



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**RECOMMANDATION**

**Interruption  
volontaire de  
grossesse  
par méthode  
médicamenteuse –  
Mise à jour**

Validé par le Collège le 11 mars 2021

---

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

## Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
<b>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour</b>
<b>Méthode de travail</b>	Recommandations pour la pratique clinique
<b>Objectif(s)</b>	L'objectif de cette mise à jour des recommandations concernant l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse publiées en 2010 est d'étendre la prise en charge de l'IVG par méthode médicamenteuse en ville jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.
<b>Cibles concernées</b>	Gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, sages-femmes et tous les professionnels de santé, du secteur public ou privé, susceptibles d'être impliqués dans la réalisation d'une IVG par méthode médicamenteuse.
<b>Demandeur</b>	Ministre des Solidarités et de la Santé
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	Coordination : Muriel Dhénain, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach) Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail
<b>Recherche documentaire</b>	De janvier 2008 à septembre 2020 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Juliette Chazareng (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)
<b>Auteurs</b>	Mise à jour rédigée par Muriel Dhénain, à partir de l'argumentaire publié en 2010 rédigé par M. Emmanuel Nouyrigat, HAS, et le Dr Patrice Dosquet, HAS
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 11 mars 2021
<b>Actualisation</b>	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
<b>Autres formats</b>	Argumentaire et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication information  
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – mars 2021

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	<b>5</b>
<b>1. Stratégie médicamenteuse</b>	<b>6</b>
1.1. Grossesses de moins de 7 SA	6
1.2. Grossesses de 7 à 9 SA	6
<b>2. Conditions de prise en charge de l'IVG par méthode médicamenteuse</b>	<b>8</b>
2.1. Modalités générales	8
2.1.1. Structures de prise en charge des IVG	8
2.1.2. Accueil, organisation	8
2.1.3. Consultations médicales préalables à l'IVG	8
2.1.4. Prise de médicament	10
2.1.5. Visite de suivi	10
2.2. Prise en charge à domicile de l'IVG médicamenteuse	10
<b>Annexe. Critères d'évaluation de l'efficacité de la méthode d'IVG</b>	<b>12</b>
<b>Participants</b>	<b>13</b>

# Introduction

## Thème des recommandations

Dans une lettre du 22 septembre 2020, le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi la HAS afin que soit examinée la révision du protocole de l'IVG médicamenteuse, que ce soit en ville ou en établissement de santé, jusqu'à 9 SA, en prenant en compte leurs spécificités respectives.

Il est demandé que le protocole aborde également la possibilité d'accès à la téléconsultation, y compris pour la prise de médicament.

Par ailleurs le ministère de la Santé a saisi l'ANSM :

- pour une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour encadrer et sécuriser la prescription, en dehors des AMM, des spécialités pharmaceutiques à base de mifépristone et celles à base de misoprostol ;
- pour donner un avis sur l'autotest urinaire pour le contrôle de l'IVG.

## Historique

Les modifications du résumé des caractéristiques du produit de la Mifégyne® (mifépristone) en juin 2007, notamment en termes de posologie et conditions d'administration, ont amené la Direction générale de la santé à demander à la Haute Autorité de santé d'actualiser la partie concernant l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse des recommandations de l'Anaes « Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines » de mars 2001.

## Objectifs

Si les objectifs de ces recommandations publiées en 2010 concernant l'IVG médicamenteuse étaient de :

- définir la stratégie médicamenteuse ;
- faire le point sur la prise en charge à domicile ;

l'objectif de cette mise à jour est d'étendre la prise en charge de l'IVG par méthode médicamenteuse en ville jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.

## Patients concernés

Ces recommandations concernent les femmes souhaitant une IVG par méthode médicamenteuse.

## Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées aux gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, sages-femmes et tous les professionnels de santé, du secteur public ou privé, susceptibles d'être impliqués dans la prise en charge d'une IVG médicamenteuse.

