul [46,47]. Ces protocoles permettent l'obtention de taux d'expulsion fœtale en 24 heures de 95 % ou plus [2]. Ce que confirment les études reportées dans le tableau n°45.

Les doses recommandées sont passées de 600 µg à 200 µg suite à une étude randomisée de Webster qui a retrouvé des délais d'expulsion inchangés avec des doses réduites de *mifépristone* pour les IVG du 2<sup>e</sup> trimestre [85]. La même conclusion a d'ailleurs été apportées par l'étude de Schaff et al [73] pour les IVG de moins de 9 SA.

Dans notre étude, avec la méthode médicale, une seule patiente sur 16 a eu une aspiration chirurgicale devant l'absence d'expulsion. Selon l'ANAES [2], les taux d'aspiration et donc d'échec après méthode médicamenteuse sont en moyenne de 2,5 % ce qui est plus élevé qu'avec la méthode chirurgicale. Il s'agit de la complication la plus fréquente de la méthode médicamenteuse.

Depuis 2000, les études citées dans le tableau n°45 associant *mifépristone* et *misoprostol*, ont confirmé que cette méthode est d'efficacité acceptable pour des termes tardifs de 12 -14 SA ainsi qu'au second trimestre [7] avec des taux de succès (c'est-à-dire d'expulsion, complète ou pas, à 24 heures) qui varient entre 91,7 % et 97,4 % et des taux de reprise chirurgicale entre 1,9 % et 11,7 %.

L'augmentation de l'âge gestationnel diminue l'efficacité de la méthode médicale, selon certaines études rétrospectives de la deuxième moitié du premier trimestre [40,41] et au cours du second trimestre [7].

Les femmes jeunes et/ou avec un antécédent d'accouchement ont plus de chance de réussite [7] au cours des IVG médicamenteuses du second trimestre. Par contre pour la fin du premier trimestre, le taux d'échec n'a jusqu'à présent été corrélé ni avec l'âge maternel, ni avec la parité, ni avec la gestité, ni avec l'antécédent d'IVG [41].

#### 1.3.1 Le délai d'expulsion :

Un avantage de la méthode médicale est que l'expulsion du fœtus est provoquée sans intervention instrumentale mais elle présente comme inconvénient que la durée nécessaire à l'expulsion et l'issue de l'IVG ne sont pas prévisibles. Le délai d'expulsion est le temps séparant la première prise de prostaglandines (ou analogue) du moment de l'expulsion. Ce délai conditionne la durée d'hospitalisation.

Une seule patiente a expulsé au domicile avant l'administration de prostaglandines. Dans la littérature [8], cette situation est également rare avec un taux de 0,5 % pour les IVG de la fin du premier trimestre.

Le délai d'expulsion moyen au cours de cette étude est de 6,79 h avec un minimum de 2 h et un maximum de 32 h. Une seule patiente a expulsé en plus de 12 h, la quasi-totalité en moins de 10 heures (13 femmes). Dans l'étude de Largeaud et al [54] menée sur 105 patientes entre 9 et 14 SA, seuls 3,8 % ont expulsé entre 12 et 30 h de protocole et 63 % ont expulsé en moins de 6 heures.

Ce délai moyen correspond à celui que l'on retrouve dans la littérature avec des protocoles associant *mifépristone* et *misoprostol* pour des IVG réalisées à des termes autour de 12-14 SA. Les dernières études, citées dans le tableau n°45, retrouvent pour cette méthode des délais moyens d'expulsion qui varient entre 4,83 h et 7,5 h pour des termes de la fin du premier trimestre et début du second trimestre. Le délai d'expulsion moyen dans la littérature [79] est de 7 à 9 h pour les IVG réalisées au 2<sup>e</sup> trimestre avec des protocoles associant *mifépristone* et *misoprostol*.

Ces délais sont inférieurs à 10 heures et peuvent alors être compatibles avec une hospitalisation de jour pour la majorité des patientes.

Selon les données de la littérature [39,41,42], pour les IVG du premier trimestre, le délai d'expulsion risque d'être plus long chez les femmes plus âgées ( $p < 0,01$ ) et lorsque le terme de la grossesse est plus tardif ( $p < 0,0001$ ) mais le délai est plus court s'il y a un antécédent d'accouchement. Pour les IVG médicamenteuses du second trimestre, le délai d'expulsion augmente également avec l'âge gestationnel, la nulliparité et l'âge maternel.

Seule l'étude française de Largeaud et al [54], menée sur 105 patientes entre 9 et 14 SA, donne des chiffres sur le délai d'expulsion trophoblastique. Dans 79 % des cas, il y a expulsion concomitante du trophoblaste et du fœtus. Dans les autres situations, l'expulsion trophoblastique survient dans les 20 min qui suivent en moyenne. Le délai maximal dans cette étude est de 4 h.

### 1.3.2 Nombre, dose et mode d'administration du *misoprostol* :

Dans notre étude, en moyenne 2 poses de *misoprostol* ont été nécessaires à l'obtention de l'expulsion. A chaque fois, le *misoprostol* était pris par voie vaginale.

Hamoda et al [41], dans une étude rétrospective sur 1076 cas, constate que la majorité des femmes expulse avant 3 doses de *misoprostol* et que le recours à l'aspiration augmente de façon significative après. Le nombre de comprimés de *misoprostol* nécessaires augmente avec l'âge gestationnel [39]. Pour le second trimestre de grossesse, en plus de l'âge gestationnel, le fait d'être nullipare et/ou nulligeste augmente les doses de *misoprostol* nécessaires [7]

De nombreux protocoles, notamment celui de notre étude, utilisent la voie vaginale comme mode d'administration, bien que la forme galénique des comprimés de *misoprostol* soit conçue pour la voie orale. En effet, il a été prouvé [28,47] que la voie vaginale est plus efficace (taux de succès meilleur et délai d'expulsion plus court) au premier comme au deuxième trimestre de grossesse et génère moins d'effets secondaires.

A la suite de la survenue récente de 4 cas mortels par septicémie aux USA en relation avec une IVG médicamenteuse (associant *mifépristone* 200 mg par voie orale et *misoprostol* 800 µg par voie vaginale), l'AFSSAPS [1] a rappelé par une lettre adressée aux professionnels de santé concernés, le 18 octobre 2005, qu'à ce jour, il n'y a pas de données d'efficacité, ni de sécurité d'emploi permettant dans l'IVG médicamenteuse l'utilisation du *misoprostol* à des doses supérieures à 400 µg ni son administration par voie vaginale.

Dans ces conditions, les études comparant la voie sub-linguale à la voie vaginale et orale prennent un intérêt tout particulier.

Dans la littérature [42,43], il semble ne pas exister de différence significative d'efficacité entre la voie sublinguale et vaginale du *misoprostol* en association avec la *mifépristone* dans les IVG réalisées à la fin du premier trimestre. La voie sub-linguale serait cependant responsable d'effets secondaires un peu plus fréquents notamment à type de diarrhée et fièvre. Ces résultats s'expliquent par le fait que le pic de concentration après administration du *misoprostol* est atteint plus vite avec la voie sub-linguale qu'avec la voie vaginale [80]. Le pic de concentration et la bio-disponibilité sont également plus élevés avec la voie sublinguale. Ce mode d'administration permet d'éviter le premier passage hépatique. D'autre part, pour les IVG entre 12 et 20 SA, la voie sublinguale paraît plus efficace que la voie orale et aussi efficace que les protocoles associant *mifépristone*+ *misoprostol* vaginal puis oral [81].



La voie d'administration sublinguale du misoprostol semble donc être aussi efficace dans les IVG tardives que la voie vaginale mais plus efficace que la voie orale.

Aux vues des recommandations récentes de l'AFSSAPS et des résultats des études comparant les modes d'administration du *misoprostol* et celles de l'efficacité des différents dosages de la *mifépristone*, on peut se demander s'il ne serait pas intéressant de modifier le protocole médicamenteux actuel concernant les IVG tardives au CHU de Rennes pour un protocole associant la *mifépristone* à une dose réduite à 200 µg *per os* suivie 36 à 48 h plus tard de 400 µg de *misoprostol* par voie sub-linguale renouvelés toutes les 3 h si nécessaire ? Peut-être obtiendrions-nous des délais d'expulsion et des taux d'efficacité identiques à ceux de la voie vaginale mais supérieurs à ceux de la voie orale ?

### 1.3.3 Révision utérine dans les suites immédiates

Dans notre étude, toutes les patientes avaient de façon systématique une révision utérine par aspiration au bloc opératoire dans les suites immédiates de l'expulsion fœtale.

La seule étude de la littérature indiquant les taux de révisions utérines réalisées dans les suites immédiates de l'expulsion fœtale pour expulsion incomplète placentaire (diagnostiquée avec un contrôle échographique) est une étude française rétrospective, menée par O. Garbin et al [33] sur 512 IVG médicamenteuses de 5 à 14 SA à Strasbourg.

Le groupe des IVG de 12 à 14 SA ne représente que 5,3 % soit 27 patientes dans cette étude. Dans ce groupe : le nombre d'IVG complète est de 11 (57,9 %), le nombre de révisions utérines immédiates est de 7 (36,8 %) et seule 1 reprise chirurgicale (5,3 %) a été réalisée. Le délai d'expulsion moyen pour ce groupe est de 4,9 heures.

D'autre part, dans la littérature les IVG médicamenteuses ne sont suivies de révision utérine immédiate que sur des critères cliniques (saignements et douleurs anormalement importants après expulsion) et parfois sur contrôle échographique.

Il semble donc possible de réaliser des IVG tardives par voie médicamenteuse sans révision utérine systématique. Celle-ci peut être envisagée sur des critères cliniques et échographiques tout en ayant des taux d'échec acceptables : on éviterait ainsi à la majorité des patientes un acte chirurgical et cela leur permettrait de bénéficier d'une IVG en hospitalisation de jour.

Tableau n° 45 : Efficacité et Etudes

Auteurs (références)	Année	Effectifs (terme limite)	Protocole sur 48h	Taux Expulsion	Délai Expulsion moyen	Reprise Chirurgicale
Ashok et al (rétrospectif) [4]	1999	394 (13-16 SA)	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± 4x misoprostol 400 µg voie orale/3h	91,1%	≤ 6,1h (50 %)	nc
Ashok et al (partiellement randomisée) [5]	2002	203 (10-13 SA)	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie vaginale 3h maxi 3 doses	94,6 %	5h	5,4 %
		242 (10-13 SA)	dilatation/aspiration sous AG avec 800 µg de misoprostol 3h avant	97,9 %		2,1 %
Hamoda et al (rétrospectif) [39]	2003	483 (9 -13 SA) 10 SA (106) 11 SA (150) 12 SA (113) 13 SA (114)	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie vaginale 3h maxi 5 doses	94,8 %	5,5h	5,2 % 0,9 % 5,3 % 6,2 % 7,9 %
Ashok et al [7]	2004	999 (13-20 SA) 748 (13-16 SA) 251 (17-21 SA)	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie vaginale 3h maxi 4 doses	97,1 % 97,1 % 97,2 %	7,08h 8,7	8,1 % 7,9 8,8
Largeaud et al (prospectif) [54]	2004	105 (9-14)	mifépristone 600 µg misoprostol 800 µg voie vaginale/6h maxi 4 doses	92,4 %	6H	
Garbin et al (rétrospectif) [33]	2005	512 (5-14SA) 27 (12-14 SA)	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie orale 4h après	91,8 % 57,9 % (n=11)	4,4 h 4,9 h	8,2 % 5,3 % (n=1)
Hamoda (rétrospectif) [41]	2005	1076 ( 9-13 SA) 10 SA 11 SA 12 SA 13 SA	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie vaginale ou orale/ 3 h maxi 5 doses	95,8 %	4,83 h (0 –74,9)	4,2 % 2,7 % 3,3 % 5,1 % 8%
Tang (randomisé double aveugle avec placebo) [81]	2005	60 (12-20) Oral	mifépristone 200 µg misoprostol 400 µg voie orale/3h renouvelable 5x	85 % (24h) 91,7 % (48h)	7,5h	11,7 % p= 0,55
		58 (12-20) Sublingual	mifépristone 200 µg misoprostol 400 µg voie sublinguale/3h renouvelable 5x	91,4 % (24h) 98,3 (48h)	5,5h	17,2 %
Hamoda et al (randomisé) [43]	2005	32 (13-20 SA) vaginal	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie vaginale/3h	97,5%	5,4h (2,1-13)	2,5% (1)
		37 (13-20 SA) sublingual	mifépristone 200 µg misoprostol 600 µg voie sublinguale misoprostol 400 µg voie sublinguale/3h	91,7%	5,27h (0,55-29,35)	8,3% (3)
Hamoda et al (randomisé) [42]	2005	156 (9-13 SA) Vaginal	mifépristone 200 µg misoprostol 800 µg voie vaginale ± misoprostol 400 µg voie vaginale 3h	97,4%	4,05h (1,05-63,25)	2,6
		158 (9-13 SA) Sublingual	mifépristone 200 µg misoprostol 600 µg voie sublinguale misoprostol 400 µg voie orale/3h	98,1%	4,25h (0,35- 25,45)	1,9

## 2. COMPLICATIONS ET RISQUES DE CHAQUE METHODE :

Depuis la légalisation de l'avortement en France, les complications et les décès consécutifs à une IVG ne sont plus un problème de santé publique car ils sont devenus rares. Plusieurs études ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative dans la survenue des complications graves entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale [5,78]. Par contre, les décès et complications augmentent avec l'âge gestationnel pour la plupart des auteurs quelle que soit la méthode [5, 78].

Ces complications diffèrent selon les techniques utilisées. Les complications possibles sont : l'échec de la méthode et la rétention du produit de conception ou placentaire (vu au chapitre précédent), l'hémorragie qui nécessite une transfusion, l'infection qui nécessite une antibiothérapie en IV, la perforation utérine qui nécessite une nouvelle intervention, la déchirure cervicale qui nécessite un traitement, la ré-hospitalisation et le décès. Les principales complications propres à l'IVG chirurgicale sont la déchirure cervicale, et les perforations utérines. Les autres sont communes aux deux méthodes.

### 2.1 Les taux globaux de complications

D'une façon générale, le taux global de complications (rétention comprise), liées à l'IVG chirurgicale, serait de 0,7 %. Les études étrangères donnent un taux de complications immédiates (hémorragies, perforations utérines, déchirures cervicales) entre 0,01 % (si les médecins sont entraînés) et 1,16% (si les médecins ont peu d'expérience). Selon l'INED ([www.ined.fr](http://www.ined.fr)), en 1997, le taux de complications per-opératoires en France serait de 0,48 % dans l'IVG chirurgicale.

Au moment de l'adoption de la loi de 2001, prolongeant de deux semaines le délai légal, de nombreux praticiens avaient des réticences à réaliser des IVG à plus de 12 SA par voie chirurgicale en partie par présomption de risques plus importants à ces termes de la grossesse. Entre 6 et 12 SA, le taux global de complications d'une IVG par aspiration sous anesthésie locale est de 3,4 % avec 1,7 % de complications immédiates et 1,2 % retardées [82]. Entre 12 et 14 SA, les complications de la méthode chirurgicale sont plus fréquentes qu'avant 12 SA et l'âge maternel constitue également un facteur de risque [70]. Après 14 SA, une nette augmentation des complications est associée à l'interruption de grossesse [65]. Cependant, une étude française récente [51], est rassurante puisque sur 252 IVG chirurgicales dont 104 réalisées entre 12 et 14 SA, les complications potentiellement sévères

(hémorragies, perforations utérines, déchirures cervicales) ne semblent pas plus fréquentes entre 12 et 14 SA qu'entre 8 et 12 SA.

