

**FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE
ROUEN**

ANNEE 2014

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

DES Médecine Générale

PAR

LIM-BOUGHERRA Françoise

Née le 13 octobre 1983 à Saint-Denis (93)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08 octobre 2014

**VECU DE FEMMES AYANT REALISE UNE INTERRUPTION
VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR METHODE
MEDICAMENTEUSE EN CABINET DE MEDECINE
GENERALE : APPROCHE QUALITATIVE**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Verspyck
DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Bourez
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Benichou
Monsieur le Professeur Proust

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -,
DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J.
HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER
– Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle
MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET -
M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER -
B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL

M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
------------------------------------	-----	---------------------------

M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane **EL MEOUCHE**

Bactériologie

Mme Juliette **GAUTIER**

Galénique

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SERVIN** UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovase)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Verspyck,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail et de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bénichou,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail.
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Veuillez retrouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Proust,

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse et de participer à ce jury.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Bourez,

Tu as accepté de diriger ce travail malgré tes nombreuses obligations et je t'en remercie sincèrement.

Merci pour la confiance que tu m'as accordée, pour ta patience et ton soutien tout au long de ce travail.

Tu as été mon premier maître de stage, ton approche de la médecine générale m'a conforté dans mon choix d'exercer cette spécialité et a contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Pour tout cela merci.

A Mehdi,

Ma moitié depuis maintenant 12 ans,
Merci pour ton soutien sans faille,
Être à tes côtés m'apaise et me rend tout simplement heureuse.

A Nolan et Lyam,

« Mes bébés d'amour »,
J'ai vraiment de la chance d'être votre maman.
Merci pour tous les petits bonheurs quotidiens que vous m'apportez.
Je vous aime.

A mes parents,

Pour l'affection dont vous avez toujours fait preuve et l'amour inconditionnel que vous portez maintenant à vos petits-enfants.
Vous m'avez toujours encouragé à aller plus loin et c'est grâce à vous que j'en suis arrivée là.
Je vous dédie cette thèse.

A mes nombreuses sœurs,

A « Tiétié », pour avoir été comme une deuxième maman, pour ton dévouement exemplaire malgré tes propres obligations.

A « Atchap », pour ton aide à la mise en page de ce travail et ta relecture, pour ta disponibilité de tous les instants et ton ouverture d'esprit qui aide souvent à relativiser les choses.

A « Abby », tu as été une colocataire de chambre pas toujours facile à vivre mais qu'est-ce qu'on a pu rigoler parfois. Merci pour ces moments amusants, ta gentillesse et tes produits bio!

A Cécile, tu as un vrai mauvais caractère mais c'est comme ça qu'on t'apprécie. Promis, on ira un jour à New York faire du shopping !!

A Caroline, pour ta complicité et ta bonne humeur. Peut-être une future installation professionnelle ensemble qui sait ?

A vous toutes, merci pour les nombreux WE de baby-sittings de dernières minutes (et ce n'est pas fini!).

A Ian et Jade,

Mon neveu et ma nièce adorés, vous pourrez toujours compter sur tata pour cacher vos bêtises !

A Charles,

Merci de prendre soin de ma sœur et de la rendre heureuse (parce que sinon gare à toi !).

A ma belle-famille,

Pour votre accueil.

A mes amis d'externat, Julie, Christophe, Sabrina, Anuja, Céline, Cécile, Cyril, Hana,

Pour tous les bons moments partagés, passés et à venir.

A tonton Sinad et tata Virginie,

Pour votre amitié sans faille, votre présence aux côtés de Nolan et Lyam.

Pour les longs et copieux repas partagés ensemble (le simple fait d'en parler me donne mal au ventre!).

A tonton « Cégéric »,

Pour m'avoir fait découvrir le mafé (miam!) mais surtout pour être un ami sincère, pour ta gentillesse et disponibilité envers mes fils.

Aux amis rencontrés au cours de ces années d'internat, Julie, Sophie et Cédric, Maryline et Stéphane, François, Myriam et Marco, Emilie G., Emilie D., Karina, Ophélie,

Que de bons moments passés avec vous. Les stages aux urgences (adultes et pédiatriques) n'ont été que pur bonheur grâce à vous !

Aux amis rouennais, Brice, Floriane et votre petite Emma,

Pour votre gentillesse et tous les bons petits goûters partagés ensemble.

A tous les médecins et autres professionnels rencontrés lors de mon cursus, en particulier à mes anciens maîtres de stage le Docteur Anne Maréchal-Dinelli, Docteur Sophie Ozanne, Docteur Christophe Guillerme et Docteur Matthieu Schuers,

Pour avoir partagé votre expérience et contribué à enrichir le médecin que je suis.

A ceux que j'oublie,

A toutes les femmes qui ont accepté de témoigner,

Grâce à vous ce travail a pu être réalisé, en espérant qu'il ne dénature pas vos paroles.

Merci encore de m'avoir accordé votre confiance.

Trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION..... Page 22

PARTIE 1 : GENERALITES..... Page 24

1. DEFINITION

- 1.1 Anciennes méthodes abortives
- 1.2 IVG et les religions
 - 1.2.1 Le Christianisme
 - 1.2.2 Le Judaïsme
 - 1.2.3 L' Islam
 - 1.2.4 Le Bouddhisme
- 1.3 IVG dans le monde et en Europe
- 1.4 IVG en France
 - 1.4.1 Historique et législation
 - 1.4.2 Quelques chiffres
 - 1.4.2.1 Au niveau national
 - 1.4.2.2 Au niveau régional
 - 1.4.3 Évolution du recours à l'IVG

2. PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

- 2.1 Généralités
 - 2.1.1 La consultation initiale
 - 2.1.2 L'entretien psycho-social
 - 2.1.3 Le délai de réflexion
 - 2.1.4 Cas particuliers
 - 2.1.4.1 Les mineures
 - 2.1.4.2 Les femmes étrangères
- 2.2 Les techniques d'IVG selon l'âge gestationnel
 - 2.2.1 La méthode chirurgicale
 - 2.2.2 La méthode médicamenteuse
 - 2.2.2.1 Historique
 - 2.2.2.2 Molécules utilisées et caractéristiques
 - 2.2.2.3 Le protocole médicamenteux
 - 2.2.3 Modalités de réalisation de l'IVG médicamenteuse

3. DEROULEMENT D'UNE IVGM A DOMICILE PAR UN MEDECIN GENERALISTE

- 3.1 Rappel du cadre légal
- 3.2 Approvisionnement des médicaments
- 3.3 Déroulement du protocole
 - 3.3.1 Première consultation IVG en ville
 - 3.3.2 Deuxième consultation IVG en ville
 - 3.3.3 Troisième consultation IVG en ville
 - 3.3.4 Quatrième consultation IVG en ville
- 3.4 La contraception après une IVGM
 - 3.4.1 La contraception hormonale

- 3.4.2 Le stérilet
- 3.4.3 Autres méthodes
- 3.5 Contre-indications et précautions d'emploi de la méthode

PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODES DE L'ETUDE..... Page 50

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

- 1.1 Justificatifs
- 1.2 Objectif
- 1.3 Hypothèses

2. METHODOLOGIE

- 2.1 Choix de la méthode
- 2.2 Choix de la méthode de recueil de données
- 2.3 La conception de l'enquête
 - 2.3.1 Sélection de la population cible
 - 2.3.2 La méthode d'investigation
- 2.4 L'analyse des données
 - 2.4.1 La retranscription
 - 2.4.2 L'analyse des données

PARTIE 3 : RESULTATS..... Page 58

1. RECRUTEMENTS DES MEDECINS GENERALISTES

2. LES FEMMES

- 2.1 Le recrutement
- 2.2 Caractéristiques générales
 - 2.2.1 L'âge
 - 2.2.2 Situation familiale
 - 2.2.3 Situation professionnelle
 - 2.2.4 Nombre d'enfants
 - 2.2.5 Antécédents d'IVG

3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

- 3.1 La durée
- 3.2 Le lieu
- 3.3 Le délai entre le premier contact téléphonique et les entretiens
- 3.4 Le délai entre l'IVG et les entretiens

4. RESULTATS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

- 4.1 Histoire de la découverte de la grossesse
 - 4.1.1 Mode de découverte
 - 4.1.2 Circonstance de survenue : contraception avant l'IVG
 - 4.1.3 Représentations de la contraception (avant l'IVG)
 - 4.1.4 Vécu des signes sympathiques de grossesse
 - 4.1.5 Ressenti à l'annonce de la grossesse
 - 4.1.6 Les motivations d'interrompre cette grossesse
- 4.2 Les méthodes d'IVG
 - 4.2.1 Connaissances et représentations des différentes méthodes d'IVG (avant

réalisation de l'IVG)

4.2.2 Choix de la méthode : pourquoi l'IVGM à domicile par un médecin généraliste ? (une fois l'information donnée sur la méthode)

4.2.3 Place de la femme dans le choix de la méthode

4.3 Vécu de l'IVGM à domicile

4.3.1 Parcours d'accès à l'IVGM

4.3.2 Vécu de la prise en charge par le médecin généraliste

4.3.3 Vécu du protocole médicamenteux et de son déroulement

4.3.4 Évaluation de l'information reçue

4.3.5 Acceptabilité de la méthode médicamenteuse par le généraliste

4.3.6 Les émotions ressenties

4.3.7 Améliorations proposées

PARTIE 4 : DISCUSSION..... Page 87

1. CONCERNANT LA METHODOLOGIE

1.1 Les limites

1.2 Les avantages

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES FEMMES

2.1 L'âge

2.2 Statut matrimonial

2.3 Statut professionnel

2.4 Nombre d'enfants

2.5 Antécédents d'IVG

3. CONCERNANT L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE

3.1 La contraception pré-IVG

3.2 Les signes sympathiques de grossesse

3.3 Interruption de la grossesse

3.3.1 La prise de décision

3.3.2 Les motifs invoqués

4. CONCERNANT LA METHODE D'IVGM A DOMICILE

4.1 Les représentations de l'IVGM à domicile

4.2 Choix de la méthode à domicile

4.3 Vécu de la méthode

4.3.1 L'échographie pré-IVG

4.3.2 Le délai légal

4.3.3 Le délai de réflexion

4.3.4 La tarification de l'acte

4.3.5 Le vécu de la douleur

4.3.6 Le vécu des saignements

4.3.7 Le vécu de l'expulsion

4.3.8 L'accompagnement et l'attente à domicile

4.3.9 La visite de contrôle

5. ACCEPTABILITE DE LA METHODE

6. EFFICACITE DE LA METHODE

7. CONCERNANT LES INTERVENANTS

7.1 Vécu de la rencontre avec le premier intervenant

7.2 Vécu de la prise en charge par le généraliste

8. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE : PLACE DE L'ENTRETIEN PSYCHO-SOCIAL