# 1. Stratégie médicamenteuse

En l'absence de contre-indication médicale, les femmes doivent pouvoir choisir la méthode de l'IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, jusqu'à 9 SA, et recevoir une information détaillée<sup>1</sup>. Cette information renforce la satisfaction des femmes après l'IVG.

Tenant compte de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la Mifégyne®, la méthode médicamenteuse repose en France sur l'association de l'antiprogéstérone mifépristone et d'une prostaglandine, le misoprostol.

L'efficacité de la méthode médicamenteuse s'évalue selon deux critères (cf. annexe) :

- le taux de succès, le succès étant défini comme l'obtention d'un avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale, quelle qu'en soit l'indication ;
- le taux de grossesses évolutives ou persistantes.

L'IVG médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à 9 SA, en établissement de santé, ou hors établissement de santé par un médecin ou une sage-femme ayant un contrat avec une structure et une expérience professionnelle adaptée (cf. 2.1.1).

## 1.1. Grossesses de moins de 7 SA

Pour les grossesses de moins de 7 SA (soit au maximum 49 jours d'aménorrhée), la séquence mifépristone – misoprostol par voie orale est associée à des taux de grossesses évolutives de l'ordre de 1 % avec les posologies autorisées par l'AMM. Depuis, des études ont montré l'efficacité et la sécurité de cette séquence avec une dose de mifépristone moindre et le misoprostol par voie transmuqueuse orale ou sublinguale.

Ainsi, les séquences de traitement recommandées sont les suivantes :

- une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale ;
- une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM).

Administration par **voie transmuqueuse orale** (encore appelée *voie buccale ou jugale*) : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30 minutes

Le géméprost, compte tenu de ses effets secondaires, n'est plus recommandé.

## 1.2. Grossesses de 7 à 9 SA

Pour une IVG médicamenteuse entre 7 et 9 SA, il est recommandé :

- une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de 800 µg de misoprostol en une seule prise, par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM).

Les études évaluant l'efficacité du misoprostol, après 200 mg de mifépristone, selon sa voie d'administration sont en faveur d'une efficacité des voies sublinguale (hors AMM) et transmuqueuse orale

<sup>1</sup> Un guide d'information sur l'IVG destiné aux femmes majeures ou mineures est édité par le ministère de la Santé.

(hors AMM) comparable à celle de la voie vaginale (hors AMM), et d'une efficacité des voies vaginale et transmuqueuse orale supérieure à celle de la voie orale (hors AMM au-delà de 7 SA) jusqu'à 9 SA.

Compte tenu des autres voies d'administration possibles et en raison de très rares cas de chocs septiques fatals à *Clostridium sordellii* survenus après utilisation de misoprostol par voie vaginale, il n'est pas recommandé d'utiliser la voie vaginale.

De plus, des événements cardio-vasculaires rares mais graves ont été signalés lors d'utilisations hors AMM (800 µg par voie vaginale) de spécialités contenant du misoprostol, chez des femmes ayant au moins un facteur de risque cardio-vasculaire (tabagisme).

## 2. Conditions de prise en charge de l'IVG par méthode médicamenteuse

### 2.1. Modalités générales

#### 2.1.1. Structures de prise en charge des IVG

La prise en charge de l'IVG médicamenteuse peut se faire soit en établissement de santé jusqu'à 9 SA (public ou privé) avec ou sans hospitalisation, soit hors établissement de santé par des médecins et sages-femmes jusqu'à 9 SA, en cabinet libéral, en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) et en centre de santé.

Les structures de prise en charge des IVG sont soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG.

Un médecin ou une sage-femme, dans le cadre de son activité en cabinet de ville, dans un CPEF ou dans un centre de santé, peut pratiquer des IVG médicamenteuses jusqu'à 9 SA. En dehors d'un établissement de santé, les praticiens doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention<sup>2</sup> avec un établissement de santé autorisé.

#### 2.1.2. Accueil, organisation

Toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. La précocité de réalisation permet un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide.

Chaque établissement de santé prenant en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité, connue et largement diffusée.

Sauf cas exceptionnel, les IVG en établissement de santé doivent être réalisées en ambulatoire (séjour inférieur à 12 h).