D'autre part, l'expérience et la motivation des praticiens sont les garants d'un taux bas de complications, comme les expériences d'autres pays l'ont prouvé [51, 78]

Pour la méthode médicamenteuse, une étude rétrospective [41] de 1076 IVG entre 9 et 13 SA a mis en évidence l'existence d'une relation significative entre l'augmentation des complications et l'augmentation de l'âge gestationnel dans les IVG de la fin du premier trimestre.

## **2.2 La mortalité :**

Au cours de notre étude, aucun décès n'est survenu quelle que soit la méthode.

En effet les complications mortelles liées à une IVG sont de nos jours exceptionnelles alors qu'en 1975 avant la loi Veil, l'INED estimait le nombre de décès par avortement à 2 par mois [65]. En France, ces dernières années le nombre absolu de décès par IVG oscille entre 0 et 2 par an, soit moins de 1 pour 1 million d'IVG [2].

A titre de comparaison, en 1999, le risque de décès par choc anaphylactique après injection de pénicilline est de 2 pour 100 000 [34].

Concernant la mortalité maternelle en rapport avec une IVG (tout terme confondu), il semble qu'elle soit plus faible que celle associée aux autres événements liés à la grossesse (fausse-couche spontanée, grossesse ectopique, accouchement, mort fœtale in *utero*). Le taux de mortalité maternelle est estimé à 9 pour 100 000 naissances vivantes en France [14] avec pour cause la plus fréquente l'hémorragie grave (21%). Entre 1991 et 1999 aux USA, le risque de complications mortelles au cours d'une IVG légale toutes méthodes confondues est de 0,57 pour 100 000 procédures [37], soit deux fois moins que le taux de décès par fausse-couche spontanée (1,19 pour 100 000) et 12,4 fois moins que le risque de décès lors d'un accouchement (7,06 pour 100 000 naissances).

La mortalité est d'autant plus faible que le terme est précoce. En France, le risque passe de 0,2/100 000 pour les IVG  $\leq$  8 SA à 12,1/100 000 lorsque l'IVG est pratiquée au-delà de 21 SA [65]. Le risque de décès augmente de 38% à chaque semaine gestationnelle supplémentaire selon une étude épidémiologique américaine réalisée de 1988 à 1997 [11]. Ainsi, les femmes qui ont un avortement au 2<sup>e</sup> trimestre de grossesse sont plus à risque de complications mortelles liées à l'avortement que celles qui ont une IVG  $\leq$  8 SA (0,1/100 000 IVG). La mortalité est de 0,4 /100 000 entre 11 et 12 SA et entre 13 et 15 SA le risque de décès est de 1,7 /100 000.

Le taux de complications mortelles aux USA par IVG médicale avec la *mifépristone* est estimée à 0,8 pour 100 000 procédures [36]. Le taux de décès, en France, par avortement chirurgical varie en fait en fonction du mode anesthésique. Il est de 0,37 pour 100 000 IVG sous l'anesthésie générale et 0,15 /100 000 pour l'anesthésie locale [65]. Dans la littérature internationale, les décès par IVG chirurgicale varient de 0 à 0,7 pour 100 000 et sont moins nombreux sous anesthésie locale [78].

### **2.3 Déchirure cervicale :**

Au cours de notre étude aucune déchirure cervicale n'a été constatée.

En effet, cette complication est rare et survient dans moins de 1 % des IVG chirurgicales (de 0,01 à 1,03 % selon les études) [2]. Les études canadiennes et américaines ont des taux respectifs de 0,07 % et de 0,01 % de déchirure cervicale ayant nécessité une suture [78]. Elle est moins fréquente pour les âges gestationnels les plus précoces (risque relatif de 1,2 à 1,4 pour chaque tranche d'âge supplémentaire de 2 semaines) et lorsque le geste est effectué par un opérateur entraîné [2]. Ces chiffres correspondent uniquement aux déchirures cervicales ayant nécessité une suture, ce qui explique que l'on retrouve des taux plus élevés dans certaines études notamment celle de Koskas et al [51] avec des taux de 4,1 % avant 12 SA et de 6,7 % pour les 12-14 SA (pas de différence significative).

Aucun cas n'a été rapporté avec la méthode médicamenteuse dans la littérature selon l'ANAES [2].

### **2. 4 Rupture et perforation utérine :**

Au cours de notre étude, aucune perforation ni rupture utérine n'a été constatée.

L'ANAES [2] estime que ce risque est entre 1 et 4 perforations utérines pour 1000 IVG chirurgicales et celui-ci dépend de l'âge gestationnel de la grossesse et de l'expérience de l'opérateur. Ce chiffre est probablement sous-estimé car la majorité des perforations utérines passent inaperçues et sont sans conséquence pour les patientes. Une perforation utérine peut être la cause d'une hémorragie per-opératoire et ainsi que dans de rares cas être à l'origine d'une plaie des organes abdominaux, notamment du tube digestif. Dans les études, 6 perforations sur 8 (75 %) ont lieu sous anesthésie générale [78].

Aucune rupture utérine n'a été rapportée sur un utérus non cicatriciel avec la méthode médicamenteuse pour des IVG à des âges gestationnels  $\leq 14$  SA [2].

Par contre, il a été exceptionnellement rapporté une rupture utérine avec le protocole médicamenteux au cours du 1<sup>er</sup> trimestre en cas de cicatrice de césarienne [50].

Des ruptures utérines ont été rapportées au cours du 2<sup>e</sup> trimestre [66] et le taux de rupture utérine après interruption de grossesse médicamenteuse du 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre est de 0,1 % [38].

## **2.5 Hémorragie :**

Dans notre étude, aucune complication hémorragique grave n'est survenue quelle que soit la méthode. Aucune transfusion n'a été réalisée.

Le risque d'hémorragie sévère au moment de l'IVG avant 14 SA est faible : 0,15 % des IVG sur l'ensemble des études et seulement 0,12 % des IVG à un terme  $\leq 13$  SA [2]. Pour les IVG de plus de 12 SA, le taux moyen pondéré d'hémorragie avec transfusion est de 0,7 % [38]. Le taux d'hémorragie semble augmenter de manière significative avec le terme mais surtout pour des âges gestationnels sensiblement plus élevés que ceux autorisés en France. L'augmentation des hémorragies graves, selon Koskas et al [51], semble être plus le fait des interruptions très tardives, proches de 20 SA dans les pays qui l'autorisent, que des interruptions entre 12 et 14 SA.

Deux études françaises récentes [82,10] effectuées sur des femmes ayant une IVG chirurgicale, principalement sous anesthésie locale, à moins de 14 SA, pratiquées par des médecins entraînés, sont tout à fait rassurantes puisqu'elles ne retrouvent aucune hémorragie ayant nécessité une transfusion.

Pour la méthode médicamenteuse, d'après Ashok et al [7], dans une étude sur les IVG entre 13 et 21 SA, on retrouve un taux de transfusion de 0,7 %. Le risque augmente avec l'âge gestationnel de 2 points toutes les 2 SA à partir de 12 SA.

## 2.6 Infection post-abortum

Elles sont représentées par les endométrites, les infections urinaires et plus rarement par les septicémies. Dans notre étude, quelle que soit la méthode, aucune patiente n'a présenté de complication infectieuse mais nos échantillons sont trop faibles pour en tirer des conclusions.

### ■ La méthode chirurgicale :

Selon les études [2], le taux d'infection après une IVG par aspiration est de 5 à 6 % mais peut atteindre 10 %.

### ■ La méthode médicale :

Une revue de la littérature internationale de 1990 à 2003 [76] sur les complications infectieuses des IVG médicamenteuses du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestre ( $\leq 20$  SA), retrouve pour tous les protocoles médicamenteux confondus, un taux d'infection très faible de 0,92 % (sur 46 421 IVG médicales) dont 49 % d'endométrite et 37 % « d'infection du tractus génital ».

Pour le protocole *mifépristone + misoprostol* oral, le taux d'infection *post-abortum* est de 0,21 % (sur 13 497 cas) dont 79 % d'endométrites.

Pour la méthode *mifépristone + misoprostol* vaginal, les taux de complications infectieuses *post-abortum* sont plus élevés avec 1,33 % (sur 15292 cas) dont 77 % « d'infection du tractus génital » traité par antibiothérapie orale, et 15,2 % d'endométrite. Un cas de décès par septicémie à *Clostridium sordelli* était rapporté dans cette étude. Depuis l'AFSSAPS [1] a rapporté trois autres cas de décès par septicémie aux USA en relation avec une IVG médicamenteuse. Le mode d'administration vaginal du *misoprostol* semble donc plus à risque d'infection que la voie orale.

Entre 10 et 14 SA, le taux d'infection pour les IVG médicamenteuses tous protocoles confondus est de 0,32 % (sur 930 cas) et aucune infection entre 14 et 26 SA [76]. Shannon et al [76] pensent que ce taux de complications infectieuses est surestimé par le fait que certains centres prescrivent des antibiotiques de façon systématique ou sur « présomption » d'infection et que les résultats peuvent être biaisés par le fort taux d'infection rapporté dans

les études britanniques. Si on les exclue, le taux d'infection n'est plus que de 0,28 % et la différence entre les différentes méthodes n'est plus significative.

■ Comparaison des 2 méthodes :

Dans une étude de Cameron et al [16], le nombre de patientes recevant des antibiotiques pour suspicion d'endométrite *post-abortum* est moindre dans le groupe médicamenteux que dans le groupe chirurgical.

Cependant, en 2005, les résultats de l'étude française COCON [53] ne mettent pas en évidence de différence dans les complications infectieuses entre les deux techniques pour des IVG pratiquées avant 8 SA. Tout comme une étude de Ashok et al [5], pour les IVG réalisées entre 10 et 13 SA, qui ne met pas non plus en évidence de différence statistiquement significative dans la prescription des antibiotiques *per os* (4,4 % versus 8,2 % pour les groupes médicamenteux et chirurgical) et intraveineux (0,5 et 08 %) pour suspicion d'infection pelvienne.

## 2.7 Complications anesthésiques

L'anesthésie générale était dans les années 1983-1987 [78], la principale responsable des décès après IVG (29% des décès). Cependant, l'étude de Hakim-Elalhi, effectuée sur 170 000 IVG à moins de 14 SA (dont 70% sous anesthésie locale), ne retrouve aucun décès, ni sous anesthésie locale, ni sous anesthésie générale [78].

Les complications chirurgicales augmentent également sous anesthésie générale, une douceur plus grande étant requise sous anesthésie locale [78]. Dans une étude de 1979 sur 54 155 patientes, Grimes et al. trouvent 0,3 % de complication chirurgicale sous anesthésie locale et 0,35 % de complication sous anesthésie générale [78]. L'anesthésie générale augmente d'un facteur de 1,7 le risque d'hémorragie, de 2,2 le risque de perforation, de 8,2 le risque d'hémorragie intra-abdominale, de 2,9 le risque de blessure cervicale et de 5 le risque de transfusion [78].

Aucune complication anesthésique grave n'a été constatée au cours de notre étude quelle que soit la méthode.



### 3. EFFETS SECONDAIRES DE CHAQUE METHODE :

D'une manière générale de nombreuses études [5] ont montré que la méthode médicamenteuse est source de plus d'effets secondaires que la méthode chirurgicale.

#### **3.1 La douleur et sa prise en charge :**

Le processus de l'IVG, quelle que soit la méthode, implique des contractions utérines et donc des douleurs.

En effet, notre étude montre que quelle que soit la technique utilisée l'IVG reste une procédure douloureuse physiquement à chacune de ses étapes. L'intensité des douleurs diffère selon la méthode et le moment de la procédure. Plus des trois quarts des patientes, dans les deux méthodes, ont déclaré avoir ressenti des douleurs à au moins une des trois phases du déroulement de l'IVG.

Dans la littérature médicale internationale, peu d'études se sont intéressées à évaluer la douleur ressentie par les femmes au cours d'une IVG. On retrouve également assez peu d'études visant à comparer différents protocoles analgésiques dans l'avortement alors que la prise en charge de la douleur est un élément très important dans le vécu et l'acceptabilité d'une IVG.

##### 3.1.1 Le niveau de douleur de chaque méthode :

Les résultats de notre étude ont mis en évidence un vécu des douleurs similaire entre les deux méthodes, avant et après l'hospitalisation aussi bien sur le plan de la fréquence de survenue que sur l'intensité moyenne de celles-ci. Par contre au cours de l'hospitalisation, il existe une nette différence de vécu des douleurs entre les deux méthodes.

##### ■ Avant l'hospitalisation :

Nous n'avons pas retrouvé d'étude s'intéressant à l'évaluation de la douleur au cours de cette période de l'IVG médicamenteuse ni chirurgicale. Dans notre étude, un tiers des patientes ont ressenti des douleurs en moyenne de faible intensité dans les deux méthodes (1,56 sur une échelle de 0 à 10 pour la méthode médicale et 1,88 pour la méthode chirurgicale). Pourtant le protocole médicamenteux du CHU de Rennes comprend 3 fois plus de comprimés de *mifépristone*. Ceci laisse penser que la douleur n'est pas proportionnelle à la posologie de la *mifépristone*. On peut aussi penser que, lors de cette période, les douleurs sont essentiellement liées à l'anxiété et à la culpabilité et donc indépendantes de la méthode utilisée.

■ Au cours de l'hospitalisation :

L'intensité et la fréquence de survenue des douleurs semblent, au cours de l'hospitalisation, plus importantes, dans notre étude comme dans la littérature, avec la méthode médicale qu'avec la méthode chirurgicale sous anesthésie générale. Une étude comparative menée par Ashok et al [5] montre l'existence d'une différence significative ( $p < 0,0001$ ) dans le niveau de douleur entre les patientes randomisées ayant eu une IVG médicamenteuse (score de douleur moyen de 6,2 sur une échelle de 0 à 10) et celles ayant eu une IVG chirurgicale (score de douleur moyen de 2,5 sur une échelle de 0 à 10).

Dans notre étude, pour la méthode médicale, la phase de l'hospitalisation constitue la période la plus douloureuse physiquement avec des douleurs d'intensité modérée (5,5 sur 10 en moyenne) alors qu'avec la méthode chirurgicale, seul un tiers des patientes a ressenti des douleurs dont l'intensité moyenne est faible avec 1,38. De plus, parmi les femmes qui ont déclaré des douleurs (trois quarts des femmes) avec la méthode médicale, l'intensité des douleurs est évaluée à 7,33 en moyenne soit une douleur intense. Il est difficile de savoir quelle est la part de douleur réellement attribuable à la méthode et celle liée à la part d'angoisse et de culpabilité qui peuvent accompagner toute IVG.

Dans la littérature, pour les protocoles associant *mifépristone* et *misoprostol*, des contractions utérines surviennent dans plus de 90 % des cas et la douleur survient le plus souvent après l'administration du *misoprostol* [52]. Quelques études ont évalué l'intensité des douleurs à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA) de 100 mm [5, 40, 81]. Le niveau de douleur pour l'ensemble de la période de l'hospitalisation avec la méthode médicamenteuse est alors de 55 à 64,41 sur une échelle de 100 mm soit des douleurs modérées en moyenne. Le niveau de douleur le plus intense au cours du protocole médicamenteux est estimé dans la littérature entre 73 et 76 sur une EVA de 100 mm soit une douleur intense. Par contre, avec la méthode chirurgicale sous anesthésie générale une étude retrouve des douleurs d'intensité faible avec en moyenne une EVA de 25 sur une échelle de 100 mm. Ces résultats correspondent à ceux retrouvés au cours de notre étude.