8.1 L'entretien pré-IVG

8.2 L'entretien post-IVG

9. LA CONTRACEPTION POST-IVG

10. VECU DE L'INFORMATION DONNEE

10.1 Vécu psychologique de l'IVG

10.1.1 Par rapport à la méthode

10.1.2 Par rapport à l'acte

PARTIE 5 : PROPOSITIONS D'AMELIORATION..... Page 110

1. PREVENIR LA DOULEUR

2. AMELIORER LES CONDITIONS DE REALISATION DE L'ECHOGRAPHIE PRE-IVG

3. LES ENTRETIENS PSYCHO-SOCIAUX

4. DIMINUTION OU SUPPRESSION DU DELAI DE REFLEXION

5. ALLONGEMENT DU DELAI LEGAL POUR L'IVGM EN VILLE

6. MEILLEURE DIFFUSION DE L'INFORMATION DE L'IVGM EN VILLE

7. FAVORISER L'ACCES EN INCITANT LES MEDECINS GENERALISTES A SE FORMER

PARTIE 6 : CONCLUSION..... Page 115

ANNEXES..... Page 117

BIBLIOGRAPHIE..... Page 123

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

<u>TABLEAU 1</u> :	Page 26-27
Carte des législations sur l'avortement dans le monde en 2007	
<u>TABLEAU 2</u> :	Page 33
Évolution du nombre d'IVG depuis 1990	
<u>TABLEAU 3</u> :	Page 92
Situation contraceptive des femmes en France dans le mois où la grossesse a débuté	
<u>TABLEAU 4</u> :	Page 99
Conditions de recours à l'avortement dans quelques pays d'Europe	
<u>FIGURE 1</u> :	Page 29
La carte du droit à l'avortement en Europe	
<u>FIGURE 2</u> :	Page 30
Enquête d'opinions sur la pratique de l'avortement au Brésil, en Colombie, au Chili, Mexique, Pérou et en République dominicaine, effectuée en 1992 par l'Institut Alan Guttmacher	

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide médicale d'Etat

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARS : Agence régionale de santé

CMU : Couverture maladie universelle

CNAM-TS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

DDR : Date des dernières règles

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IVGM : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'aménorrhée

SNIIRAM : Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience acquise

INTRODUCTION

« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement, il suffit d'écouter les femmes » clamait Simone Veil en 1974 devant l'Assemblée Nationale ¹.

La femme qui souhaite interrompre une grossesse non désirée a actuellement le choix entre deux techniques : la méthode chirurgicale par aspiration et la méthode médicamenteuse qui est autorisée depuis 1988 en France ².

Depuis la loi 4 juillet 2001, les femmes peuvent également bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en cabinet de médecine générale dans le cadre d'une convention signée avec un établissement de santé référent ³.

En plus du choix de la technique, cette réforme offre ainsi la possibilité aux femmes d'avoir le choix du lieu de réalisation de l'avortement et du professionnel médical la prenant en charge.

Le médecin généraliste tend à prendre une place prépondérante dans le système de prise en charge des IVG, depuis que la pratique lui est accessible mais également car il se retrouve souvent premier interlocuteur de la femme en demande d'IVG.

Son rôle est alors d'aider à la prise de décision, d'accompagner la femme dans son choix mais également de lui délivrer une information claire et détaillée sur le déroulement des différentes méthodes. Un choix éclairé de la méthode d'avortement permettrait en outre à la femme de mieux vivre cet événement.

Cependant la pratique des IVGM en ville est encore mal connue des praticiens ce qui pose parfois un problème d'orientation et de prise en charge.

Lors de mes tous premiers remplacements, j'ai eu l'occasion de rencontrer deux patientes: celle en demande d'IVG, en pleine détresse face aux questionnements et incertitudes que sa situation engendrait, et celle ayant déjà eu l'expérience d'une IVGM à domicile avec un médecin généraliste et entièrement satisfaite de la prise en charge reçue.

Suite à ces deux rencontres, il m'a semblé intéressant, à partir d'entretiens avec des femmes ayant réalisé une IVGM en cabinet de médecine générale :

- de comprendre les motivations des femmes ayant fait le choix d'avorter à domicile et d'être accompagnée d'un médecin généraliste plutôt qu'un autre spécialiste ou structure
- de connaître le vécu de cette expérience et de ce contact avec un médecin généraliste dans le cadre de cette demande si intime.

Au-delà de ces problématiques, j'espère apporter des éléments permettant d'améliorer la pratique de l'IVGM en ville en vue d'améliorer le vécu de l'avortement.

PARTIE 1 :
GENERALITES

1. DEFINITION

Selon l'OMS, l'avortement est défini comme « l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable c'est-à-dire capable de mener une vie extra-utérine indépendante »⁴.

Il s'agit d'un avortement dans un cadre légal.

L'avortement peut être spontané, on parle alors de fausse couche.

Une grossesse peut également être interrompue pour des raisons médicales, on parle alors d'interruption médicale de grossesse.

1.1 Anciennes méthodes abortives

En France, avant la légalisation de l'IVG par la loi Veil en 1975, les femmes souhaitant avorter devaient le faire en toute clandestinité.

Ces actes se faisaient dans des conditions d'hygiène déplorables, le plus souvent par celles qu'on nommait alors «les faiseuses d'anges»⁵.

Ce terme a été défini par Emile Littré en 1877 comme «une nourrice qui laisse mourir de propos délibérés des nourrissons qu'on lui confie», puis entre le XIXe et XXe siècle le terme signifie donc faire mourir des enfants.

Une faiseuse d'anges était le plus souvent une femme (et non un médecin) qui agissait, à la demande d'une autre femme, de manière illégitime pour mettre fin à une grossesse non voulue.

Elle était alors passible de lourdes peines⁶.

L'avortement étant pénalement condamné avant 1974, seuls les médecins militants prenaient le risque de se voir interdire l'exercice de leur profession voire condamner à de lourdes amendes ou travaux forcés.

Les méthodes utilisées étaient alors très dangereuses, pouvant entraîner des complications graves à type d'infection, d'hémorragie, de lésions traumatiques voire la mort de la personne.

On retrouve le plus souvent^{5, 7}:

- méthodes naturelles à base de plantes : ergot de seigle, l'absinthe, la camomille, le safran, le gaïac... à avaler ou à mettre dans le vagin

- substances toxiques type plomb, mercure, arsenic...

- méthodes mécaniques :

* lavements répétés à l'eau de javel, des bains chauds, saignées

* traumatismes : coups provoqués sur le ventre, accidents volontaires (chute des escaliers par exemple), bander le ventre très serré, exercices et danses violentes

* action directe sur l'appareil génital : touchers vaginaux répétés, massages violents abdominaux pour faire descendre l'utérus, injections vaginales chaudes, cautérisation du col de l'utérus.