Les consultations sont réalisées en présentiel. Elles peuvent aussi être réalisées en téléconsultation pour une à l'ensemble des consultations, avec l'accord de la femme et si le médecin ou la sage-femme le juge possible. Quand les professionnels réalisent la totalité de la procédure en téléconsultation, les médicaments sont alors délivrés par la pharmacie d'officine choisie par la femme.

La téléconsultation permet d'augmenter et de diversifier l'offre de soins.

#### 2.1.3. Consultations médicales préalables à l'IVG

La séquence des consultations relatives à l'IVG médicamenteuse dans les établissements de santé et hors établissement de santé est identique.

Lors de la **première consultation** préalable à l'IVG, des informations claires et précises sont apportées à la femme sur la procédure, et sur ce qu'il peut se passer lors de l'expulsion, sur la possibilité de visualiser le sac gestationnel jusqu'à 7 SA, et l'embryon, plus particulièrement entre 7 et 9 SA.

---

<sup>2</sup> Guide IVG hors établissement de santé à l'attention des médecins (voir annexe 2 convention type)  
<https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse-hors-etablissement-de-sante.html>

Les métrorragies, témoin de l'effet du traitement médical, surviennent dans les 3 à 4 heures suivant la prise de prostaglandine, mais ne sont pas une preuve d'expulsion complète.

Les douleurs abdomino-pelviennes induites par les contractions utérines sont quasiment systématiques. Il est reconnu que la douleur augmente avec la parité, l'âge gestationnel et les doses utilisées de prostaglandines.

Le professionnel doit informer la femme d'un risque possible de poursuite de grossesse, insister sur la nécessité du contrôle après 2 semaines, prévu par la réglementation française ; et de l'obligation d'avoir dans ce cas recours à une méthode chirurgicale si l'interruption de grossesse est toujours le choix de la femme.

Outre cette information orale, les professionnels mettent à la disposition des femmes des documents d'information écrits<sup>3</sup>.

Il est recommandé de s'assurer de la bonne compréhension du protocole par la femme, en particulier si elle est mineure.

Il est recommandé à l'occasion de cette première consultation de rechercher des violences conjugales<sup>4</sup>.

À l'occasion de la demande d'IVG, un entretien d'information, de soutien et d'écoute (entretien psychosocial) doit pouvoir être proposé systématiquement par le médecin ou la sage-femme et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. Il est obligatoire pour les femmes mineures. L'entretien doit être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et pour l'identification de difficultés psychosociales.

Il n'existe plus de délai de réflexion<sup>5</sup> minimal entre les deux consultations, sauf si la femme a un entretien psychosocial. Après cet entretien, la femme a un délai de réflexion de 48 heures avant de remettre son consentement.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire et l'examen clinique. En secteur hospitalier, le recours à une échographie pelvienne doit être possible sur place lors de la consultation. En médecine de ville, le recours à une échographie doit être possible dans un délai rapide soit sur place, soit chez un échographiste correspondant habituel du médecin ou de la sage-femme.

Au cours de la **deuxième consultation** préalable à l'IVG, la femme signe un consentement écrit. Il peut être recueilli en présentiel ou envoyé par voie dématérialisée s'il s'agit d'une téléconsultation. Cette consultation est l'occasion de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles, dont la chlamydia, selon les recommandations en vigueur et un prélèvement cervico-utérin de dépistage si besoin.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence.

Bien que les études aient montré qu'une allo-immunisation est un risque théorique jusqu'à 10 SA, une prophylaxie de l'allo-immunisation rhésus chez les femmes rhésus négatif reste recommandée en France. Toutes les femmes doivent disposer d'un groupage sanguin ABO-D ; une détermination est suffisante. L'absence de groupe ne doit cependant pas retarder la prise en charge de l'IVG.