Concernant le moment de l'expulsion en lui même, aucune étude évaluant le niveau de douleur à ce moment précis dans la littérature n'a été retrouvée dans la littérature. Dans notre étude, il semble que ce moment précis soit dans la moitié des cas non douloureux avec la prise en charge antalgique actuelle mais pour l'autre moitié des patientes il apparaît être douloureux de façon intense avec un score moyen de 8,33 parmi les femmes qui ont ressenti des douleurs. Ce vécu douloureux intense est-il, là aussi, lié uniquement aux contractions utérines ou y a-t-il une part surajoutée d'angoisse et de souffrance psychologique notamment liées au fait que les femmes sont susceptibles de voir le produit d'expulsion ?

La méthode médicamenteuse paraît donc, au cours de l'hospitalisation, dans notre étude comme dans la littérature, être source de douleurs plus importantes et plus fréquentes que la méthode chirurgicale sous anesthésie générale. L'intensité des douleurs au cours de l'IVG médicamenteuse est en moyenne modérée dans la plus part des études mais aussi parfois intense. Celle de l'IVG chirurgicale est faible. Des études visant à élaborer un protocole de prise en charge de la douleur efficace semble donc, comme le précise l'ANAES [2], nécessaires.

■ Après l'hospitalisation :

Les deux tiers des patientes ont ressenti des douleurs d'intensité moyenne faible puisque évaluée à 2,50 pour la méthode médicale et 2,57 pour la méthode chirurgicale. Il n'y a pas de différence de niveau de douleur entre les deux groupes de notre étude à deux ou trois semaines de l'IVG tout comme dans une étude comparative de Ashok et al [5].

Tableau n° 46 : Etudes et douleurs

Auteurs (références)	Année	Effectifs (terme limite)	EVA moyenne	EVA Dlr la+ intense	Recours antalgique	Paracétamol codéine	Morphine
Ashok et al (partiellement randomisée) [5]	2002	188 (10-13SA) médical randomisé	62	P<0,0001	70 %	59,1 %	10,9 %
		180 (10-13SA) chirurgical sous AG randomisé	25		100% (diclofénac ou paracetamol systématique)	37,6 %	2,1 %
Hamoda et al. (rétrospectif) [40]	2004	4343 (4-22 SA)	NC	NC	72,2 %	dont 97,3%	dont 2,4 %
		<8 SA				63 %	0,7 %
		8-9 SA				67 %	1,0 %
		9-13 SA				75 %	1,4 %
		13-16 SA				80 %	3,5 %
16 -22 SA	84 %	7,0 %					
Ashok et al [7]	2004	999 (13-20 SA)			81,8 %	70,3 %	6,9 %
		748 (13-16 SA)			79,8	68 %	6,5%
		251 (17-21 SA)			87,2 (p=0,03)	76,7 %	7,8 %
Largeaud et al (prospectif) [54]	2004	105 (9-14)			56 %		56 % Nubain Sub-lingual
Hamoda et al (rétrospectif) [41]	2005	1076 (9-13 SA)				96,8 %	2,8 %
Tang (randomisé double aveugle avec placebo) [81]	2005	60 (12-20) Orale	62		28,3 % p=0,55		péthidine
		58 (12-20) sublinguale			31 %		
Hamoda et al (randomisé) [43]	2005	32 (13-20 SA) vaginal	64,41	73,29	80 % (32)	84,4 % (27) DIFFCE	15,6 % (5)
		37 (13-20 SA) sublingual	57,21	76,82	69,4 % (25)	56% (14)	44 % (11)
Hamoda et al (randomisé) [42]	2005	156 (9-13 SA) vaginal	55	73	71 %	96 %	5 %
		158 (9-13 SA) sublingual	60	76	77 %	98 %	2 %

### 3.1.2 Facteurs prédictifs de douleurs :

Le vécu douloureux d'une IVG, ne dépend pas uniquement de la méthode mais aussi de nombreux autres facteurs dont l'âge maternel, l'âge gestationnel, la parité et aussi du contexte psychosociologique propre à chaque femme avec principalement le niveau d'anxiété de la patiente. Le faible échantillon de notre étude ne permet pas de mettre évidence ces facteurs prédictifs retrouvés dans la littérature.

#### ■ Méthode médicamenteuse :

##### - L'âge gestationnel :

Plusieurs études ont mis en évidence que les niveaux de douleur semblent en rapport avec l'âge gestationnel au cours des IVG du début du premier trimestre [40, 86] et du début du second trimestre [7]. Westhoff et al [86], retrouvent un recours aux antalgiques qui augmente avec l'âge gestationnel pour des IVG de moins de 10 SA. Puis, l'étude rétrospective récente réalisée par Hamoda et al [40], à partir de 4343 IVG de moins de 22 SA met en évidence un recours significativement plus important aux antalgiques avec les âges gestationnels plus élevés. Les femmes qui ont eu une IVG médicamenteuse à plus de 16 SA ont eu 10 fois plus recours aux morphiniques que celles dont l'IVG est réalisée avant 8 SA.

##### - L'âge maternel et parité :

Les femmes jeunes et/ou nullipares ont significativement plus recours aux antalgiques au cours des IVG du premier trimestre [40, 86] et du début du second trimestre [7]. Le recours aux antalgiques est significativement moins important chez les femmes multipares (71 % contre 89 % pour les nullipares), avec antécédent d'accouchement et/ou d'IVG [41].

##### - Délai d'expulsion et nombre de comprimés de *misoprostol* :

Plus le délai d'expulsion est long et plus il y a recours aux antalgiques [39]. Le recours aux antalgiques augmente aussi avec le nombre de comprimés de *misoprostol* nécessaires [41].

- Mode d'administration du *misoprostol* :

La voie sublinguale est source de plus de douleurs que la voie vaginale et orale. En effet, il n'est pas retrouvé de différence significative dans le recours aux antalgiques en fonction de la voie d'administration du *misoprostol* vaginale versus orale pour les IVG de 4 à 22 SA [40]. Par contre, le recours aux morphiniques est plus important avec la voie sublinguale par rapport à la voie vaginale dans une étude randomisée d'Hamoda et al sur les IVG médicamenteuses de 13 à 20 SA. Les auteurs attribuent cette différence de recours aux morphiniques à la plus grande rapidité d'action du *misoprostol* sublingual sur les contractions utérines [43].

- Information donnée aux patientes :

Une bonne information donnée à la patiente, sur le déroulement et les différents effets secondaires pouvant survenir, contribue à diminuer l'angoisse [52].

■ Méthode chirurgicale :

- L'âge gestationnel :

La douleur ressentie est indépendante du terme de la grossesse selon Bacle [10].

- Les dysménorrhées :

Il existe une corrélation significative entre la douleur des règles et la douleur de l'IVG selon Bacle et al . Plus la dysménorrhée est importante, plus l'IVG est douloureuse [10].

■ Synthèse :

La méthode médicale d'IVG tardive associant *mifépristone* et *misoprostol* est donc, selon la littérature, vécue de façon plus douloureuse si l'âge gestationnel est élevé, si la femme est jeune et/ou nullipare, si le délai d'expulsion est long nécessitant plusieurs doses de *misoprostol* et si le mode d'administration est la voie sublinguale.

L'IVG tardive chirurgicale est vécue de façon plus douloureuse s'il y a antécédent de dysménorrhée.

Pour les deux méthodes, une bonne information sur le déroulement de la procédure donnée à la patiente, diminue son angoisse et donc son vécu douloureux.

### 3.1.3 Les antalgiques utilisés pour la méthode médicale :

Dans la littérature, la plupart des études ont évalué le niveau de douleur de la méthode médicale au travers du recours des patientes aux antalgiques et notamment des morphiniques par voie parentérale. Ces études se sont essentiellement intéressées à la douleur au cours de l'hospitalisation.

Dans la plupart des études, les antalgiques utilisés sont :

- le paracétamol,
- parfois les AINS (*ibuprofène, diclofénac*),
- le paracétamol associé à la codéine,
- la morphine parentérale (le plus souvent *péthidine* en IM , parfois NUBAIN ®sub-lingual).

#### ■ Le cas particulier des AINS :

De façon surprenante, la plupart des études montre que les AINS ne sont que très rarement utilisés dans la plupart des études et les études visant à en évaluer son efficacité dans les IVG médicamenteuses sont très rares.

Les AINS, comme l'*ibuprofène* ou le *diclofenac*, ne sont pas contre-indiqués pour la prise en charge antalgique de la méthode médicamenteuse des IVG. En effet, ils n'interfèrent pas avec les prostaglandines de synthèse utilisées pour l'IVG mais seulement avec celles produites par l'organisme du fait de leur action inhibitrice sur la prostaglandine synthétase [52]. Une étude randomisée récente, réalisée par Fiala et al. [32] sur 74 patientes, tend à montrer que les AINS (*diclofenac*) en prophylactique n'affectent pas l'efficacité des IVG réalisées entre 13 et 22 SA avec le protocole *mifépristone + misoprostol* puisqu'il n'y a pas de différence dans les délais d'expulsion moyen ( 5,5 h avec AINS versus 6,5h sans AINS ) ni dans les doses de *misoprostol* (2 versus 3), ni dans les taux de ré-intervention (55,6 % versus 52,6 %). Par contre, il permettrait de réduire le recours aux morphiniques. Pour les IVG chirurgicales, selon l'ANAES [2], l'administration d'*ibuprofène* diminue les scores de douleur *per* et post-opératoire.

Devant ces constatations, on peut se poser la question de l'intérêt d'associer plus souvent des AINS aux autres antalgiques dans la prise en charge de la douleur au cours des IVG médicamenteuses et notamment au cours des IVG tardives ?

#### ■ Les autres antalgiques :

Selon l'ANAES [2], l'utilisation de morphiniques par voie parentérale est nécessaire dans plus d'un tiers des cas (de 15 à 94 % des cas) dans le cadre des IVG tardives, sans différence entre les différentes doses, délais et modes d'administration d'un même produit. Elle recommande alors dans ce cas une analgésie péridurale bien qu'elle n'ait pas été étudiée dans cette indication.

Les études récentes concernant la douleur au cours des IVG médicamenteuses autour de 12-14 SA sont regroupées dans le tableaux n° 46 et retrouvent des taux :

- de recours aux antalgiques (tous niveaux confondus) qui se situent entre 70 % et 100 % des cas ;
- de recours aux antalgiques de niveau II (le plus souvent à type de paracétamol codéiné) de 37,6 % à 98 % des cas selon les études ;
- de recours aux morphiniques de niveau III est nécessaire dans 2 % à 46 % des cas selon les études.

Le réel recours aux morphiniques est difficile à évaluer car dépend non seulement du niveau de douleur ressenti par les femmes mais aussi pour beaucoup des habitudes de l'équipe médicale qui réalise l'IVG [40] avec certaines qui donnent en systématique du *paracétamol* et/ou de *l'ibuprofène* en première intention d'autre non. Cependant les femmes ont rarement dans la littérature des douleurs qui ne répondent pas au traitement oral. Des douleurs qui ne diminuent pas sous traitement antalgique après quelques heures doivent faire suspecter une complication (grossesse ectopique, avortement incomplet ou infection).

Dans notre étude, pour le protocole médical, les patientes ont eu de façon systématique un antalgique de niveau I (*paracétamol*) par voie intraveineuse dès la première pose de prostaglandine. L'administration d'antalgique de niveau III (*péthidine*) en intramusculaire n'était réalisée qu'à la demande de la patiente. Seul un tiers des patientes en ont fait la demande et la moitié d'entre elles a expulsé dans les 30 minutes qui suivirent si bien que la *péthidine* n'a pas le temps d'être pleinement efficace pour la moitié d'entre elles.

Devant le constat d'une consommation de morphinique dans un tiers des cas, associé au fait que dans notre étude la méthode médicamenteuse soit très souvent responsable de douleurs d'intensité modérée à intense, la question de l'efficacité du protocole actuel de prise en charge de la douleur pour les IVG tardives se pose. Comme le précise l'ANAES [2] des études manquent sur l'utilisation et l'efficacité de la péridurale dans l'IVG médicamenteuse mais elle paraît être la meilleure option. Si les conditions d'exercice



de l'établissement de santé ne permettent pas la réalisation d'une péridurale, une analgésie contrôlée par la patiente (PCA) utilisant du *fentanyl* a prouvé son efficacité dans cette indication au cours du second trimestre de grossesse [17]. Si la PCA n'est pas non plus réalisable, on peut se poser la question de l'utilisation de morphiniques par voie parentérale (Dolosal® ou NUBAIN® en IM ) de façon prophylactique et systématique dès la première de prise de *misoprostol*, renouvelé toutes les 4 à 6 h jusqu'à l'expulsion et plus ou moins associé à un AINS si ce n'est pas suffisamment efficace ? Les patientes ayant pour la majorité des cas expulsé en moins de 10 h, une à trois injections seraient nécessaires dans plus de deux tiers des cas. Une prémédication à visée anxiolytique pourrait être associée selon la personnalité plus ou moins anxieuse de la patiente.

#### 3.1.4 Le mode anesthésique :

Dans notre étude les IVG tardives chirurgicales sont toutes réalisées sous anesthésie générale. L'IVG par méthode chirurgicale reste à ce jour, en France, le plus souvent réalisée sous Anesthésie Générale (65 % des cas au niveau national) [ 27]. Cette technique efficace présente cependant un risque anesthésique plus élevé qu'une anesthésie locale.

Dans d'autre pays, comme les Pays-Bas et les USA, l'anesthésie locale est très pratiquée depuis les années 70. Elle s'est répandue dans le secteur public français dans les années 80. Aux USA, les IVG chirurgicales du 1<sup>er</sup> trimestre, sont le plus souvent effectuées sous anesthésie locale par réalisation d'un bloc para-cervical en injectant 10 à 20 ml de *lidocaïne* : dans 58 % des cas par bloc para-cervical avec ou sans prémédication, dans 32 % des cas par bloc para-cervical avec sédation intraveineuse et dans 10 % des cas sous anesthésie générale [34].

Le protocole d'anesthésie locale le plus fréquemment utilisé est décrit dans une revue de la littérature réalisée par Stubblefield et al [79]. La dose maximale de *lidocaïne* est de 4,5 mg/kg ou 20 ml de *lidocaïne* 1 % pour une patiente de 50 kg. L'injection de l'anesthésique local dans le col de l'utérus en profondeur est plus efficace que les injections superficielles. Les injections en plusieurs endroits 12, 4 et 8h est aussi efficace qu'à 12, 3, 8, et 9h et présente l'avantage d'éviter les vaisseaux latéraux. L'adjonction de 2 ou 4 unités de vasopressine à l'anesthésique local réduirait les saignements et prévient l'atonie utérine post-IVG.

Ce mode anesthésique permet à la patiente de rester consciente et de verbaliser ce qu'elle peut vivre à ce moment (à condition que le personnel soit en mesure de l'écouter et de l'accompagner). Il évite les fantasmes qui peuvent survenir ultérieurement sur ce qui s'est passé pendant l'anesthésie générale. Il permet aussi d'éviter les risques et effets

secondaires d'une anesthésie générale mais il n'apporte pas un soulagement aussi efficace sur la douleur physique que l'anesthésie générale. En effet, 34% des patientes, qui ont eu une IVG au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse avec bloc para-cervical, ont rapporté des douleurs sévères à très sévères. Plusieurs protocoles ont été testés pour améliorer la prise en charge antalgique sous anesthésie locale, tels que l'utilisation d'AINS en pré-opératoire, une sédation au *fentanyl* et *midazolam* en per-opératoire, mais ceux-ci semblent n'apporter que peu d'amélioration [79]. Selon Grimes DA. [34], la plupart des patientes ressentent des douleurs comparables à celles des règles au cours de l'intervention et celles-ci disparaissent rapidement après l'intervention. L'anesthésie locale présente moins de risques que l'anesthésie générale mais elle peut toutefois être responsable, de façon exceptionnelle, de décès par surdosage, injection intra-vasculaire et surtout par allergie au produit anesthésique [56].