- instrumentale : utilisation d'aiguilles à tricoter, de fils de fer, triangle de rideaux, pointe de

ciseaux, sondes en caoutchouc.

L'institut Guttmacher recueille également en 1994 différentes méthodes abortives, traditionnelles et médicales, de différents pays d'Amérique Latine.

Méthodes traditionnelles - naturelles	Méthodes traditionnelles - physiques
Algues	Cathéter
Aralén (anti-paludéen)	Manipulation vaginale/utérine
Branches de rue	<i>Objets pointus</i>
Courge	- Aiguilles à tricoter
Cumin	- Baleine de parapluie
Eau de bourrache	- Bâtonnets
Feuilles et tiges de persil	- Cintres
Fleur de genet	- Crayons
Germe de cardenal (variété de cactus)	- Crochet
Graine cuite d'avocat	- Cuillères
<i>Infusions, boissons et thés</i>	- Fil de fer
- Marijuana ou chanvre	
- Chêne et avocat	Méthodes chirurgicales
- Persil et coriandre	Aspiration
- Graines d'une courge	Curetage
Infusion de matico (piment)	
Jonquille ou rotin	Produits pharmaceutiques
Maïs germé	Cytotec
Noyau d'avocat et rues bouillis	DIU à des fins abortives
Oignon	Ergotrate
Pousses de pomme de terre	Hipofisinas
Racine de mullaca (<i>Physalis angulata</i>)	<i>Injections de :</i>
Racine et écorce de céleri	- Entocol
Radal (<i>Lomatia hirsuta</i>)	- Flavicorpin
Rues ou origan	- Nupavin

Sable vert	- Pitocin
Tiges d'herbes pour dilater	- Sintocinón
Tiges de laminaires (algues)	- Tocofinal
Tiges de ricin	Laxatifs
	Oestrogènes à haute dose
Méthodes traditionnelles manufacturées	- Oxytocines et sérum
Bière avec aspirine	Prostaglandine vétérinaire
Herbes + bière, ou malte ou vin rouge tiède	Prostaglandines et urée
Savon de cuaba (détergent)	Quinine
<i>Substances caustiques</i>	Rétracteurs utérins
- Acide acétyle ou silicique	
- Alun	Prières
- bleu à linge	
- bleu à linge +urine	Traumatisme volontaire
- Colorant bon marché des cheveux	Danse et liqueur
- Comprimés d'éther avec des herbes	<i>Chutes intentionnelles</i>
- Eau de javel (chlore)	- D'un arbre
- Formol	- D'un escalier
- Hypochlorite de sodium	- D'un plafond
- Permanganate de potassium	Station debout prolongée
Substances savonneuses	<i>Coups volontaires</i>
Thé des pièces de monnaie bouillies	- Du mari
	- Dans le ventre
Vinaigre	

Tableau 1 : Enquête d'opinions sur la pratique de l'avortement au Brésil, en Colombie, au Chili, Mexique, Pérou et en République dominicaine, effectuée en 1992 par l'Institut Alan Guttmacher, (AGL, 1994).

Le point positif de la légalisation de l'avortement est d'avoir mis fin à l'hécatombe des femmes venant mourir dans les hôpitaux à la suite d'avortement clandestin.

Actuellement les méthodes légales d'IVG sont l'aspiration par voie chirurgicale et l'IVGM.

1.2 IVG et les religions⁸

1.2.1 Le Christianisme

Les positions du christianisme diffèrent selon les Eglises:

- L'Eglise catholique est formellement opposée à l'IVG, qui entre dans la catégorie des péchés mortels alors passible d'excommunication *latae sententiae* c'est-à-dire d'une exclusion automatique de l'Eglise du simple fait de l'acte sans que l'autorité cléricale ait à se prononcer.
- L'Eglise orthodoxe rejoint sur le plan moral les mêmes principes que l'Eglise catholique mais autorise l'avortement si le prêtre ou l'évêque décèle un risque de détérioration psychologique ou spirituelle de la femme concernée.
- Les Eglises protestantes adoptent des positions variées concernant l'avortement. Pour les questions d'ordre moral, les protestants considèrent que c'est à chacun de prendre ses responsabilités vis-à-vis de Dieu, la compassion devant accompagner le choix des protagonistes. L'avortement est en général accepté en cas de grave danger pour la mère.

1.2.2 Le Judaïsme

La loi talmudique-rabbinique interdit l'avortement sauf si le fœtus représente une menace directe pour l'intégrité de la femme enceinte.

Les limites de cette menace restent discutées, il s'agit en général de toute menace vitale pour la mère mais aussi du risque de voir l'aggravation d'une pathologie physique ou psychique. Certains rabbins étendent cette notion au cas d'adultères avec grossesses extra-conjugales du fait du déshonneur qu'elles entraînent.

1.2.3 L'Islam

Pour les sunnites, l'IVG peut être admise jusqu'au 40^{ème} jour de grossesse c'est-à-dire tant que le l'embryon n'est pas entièrement formé et qu'une âme ne lui a pas été insufflée par Allah.

Malgré tout, dans la plupart des cas, l'interdiction est de rigueur au nom du «respect de la vie humaine».

Dans certains cas exceptionnels que sont une menace vitale pour la mère ou une déformation extrême du fœtus, l'avortement peut être considéré comme licite.

1.2.4 Le Bouddhisme

L'avortement est strictement interdit, le précepte de l'éthique bouddhique étant de ne commettre aucun crime sur un être vivant.

1.3 IVG dans le monde et en Europe ⁹

En 2008, on estimait à 44 millions le nombre d'avortements dans le monde.

