



L'asepsie verbale en orthogénie

Les mots de l'échographie de datation et de l'IVG : désigner la grossesse, le corps et le produit d'aspiration

1er octobre 2026, 18 h 30 – 20 h 00 · Webinaire Pleiraa

Au programme

01 Ce qu'est l'asepsie verbale, et ses principes

02 À l'échographie de datation : le cadre et les mots

03 Pendant l'IVG : le corps, les gestes, le produit d'aspiration

04 Le langage d'équipe, puis deux cas cliniques

L'ASEPSIE VERBALE

Les mots ont un effet propre : ils peuvent majorer douleur et anxiété. En orthogénie, ils peuvent aussi introduire un jugement que la patiente n'a pas exprimé.

Vocabulaire neutre et médical par défaut. S'il s'adapte, c'est à celui de la patiente, jamais l'inverse.

Six principes

Neutralité bienveillante

Pas de termes affectifs,
moralisateurs ni dramatisants.

Effet miroir

Si la patiente dit « bébé » ou « ça
», on l'accueille sans la corriger,
sans l'imposer non plus.

Pas d'anticipation

Ne pas supposer qu'elle est triste,
soulagée ou ambivalente.

Proposer, pas imposer

Donner ce qui est nécessaire au
soin, proposer le reste.

Honnêteté

Neutre ne veut pas dire muet : à une
question directe, une réponse vraie.

Cohérence d'équipe

Médecin, sage-femme, IDE,
anesthésie, échographiste : un
même langage.

L'échographie de datation : le cadre

Écran détourné par défaut

« Je me permets d'éteindre l'écran »

Son du Doppler coupé

On ne fait pas entendre l'activité cardiaque.

Pas de cliché imprimé de prime abord

Sauf demande explicite de la patiente ou adressage de la patiente

Le but, en une phrase

« Cette échographie sert à dater la grossesse et à vérifier qu'elle est dans l'utérus, pour choisir la méthode adaptée. »

L'échographie de datation : les mots

À éviter	À privilégier
bébé, enfant, petit, fœtus (avant 10 SA)	la grossesse, le sac gestationnel
« il est bien accroché »	la grossesse est intra-utérine
« le cœur bat », « il bouge »	activité cardiaque présente, seulement si utile ou demandé
« il est grand », « il est beau »	la grossesse mesure X mm, soit X SA
« maman », « papa »	Madame, son prénom, « la personne qui vous accompagne »

Les résultats s'annoncent de façon factuelle : terme en SA, date limite pour chaque méthode. Grossesse multiple ou anomalie : sobrement, si elle a une incidence médicale ou si la patiente le demande.

Pendant l'IVG : le corps et les gestes

À éviter	À privilégier
« détendez-vous », « ça ne fait pas mal »	« vous allez sentir une pression, dites-moi si c'est douloureux »
« on va vider », « nettoyer », « enlever le bébé »	« je vais aspirer le contenu de l'utérus »
« curetage », « gratter »	aspiration
commentaires sur le poids, l'anatomie, l'hygiène	aucun commentaire non médical
« c'est fini, on a tout enlevé »	« l'intervention est terminée, tout s'est bien passé »

En IVG médicamenteuse : « expulser la grossesse » ou « le sac », saignements, contractions. « Perdre » ou « fausse couche » seulement si la patiente les emploie.

Le produit d'aspiration

Nommer

« Le produit d'aspiration », « le prélèvement », « les tissus ».

Contenir

Contenant opaque ou couvert, manipulé hors du regard de la patiente.

Acheminer

Le contenant est fermé et quitte la salle discrètement, sans commentaire.

Transmettre

Entre soignants, des formules sobres, sans description à voix haute.

Aucun commentaire sur l'aspect, la taille ou la quantité

Le langage d'équipe

Ce que les soignants se disent entre eux, la patiente l'entend, même sous sédation légère.

On évite

- Les apartés, blagues, conversations personnelles
- « C'est la combien ? », « encore une », « c'est limite pour le terme »
- Les remarques sur la contraception
- Soupirs, ton, silences appuyés

On s'accorde

- Des formules codées et sobres, connues de tous
- Une parole centrée sur la patiente et le geste
- Un protocole écrit pour le produit d'aspiration
- Un temps de transmission aux nouveaux arrivants

Mme B., 31 ans, échographie de datation

Consultation pré-IVG en ville. L'écran est détourné, le son coupé. Grossesse intra-utérine, terme estimé à 8 SA.