Pour les 12 -14 SA et le début du second trimestre, une anesthésie générale est jugée préférable par l'ANAES [2] qui conseille de réserver l'anesthésie locale aux équipes médicales ayant une bonne expérience de la technique pour les termes plus précoces.

Si une anesthésie générale est choisie, Stubblefield et al [79] préconisent dans ce cas d'éviter les agents anesthésiques inhalés, et d'utiliser de préférence le propofol en IV ou un barbiturique d'action courte en association avec un morphinique d'action courte. D'autre part l'ANAES, dans ses recommandations de 2001, conseille d'éviter les halogénés à forte concentration car responsables d'une augmentation du volume des pertes sanguines.

Dans notre étude, un protocole similaire est utilisé pour les anesthésies générales dans les deux centres.

Les deux techniques anesthésiques étant réalisables pour les IVG tardives, on peut se poser la question de la possibilité d'offrir à la patiente le choix entre les deux après l'avoir informée des avantages et inconvénients de chacune des méthodes anesthésiques. Beaucoup de femmes appréhendent l'anesthésie générale et pourraient préférer une anesthésie locale. En effet, dans notre étude, un tiers des patientes du groupe chirurgical ont jugé l'anesthésie générale angoissante et deux tiers se sont plaints de ses effets secondaires.

### **3.2 Les métrorragies :**

Le processus d'une IVG implique, quelle que soit la méthode, des saignements vaginaux pendant et après le processus. Si les saignements constituent une manifestation

normale au cours de l'IVG, des saignements excessifs font évoquer un avortement incomplet, une atonie utérine, une perforation ou une rupture utérine.

Dans notre étude, les deux méthodes d'IVG tardive sont source de métrorragies chez la totalité des patientes et les trois phases de la procédure sont responsables de métrorragies avec une fréquence croissante au fur et à mesure que l'on avance dans le protocole.

La méthode médicale semble générer des métrorragies plus importantes et un peu moins bien vécues que la méthode chirurgicale au cours et au décours de l'hospitalisation.

Au cours de l'hospitalisation, les patientes de la méthode médicale, ont jugé dans plus de la moitié des cas ces métrorragies comme abondantes ou normales mais tolérables alors que pour la méthode chirurgicale les saignements sont jugés d'abondance minime et tout à fait tolérables dans plus de la moitié des cas. Après l'hospitalisation, les métrorragies sont dans trois quarts des cas jugées d'abondance normale avec la méthode médicale et minimales avec la méthode chirurgicale.

Ces constatations sont retrouvées dans la littérature. En effet, selon Ashok et al [5], la méthode médicamenteuse associant *mifépristone* et *misoprostol* est responsable de saignements significativement (  $p < 0,0001$  ) plus importants en quantité et plus longs (14 jours en moyenne) que la méthode chirurgicale (11 jours) pour les IVG de la fin du premier trimestre. La durée des saignements est en moyenne entre 9 et 16 jours et jusqu'à 8 % des femmes peuvent avoir des saignements pendant 30 jours avec la méthode médicamenteuse [79]. Il n'y aurait pas de différence significative dans l'importance des métrorragies entre les différents modes d'administration du *misoprostol* au cours des IVG tardives [41, 43, 81].

### **3.3 Autres effets secondaires :**

Dans notre étude, il semble que la méthode médicale soit de façon plus fréquente responsable d'effets secondaires par rapport à la méthode chirurgicale et ceci quelle que soit la nature de l'effet secondaire. Ces résultats sont également retrouvés dans une étude de Ashok et al [5], qui compare les effets secondaires entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale des IVG de la fin du premier trimestre.

Pour la méthode médicamenteuse, dans notre étude, les vomissements, nausées et vertiges sont les manifestations les plus fréquentes et surviennent dans trois quarts des cas alors qu'avec la méthode chirurgicale les manifestations les plus fréquentes sont les nausées et les vertiges et ceux-ci surviennent dans moins d'un tiers des cas.

Pour la méthode médicamenteuse, les études montrent aussi qu'à ce terme de la grossesse la fréquence des effets secondaires augmente avec la dose et le mode

d'administration du *misoprostol*. En effet la voie orale du *misoprostol* serait plus génératrice d'effets secondaires que la voie vaginale [52]. La voie sublinguale ne présente pas de différence significative dans la survenue d'effets secondaires par rapport à la voie orale excepté pour la fièvre qui serait plus fréquente [81].

### 3.3.1 Troubles gastro-intestinaux

Les nausées sont dans la littérature les effets secondaires les plus fréquents suivies par les vomissements et les diarrhées. Ces symptômes sont directement liés à l'action des analogues des prostaglandines sur le tractus digestif [64]. Ils surviennent dans l'heure qui suit et sont de courte durée ( 1 à 2 h) [30].

Dans notre étude, les nausées et vomissements surviennent essentiellement au cours de la période qui précède l'hospitalisation et sont deux à trois fois plus fréquents avec la méthode médicale (la moitié des patientes). Entre la prise de *mifépristone* et l'hospitalisation, ces symptômes peuvent tout à fait être des manifestations secondaires de la grossesse en elle-même mais au cours de cette période, les patientes reçoivent trois fois plus de *mifépristone* avec le protocole médicamenteux que dans le protocole chirurgical. Ces manifestations pourraient donc être proportionnelles aux doses de *mifépristone*. Nous n'avons pas retrouvé d'étude dans la littérature qui s'intéresse à la survenue de ces symptômes au cours de cette période. Ceci renforce l'idée qu'il pourrait être intéressant, pour le protocole médicamenteux, de réduire la prise de *mifépristone* à un comprimé au lieu de trois.

Dans notre étude, au cours de l'hospitalisation, les nausées et vomissements surviennent dans moins d'un quart des cas. Dans les études récentes, regroupées dans le tableau n°47, les nausées surviennent chez 43 % à 80 % des patientes avec la méthode médicamenteuse contre 28 % pour la méthode chirurgicale. Les vomissements surviennent dans 49 à 70 % des cas avec la méthode médicamenteuse contre 8 % avec la méthode chirurgicale. Les vomissements sévères nécessitant un traitement sont rares et ces symptômes sont le plus souvent limités et se résolvent d'eux mêmes rapidement [52].

Dans les études rapportées dans le tableau n° 47, les diarrhées sont également plus fréquentes que dans notre étude, survenant dans 14 à 71 % des cas avec la méthode médicamenteuse. Dans notre étude, cette manifestation est rare (moins d'un quart) et survient presque uniquement dans le groupe médical pendant et surtout après l'hospitalisation.

### 3.3.2 Céphalées, vertiges et troubles de la thermorégulation

Ces symptômes sont plus rares, souvent légers et limités [52].

Céphalées et vertiges peuvent être un effet secondaire du traitement et parfois des métrorragies importantes.

Les bouffées de chaleurs, frissons et fièvre (entre 38°C et 38,5°C) sont directement liés aux analogues des prostaglandines et se résolvent spontanément en 1 à 2 h [30]. Les bouffées de chaleur peuvent aussi être attribuées à la grossesse en elle-même et à la *mifépristone*. Par contre une fièvre pendant plusieurs jours et résistant aux antipyrétiques fait suspecter une infection.

**Tableau n° 47 : Etudes et effets secondaires**

Auteurs (références)	Année	Effectifs (terme limite)	Nausées % (n)	Vomissements % (n)	Diarrhées % (n)	Céphalées	Vertiges
Ashok et al. (partiellement randomisée) [5]	2002	188 (10-13SA) médical randomisé	69,2% p<0,0001	49,2% p<0,0001	42,5 p<0,0001	27,6 p= 0,005	44,3 p<0,0001
		180 (10-13SA) chirurgical sous AG randomisé	27,8%	8,2%	4,5	15,6	21
Tang et al. randomisé double aveugle avec placebo [81]	2005	60 (12-20) Orale	43,3% (26)		21,7% (13)	23,3 (14)	36,7% (22)
		58 (12-20) sublinguale	37,9% ( 22)		13,8% (8)	22,4 (13)	29,3 (17)
Hamoda et al (randomisé) [43]	2005	37 (13-20 SA) vaginal	65% (26) pas diff	62,5% (25) pas diff	52,5% (21) pas diff	35% (14) pas diff	42,5% (17) pas diff
		32 (13-20 SA) sublingual	72,2 % (26)	69,5% (25)	52,8% (19)	19,4% (7)	41,7% (15)
Hamoda et al (randomisé) [42]	2005	156 (9-13 SA) vaginal	77%	61%	52%	26%	42%
		158 (9-13 SA) sublingual	80%	70%	71%	25%	39%

#### 4. VECU PSYCHOLOGIQUE A COURT TERME DE CHAQUE METHODE :

Avec la méthode médicamenteuse, les femmes ont un rôle actif dans l'IVG et sont conscientes de tout ce qui se passe. Dans le cadre de l'IVG tardive, le terme avancé de la grossesse fait que les femmes sont plus susceptibles de voir le produit d'expulsion.

Les femmes bénéficiant de la méthode chirurgicale sous anesthésie générale ont, elles, un rôle plus passif et sont inconscientes au moment de l'aspiration. De plus, comme nous l'avons montré précédemment, la méthode médicale est plus longue, plus incertaine, plus douloureuse, responsable de métrorragies plus prolongées, d'effets secondaires plus fréquents et plus importants.

Devant ces différences, il nous a paru intéressant d'essayer d'évaluer s'il existe un vécu, un retentissement émotionnel, psychologique différent entre ces deux méthodes d'IVG tardives.

D'une manière générale, il est connu que la survenue d'évènements psychologiques graves dans les suites d'une IVG du premier trimestre de grossesse est rare [62].

En effet, le taux de psychoses dans les suites d'une IVG est très faible (0,3 pour 1000 femmes ) et bien moins fréquent que l'incidence des psychoses puerpérales [9, 45]. Les troubles de l'humeur à type d'anxiété et de dépression nécessitant une prise en charge psychiatrique après une IVG chirurgicale du premier trimestre surviendraient dans 10 à 11% des cas. La prévalence des troubles émotionnels importants n'est pas plus élevée chez ces femmes que dans la population générale [9, 77]. Il n'y aurait pas de différence entre les deux méthodes dans les conséquences psychologiques à long terme selon une étude menée jusqu'à deux ans après l'IVG [48].

##### **4.1 Avant l'hospitalisation:**

Dans notre étude, la très grande majorité des femmes, quelle que soit la méthode, a jugé cette période tolérable ou tout à fait tolérable. Cependant au cours de cette période, il semble exister une certaine souffrance psychologique dans les deux groupes et un vécu différent de cette période .

Les patientes du groupe chirurgical expriment plus d'anxiété que celles du groupe médical. En effet pour le groupe chirurgical, l'angoisse et l'appréhension vis à vis de l'acte chirurgical et de l'anesthésie générale semblent être les sentiments prédominants au cours de cette phase du déroulement de l'IVG (la moitié) alors que la majorité des femmes prises

en charge par la méthode médicale semblent plutôt présenter une souffrance psychologique par rapport aux implications de l'acte en cours.

Les deux tiers des patientes du groupe médical ont déclaré avoir ressenti de la tristesse, l'envie de pleurer et la moitié un sentiment de solitude. Quatre femmes se sont senties déprimées.

Dans le groupe chirurgical, la moitié des femmes s'est déclarée angoissée. Cependant les patientes semblent plus sereines par rapport à leur décision.

La littérature retrouve un vécu psychologique assez proche de celui de notre étude.

En effet, une étude comparative randomisée menée à partir de 384 femmes [9], a mis en évidence l'existence d'un niveau d'anxiété significativement plus important chez les femmes devant subir une IVG entre 10 et 13 SA par voie chirurgicale que chez celles devant subir une IVG médicale ( $p < 0,0001$ ).

De plus, selon une revue de la littérature de 2003 [15], les femmes en attente d'une IVG expriment un haut niveau de détresse psychologique avec tout particulièrement un niveau d'anxiété, mais aussi de dépression, plus élevé que dans la population générale. Selon les études, 40 à 45% des femmes sont anxieuses de façon significative pendant la période entre la découverte de la grossesse et le jour de l'IVG contre 22% dans la population générale et 60% des femmes exprimeraient avant l'IVG un haut niveau d'anxiété et/ou de dépression. Ces résultats correspondent à ceux retrouvés dans notre étude.

D'autre part, les femmes en attente d'une IVG présentent plus d'anxiété et de détresse psychologique que les autres femmes enceintes et que celles qui ont une menace de fausse-couche [15].

L'anxiété constitue le principal retentissement psychologique d'une IVG et la principale raison de cette angoisse serait la peur d'avoir mal (46%), puis la crainte d'avoir des complications et d'être stérile [15].

Selon Urquart et Templeton [83], les symptômes dépressifs sont aussi plus importants avant qu'après l'IVG. Pendant cette période 20% des femmes ont des symptômes dépressifs.

#### **4.2 Pendant l'hospitalisation :**

Pour la période de l'hospitalisation, il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'étude s'intéressant spécifiquement au vécu psychologique de cette étape de l'IVG.

Cependant, les résultats de notre étude paraissent intéressants car ils semblent mettre en évidence une nette différence de vécu entre les deux méthodes au cours de cette période de l'IVG. La méthode chirurgicale telle qu'elle est réalisée au CHBA de Vannes semble être mieux vécue que la méthode médicale telle qu'elle est réalisée au CHU de Rennes.

La moitié des patientes du groupe chirurgical a jugé cette période tout à fait tolérable et a déclaré avoir bien ou très bien vécu cette période. La principale émotion exprimée est là encore l'anxiété. A peine un tiers des patientes déclare avoir ressenti au cours de cette hospitalisation de l'angoisse et de la solitude. Un peu plus d'un quart d'entre elles, déclare de la tristesse. Ces patientes ont alors, comme précédemment, surtout exprimé une appréhension vis-à-vis de l'acte chirurgical et de l'anesthésie générale. Cependant, c'est aussi au cours de cette phase que certaines réflexions sur les implications de l'acte lui-même et sur elles-mêmes sont exprimées par quelques patientes comme si, pour la méthode chirurgicale, le jour de l'intervention était le jour décisif, le jour de l'acte irrémédiable. Comme si le moment de l'aspiration concentrait toutes leurs craintes.

Pour la méthode médicale, la moitié des femmes a jugé cette période intolérable. En effet, cette période est marquée par une souffrance psychologique importante, pour deux tiers des patientes, à type de culpabilité, d'ambivalence et d'un sentiment de solitude. Plus de la moitié s'est sentie triste avec une envie de pleurer et un peu moins d'un quart, déprimée avec une sensation de vide. La période de l'hospitalisation semble être vécue comme une longue période d'attente accompagnée de doutes sur l'efficacité de la méthode, de l'impression de n'avoir aucune maîtrise des faits et d'être peu informée. A cette douleur psychologique se surajoute une importante douleur physique pour la majorité d'entre elles au cours de cette période. Dans un étude de Slade et al [77] la procédure médicamenteuse d'une IVG est vécue par les femmes comme plus stressante, plus douloureuse et avec des saignements plus importants que la procédure chirurgicale.