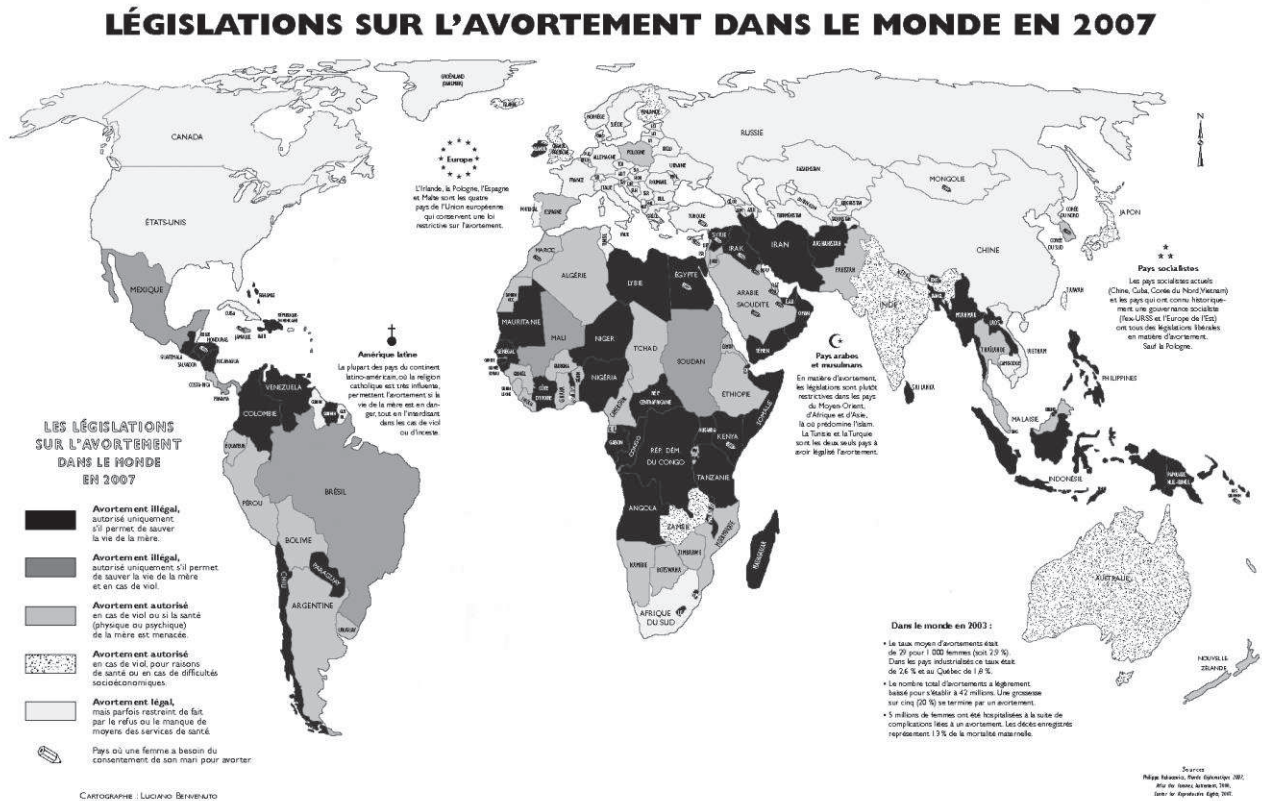


Figure 1 : Carte des législations sur l'avortement dans le monde en 2007

En Europe on estime le nombre d'IVG à 4,2 millions. Dans la majorité des pays, l'avortement est légal sur simple demande jusqu'à 10 voire 12 semaines de grossesse comme en France.

En Espagne, un projet de loi présenté le 20 décembre 2013 au conseil des ministres prévoit de revenir sur le droit à l'avortement en l'autorisant seulement dans certains cas limités : actuellement les IVG sont autorisées jusqu'à 14 semaines de grossesse, le nouveau projet de loi dépénaliserait l'avortement si la grossesse est la conséquence d'un viol et à condition que la victime ait déposé plainte (jusqu'à 12 semaines), en cas de grave danger pour la vie ou la santé physique ou psychique de la mère (jusqu'à 22 semaines), ou en cas d'anomalie du fœtus « incompatible avec la vie » si et seulement si cette anomalie cause un grave danger pour la santé psychique de la mère. Dans le cas où le projet de loi serait accepté, l'Espagne rejoindrait les cinq pays d'Europe limitant ou interdisant l'accès à l'avortement.

La législation sur l'IVG en Europe

Pays où l'interruption volontaire de grossesse est :

- autorisée sur demande (jusqu'à 10 ou 12 semaines de grossesse en général)
- autorisée en cas de viol, inceste, mise en danger de la femme ou malformation du fœtus
- illégale mais tolérée en cas de viol
- totalement interdite



Figure 2 : La carte du droit à l'avortement en Europe (Idé)

1.4 IVG en France

1.4.1 Historique et législation

Dans l'**antiquité Gréco-romaine** l'avortement n'était pas reconnu comme un crime ni une offense envers les dieux dans la mesure où l'humanité attribuée au fœtus n'avait pas été fixée de manière unanime par la population générale¹⁰.

Les femmes étaient cependant considérées comme impures et devaient subir un rituel de purification notamment avant d'entrer dans un temple sacré.

Par contre au **Moyen-âge**, l'avis des autorités, notamment religieuses, change sur la question et les représentants de l'église condamnent d'excommunication toutes personnes ayant recours à cette pratique.

Pendant cette période, les théologiens chrétiens ont débattu sur la question de l'âme du fœtus c'est-à-dire sur le début de sa date d'animation. Celle-ci a alors été fixée au XII^{ème} siècle à 40 jours pour les garçons et 80 jours pour les filles (cependant aucune méthode n'est précisée pour identifier le sexe).

Puis sous Charles Quint en **1532**, la Constitutio Criminalis Carolina fixe la date d'animation au milieu de la grossesse soit dès que la femme en perçoit les mouvements.

Néanmoins en **1558**, le pape Sixte Quint condamne formellement, quel qu'en soit le terme, l'avortement.

Les idées évoluèrent peu pendant cette période, marquée par la puissance de l'église de Rome.