---

<sup>3</sup> Le guide IVG à l'attention des femmes <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>

<sup>4</sup> Voir la recommandation de bonne pratique Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – HAS 2020 [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple)

<sup>5</sup> L'obligation légale du délai de réflexion de 7 jours a été supprimée par la loi de modernisation de notre système de santé (JO 27 janvier 2016).

### 2.1.4. Prise de médicament

Mifépristone et/ou misoprostol sont délivrés à la femme par le professionnel en présentiel ou par la pharmacie d'officine, dans le cadre d'une procédure en téléconsultation (voir 2.1.2).

→ **La prise de mifépristone** est la première étape de réalisation effective de l'IVG.

Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la femme ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

La douleur pouvant varier en intensité d'une femme à une autre il est important de donner une information claire, loyale, et adaptée et une prescription systématique d'antalgiques de palier 1 AINS (par exemple, ibuprofène à dose antalgique) et 2 (par exemple, paracétamol associé à l'opium, la codéine).

→ **La prise de misoprostol** associé au traitement antalgique adapté a lieu 24 à 48 heures plus tard (cf. 1).

La prise de misoprostol en établissement de santé et/ou en centre de santé doit être proposée à la femme et présentée comme un accompagnement.

Si la contraception choisie est hormonale, elle est débutée le jour de la prise de prostaglandine ou au plus tard dans les 48 heures qui suivent.

La prévention de l'incompatibilité rhésus est actuellement préconisée chez toutes les femmes rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Cette prévention doit être faite au plus tard dans les 72 heures qui suivent les saignements. En cas d'IVG médicamenteuse à domicile, il est recommandé de faire l'injection lors de la prise de mifépristone.

### 2.1.5. Visite de suivi

→ La visite de suivi a pour objectif de vérifier le succès de l'IVG. Elle est à prévoir entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour post-IVG pour une grossesse de localisation bien déterminée.

→ Le contrôle de l'efficacité de la méthode est fortement recommandé. Il peut être fait par un examen clinique, si la consultation est en présentiel, associé à un dosage de  $\beta$ -hCG plasmatique ou un test urinaire semi-quantitatif adapté au suivi de l'IVG médicamenteuse, ou bien à une échographie pelvienne.

→ Une aspiration endo-utérine est nécessaire en cas d'échec de l'IVG médicamenteuse.

→ L'adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la femme, sa compréhension et sa bonne utilisation doivent être discutées. Le cas échéant, un dispositif intra-utérin peut être mis en place, uniquement en cas de preuve de la vacuité utérine.

→ Un accompagnement psychologique peut être proposé.

## 2.2. Prise en charge à domicile de l'IVG médicamenteuse

Les deux médicaments, mifépristone et misoprostol, doivent pouvoir être pris à domicile dans le respect du protocole, à un moment adapté à l'emploi du temps de la femme et pas obligatoirement devant le professionnel de santé.

L'administration de la mifépristone et/ou du misoprostol à domicile est considérée comme acceptable par les femmes. La fréquence des complications de l'IVG à domicile (hémorragies sévères) est comparable à celle des IVG réalisées en milieu hospitalier. En cas de prise en dehors du domicile, il existe

un risque d'expulsion sur le trajet du retour au domicile de la femme. Il est donc possible de proposer l'administration de misoprostol à domicile.

L'administration de misoprostol à domicile nécessite certaines précautions :

- évaluer la possibilité pour la femme de gagner ou de joindre rapidement 24 h/24 un établissement de santé qui puisse prendre en charge les complications de l'IVG ; si les conditions de sécurité ne sont pas réunies (isolement géographique ou social...) privilégier l'hospitalisation ou une alternative à l'hospitalisation ;
- choix laissé à la femme du lieu de réalisation de l'IVG, hôpital ou domicile ;
- délivrance d'informations à la femme sur la conduite à tenir en cas de survenue d'effets indésirables, tels que les hémorragies et la douleur, avec support écrit comportant les références de l'établissement à consulter ;
- remise à la femme d'une fiche de liaison<sup>6</sup> contenant les éléments essentiels de son dossier médical, destinée au médecin de l'établissement médical ;
- prise en charge « anticipée » de la douleur survenant à domicile par une prescription systématique d'antalgiques de palier 1 (ibuprofène à dose antalgique) et 2 (paracétamol associé à l'opium, la codéine) ;
- un arrêt de travail peut être également envisagé ;
- il est recommandé que la femme ne soit pas seule à son domicile lors de l'expulsion ; si cela n'est pas possible, privilégier l'IVG en hospitalisation ou une alternative à l'hospitalisation ;
- rappeler la nécessité de la visite de suivi pour vérifier la vacuité utérine, 14 à 21 jours après l'IVG ;
- la prévention de l'iso-immunisation rhésus chez les femmes rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie intraveineuse ou intramusculaire au plus tard dans les 72 heures qui suivent les saignements.