Pendant l'examen, sans regarder l'écran, elle demande :

« Est-ce qu'il y a déjà un cœur ? »

Que répondez-vous ?

A. « Ce n'est pas utile pour l'IVG, on n'en parle pas. »

B. « Oui, il y a une activité cardiaque. Souhaitez-vous d'autres informations ? »

C. « Oui, le cœur bat bien. »

D. « Vous êtes sûre de vouloir le savoir ? »

Cas 1 : neutre ne veut pas dire muet

B. Répondre vrai, puis rendre la main

Terme médical, réponse exacte, et c'est elle qui décide d'aller plus loin ou non.

A. Se taire

Rétention d'information et paternalisme : on décide à sa place de ce qu'elle peut entendre.

C. « Le cœur bat bien »

La réponse est vraie, mais le vocabulaire est affectif et le « bien » ajoute un jugement.

D. « Vous êtes sûre ? »

Insinue un doute sur sa décision, même si l'intention est protectrice.

Mme C., 27 ans, consultation pré-IVG à 10 SA

Elle a choisi une IVG instrumentale. Décision posée, pas d'ambivalence exprimée. Le rendez-vous est fixé.

En fin de consultation, la main sur la poignée de la porte, elle demande :

« Que va devenir le corps de mon bébé ? »

Que faites-vous ?

A. « Ce n'est pas un bébé, c'est une grossesse. »

B. « Ne pensez pas à ça, ce n'est pas important. »

C. Je réponds simplement, sans corriger ni reprendre ses mots, et je lui laisse la place pour d'autres questions

D. « Ça part avec les déchets de l'hôpital. »

Cas 2 : une réponse vraie, sans détail cru

C. Répondre simplement

« Les tissus sont pris en charge par l'hôpital et incinérés, selon une filière réglementée. Avez-vous d'autres questions ? »

A. Corriger ses mots

Juste sur le fond, blessant sur la forme : c'est son mot, on ne le lui retire pas.

B. Éluder

Sa question est légitime. Sans réponse, elle reste seule avec.

D. La vérité, crue

« Déchets » est exact réglementairement, mais c'est le mot qui blesse le plus.

Effet miroir : on accueille « bébé » sans le corriger, mais sans le reprendre non plus. Chaque soignant doit connaître la filière de son établissement pour répondre juste.

Et chez vous ?

L'écran

Détourné systématiquement, ou choix proposé à chaque patiente ?

L'échographie en ville

Comment sensibiliser les cabinets de radiologie qui font les datations ?

Le produit

Avez-vous un protocole écrit de contrôle et de transport ?

Les demandes

Voir l'écran, un cliché, le produit : que répondez-vous ?

Les mots de la patiente

Jusqu'où reprendre son vocabulaire quand il est très affectif ?

La formation

Comment transmettez-vous ces réflexes aux nouveaux arrivants ?

À retenir

- 1 Neutre et médical par défaut, en miroir de la patiente si elle le souhaite.
- 2 « La grossesse » plutôt que « le bébé », « activité cardiaque » plutôt que « le cœur bat ».
- 3 Écran détourné et son coupé par défaut : l'information se propose, elle ne s'impose pas.
- 4 Prévenir chaque geste, sans minimiser ni dramatiser la douleur.
- 5 Produit d'aspiration : terme neutre, contenant opaque, contrôle discret, langage codé.
- 6 Une compétence d'équipe, pas seulement individuelle.



IVG sur grossesse de localisation indéterminée

GLI et IVG très précoce (VEMA) : ce que disent les recommandations, ce que montrent les données

1er octobre 2026, 18 h 30 – 20 h 00 · Webinaire Pleiraa

Au programme

01 De quoi parle-t-on : GLI, IVG très précoce, et ce qui les distingue

02 Ce que disent le CNGOF, la HAS et la Society of Family Planning

03 Ce que montre l'essai VEMA, ce que montrent les cohortes

04 Critères de sélection, suivi hCG, puis deux cas cliniques

Grossesse de localisation indéterminée

Ce n'est pas un diagnostic, mais une étape : hCG positive, et une échographie endovaginale qui ne montre ni sac intra-utérin ni image annexielle. Trois issues possibles :

GIU évolutive précoce

La très grande majorité des cas.

Grossesse extra-utérine

Le risque à couvrir : 4 à 8 % des GLI chez les femmes demandant une IVG, contre 1 à 2 % de l'ensemble des grossesses.