D'autre part, cette période de l'IVG est marquée par la survenue de l'expulsion qui semble avoir eu un impact psychologique sur les femmes de notre étude. En effet, ce moment de l'expulsion est vécu comme psychologiquement difficile par deux tiers des femmes et comme un moment intolérable pour la moitié des femmes de notre étude (« traumatisant », « choquant »).

Au cours de cette période, les femmes semblent vivre un véritable accouchement dont elles décrivent la douleur physique, les saignements, et le contact direct avec le fœtus. Cet évènement est pour beaucoup source de culpabilité, de personnalisation du fœtus et de remords.



Le vécu psychologique de la vision du fœtus paraît varier selon les personnes mais il semble, dans notre étude, y avoir un lien entre le fait d'avoir vu le produit d'expulsion et un vécu intolérable. Cette impression est renforcée par une étude de Slade et al [77], qui conclut que les 56 % des femmes qui voient le fœtus au cours d'une IVG médicamenteuse du premier trimestre sont significativement plus sujettes aux événements intrusifs concernant leur IVG (à type de cauchemars, pensées et images indésirables), que celles qui ont eu une IVG médicamenteuse et qui n'ont pas vu le produit d'expulsion.

D'autre part, de leurs réponses ressort un sentiment de solitude et une absence de présence du personnel évoquant un manque d'accompagnement des soignants à ce moment précis mais soulignant aussi le fait que ce sont les patientes qui sont actives, qui commettent l'acte. A cette étape de l'IVG, le manque d'accompagnement et de soutien ressenti par certaines patientes n'est-il pas l'expression d'une prise de recul des soignants, d'un désinvestissement de leur part ? On peut supposer dans ce cas qu'il s'agit là d'un mouvement de protection du soignant qui n'est pas forcément préparé et formé à ce type de situation. Cependant, plus des trois quarts des patientes ont aussi déclaré avoir eu le sentiment d'avoir été écoutées par l'équipe médico-sociale et principalement par les infirmières puis par les médecins au cours de la période de l'hospitalisation. La qualité de l'accompagnement par l'entourage médical semble d'ailleurs jouer un rôle important dans le vécu de l'hospitalisation puisque les explications à un bon vécu de cette phase sont la mise en confiance et l'aspect rassurant de celui-ci. D'autres patientes ont manifesté au contraire des difficultés relationnelles avec le personnel et de la solitude.

#### **4.3 Dans le mois qui suit l'IVG :**

Les principaux sentiments éprouvés par les femmes de notre étude dans les semaines qui suivent l'IVG sont le soulagement et le sentiment de libération dans une proportion un peu plus grande dans le groupe chirurgical (les trois quarts) que dans le groupe médical (la moitié). Ainsi les deux groupes ont vécu cette période du retour à domicile de façon tolérable dans plus de deux tiers des cas.

Dans la littérature, le sentiment le plus fréquemment ressenti après une IVG est aussi un sentiment positif de soulagement [9, 34, 62] pour, selon Bradshaw et al [15], 62 % des femmes dans les deux semaines qui suivent l'IVG. De plus, selon Major B. et al [62], après une IVG chirurgicale du premier trimestre les femmes ressentent plus de sentiments positifs que de sentiments négatifs. Cependant 2 ans après, il semble dans cette étude que les sentiments positifs vis-à-vis de l'IVG diminuent restant toutefois supérieurs aux sentiments négatifs. La majorité des patientes ne regrettent pas leur choix et ne considèrent pas l'IVG

comme une expérience négative [9]. A un mois comme à 2 ans d'une IVG chirurgicale du premier trimestre, les femmes considèrent avoir tiré plus de bénéfices de l'IVG que de préjudices [62]. Grimes et al [34], tire comme conclusions de sa revue de la littérature, que l'IVG n'affecte pas la santé émotionnelle des femmes. Pour la plupart, elle apporterait même une amélioration dans leur qualité de vie. Dans certaines études, l'IVG a été associée à une amélioration de la santé psychologique parce que l'avortement résolvait une crise intense de la vie de la femme.

Malgré cela, dans notre étude le vécu de la période qui suit l'IVG est aussi marqué par une part de souffrance psychologique à type d'anxiété, et de dépression. Ceci est également rapporté dans la littérature. Plusieurs études [9, 15, 44, 62] ont montré que quelle que soit la méthode, il existe une diminution significative de l'angoisse et du sentiment de dépression dans les suites proches d'une IVG par rapport à avant. Il est également rapporté que les sentiments négatifs comme la culpabilité, le sentiment d'être perdu, la tristesse, le regret et la diminution de l'estime de soi sont fréquents, le plus souvent modérés et passagers [9]. Ils sont considérés par certains auteurs [9] comme faisant partie d'un processus de deuil. Selon Bradshaw [15] dans la littérature, un quart des femmes rapportent un sentiment de culpabilité dans les deux semaines qui suivent l'IVG et un tiers se sent déprimée.

Dans notre étude, les trois quarts des patientes du groupe médical sont encore dans le vécu de l'IVG avec pour certaines des réminiscences de la période de l'hospitalisation, notamment de l'expulsion. Elles ne semblent pas avoir « tourné la page ». La moitié des patientes exprime un vécu psychologique difficile de cette période qui est principalement marquée par les sentiments de tristesse, de dépression, de solitude et de culpabilité pour la moitié à trois quarts des patientes ce qui semble beaucoup par rapport aux données de la littérature et semble n'avoir que peu diminué par rapport à avant l'IVG.

Par contre, avec la méthode chirurgicale, les patientes semblent exprimer beaucoup moins de culpabilité et de souffrance psychique que dans le groupe médicamenteux et paraissent avoir « tourné la page » plus vite et plus facilement. Seul un tiers des patientes s'est senti triste, seul, angoissé avec de la culpabilité et de l'ambivalence. Ces taux ont donc diminué par rapport à avant l'IVG. Les plaintes paraissent être plutôt d'ordre physique avec une asthénie pour deux tiers des patientes. Cette asthénie peut toutefois être, pour certaines d'entre elles, aussi l'expression du poids psychologique de la situation autour le l'IVG, des difficultés à en parler et d'une culpabilité, par rapport à leur choix, plus enfouie. Il est probable que certaines patientes du groupe chirurgical soient plus dans le déni de la réalité, avec une culpabilité plus enfouie. Par contre les patientes ont été, avec la méthode

médicale, plongées dans toute la réalité de l'IVG et on peut supposer que cela a pu accentuer leur culpabilité.

Le groupe médical semble donc avoir dans les suites de l'IVG une plus forte proportion de femmes en détresse psychologique que ce qui est retrouvé dans la littérature. En effet, selon les études, le taux de femmes avec un haut niveau d'anxiété un mois après l'IVG varie entre 19 et 27 %, entre 3 et 9 % pour le taux de dépression et entre 8 et 32% pour la détresse psychologique d'une façon générale [15]. L'anxiété reste plus fréquente que la dépression dans les suites d'une IVG. Selon Bradshaw et al [15], le fait qu'un quart des femmes soit encore angoissé après une IVG laisse penser que l'anxiété ressentie avant l'IVG n'a pas pour seule raison l'appréhension d'un acte médicalisé ou chirurgical. Une étude de JR Cogle et al [20], retrouve un taux d'angoisse générale plus élevé parmi les femmes ayant subi une IVG que parmi les femmes ayant eu une grossesse imprévue menée à terme et plus particulièrement chez les femmes de moins de 20 ans. L'IVG semble être plus stressante pour les femmes jeunes [20]. Cette constatation peut aussi expliquer en partie ce vécu plus angoissant de l'IVG médicale dans notre étude où les femmes sont un peu plus jeunes que celles du groupe chirurgical.

Selon Slade et al [77], à un mois d'une IVG, un quart des femmes, présentait encore un haut niveau d'angoisse sans différence selon la méthode. Par contre, selon une étude plus récente [9], après une IVG médicamenteuse de la fin du premier trimestre, les femmes sont plus anxieuses et ont un plus faible niveau d'estime de soi que celles qui ont eu la méthode chirurgicale (avec respectivement  $p < 0,0001$  et  $p = 0,02$ ). En effet, dans cette étude de Ashok et al, les femmes randomisées avaient une estime de soi renforcée dans 65 % des cas après une IVG chirurgicale contre 51 % avec la méthode médicale, et une diminution de l'estime de soi dans respectivement 39,5 % contre 52 % et aucun changement 3 % contre 8% des cas. Ashok et al [9] attribuent cette différence de vécu, cette diminution de l'estime de soi au fait qu'au cours des IVG tardives les femmes distinguent plus souvent le produit d'expulsion qu'au cours des IVG médicamenteuses réalisées plus précocement. Ceci pourrait aussi expliquer la différence de vécu retrouvée dans notre étude.

Pour la méthode chirurgicale, selon Major B. et al [62], à un mois comme à deux ans d'une IVG du premier trimestre, le nombre de femmes dépressives est plus faible qu'avant l'IVG. A deux ans de l'IVG, dans cette étude, 20 % des femmes avaient présenté des signes cliniques dépressifs tout comme dans la population générale des femmes américaines de 15 à 35 ans [62]. Ils concluent que la santé mentale ne décroît pas après une IVG et n'est pas

différente de celle des femmes qui ont eu une grossesse non désirée et qui l'on menée jusqu'au bout.

Selon une revue de la littérature, l'estime de soi semble relativement stable avant et après une IVG [15]. Les facteurs prédictifs de survenue d'une dépression, d'une diminution de l'estime de soi et d'un vécu négatif de l'IVG dans les suites d'une IVG sont l'antécédent d'une dépression avant la grossesse non désirée (élément principal), l'âge jeune, ou le fait d'avoir déjà plusieurs enfants au moment de l'IVG [62].

Selon Major et al [62], seul 1% des femmes présenterait un syndrome post-traumatique dans les suites d'une IVG chirurgicale du premier trimestre. Ce taux est bien plus faible que ceux retrouvés dans la population générale pour les femmes de la même tranche d'âge (10,75 %) et pour les femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance (48,5 %) ou un enlèvement (46 %) [62].

Ce vécu différent entre les deux groupes se retrouve aussi dans le fait d'avoir eu un besoin de consulter un médecin (généraliste ou gynécologue) plus fréquemment dans les suites d'une IVG médicale (la moitié) que dans les suites d'une IVG chirurgicale (seule deux femmes sur 16). Cette consultation est dans la moitié des cas pour assurer le suivi médical et dans l'autre moitié des cas pour trouver une écoute. Dans la littérature, une étude randomisée comparant le vécu psychologique des deux méthodes pour les IVG entre 10 et 13 SA [9], conclut que 20 % des femmes consultent leur médecin généraliste dans les 8 semaines pour un problème lié à l'IVG, 4,9 % pour des troubles psychologiques, 3% ont eu une prescription d'antidépresseur. Le besoin d'écoute, exprimé par un quart des patientes du groupe médical, paraît donc plus important dans cette étude. Est-il lié à un vécu plus difficile de la méthode avec un besoin de se libérer de ce vécu par la parole ? Est-il lié au fait que par rapport à l'intervention chirurgicale la culpabilité est vécue différemment, moins refoulée ? C'est le médecin qui pratique l'acte d'aspiration pour « libérer » et dans l'autre cas, c'est la femme qui se libère seule assistée du médecin. Ou bien est-il lié à une population de femmes plus en difficultés sociopsychologiques et plus ambivalentes à Rennes qu'à Vannes ?

#### **4.4 Retentissement sur la vie quotidienne :**

Le vécu d'une IVG peut aussi être évalué sur son retentissement sur la vie quotidienne en terme de durée d'hospitalisation, de poursuite des activités quotidiennes et d'arrêt de travail.

Dans notre étude, il semble que la méthode médicale ait plus de répercussions sur la vie quotidienne des patientes dans les suites immédiates de l'IVG que la méthode chirurgicale.

##### **4.4.1 Durée de l'hospitalisation**

Dans notre étude, la durée d'hospitalisation est plus longue avec la méthode médicale allant de 12 à 96 heures avec une moyenne de 34 heures environ alors que pour la méthode chirurgicale permet une hospitalisation de jour (entre 6 et 8 heures d'hospitalisation). Ces durées assez longues d'hospitalisation s'expliquent par la révision utérine réalisée systématiquement après l'IVG. Sans celle-ci la quasi totalité des patientes pourrait être prise en charge en hôpital de jour.

En effet, dans la littérature, une étude de Largeaud et al [54], concernant la méthode médicamenteuse sans révision utérine systématique, donne une durée d'hospitalisation moyenne de 9,2 h (extrêmes : 1h à 48h) ce qui a permis à 86 % des patientes d'être prises en charge en hôpital de jour. Pour la méthode chirurgicale, aucune précision n'est donnée dans la littérature mais il va de soi qu'elles sont réalisées en hôpital de jour.

L'allègement du protocole médical actuel, par la suppression de la révision utérine systématique au profit d'une révision utérine au cas par cas réalisée sur des critères cliniques et échographiques, devrait permettre une hospitalisation de jour pour la grande majorité des femmes. De plus l'ANAES [2] en 2001 recommande qu'une IVG soit réalisée dans les conditions d'une hospitalisation de jour.

Dans notre étude, malgré cette durée d'hospitalisation plus longue avec la méthode médicale, les trois quarts des patientes ont considéré cette durée comme suffisante, de la même façon que dans le groupe chirurgical. On peut penser que les femmes acceptent bien la durée d'hospitalisation dans son ensemble. Par contre pour les patientes, ayant bénéficié de la méthode médicale, c'est la durée avant l'expulsion à l'hôpital qui est beaucoup moins bien tolérée.

#### 4.4.2 Activités habituelles et arrêt de travail:

La majorité des patientes poursuit ses activités habituelles avant et après une hospitalisation pour une IVG tardive, quelle que soit la méthode pratiquée. Cependant, un peu moins des deux tiers des patientes de la série médicale reprend ses activités habituelles après l'hospitalisation contre la quasi totalité du groupe chirurgical. Les raisons évoquées, dans les questionnaires de la méthode médicale, sont une grande fatigue.

La méthode médicale pour les IVG tardives a nécessité un repos dans les suites de l'hospitalisation pour 4 femmes sur 15 mais ce taux semble être sous-estimé par le fort taux (deux tiers) de personnes sans emploi ou en formation dans notre échantillon. Par contre, dans notre étude, la méthode chirurgicale n'a pas nécessité de prescription d'arrêt de travail avant comme après l'IVG alors que cette population est au contraire constituée pour les trois quarts de femmes qui travaillent.

Il semble donc que la méthode médicale, telle qu'elle est réalisée dans notre étude, ait un retentissement dans les suites immédiates de l'IVG chez un quart à un tiers des patientes en terme de difficulté à poursuivre leurs activités habituelles et en terme de nécessité d'un arrêt de travail. Ce qui n'est pas le cas pour la méthode chirurgicale dans cette étude.

Dans la littérature, une étude de Slade et al [77], retrouve aussi une plus grande proportion dans le groupe médical (44 % contre 15 %) de femmes à rapporter que l'IVG avait eu des répercussions sur la poursuite de leur activités habituelles. Mais une étude britannique plus récente [5], ne met pas en évidence de différence significative dans la reprise des activités habituelles et du travail, entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale sous AG deux à trois semaines après l'IVG réalisée entre 10 et 13 SA. Dans cette étude, le temps moyen nécessaire pour reprendre une activité normale est de 2,5 jours (0-14) pour les femmes du groupe médical et 2,5 jours (0-20) pour les femmes du groupe chirurgical. Le temps moyen nécessaire à la reprise de travail est de 2j (0-21) pour le groupe médical et 2j (0-21) pour le groupe chirurgical.