Pendant la Renaissance, on voit apparaître la notion d'avortement médical en cas d'hémorragie grave.

En 1810: L'article 317 du Code pénal de Napoléon Ier condamne sans distinction: «quiconque provoque l'avortement d'une femme avec ou sans son consentement au moyen d'aliments, drogues, médicaments, par la violence et d'autres remèdes, est puni de prison».

Juillet 1920: adoption d'une loi réprimant la complicité et la provocation à l'avortement, ainsi que toute propagande anticonceptionnelle.

1942: la loi considère l'avortement « comme un crime contre l'Etat » qui est alors puni de mort. Marie-Louise Giraud a été guillotiné en 1943 pour avoir aidé des femmes à avorter. Elle fut la seule « faiseuse d'anges » à être exécutée pour ce motif.

1956 : Création du mouvement de la « Maternité heureuse » qui deviendra en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPP) dont le but poursuivi est l'information et l'éducation sexuelle mais également la légalisation de la contraception.

28 décembre 1967 : la loi Neuwirth relative à la régulation des naissances autorise l'usage des contraceptifs notamment par voie orale¹¹.

La contraception orale est autorisée à la vente sur ordonnance mais n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale, avec autorisation parentale obligatoire pour les mineures. Cette loi interdit également la publicité et la propagande antinataliste.

5 avril 1971 : « Manifeste des 343 » rédigé par Simone de Beauvoir et publié par le Nouvel Observateur, où 343 femmes, pour certaines connues, déclaraient avoir avorté¹².

1972 : le procès de Bobigny, où Gisèle Halimi fait acquitter une jeune fille de 17 ans qui avait avorté, fut un procès politique de l'avortement en France. Il contribua à la dépénalisation de l'IVG en France¹³.

1974 :

- **4 décembre :** l'Assemblée vote le projet de loi de Simone Veil, alors ministre de la santé, qui libéralise totalement la contraception et qui élargit certains dispositifs de la loi 1967 avec notamment le remboursement de la pilule par la Sécurité Sociale et la suppression du consentement parental pour les mineures.
- **13 novembre- 20 décembre**¹⁴ : le projet de loi de dépénalisation de l'IVG est voté.

La loi autorise l'avortement dans un délai de 10 semaines sur simple demande à un médecin. Toutefois, elle laisse la possibilité à tout médecin et établissement hospitalier privé de refuser la demande.

Elle s'efforce de limiter les IVG à des cas de nécessité et d'empêcher qu'elle ne devienne un moyen de réguler les naissances.

Cette loi ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité sociale mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.

17 janvier 1975: Promulgation de la loi Veil mise en place pour 5 ans ¹⁵.

31 décembre 1979: Loi Veil-Pelletier qui rend définitive les dispositions de la loi Veil et qui supprime certaines entraves à la réalisation de l'IVG notamment en réduisant le délai de réflexion d'une semaine à deux jours si le terme de 10 semaines de grossesse risque d'être dépassé ¹⁶.

1982 : Promulgation de la loi relative au remboursement par la sécurité sociale de l'IVG ¹⁷.

1988 : Autorisation de mise sur le marché du RU486 permettant l'avortement médicamenteux.

1991 : Loi permettant la publicité pour les préservatifs et la contraception ¹⁸.

27 janvier 1993 : Adoption d'une loi dite « Loi Neiertz » sur le délit d'entrave à l'IVG en sanctionnant les personnes qui perturbent le fonctionnement des établissements hospitaliers qui participent à la mise en œuvre de la loi sur l'IVG ¹⁹.

13 décembre 2000: Promulgation de la loi relative à la contraception d'urgence qui autorise la délivrance en pharmacie et dans les établissements scolaires de la contraception d'urgence sans prescription médicale et gratuitement pour les mineures ²⁰.

Loi du 4 juillet 2001: Promulgation de la loi Aubry qui réforme les lois Neuwirth et Veil en allongeant le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse, qui supprime l'autorisation parentale pour les mineures, rend facultative l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures et autorise la prescription du RU486 par les médecins de ville ²¹.

Décret du 3 mai 2002: Il précise les modalités de réalisation et de prise en charge des IVGM en ville.

Les textes d'application de 2004 de la loi du 4 juillet 2001 autorisent ainsi la pratique des IVGM par les gynécologues de ville et les médecins généralistes justifiant d'une formation adaptée et ayant signé une convention avec un établissement de santé référent.

2009 : Autorisation de pratiquer des IVGM dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé ²².

Mars 2013 : Mise en application de la loi rendant gratuite l'IVG pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode (chirurgicale ou médicamenteuse). Les tarifs des IVG chirurgicales sont par ailleurs revalorisés afin de renforcer dans les établissements cette activité, qui ne doit pas être délaissée par les professionnels. Les femmes doivent conserver le choix de la méthode ²³.

Cette même loi favorise l'accès à la contraception des mineures d'au moins quinze ans en rendant gratuit les contraceptifs inscrits sur la liste des spécialités remboursables.

1.4.2 Quelques chiffres

Les estimations du nombre d'IVG sont obtenues à partir de trois sources d'informations ²⁴ :

- les bulletins d'interruption volontaire de grossesse (BIG) dont le remplissage est prévu par la loi depuis 1975. Ils sont anonymes et doivent être établis pour chaque IVG ;
- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ;

- le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ;

On estime cependant les BIG non exhaustifs, les bulletins de SAE sont plus fiables sauf pour les IVGM en ville.

Pour ce qui est des IVGM réalisées hors établissements de santé, le nombre de remboursements de forfaits correspondant à des IVGM est utilisé (les données sont disponibles auprès de la CNAM-TS).

1.4.2.1 Au niveau national

Le nombre d'IVG a connu une constante augmentation entre les années 1990 et 2006 pour ensuite se stabiliser autour de 210000 IVG par an.

En 2011, plus de 222000 IVG ont été réalisées en France²⁴.