Perte de grossesse

De localisation jamais déterminée, résolutive spontanément.

GLI et IVG très précoce : deux notions différentes

	Grossesse de localisation indéterminée	IVG très précoce, dite VEMA
Ce que ça désigne	Un statut diagnostique : hCG positive, aucune image intra-utérine visible	Une pratique : traiter avant que l'échographie ne confirme une GIU
Ce qui la définit	Le résultat de l'échographie	Le terme, en général avant 42 jours d'aménorrhée
Ce qu'elle recouvre	Utérus vide à l'échographie endovaginale, sans image annexielle	La GLI, mais aussi une image intra-utérine sans vésicule vitelline ni embryon
Enjeu principal	Le risque de GEU sous-jacent, 4 à 8 % dans cette population	Le risque de grossesse évolutive, plus élevé aux termes très précoces

Les deux notions se recouvrent sans se confondre : la VEMA inclut aussi des images intra-utérines non concluantes.

Ce que change une échographie qui ne montre rien

TOUTE DEMANDE D'IVG À TERME PRÉCOCE

Risque de GEU : 1 à 2 %

C'est le risque de fond, avant toute exploration, dans la population qui demande une IVG.

ÉCHOGRAPHIE FAITE, UTÉRUS VIDE

Risque de GEU : 4 à 8 %

L'examen vient de sélectionner un sous-groupe. Ne rien voir n'est pas neutre : cela identifie un risque qui, autrement, serait resté dilué dans la masse des GIU précoces.

Conséquence : hCG de référence le jour de la prise, puis contrôle à J5 ou J7, qui remplace le dosage habituel de J14 à J21 (Society of Family Planning, GRADE 1C).

L'échographie n'est pas obligatoire, mais elle reste l'examen le plus précis

Le cadre

La loi ne l'impose pas. OMS, RCOG et ACOG ne la jugent pas indispensable chez une patiente asymptomatique, aux cycles réguliers et sûre de sa DDR.

Le CNGOF, 2016

L'encouragement : l'examen clinique seul n'est pas pertinent. Mais son absence ne doit pas retarder la programmation de l'IVG.

En ville

S'en passer suppose un consensus local avec l'établissement de référence et un suivi hCG précoce organisé.

À retenir : l'échographie garde tout son intérêt en cas de cycles irréguliers, de DDR incertaine, de symptôme, de facteur de risque de GEU, ou d'hCG au-dessus du seuil de visualisation.

Ce que disent les recommandations

CNGOF, RPC 2016

En l'absence de facteurs de risque et de symptômes, une GLI ne contre-indique pas la prise des médicaments pour l'IVG (accord professionnel).

Informé du risque de GEU non diagnostiquée. Suivi hCG avant et après : baisse d'au moins 50 % à J5 ou 80 % à J7 (NP3).

HAS

Pas de recommandation spécifique sur l'IVG sur GLI. La mise à jour 2021 porte sur les protocoles et la pérennisation des 9 SA en ville.

Le document souvent cité, la fiche CFEF de 2016, n'est pas une recommandation de bonne pratique et vise les consultations pour douleurs ou métrorragies.

Society of Family Planning, 2025

L'absence de sac ou de vésicule vitelline ne doit pas retarder la prise en charge (GRADE 1B). hCG de référence le jour de la prise (1A).

Le contrôle hCG ne doit pas attendre la consultation habituelle de J14 à J21 (1C). Texte endossé par l'ACOG ; NICE 2019 va dans le même sens.

Traiter tout de suite, ou attendre l'échographie ?

Essai VEMA : 1504 femmes jusqu'à 42 jours d'aménorrhée, asymptomatiques et sans facteur de risque de GEU, tirées au sort entre les deux stratégies.

	IVG immédiate	IVG différée
IVG complètes	95,2 %	95,3 %
Grossesses évolutives	3,0 %	0,1 %
Aspirations pour rétention	1,8 %	4,5 %
Grossesses extra-utérines	1,3 %	0,8 %, différence non significative

Même efficacité globale, mais on échange des rétentions contre des grossesses évolutives. C'est ce qui rend le suivi hCG non négociable.