## 5. ACCEPTABILITE DE CHAQUE METHODE :

Cette différence de vécu psychologique entre les deux méthodes est-elle responsable d'un retentissement sur l'acceptabilité de la méthode ?

### 5.1 Du point de vue des patientes :

#### 5.1.1 Image du déroulement / Satisfaction :

Dans les deux groupes, de notre étude, plus des deux tiers des patientes ne s'étaient pas imaginé l'IVG de cette façon avant de prendre contact avec le centre spécialisé et ceci un peu plus souvent avec la méthode médicale. Le manque d'information sur le déroulement d'une IVG est la principale raison évoquée.

La majorité des femmes semble avoir été déçue par la méthode médicale. Trois quarts d'entre elles ne s'imaginaient pas ainsi le déroulement de l'IVG. Un peu plus d'un tiers expriment, au travers de leur réponses, un sentiment de surprise vis-à-vis de l'importance des douleurs physiques et morales vécues. Elles ne s'imaginaient pas aussi difficile la longue attente de l'expulsion et la confrontation au moment de l'expulsion.

Par contre, la majorité des femmes ont été agréablement surprises par la méthode chirurgicale. Deux tiers d'entre elles ne s'imaginaient pas ainsi le déroulement de l'IVG. Un tiers des patientes appréhendait l'acte chirurgical et l'anesthésie générale mais finalement elles ont été agréablement surprises par une méthode courte et peu douloureuse.

Dans la littérature, il semble aussi que la méthode médicamenteuse soit une méthode acceptable mais moins bien vécue que la méthode chirurgicale et pour à peu près les mêmes raisons que celles de notre étude.

En effet, Slade et al [77] ne retrouvent pas de différence dans les taux de satisfaction entre les deux méthodes mais les vécus sont très différents. Dans cette étude, la différence est nette : 92 % des femmes ayant eu une IVG chirurgicale choisiraient de nouveau la même méthode contre 53 % de celles qui ont eu une IVG médicamenteuse. De même, une étude de Ashok et al. [9], pour les IVG réalisées entre 10 et 13 SA, met en évidence que les femmes qui ont eu une IVG médicamenteuse trouvent cette méthode légèrement moins acceptable que la méthode chirurgicale à ce terme.

Les raisons évoquées sont une méthode médicamenteuse stressante, choquante et désagréable pour un tiers d'entre elles dans l'étude de Slade et al [77], la méthode

chirurgicale leur paraît *a posteriori* moins douloureuse et 18 % souhaitent éviter de voir le fœtus. De plus pour Ashok et al [9], l'existence d'une préférence avant l'IVG pour la méthode réalisée ( $p=0,002$ ), la douleur ressentie au cours de l'IVG ( $p=0,02$ ) et la durée d'arrêt de travail sont des facteurs qui ont influencé l'acceptabilité de la méthode médicale.

Pour le groupe chirurgical, avoir une préférence pour cette méthode avant l'intervention est l'élément principal d'acceptabilité de la méthode. S'il fallait choisir une autre méthode ce serait par voie chirurgicale sous anesthésie locale afin d'éviter une anesthésie générale (31 %) ou pour avoir une durée d'hospitalisation plus courte. Selon Major B [62], un mois après une IVG chirurgicale du premier trimestre, 78,7 % des patientes sont satisfaites de leur choix, 10,8 % ne la sont pas.

Selon Ashok et al [9], l'âge gestationnel n'aurait pas d'influence sur l'acceptabilité de la méthode alors que Henshaw et al [45] ont mis en évidence pour les IVG  $\leq 9$  SA que la méthode chirurgicale est d'autant plus préférée que le terme est avancé.

### 5.1.2 Rôle de la possibilité du choix de la méthode et préférence :

Plusieurs études [55,65] menées sur les conditions de réalisation des IVG en France, ont montré que les patientes avaient rarement le choix de la méthode. De même pour le choix du mode anesthésique. Ainsi, dans la plupart des établissements français réalisant des IVG tardives, les patientes n'ont pas le choix de la méthode [71]. Ceci est aussi le cas dans les deux centres hospitaliers où a été réalisée notre étude.

Dans notre étude, l'impression de soumission, de manque de contrôle au cours de la procédure a été exprimée par un tiers des femmes de la méthode médicale. Avec la méthode chirurgicale, un tiers des patientes exprimait une forte appréhension vis-à-vis de l'acte chirurgical et/ou de l'anesthésie générale. Ces sentiments semblent avoir participé à un vécu plus difficile de l'IVG.

Il semble donc que l'acceptabilité de la méthode dépende aussi de la possibilité pour la patiente de choisir la méthode qu'elle préfère.

En effet plusieurs études ont déjà montré que 63 % à 79 % des femmes considèrent comme extrêmement important le fait d'avoir le choix de la méthode [48,77]. Cependant, il n'a pas été constaté, dans l'étude de Slade et al [77], de différence de vécu psychologique et de taux de satisfaction entre les femmes qui ont choisi leur méthode et celles qui ne l'ont pas choisie.



Les femmes, avant une IVG du premier trimestre, ont majoritairement une préférence pour l'une ou l'autre des méthodes et le plus souvent pour la méthode médicamenteuse.

En effet, dans une étude écossaise [5], 80 % des femmes avaient une préférence avant la réalisation d'une IVG entre 10 et 13 SA et parmi elles 72 % préféraient la méthode médicale alors que 28 % auraient choisi la méthode chirurgicale avec anesthésie générale.

Selon une étude nord américaine de Virgo et al [84], avant d'avoir recours à l'IVG, 59,8% des patientes avaient déjà entendu parlé de la méthode médicale. Ces femmes étaient plutôt des femmes mariées, plus âgées, ayant déjà eu une grossesse ou un avortement et ayant un emploi. 30,9% choisiraient la méthode médicale, 24,7% la méthode chirurgicale, 44,4 % ne savent pas. 76 % des femmes sont intéressées par la méthode médicamenteuse. La méthode médicale est préférée par les femmes plus âgées avec un niveau de salaire élevé.

Les femmes qui ont une préférence de méthode avant l'IVG, auraient plus tendance à choisir de nouveau cette méthode dans l'éventualité d'une autre IVG (70% de celles qui ont eu une IVG médicale et 79% de celles qui ont eu une IVG chirurgicale) alors que les femmes qui n'ont pas de préférence particulière pour une méthode ont tendance *a posteriori* à préférer la méthode chirurgicale qui génère moins d'effets secondaires [5]. Toutefois, les femmes qui avaient une préférence pour une méthode et qui ne l'ont pas eue, ne sont pas plus insatisfaites de la méthode alternative dans le groupe médical que dans le groupe chirurgical.

Les mêmes conclusions ont été retrouvées dans d'autres études qui ont comparé la satisfaction des femmes après méthode médicale et méthode chirurgicale sous AG ou AL pour des IVG réalisées à des termes plus précoces [22, 45]. Dans ces deux études, les femmes qui avaient une préférence étaient majoritairement satisfaites de la méthode choisie alors que celles qui n'avaient pas de préférence initialement ont *a posteriori* une préférence pour la méthode chirurgicale surtout pour les termes les plus tardifs.

Les principales raisons de la préférence des femmes avant l'IVG pour la méthode médicale sont :

- le souhait d'éviter une anesthésie pour 63% des femmes et éviter un geste chirurgical pour 83% selon Ashok [9] ;
- la volonté d'être consciente pour 42% ;
- la conviction que la méthode est plus sûre, plus naturelle [12,77], 45% des femmes selon Ashok et al [9] étaient inquiètes des complications éventuelles de la méthode.

Les principales raisons de la préférence des femmes avant l'IVG pour la méthode chirurgicale sont :

- la volonté d'être inconsciente lors de l'intervention pour 93% des femmes [9]

- la crainte des douleurs et de l'impact psychologique de la méthode médicamenteuse [12,77].

Il paraît donc important de pouvoir offrir aux femmes le choix de la méthode après leur avoir fourni une bonne information sur chacune des méthodes. Ce choix de la méthode laissé aux femmes mais pris en concertation avec le médecin, participe à un meilleur vécu de l'IVG, respecte les particularités psychologiques de chacune et leur donne un rôle pleinement actif et non plus passif sur le déroulement de leur IVG.

On pourrait alors envisager que, comme pour les IVG plus précoces, les patientes devant subir un IVG tardive aient le choix entre la méthode médicamenteuse, la méthode chirurgicale sous anesthésie générale et la méthode chirurgicale sous anesthésie locale.

## 5.2 Point de vue des praticiens sur l'utilisation des pinces intra-cervicales dans l'IVG tardive

Le recours à l'utilisation de pinces intra-cervicales, pour la réalisation de l'IVG, n'est pas en soi une complication mais plutôt une particularité de la technique instrumentale. Cette particularité technique constitue pour beaucoup de praticiens à ce terme avancé de la grossesse une difficulté opératoire et émotionnelle. Elle contribue au fait que de nombreuses équipes hospitalières refusent encore d'appliquer l'allongement du délai légal d'IVG voté en 2001.

Seule une étude française récente [51] aborde cette spécificité. En effet, selon Koskas et al., la nécessité d'utiliser des pinces semble indépendante de l'expérience de l'opérateur et a plutôt un lien avec l'âge gestationnel. Sur 251 IVG instrumentales, 104 ont été réalisées entre 12 et 14 SA et le taux de recours aux pinces est de 0,7% pour les IVG  $\leq 12$  SA et de 32,7% pour les IVG entre 12 et 14 SA ( $p < 0,001$ ). Il existe dans cette étude une frontière très nette entre les IVG réalisées avant 13 SA où l'utilisation de pinces reste rare (un cas sur 5) et celles réalisées entre 13 et 14 SA où le recours y est nécessaire dans la moitié des cas.

Sur la période de notre étude, il n'a pas été rapporté de nécessité de recours à une pince intra-cervicale mais ceci est lié au très petit échantillon de l'étude.

Le recours aux pinces intra-cervicales peut aussi être nécessaire au cours de la méthode médicamenteuse pour les IVG tardives lorsque le produit ovulaire stagne dans l'isthme et sa fréquence a été évaluée à 13 % des cas dans une étude française récente menée par Largeaud et al. à partir de 105 IVG de 9 à 14 SA [54].

Au cours de notre étude, aucune mention de l'utilisation de pinces au cours de la méthode médicamenteuse n'a été retrouvée dans les dossiers médicaux.

Le recours aux pinces intra-cervicales est donc une particularité des IVG tardives qui existe pour les deux méthodes avec apparemment une prédominance dans la méthode chirurgicale bien qu'aucune étude n'ait comparé les deux méthodes sur ce critère et à ce terme de la grossesse.

## **CONCLUSION**

Cette étude comparative a pour but d'évaluer le vécu somatique et psychologique des deux méthodes médicale et chirurgicale telles qu'elles sont réalisées dans deux centres hospitaliers différents.

Les résultats de cette étude tendent à confirmer les données de la bibliographie sur l'efficacité et le faible risque des deux méthodes pour les IVG réalisées aux termes de 12 à 14 SA mais elle présente un taux d'échec un peu plus important. Par ailleurs la voie d'administration vaginale du *misoprostol* présente selon la littérature plus de risques infectieux que la voie orale.

Les deux méthodes sont donc envisageables pour les IVG tardives mais notre étude montre que les femmes ne les vivent pas du tout de la même manière tant d'un point de vue somatique que psychologique et ce à chaque étape de l'IVG.

D'un point de vue somatique, la méthode médicale semble être source de douleurs nettement plus importantes, d'intensité modérée à intense, nécessitant un recours aux morphiniques fréquent. Selon la littérature, la douleur au cours d'une IVG médicale augmente avec l'âge gestationnel. Dans notre étude comme dans la littérature, les effets secondaires sont plus fréquents et la durée d'hospitalisation plus longue qu'avec la méthode chirurgicale.

D'un point de vu psychologique, le vécu de la méthode chirurgicale est marqué, dans la période qui précède l'hospitalisation, par une grande anxiété et une appréhension importante du geste chirurgical et anesthésique. L'hospitalisation semble être bien vécue. Dans le mois qui suit l'IVG, cette méthode est finalement jugée rapide et peu douloureuse. Les femmes paraissent être majoritairement soulagées psychologiquement et beaucoup moins angoissées. La méthode a peu de retentissement sur leur vie quotidienne. Ces constatations concordent avec les données de la bibliographie.

Par contre, la méthode médicale semble être psychologiquement moins bien vécue. Dans la littérature, la majorité des femmes préférerait *a priori* la méthode médicale jugée plus naturelle, plus sûre et permettant d'éviter une chirurgie et une anesthésie. Notre étude révèle un vécu différent, marqué par une souffrance physique importante. A celle-ci se surajoute une souffrance psychologique en rapport avec la confrontation à la réalité de l'expulsion jugée par certaines « traumatisante » et l'impression de n'avoir aucune maîtrise des faits. Dans le mois qui suit l'IVG, les femmes sont soulagées mais présentent encore une certaine douleur morale plus fréquente qu'après une IVG chirurgicale. Certains auteurs

expliquent cette différence par le fait qu'une partie des femmes distingue le produit d'expulsion. Cette méthode semble avoir eu plus de retentissement sur la vie quotidienne des femmes et celles-ci ont cherché plus souvent une écoute auprès de leur médecin généraliste que celles du groupe chirurgical. La méthode est aussi, dans la littérature, jugée *a posteriori* plus angoissante, plus douloureuse, et traumatisante.

Les études évaluant l'acceptabilité de ces deux méthodes concluent qu'elles sont toutes deux acceptables avec cependant une plus grande proportion de femmes à choisir la méthode chirurgicale dans l'éventualité d'une nouvelle IVG. Elles soulignent aussi que la méthode est d'autant mieux acceptée que les femmes ont été bien informées du déroulement. Le médecin généraliste a un rôle important dans cette information à donner. Le choix de la méthode par la femme elle-même permet aussi une meilleure acceptation.

Les résultats de cette étude nous amènent à émettre quelques propositions sur la prise en charge des IVG tardives.

Concernant la méthode chirurgicale sous anesthésie générale, celle-ci semble effectivement être la méthode de référence puisque rapide, efficace, sûre, peu douloureuse et mieux vécue par les patientes. Cependant, il nous semble intéressant de pouvoir proposer aux femmes très angoissées par l'anesthésie générale, la réalisation de l'IVG chirurgicale sous anesthésie locale. Cette méthode est réalisable et acceptable pour des IVG tardives bien qu'elle reste source de douleurs modérées et nécessite une bonne maîtrise de la technique de la part de l'opérateur.

Concernant la méthode médicale, celle-ci semble efficace et acceptable. Elle paraît être une alternative si la méthode chirurgicale n'est pas réalisable et tout particulièrement chez les femmes ayant une appréhension importante vis-à-vis d'une intervention.

La prise en charge optimale de la douleur paraît être un élément essentiel du vécu d'une IVG tardive médicale. Peu d'études s'y sont intéressées mais il semble que, pour ce terme, la péridurale soit à privilégier ou, à défaut la PCA de morphiniques. Ces deux techniques nécessitent une surveillance importante dans une structure adaptée. Les conditions d'exercice au sein du service de Gynécologie de l'Hôpital Sud de Rennes ne permettent pas actuellement leur réalisation mais il serait peut-être intéressant d'évaluer l'efficacité et le vécu d'une administration systématique de morphinique par voie parentérale dès la première prise de *misoprostol* et à renouveler si nécessaire. Les AINS pourraient être utilisés en complément.

D'autre part, l'ANAES recommande que la majorité des IVG soit réalisée en hospitalisation de jour dans la majorité des cas. Selon les données issues de la

bibliographie, cela semble être réalisable avec la méthode médicale pour les IVG tardives, si une révision utérine n'est pas réalisée de façon systématique mais au cas par cas sur des critères cliniques et échographiques.