---

<sup>6</sup> Guide IVG hors établissement de santé à l'attention des médecins (voir annexe 3 modèle de fiche de liaison)  
<https://ivg.gouv.fr/ivg-medicamenteuse-hors-etablissement-de-sante.html>

# Annexe. Critères d'évaluation de l'efficacité de la méthode d'IVG

L'efficacité de la méthode d'IVG médicamenteuse s'évalue selon deux critères :

- le taux de succès, le succès étant défini comme l'obtention d'un avortement complet n'ayant pas nécessité d'intervention chirurgicale ;
- le taux de grossesses évolutives ou persistantes.

Les échecs de la méthode comprennent :

- les grossesses évolutives ;
- les grossesses arrêtées mais incomplètement expulsées ;
- une hémorragie nécessitant des gestes endo-utérins à visée hémostatique.

Le taux de succès est un critère d'évaluation dont l'appréciation dépend :

- du moment du contrôle de l'efficacité de la méthode ;
- de la technique de contrôle de l'efficacité (examen clinique avec dosage de  $\beta$ -hCG plasmatique ou échographie pelvienne) ;
- de l'expérience des médecins et des sages-femmes, en particulier en matière d'interprétation d'images échographiques post-IVG. Cela implique la nécessité d'une formation optimale des médecins et des sages-femmes dans ce domaine afin d'éviter les interventions chirurgicales inutiles en cas de grossesses incomplètement expulsées.

Le « taux de grossesses évolutives ou persistantes » est le critère d'efficacité le plus pertinent car une poursuite de la grossesse conduit le plus souvent à une interruption chirurgicale secondaire, possible jusqu'au terme du délai légal de l'IVG.

Évaluer le vécu de la femme est également important, en particulier en ce qui concerne la douleur et le mode de prise en charge (lieu de réalisation de l'IVG).

# Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)\*

Collège de la médecine générale (CMG)\*

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)\*

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)\*

\* Organismes ayant proposé des noms d'experts

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale (CNPGO et GM)

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)\*

Union nationale des associations familiales (UNAF)

## Groupe de travail

Muriel Dhénain, Saint-Denis - chef de projet

Dr Jean-Paul Benezech, gynécologie obstétrique, Albi

Dr Nicole Bornsztein, médecine générale, Évry

Dr Sylvain Bouquet, médecine générale, Lamastre

Dr Danielle Hassoun, gynécologie obstétrique, Paris

Dr Emmanuelle Lhomme, unité d'orthogénie et de planification familiale, Paris

Mme Patricia Pietri, sage-femme, Bastia

Dr Nathalie Rae, gynécologie médicale, Bordeaux

Dr Marie Sicot, gynécologie médicale, Grenoble

## Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis :

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU)\*

Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC)\*

ATD Quart monde

Caisse nationale de l'assurance maladie\*

Collège de la médecine générale (CMG)\*

Collège de la pharmacie d'officine et pharmacie hospitalière (CPOPH)

Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)\*

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

(\*) Cette partie prenante a rendu un avis officiel

Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale (CNPGO et GM)

Direction de la sécurité sociale

Direction générale de l'offre de soins

Direction générale de la cohésion sociale\*

Direction générale de la santé\*

Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)\*

Le planning familial

Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO)\*

Union nationale des associations familiales (UNAF)

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