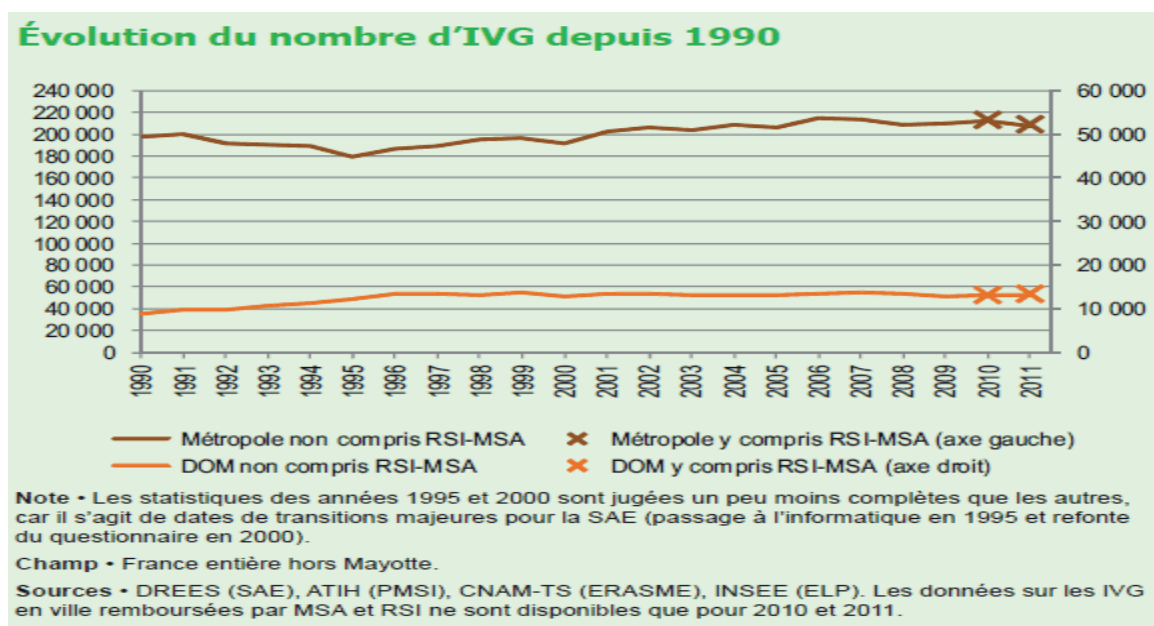


Tableau 2 : Évolution du nombre d'IVG depuis 1990

En 2011 en France, le recours à l'IVG concerne 15,0 femmes pour 1000, âgées de 15 à 49 ans. Pour les mineures le taux de recours est de 11‰.

Ce taux reste stable depuis 2006.

On constate que le recours est plus fréquent parmi les femmes de 20 à 24 ans (27‰ en 2011).

La part des IVGM en ville continue d'augmenter lentement. On enregistre en 2011 13% des IVG réalisées en cabinet libéral, soit 28800 IVGM.

On estime globalement que 55% des IVG sont réalisées par voie médicamenteuse en métropole. Cependant le recours à l'IVGM en ville est très inégal sur le territoire avec une prédominance pour les régions suivantes : Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-De-France, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Guadeloupe, La Réunion, Guyane et La Haute-Normandie²⁴.

De plus, depuis 2009, les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé

sont autorisés à pratiquer des IVGM.

1.4.2.2 Au niveau régional

Selon l'ARS de Haute-Normandie, 16 établissements de santé sont habilités à pratiquer des IVG^{25, 26}.

- 12 appartiennent au secteur public : 7 en Seine-Maritime et 5 dans l'Eure
- 4 sont des établissements privés situés en Seine-Maritime

Sur la région, le secteur public a le quasi-monopole des IVG avec hospitalisation (90% en 2011)²⁴. En 2011, on enregistrait 5378 IVG sur la région Haute-Normandie.

Pour la même année, le taux de recours à l'IVG pour les femmes âgées de 15 à 49 ans et les mineures de 15 à 17 ans est inférieur au taux nationaux (respectivement 12,9% et 10,4%)²⁴.

Concernant les IVGM en ville, d'après le SNIIRAM, 736 forfaits ville ont été recensés en 2013 dont 470 pour la médecine générale¹.

1.4.3 Évolution du recours à l'IVG

Le nombre d'IVG en France reste stable malgré une large diffusion de la contraception. La contraception médicale n'a cessé de se diffuser dans la population française et est d'une efficacité plus élevée que les méthodes traditionnelles.

La plupart des femmes concernées par une grossesse non souhaitée déclaraient utiliser un moyen de contraception pour ne pas tomber enceinte, seules 3% d'entre elles disaient n'employer aucune méthode alors qu'elles ne souhaitaient pas de grossesse^{27, 28}.

En 2007, deux IVG sur trois concernaient des femmes employant une contraception, avec un échec lié à un oubli ou un accident²⁹.

Malgré une couverture contraceptive satisfaisante, ce recours fréquent à l'IVG traduirait plutôt une tendance à interrompre une grossesse non prévue, permettant ainsi un passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de maternité choisie³⁰.

En effet les circonstances de survenue d'une grossesse ne sont plus les mêmes qu'auparavant, l'évolution de la société et notamment l'allongement des études chez les femmes ont rendu l'âge de la première maternité plus tardif. Une maternité précoce apparaît alors comme un frein au bon déroulement d'une scolarité et donc à une bonne insertion professionnelle future.

De plus, cette tendance est également influencée par l'évolution socio-économique et socio-affective du couple. L'enfant doit être « programmé » dans un contexte affectif stable, au bon moment de la vie professionnelle et dans des conditions matérielles propices à l'accueil d'un enfant.

Ainsi, alors que 4 grossesses non prévues sur 10 finissaient par une IVG en 1975, aujourd'hui cela concerne 6 grossesses sur 10²⁸.