L'AFSSAPS recommande également l'administration du *misoprostol* par voie orale bien que celle-ci soit reconnue comme moins efficace. Des études récentes ont montré que la voie sublinguale peut constituer une alternative à la voie vaginale et orale puisqu'elle est plus efficace que la voie orale et autant que la voie vaginale.

Plusieurs études soulignent, l'importance du choix de la méthode par la femme dans l'acceptabilité de celle-ci. Après exposition des avantages et inconvénients de chacune, il serait intéressant de donner le choix aux femmes entre la méthode chirurgicale sous anesthésie générale, la méthode chirurgicale sous anesthésie locale et la méthode médicamenteuse ?

# **BIBLIOGRAPHIE**



1. AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé)  
<http://afssaps.sante.fr>
2. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) .  
Recommandations et références professionnelles. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Anaes, Paris, 2001.
3. Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse et publié au J.O n° 173 du 28 juillet 2004 page 13433 texte n° 33
4. [Ashok PW, Templeton A](#). Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases. Br J Obstet Gynaecol. 1999 Jul;106(7):706-10.
5. Ashok PW, Kidd A, Flett GM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. Hum Reprod. 2002 Jan;17(1):92-8.
6. [Ashok PW, Hamoda H, Nathani F, Flett GM, Templeton A](#). Randomised controlled study comparing oral and vaginal misoprostol for cervical priming prior to surgical termination of pregnancy. BJOG. 2003 Dec;110(12):1057-61.
7. [Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM](#). Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. Contraception. 2004 Jan;69(1):51-8.
8. Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. Contraception. 2005 Feb;71(2):143-8.
9. [Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A](#). Psychological sequelae of medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005 Aug;84(8):761-6
10. [Bacle F, Boufassa F, Lambert J, Lefebvre P, Soulat C, Meyer L](#). Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 SA comparées aux IVG entre 8 et 12 SA .J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005 Jun;34(4):339-45. French.

11. [Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK.](#) Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103(4):729-37.
12. Berer M. Medical abortion : issues of choice and acceptability. *Reproductive Health Matters.* 2005;13(26):25-31
13. [Bouvier-Colle MH, Pequignot F, Jouglu E.](#) Mise au point sur la mortalité maternelle en France : fréquences, tendances et causes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2001 Dec;30(8):768-75.
14. [Bouvier-Colle MH, Deneux C, Szego E, Couet C, Michel E, Varnoux N, Jouglu E.](#) Estimation de la mortalité maternelle en France : une nouvelle méthode. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2004 Sep;33(5):421-9.
15. [Bradshaw Z, Slade P.](#) The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2003 Dec;23(7):929-58. Review.
16. [Cameron ST, Glasier AF, Logan J, Benton L, Baird DT.](#) Impact of the introduction of new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh.Br *J Obstet Gynaecol.* 1996 Dec;103(12):1222-9.
17. [Castro C, Tharmaratnam U, Brockhurst N, Tureanu L, Tam K, Windrim R.](#) Patient-controlled analgesia with fentanyl provides effective analgesia for second trimester labour: a randomized controlled study. *Can J Anaesth.* 2003 Dec;50(10):1039-46.
18. Code pénal. Nouveau code pénal et ancien code pénal. Dalloz, Paris, 1999.
19. [Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK.](#) Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit.* 2003 Apr;9(4):CR105-12.
20. [Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK.](#) Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *J Anxiety Disord.* 2005;19(1):137-42.

21. [Creinin MD](#). Methotrexate and misoprostol for abortion at 57-63 days gestation. *Contraception*. 1994 Dec;50(6):511-5.
22. [Creinin MD](#). Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*. 2000 Sep;62(3):117-24.
23. Décret n°2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors des établissements de santé et modifiant le décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.
24. Décret n°2002-797 du 3 mai 2002 relatif à la pratique des IVG dans les établissements de santé.
25. Décret n°2002-799 du 3 mai 2002 relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental.
26. Denantes Christophe, Guilmet Simone La rachianesthésie <http://documentation.ledamed.org/IMG/html/doc-10778.html>
27. DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) Les interruptions volontaires de grossesse en 2003- Annick VILAIN n° 431 octobre 2005
28. [el-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A](#). Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *N Engl J Med*. 1995 Apr 13;332(15):983-7.
29. [el-Refaey H, Templeton A](#). Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Hum Reprod*. 1995 Feb;10(2):475-8.
30. Faucher Philippe et Hassoun Danielle « *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse* », ESTEM p 10, 56.
31. Faure Elisabeth ,Perbet Christiane, Docteur Luc Jeannin <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/ivg1.asp>

32. [Fiala C, Swahn ML, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K](#). The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13-22 weeks gestation. Hum Reprod. 2005 Nov;20(11):3072-7. Epub 2005 Jul 29.
33. [Garbin O, Vayssiere C, Bettahar-Lebugle K, Nisand I](#). Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005 Dec 1.
34. [Grimes DA, Creinin MD](#). Induced abortion: an overview for internists. Ann Intern Med. 2004 Apr 20;140(8):620-6.
35. [Grimes DA](#). Response to letter to the editor (05-203). Contraception. 2005 Nov;72(5):394. Epub 2005 Aug 15.
36. [Grimes DA](#). Risks of mifepristone abortion in context. Contraception. 2005 Mar;71(3):161.
37. [Grimes DA](#). Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. Am J Obstet Gynecol. 2006 Jan;194(1):92-4.
38. [Guillem P, Racinet C, Leynaud A, Benbassa A, Cans C](#). Evaluation de la morbidité maternelle après interruption médicamenteuse de grossesse à partir de 12 semaines d'aménorrhée. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003;32(3 Pt 1):227-38.
39. [Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A](#). Medical abortion at 64 to 91 days of gestation: a review of 483 consecutive cases. Am J Obstet Gynecol. 2003 May;188(5):1315-9.
40. [Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A](#). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. BJOG. 2004 Sep;111(9):996-1000.
41. [Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A](#). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. Contraception. 2005 May;71(5):327-32.

42. [Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A.](#) A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. BJOG. 2005 Aug;112(8):1102-8.
43. [Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A.](#) A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13-20 weeks gestation. Hum Reprod. 2005 Aug;20(8):2348-54. Epub 2005 May 5.
44. [Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA.](#) A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. Hum Reprod. 1994 Nov;9(11):2167-72.
45. [Henshaw R, Naji S, Russell I, Templeton A.](#) Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration. A patient-centered, partially randomised prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand. 1994 Nov;73(10):812-8.
46. [Ho PC, Tsang SS, Ma HK.](#) Reducing the induction to abortion interval in termination of second trimester pregnancies: a comparison of mifepristone with laminaria tent. Br J Obstet Gynaecol. 1995 Aug;102(8):648-51.
47. [Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW.](#) Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second-trimester pregnancy. Obstet Gynecol. 1997 Nov;90(5):735-8.
48. [Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA.](#) Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. Br J Obstet Gynaecol. 1997 Jul;104(7):829-33.
49. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
<http://www.insee.fr> et <http://www.insee.bretagne.fr>
50. [Jwarah E, Greenhalf JO.](#) Rupture of the uterus after 800 micrograms misoprostol given vaginally for termination of pregnancy. BJOG. 2000 Jun;107(6):807.

51. [Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, Brun L, Camagna O, Milliez J, Carbonne B.](#) Particularité techniques de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 SA. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005 Jun;34(4):334-8.
52. Kruse B, Poppema S, Creinin MD, Paul M. Management of side effects and complications in medical abortion. *Am J Obstet gynecol*. 2000 Aug; vol 183, n°2 : S65-S75
53. [Lamarque-Vadel A, Moreau C, Warszawski J, Bajos N; Equipe COCON.](#) Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse. Résultats d'une enquête en population générale. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005 Mar;33(3):113-8.
54. [Largeaud M, El Guindi W, Perotti F, Montoya Y, Carles G, Seve B.](#) L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 9 à 14 semaines d'aménorrhée. Etude prospective de 105 cas à Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane française). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2004 Apr;33(2):119-24.
55. [Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Bajos N, Bouyer J, Ducot B, Ferrand M, Goulard H, Hassoun D, Job-Spira N, Kaminski M, Lelong N, Leridon H, Moreau C, Oustry P, Razafindratsima N, Rossier C, Warszawski J; Equipe COCON.](#) Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2005 Feb;34(1 Pt 1):53-61.
56. [Lichtenberg ES, Paul M, Jones H.](#) First trimester surgical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members. *Contraception*. 2001 Dec;64(6):345-52.
57. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
58. Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
59. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.
60. Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, article 37.

61. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
62. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow R. Psychological responses of women after first-trimester abortion. Arch Gen Psychiatry, volume 57(8). August 2000. 777-784
63. [Ngai SW, Tang OS, Ho PC](#). Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. Hum Reprod. 2000 Oct;15(10):2205-8.
64. [Ngai SW, Tang OS, Ho PC](#). Prostaglandins for induction of second-trimester termination and intrauterine death. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003 Oct;17(5):765-75. Review.
65. NISAND I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande Madame Martine AUBRY ministre de l'Emploi et de la Solidarité et de Monsieur Bernard KOUCHNER Secrétaire d'Etat à la santé et à l'Action sociale. Février 1999.
66. [Norman JE](#). Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. Br J Obstet Gynaecol. 1995 Apr;102(4):332-3.
67. Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du Code la Santé Publique.
68. PACCOUD G, VENDITELLI F, PONS JC. Modifications de la législation concernant l'IVG : lecture et interrogations d'acteurs du terrain. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 2002, 31 : 152-161.
69. [Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, Imrie M](#). A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. Br J Obstet Gynaecol. 1998 Jun;105(6):599-604.
70. Pons JC, Venditelli , Lachcar P, « *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention* » Collection pratique en gynécologie-obstétrique ed. MASSON 2004 p 11-14,p 42- 45, p 54, p96.

71. Rapport d'activité N° 3663, de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 février 2002 et présenté par Mme Martine Lignières-Cassou, Députée  
-- ASSEMBLÉE NATIONALE
72. [Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA](#). Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 1996 May;87(5 Pt 2):884-90.
73. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomised trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*. 2001 Aug; 64(2):8-5
74. SCHERPEREEL P. [Principes et réalisations de l'anesthésie générale](#)  
<http://w3med.univ-lille2.fr/pedagogie/contenu/mod-transv/module06/item67/pranesgen.pdf>
75. [Singh K, Fong YF, Prasad RN, Dong F](#). Randomized trial to determine optimal dose of vaginal misoprostol for preabortion cervical priming. *Obstet Gynecol*. 1998 Nov;92(5):795-8.
76. [Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B](#). Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004 Sep;70(3):183-90. Review.
77. [Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P](#). A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Dec;105(12):1288-95.
78. [Soulat C, Gelly M](#). Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006 Apr;35(2):157-62.
79. [Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L](#). Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol*. 2004 Jul;104(1):174-85.



80. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee S, HO PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. Human Reproduction .2002 ; vol.17 N°2 pp. 332-336.
81. [Tang OS, Chan CC, Kan AS, Ho PC.](#) A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation.Hum Reprod. 2005 Nov;20(11):3062-6. Epub 2005 Jul 21.
82. [Thonneau P, Fougeyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M, Soulat C.](#) Complications of abortion performed under local anesthesia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998 Oct;81(1):59-63.
83. Urquhart DR, Tempelton AA. Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. British Journal of Obstetrics & Gynecology 1991; 98:396-399
84. Virgo KS, Carr TR, Hile A, Virgo JM, Kaikati JG. Medical versus surgical abortion: a survey of knowledge and attitudes among abortion clinic patients. Women's Health issues vol 9 n°3 May/June 1999: 143-154
85. [Webster D, Penney GC, Templeton A.](#) A comparison of 600 and 200 mg mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandin misoprostol. Br J Obstet Gynaecol. 1996 Jul;103(7):706-9.
86. [Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S.](#) Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. Contraception. 2000 Mar;61(3):225-9.

# **LISTE DES GRAPHES, TABLEAUX ET ABREVIATIONS**

## LISTE DES GRAPHES

Graphe n° 1 : Nombre de semaines limites de grossesse pour les IVG pratiquées dans les pays européens limitrophes.....	17
Graphe n° 2 : Nombre d'IVG par an depuis 2002 au centre d'orthogénie de Rennes.....	25
Graphe n° 3 : Nombre d'IVG 12-14 SA depuis 2002 au centre d'orthogénie de Rennes.....	26
Graphe n° 4 : Nombre d'IVG au CPEF de Vannes depuis 2002.....	29
Graphe n° 5 : Nombre d'IVG 12-14 SA depuis 2002 au CPEF de Vannes.....	29
Graphe n° 6 : Répartition des femmes en fonction de leur âge.....	62
Graphe n° 7 : Statut matrimonial du groupe médical.....	63
Graphe n° 8 : Statut matrimonial du groupe chirurgical.....	63
Graphe n° 9 : Profession des patientes.....	64
Graphe n° 10 : Répartition des patientes en fonction de la parité.....	65
Graphe n° 11 : Répartition des femmes en fonction des antécédents d' IVG.....	66
Graphe n° 12 : Répartition des femmes en fonction de l'âge gestationnel.....	67
Graphe n° 13 : Répartition des patientes en fonction de la période de survenue des douleurs.....	70
Graphe n° 14 : Intensité moyenne des douleurs en fonction de la période du déroulement de l'IVG.....	73
Graphe n° 15 : Intensité des douleurs ressenties avant l'hospitalisation.....	74
Graphe n° 16 : Intensité des douleurs ressenties pendant l'hospitalisation.....	74
Graphe n° 17 : Intensité des douleurs ressenties après l'hospitalisation.....	75
Graphe n° 18 : Fréquence de survenue des métrorragies en fonction de la période par rapport à l'hospitalisation.....	83
Graphe n° 19 : Fréquence des effets secondaires au cours d'une IVG tardive.....	89
Graphe n° 20 : Fréquence des nausées en fonction de la période / l'hospitalisation.....	90
Graphe n° 21 : Fréquence des vomissements en fonction de la période de l'IVG.....	91
Graphe n° 22 : Fréquence des diarrhées en fonction de la période / l'hospitalisation.....	92
Graphe n° 23 : Fréquence des céphalées en fonction de la période / l'hospitalisation.....	93
Graphe n° 24 : Fréquence des vertiges en fonction de la période / l'hospitalisation.....	94

Graphe n° 25 : Poursuite des activités habituelles.....	107
Graphe n° 26 : Sentiments ou émotions ressentis par les femmes avant l'hospitalisation..	114
Graphe n° 27 : Sentiments ou émotions ressentis par les femmes pendant l'hospitalisation .....	119
Graphe n° 28 : Sentiments ressentis par les patientes après l'hospitalisation.....	131
Graphe n° 29 : Sentiment d'avoir été écoutée.....	137

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Récapitulatif des résultats des données socio-démographiques.....	68
Tableau n°2 : Niveaux de douleur ressentis avant l'hospitalisation.....	71
Tableau n° 3 : Niveaux de douleur ressentis pendant l'hospitalisation.....	72
Tableau n° 4 : Niveaux de douleur ressentis après l'hospitalisation.....	73
Tableau n°5 : Niveaux de douleurs ressentis au moment de l'expulsion.....	77
Tableau n° 6 : Niveaux antalgiques avant intervention.....	79
Tableau n° 7 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe médical, au cours de la période d'hospitalisation qui précède l'intervention.....	79
Tableau n° 8 : Niveaux antalgiques après intervention.....	80
Tableau n° 9 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe médical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention.....	80
Tableau n° 10: Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe chirurgical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention.....	80
Tableau n° 11 : Niveaux antalgiques au domicile.....	81
Tableau n°12 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe médical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention.....	82
Tableau n° 13 : Niveaux et noms des antalgiques prescrits aux patientes du groupe chirurgical, au cours de la période d'hospitalisation qui suit l'intervention...	82
Tableau n° 14 : Abondance des métrorragies avant l'hospitalisation.....	84
Tableau n° 15 : Abondance des métrorragies pendant l'hospitalisation.....	85
Tableau n° 16 : Abondance des métrorragies après l'hospitalisation.....	85
Tableau n° 17 : Ressenti des métrorragies avant l'hospitalisation.....	87
Tableau n° 18 : Ressenti des métrorragies pendant l'hospitalisation.....	87
Tableau n° 19: Ressenti des métrorragies après l'hospitalisation.....	88