Trois conditions, une exclusion

1

hCG sous le seuil

Moins de 1500 UI/L en
endovaginal, 2500 en sus-pubien

2

Ni signe ni facteur de risque de GEU

Ni douleur ni métrorragie, et
une DDR fiable

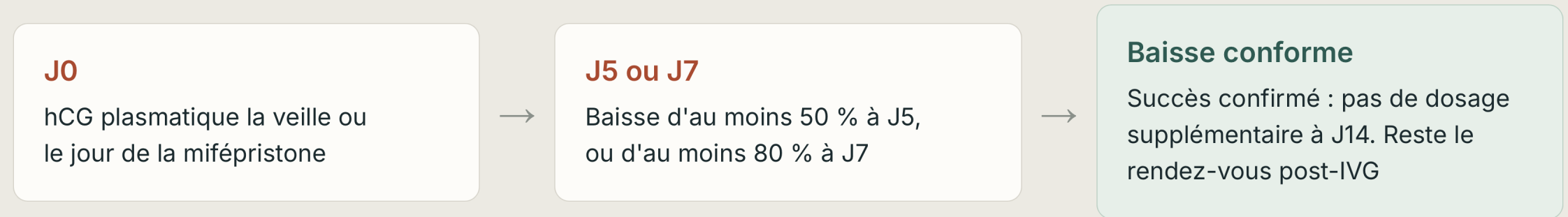
3

Un suivi réalisable

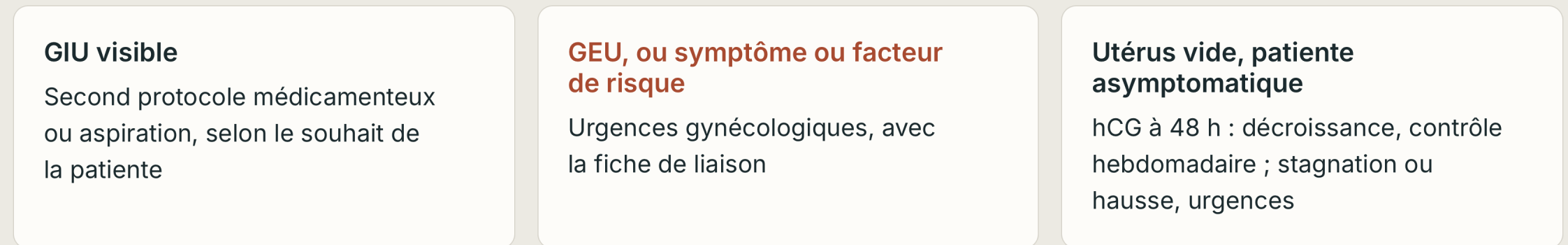
Patiente d'accord, joignable,
urgences accessibles

Une seule condition manque, et on attend l'échographie.

Le suivi, c'est là que se joue la sécurité



Baisse insuffisante : échographie endovaginale



Du point de vue de la patiente

Ce qu'elle y gagne

- Une prise en charge terminée en 12 jours au lieu de 21
- Moins de douleur : 5,2 sur 10 en cas de GLI, contre 6,2 quand l'embryon est visible
- Des saignements d'un tiers plus courts : 4,9 jours contre 7,5
- Une GEU repérée plus tôt : toutes diagnostiquées à J7, contre 7 jours à 3 semaines en cas d'attente

Ce que ça lui coûte

- Une prise de sang de plus, à J0 puis à J5 ou J7 (au lieu de J14 ou J21)
- Une information anxiogène à entendre : on ne voit pas la grossesse, une GEU n'est pas exclue
- Rester joignable et proche d'un service d'urgence, ce qui contredit souvent le motif même de l'urgence
- Environ 3 % de grossesses évolutives, donc parfois un second protocole

« Je préfère le faire tout de suite, comme ça je n'ai pas à réfléchir. » L'urgence pratique est une bonne raison d'aller vite. L'ambivalence n'en est pas une : parfois, il est urgent de prendre du temps.

Mme A., 24 ans, demande d'IVG à 5 SA

Nullipare, cycles réguliers, DDR certaine. Aucun antécédent gynécologique, pas de DIU, pas d'AMP.

Aucune douleur, aucun saignement. Examen clinique normal.

hCG prélevée la veille au soir : 1100 UI/L. Échographie endovaginale faite ce matin, juste avant la consultation : utérus vide, pas de masse annexielle, pas d'épanchement.

Elle vit à 20 minutes du centre hospitalier et souhaite une IVG médicamenteuse.

Que faites-vous ?