Tableau n° 20 : Délais d'expulsion.....	96
Tableau n° 21 : Nombre de comprimés de <i>misoprostol</i> .....	97
Tableau n° 22 : Nombre de poses de <i>misoprostol</i> .....	98
Tableau n° 23 : Durée d'hospitalisation estimée par les patientes du groupe médical.....	99
Tableau n° 24 : Durée d'hospitalisation estimée par les patientes du groupe chirurgical.....	99
Tableau n° 25 : Vécu de la durée d'hospitalisation dans chacun des 2 groupes.....	100
Tableau n° 26 : Récapitulatif concernant la douleur.....	103
Tableau n° 27 : Récapitulatif concernant les métrorragies.....	104
Tableau n° 28 : Récapitulatif des fréquences de survenue des effets secondaires.....	105
Tableau n° 29 : Poursuite des activités habituelles avant et après l'hospitalisation.....	106
Tableau n° 30 : Prescription d'un arrêt de travail avant et après l'hospitalisation.....	108
Tableau n° 31 : Déroulement de l'IVG tel qu'elles se l'étaient imaginé.....	110
Tableau n° 32 : Vécu de la période qui précède l'hospitalisation.....	113
Tableau n° 33 : Vécu de la période de l'hospitalisation.....	118
Tableau n° 34 : Vécu de l'expulsion.....	123
Tableau n° 35 : Vision du produit d'expulsion.....	123
Tableau n° 36 : Vécu de l'anesthésie par le groupe médical.....	127
Tableau n° 37 : Vécu de l'anesthésie générale par le groupe chirurgical.....	129
Tableau n° 38 : Vécu de la période qui suit l'hospitalisation.....	131
Tableau n° 39 : Recours à un intervenant médicosychosocial.....	135
Tableau n° 40 : Personnes à l'écoute des patientes au cours de la procédure d'une IVG...	138
Tableau n° 41 : Impression d'avoir été bien informée.....	139
Tableau n° 42 : Mode d'information sur la méthode d'IVG.....	139
Tableau n° 43 : Récapitulatif des résultats de la partie vécu psychologique.....	140
Tableau n° 44 : Récapitulatif sur les sentiments ressentis aux différentes phases d'une IVG	
Tableau n° 45 : Efficacité et études.....	152
Tableau n° 46 : Etudes et douleurs.....	162
Tableau n° 47 : Etudes et effets secondaires.....	171

## LISTE DES ABREVIATIONS :

- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé
- AG : Anesthésie Générale
- AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
- AL : Anesthésie Locale
- $\beta$  HCG :  $\beta$  Hormone Chorionique Gonadotrope
- CHU : Centre Hospitalier et Universitaire
- CHBA : Centre Hospitalier Bretagne-Atlantique
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociale
- ENS : Echelle Numérique Simple
- IM : Intra- Musculaire
- INED : Institut National d'Etudes Démographiques
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IST : Infection Sexuellement Transmissibles
- IV : Intra-Vasculaire
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SA : Semaine d'Aménorrhée

# **ANNEXES**

**ANNEXE 1 :**  
**LOIS RELATIVES A L'IVG**



**ANNEXE 2 :**  
**COUT DE L'IVG**  
**(ARRETE DU 23 JUILLET 2004)**

J.O n° 173 du 28 juillet 2004 page 13433 texte n° 33

**Décrets, arrêtés, circulaires**

**Textes généraux**

**Ministère de la santé et de la protection sociale**

Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse

NOR: SANP0422519A

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et de la protection sociale, la ministre de l'outre-mer et le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-38 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2212-1 à L. 2212-11 ;

Vu le livre IV du code de commerce, notamment son titre V ;

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 modifié ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

Arrêtent :

**Article 1**

Les prix limites des soins et les forfaits d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse instrumentale, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

- |                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| a) Interruption volontaire de grossesse                                              | 57,60 EUR  |
| b) Anesthésie générale                                                               | 48,00 EUR  |
| c) Investigations biologiques préalables à l'intervention                            | 22,95 EUR  |
| d) Accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée : |            |
| - égale ou inférieure à douze heures                                                 | 86,96 EUR  |
| - comprise entre douze et vingt-quatre heures                                        | 123,38 EUR |

- pour vingt-quatre heures supplémentaires 36,41 EUR

### Article 2

Les prix limites des soins et la surveillance afférents à l'interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

a) Investigations biologiques sanguines préalables à l'interruption de grossesse 22,95 EUR

b) Consultation initiale comportant la prise de Mifégyne 85 EUR

c) Consultation secondaire comportant l'administration de prostaglandines et surveillance en établissement agréé 122,61 EUR

d) Consultation ultérieure de contrôle et vérification de l'interruption de grossesse :

- par méthode biologique 38,50 EUR

- par méthode échographique 30,24 EUR

### Article 3

Les prix limites des forfaits relatifs aux soins et à l'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse, pratiquée dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sont les suivants :

190,38 EUR

a) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures 190,38 EUR

b) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée égale ou inférieure à douze heures 238,38 EUR

c) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse sans anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures 226,77 EUR

d) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse avec anesthésie générale pour une durée comprise entre douze et vingt-quatre heures 274,77 EUR

- e) Forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires 36,44 EUR
- f) Forfait pour une interruption volontaire de grossesse par mode médicamenteux 257,91 EUR

#### Article 4

Le prix limite du forfait attribué au médecin ayant effectué une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du code de la santé publique est fixé à 191,74 EUR. Ce forfait inclut le prix TTC des médicaments mentionnés aux articles 5 et 6. Outre la prise en charge des médicaments, ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration de la Myfégyne et du Gymiso et la dernière consultation de contrôle.

#### Article 5

Le prix fabricant hors taxe de la boîte de trois comprimés de Mifégyne est fixé à 60 EUR. Le montant limite de marge brute hors taxe applicable à ce prix est celui qui résulte de l'article 3 de l'arrêté du 4 août 1987 modifié relatif aux marges des médicaments remboursables. Le prix TTC de la boîte de trois comprimés de Mifégyne que se procure le médecin en application de l'article R. 2212-16 du code de la santé publique est fixé à 76,37 EUR.

#### Article 6

Le prix fabricant hors taxe de la boîte de deux comprimés de Gymiso est fixé à 10,65 EUR. Le montant limite de marge brute hors taxe applicable à ce prix est celui qui résulte de l'article 3 de l'arrêté du 4 août 1987 modifié relatif aux marges des médicaments remboursables. Le prix TTC de la boîte de deux comprimés de Gymiso que se procure le médecin en application de l'article R. 2212-16 du code de la santé publique est fixé à 15,37 EUR.

#### Article 7

Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux départements d'outre-mer, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

#### Article 8

L'arrêté du 14 janvier 1991 relatif au prix des soins et de l'hospitalisation afférents à l'interruption de grossesse est abrogé.

#### Article 9

Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et de la protection sociale et le directeur des affaires économiques, sociales et culturelles de l'outre-mer au ministère de l'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du

présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 juillet 2004.

Le ministre de la santé  
et de la protection sociale,

Philippe Douste-Blazy

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,

des finances et de l'industrie,

Nicolas Sarkozy

La ministre de l'outre-mer,

Brigitte Girardin

Le secrétaire d'Etat au budget

et à la réforme budgétaire,

Dominique Bussereau

**ANNEXE 3 :**  
**DOCUMENTS DU DOSSIER DU**  
**CENTRE DE RENNES**

**ANNEXE 4 :**  
**DOCUMENTS DU DOSSIER DU**  
**CENTRE DE VANNES**

**ANNEXE 5 :**  
**LE QUESTIONNAIRE**



Madame, Mademoiselle,

Nous réalisons actuellement dans ce service une étude sur « le vécu par les femmes de l'Interruption Volontaire de Grossesse tardive ( c'est à dire de 12 à 14 semaines d'aménorrhée) » afin d'améliorer les conditions de prise en charge et la méthode opératoire.

Cette étude se base sur les résultats d'un questionnaire anonyme délivré aux femmes à 15 jours de l'hospitalisation lors de la consultation de contrôle.

Merci de la part de l'ensemble de l'équipe soignante pour l'aide que vous nous apportez en remplissant le questionnaire anonyme qui suit.

Chef de service  
Dr Olivier Chevrant-Breton

Médecins généralistes chargés de l'étude  
Dr Bernard Olivier      Dr Loppion Aude

# QUESTIONNAIRE

## 1. Avant, pendant ou après l'hospitalisation, avez-vous ressenti des douleurs ?

	Oui	Non	Durée
Avant			
Pendant			
Après			

Si oui, pouvez-vous placer une croix sur la ligne ( située dessous ) à l'endroit qui représente selon vous le mieux l'intensité de la douleur ressentie.  
 (ex : à gauche = pas de douleur ; au milieu = douleur d'intensité moyenne ; à droite = douleur la plus intense imaginable) :

### Avant l'hospitalisation :

Pas de douleur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Douleur Maximale imaginable

### Pendant l'hospitalisation :

Pas de douleur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Douleur Maximale imaginable

### Après l'hospitalisation :

Pas de douleur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Douleur Maximale imaginable

## 2. Avant, pendant et/ou après l'hospitalisation, avez-vous eu des saignements ?

(vous pouvez cocher plusieurs cases)

	Oui	Non	Durée (en heures ou jours)	Abondance	Ressenti comme :
Avant				Minimes	Tout à fait tolérable
				Normaux (règles)	Tolérable
				Abondants	Intolérable
				Très abondants	
Pendant				Minimes	Tout à fait tolérable
				Normaux (règles)	Tolérable
				Abondants	Intolérable
				Très abondants	
Après				Minimes	Tout à fait tolérable
				Normaux (règles)	Tolérable
				Abondants	Intolérable
				Très abondants	

## 3. Lors de l'expulsion avez-vous ressenti des douleurs ?

OUI	NON	DUREE

Si oui, pouvez-vous placer une croix sur la ligne ( située dessous ) à l'endroit qui représente selon vous le mieux l'intensité de la douleur ressentie.  
 (ex : à gauche = pas de douleur ; au milieu = douleur d'intensité moyenne ; à droite = douleur la plus intense imaginable) :

<b>Pas de douleur</b>	<b>Douleur Maximale imaginable</b>											
<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

**4. Avant, pendant ou après l'hospitalisation, avez- vous ressenti d'autres troubles ?**  
 (vous pouvez cocher plusieurs cases)

	Oui	Non	Si oui, à quel moment par rapport à l'hospitalisation ?			Oui	Non	Si oui, à quel moment par rapport à l'hospitalisation ?	
<b>Nausées</b>			Avant		Maux de tête			Avant	
			Pendant					Pendant	
			Après					Après	
<b>Vomissements</b>			Avant		<b>Vertiges</b>			Avant	
			Pendant					Pendant	
			Après					Après	
<b>Diarrhées</b>			Avant		Autre (précisez)			Avant	
			Pendant					Pendant	
			Après					Après	

**5. Concernant l'hospitalisation ?**

a. Avez –vous été hospitalisée plus tôt que prévu ?

oui	
non	

Si OUI , Pourquoi ?

.....

Combien de temps (en heures) ?.....

b. Pour l'intervention :

Combien de temps avez-vous été hospitalisée ( en heures) ?.....

Cela vous a-t-il paru insuffisant , suffisant ou trop long ? (entourez votre réponse)

c. Avez-vous été ré hospitalisée dans les suites de l'intervention ?

oui	
non	

Si OUI , Pourquoi ? .....

Combien de temps (en heures) ?.....

**6. Avez- vous poursuivi vos activités habituelles ?**

	Oui	Non
Avant l'hospitalisation		
Après l'hospitalisation		

**7. Vous a-t-on prescrit un arrêt de travail ?**

	Oui	Non	Durée (en jours)
Avant l'hospitalisation			
Pour l'hospitalisation			
Après l'hospitalisation			

**8. a/Avant de prendre contact avec notre établissement, pensiez-vous que l'IVG se déroulerait ainsi ?**

oui	
non	

b/Expliquez en quoi ?

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

**9.a/Comment avez-vous vécu la période entre la 1<sup>ère</sup> prise de médicament (Mifepristone) et l'hospitalisation ?**

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

b/Cette période vous a-t-elle paru :

tout à fait tolérable	
tolérable	
intolérable	

**10. a/ Comment avez- vous vécu la période de l'hospitalisation ?**

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

b/ Cette période vous a-t-elle paru :

tout à fait tolérable	
tolérable	
intolérable	

**11.a/ Comment avez-vous vécu le moment de l'expulsion ?**

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

b/ Avez-vous vu ce que vous avez expulsé ?

oui	
non	

c/ Ce moment vous a-t-il paru :

tout à fait tolérable	
tolérable	
intolérable	

**12. Concernant l'Anesthésie Générale réalisée lors de la révision utérine?**

a/ Qu'en pensez vous ?

(vous pouvez cocher plusieurs cases)

Utile	
Confortable	
Indispensable	
Superflue	
Angoissante	
Dangereuse	
Autre	

b/ Comment vous êtes-vous sentie au réveil ?

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

**13. a/ Comment avez-vous vécu la période qui suit l'intervention , le retour à domicile ?**

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

.....

b/ Cette période vous a-t-elle paru :

tout à fait tolérable	
tolérable	
intolérable	

**14. Avez-vous ressenti à un moment lors de l'IVG :** (vous pouvez cocher plusieurs cases)

	OUI	NON	Si oui, à quel moment par rapport à l'hospitalisation ?	
La sensation d'être seule			Avant	
			Pendant	
			Après	
L'envie de pleurer			Avant	
			Pendant	
			Après	
De la tristesse			Avant	
			Pendant	
			Après	
Dépression			Avant	
			Pendant	
			Après	
Une sensation de vide			Avant	
			Pendant	
			Après	
Une sensation de panique			Avant	
			Pendant	
			Après	
Une angoisse			Avant	
			Pendant	
			Après	
De la colère			Avant	
			Pendant	
			Après	
Une sensation de soulagement			Avant	
			Pendant	
			Après	
Une libération			Avant	
			Pendant	
			Après	
Autre (précisez)			Avant	
			Pendant	
			Après	

**15. Avez-vous eu l'impression d'avoir été écoutée ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)**

	OUI	NON	PAR QUI ? (médecin , conseillère, infirmière, secrétaire...)
Avant l'hospitalisation			
Pendant l'hospitalisation			
Après l'hospitalisation			

**16.a/ Pensez vous avoir été bien informée sur le déroulement de la méthode ?**

b/ Par qui ?

oui	
non	

.....

**17. Dans les suites de l'intervention, avez-vous eu besoin de rencontrer la conseillère familiale et/ou un autre intervenant ( médecin généraliste, psychologue , psychiatre) ?**

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

**18. Souhaitez-vous exprimer autre chose sur le déroulement de la prise en charge de votre IVG**

- en positif ?

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

- en négatif ?

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