A. Je débute l'IVG aujourd'hui, avec contrôle hCG à J5 ou J7

B. Je recontrôle l'hCG à 48 h avant de décider

C. J'attends la visualisation d'une GIU, soit 7 à 10 jours

D. J'oriente vers l'établissement de référence

Réponse A : on peut traiter aujourd'hui

Asymptomatique, sans facteur de risque, hCG sous le seuil : traiter est conforme au CNGOF et à la Society of Family Planning, à condition d'organiser le suivi. Attendre coûte 7 à 10 jours, sans faire disparaître le risque de GEU.

Et si... ?

Elle vivait à 1 h 30 des urgences ?

Elle partait en déplacement à J3 ?

Son hCG était à 2800 UI/L, avec un antécédent de salpingite ?

Elle hésitait encore sur sa décision ?

Mme B. : le contrôle de J7 n'est pas celui attendu

29 ans, IVG médicamenteuse débutée sur GLI il y a 7 jours.
hCG initiale 900 UI/L.

Saignements modérés pendant trois jours, puis arrêt. Pas de douleur, pas de malaise.

hCG de contrôle à J7 : 480 UI/L, soit une baisse de 47 %.

Elle vous appelle le soir, inquiète, et demande si c'est terminé.

Que faites-vous ?

A. Je la rassure et je recontrôle l'hCG dans une semaine

B. Je prescris une échographie endovaginale rapidement

C. Je fais reprendre une dose de misoprostol

D. Je l'adresse aux urgences gynécologiques ce soir

Réponse B : une échographie endovaginale, rapidement

Le critère attendu à J7 est une baisse d'au moins 80 %. À 47 %, l'échographie tranche entre GIU persistante, rétention et GEU. Attendre une semaine laisse évoluer une éventuelle GEU ; redonner du misoprostol traite une hypothèse, pas un diagnostic ; les urgences le soir même ne s'imposent pas chez une patiente asymptomatique.

Et chez vous, concrètement ?

Obtenez-vous une échographie sous 48 h ?

Qui appelez-vous, et qui vous répond vraiment ?

Et un vendredi soir, que se passe-t-il ?

Et si l'échographie montre un utérus vide ?

Et vous ?

1. Traitez-vous sur GLI aujourd'hui : jamais, au cas par cas, ou dès que les critères sont réunis ?
2. À partir de quel taux d'hCG basculez-vous vers l'attente de l'échographie ?
3. Comment rattrapez-vous concrètement une patiente qui ne fait pas son contrôle ?
4. De quoi auriez-vous besoin pour changer de pratique : un protocole partagé, une formation, un accès rapide à l'échographie ?

Bibliographie

Recommandations

CNGOF. **Recommandations pour la pratique clinique : interruption volontaire de grossesse**, 2016. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2016;45:1477-1514.

Vigoureux S. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? Ibid. 45:1477-89.

Bettahar K et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. Ibid. 45:1490-514.

HAS. **IVG par méthode médicamenteuse**, mise à jour, avril 2021.

HAS et CFEF. Grossesses de localisation inhabituelle, décembre 2016.

Society of Family Planning. **Management of undesired pregnancy of unknown location**. Contraception 2025;150:110865.

NICE, Abortion care NG140, 2019. OMS, Abortion care guideline, 2022. ANSM, misoprostol aux 8e et 9e SA, 2022.

L'essai et les cohortes

Brandell K et al. **Randomized trial of very early medication abortion**. N Engl J Med 2024;391:1685-95.

Bizjak I et al. Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy. BJOG 2017;124:1993-9.

Goldstone P et al. Contraception 2013;87:855-8.

Goldberg AB et al. Mifepristone and misoprostol for undesired pregnancy of unknown location. Obstet Gynecol 2022;139:771-80.

Borchert K et al. Contraception 2023;122:109980.

Schmidt-Hansen M et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2020;99:451-8.

Suivi, vécu et outils

Jar-Allah T et al. Detection of ectopic pregnancy and serum hCG. Eur J Contracept Reprod Health Care 2022;27:240-6.

Tai NQR et al. BMJ Sex Reprod Health 2023;49:97-104.

Gyllenberg F et al. Pain, bleeding and satisfaction at very early gestations. Acta Obstet Gynecol Scand 2025;104:1665-71.

Upadhyay UD et al. Nat Med 2024.

Semenzin L, Faucher P, Pinton A, Guilbaud L. Gynecol Obstet Fertil Senol 2025;53:529-31.

Réseaux : fiche IVG sur GLI, Réseau Périnatalité Occitanie 2025 ; protocole CoPéGE Lorraine 2024 ; outils REVHO et REIVOC.