1 - Source : SNIIRAM IVG septembre 2014

2. PRISE EN CHARGE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

2.1 Généralités ³¹

En France, les structures de prise en charge (publiques et privées) des IVG sont désignées par arrêté préfectoral et doivent être en nombre suffisant dans chaque département pour permettre l'accueil des femmes dans des conditions et des délais raisonnables.

Le terme légal en France à ne pas dépasser pour une demande d'IVG est de 12 semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhée (SA).

Jusqu'à 12 SA, les structures pratiquant des IVG sont soit intégrées soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant la prise en charge de l'ensemble des complications de l'IVG.

Au-delà de 12 SA, les IVG doivent être prise en charge dans un établissement disposant d'un plateau technique chirurgical, qui doit être connues de tous les centres d'accueil des IVG de chaque département.

Actuellement, deux méthodes sont à dispositions pour permettre à la femme d'interrompre une grossesse non désirée : l'IVG chirurgicale et l'IVG médicamenteuse.

Le choix de la méthode dépendra du terme de la grossesse mais également, dans la mesure du possible, du choix de la patiente après avoir reçu une information claire et détaillée par le médecin contacté.

2.1.1 La consultation initiale

Il s'agit d'une consultation commune aux deux techniques d'IVG.

C'est lors de cette première consultation que la patiente va exprimer son choix d'avorter.

Tout médecin peut être sollicité pour une demande d'avortement. Il reste cependant en droit de refuser de l'effectuer (clause de conscience) mais il a alors l'obligation d'en informer la patiente et de l'orienter sans délai vers une structure ou un confrère susceptible de répondre à cette demande.

Le médecin doit apporter à la patiente une information éclairée sur les différentes techniques existantes, la possibilité ou non d'avoir recours à une anesthésie locale ou générale, sur l'efficacité et les complications éventuelles de ces méthodes.

Dans la mesure du possible, le choix de la procédure doit être laissé à la patiente.

Le premier médecin sollicité doit confirmer la grossesse et en préciser l'âge gestationnel. Selon les recommandations il s'aide pour cela de l'interrogatoire, réalise un examen clinique orienté, notamment à la recherche de contre-indication de la méthode et a recours à des examens complémentaires (bêta-HCG, Groupe-Rhésus-Rai et échographie).

Cette consultation peut également être l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB, VHC, syphilis, chlamydia +/- gonocoque selon le contexte) et de proposer des frottis cervicaux-vaginaux de dépistage en

l'absence de suivi gynécologique.

Le mode de contraception post-IVG est aussi abordé lors de cette consultation. Il est utile que le médecin tente de comprendre les raisons de l'échec de la contraception ou bien de son absence afin d'adapter au mieux sa prescription après l'IVG.

2.1.2 L'entretien psycho-social

Depuis la loi du 4 juillet 2001, l'entretien psycho-social est rendu facultatif pour les femmes majeures mais il doit cependant pouvoir être systématiquement proposé, avant mais aussi après une IVG.

Cet entretien constitue un moment d'écoute et de dialogue pour la femme.

Les femmes souhaitant en bénéficier doivent pouvoir être accueillies par des professionnels qualifiés pour cet accompagnement (en général des psychologues, conseillères conjugales et familiales).

Il a lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un CPEF, un service social ou autre organisme agréé.

Cet entretien reste obligatoire pour les femmes mineures qui doivent justifier de cet entretien par une attestation pour pouvoir réaliser une IVG.

2.1.3 Le délai de réflexion

L'IVG ne peut être réalisée qu'après expiration d'un délai de sept jours à compter de la date de la première demande. Passé ce délai, la femme doit réitérer sa demande par écrit lors d'une deuxième consultation médicale.

Une procédure d'urgence permet de raccourcir ce délai et le ramener à deux jours si le terme de la grossesse se situe entre 12 et 14 SA (devant le risque de dépasser le délai légal d'avortement).

2.1.4 Cas particuliers

2.1.4.1 Les mineures

Le recueil du consentement parental ou du représentant légal n'est plus rendu obligatoire par la loi de 2001.

La femme mineure doit exprimer sa demande elle-même, en dehors de la présence de toute personne.

Si elle souhaite garder le secret, le médecin doit malgré tout s'efforcer d'en obtenir le consentement. Il est en effet important qu'elle soit accompagnée par un proche dans ce moment difficile.

Si l'autorisation parentale ne peut être obtenue, la mineure peut être accompagnée de la personne majeure de son choix, qui n'engage en rien sa responsabilité civile ou pénale; son rôle étant de lui apporter un soutien psychologique.

Concernant la prise en charge, depuis mars 2013, l'IVG est remboursée à 100% pour toutes les

femmes.

En l'absence de consentement parental, la mineure non émancipée bénéficie d'une dispense d'avance des frais quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG. C'est au médecin ou à l'établissement de santé de se procurer un dossier de remboursement de tous les actes effectués auprès de la sécurité sociale.

2.1.4.2 Les femmes étrangères

Ces femmes devaient justifier d'une résidence en France datant de plus de trois mois pour pouvoir bénéficier d'une IVG.

Depuis une ordonnance du 15 juin 2000 confirmée par la loi du 4 juillet 2001, les femmes sans titre de séjour ne sont plus soumises à des conditions de durée de séjour ni de régularité sur le territoire français.

La prise en charge financière est assurée par la loi, elle ne nécessite pas de démarche préalable à l'acquisition de l'aide médicale.

2.2 Les techniques d'IVG selon l'âge gestationnel

2.2.1 La méthode chirurgicale³¹

Elle doit être obligatoirement effectuée dans un établissement de santé agréé.

Quel que soit le terme de la grossesse, la technique chirurgicale peut être utilisée. Elle peut être pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse soit 14 SA.

Jusqu'à 7 SA (49 jours), cette technique expose à un risque d'échec inférieur à la méthode médicamenteuse mais le risque d'échec est plus important à cet âge gestationnel que plus tardivement.

Entre la 8ème et 9ème SA (de 50 à 63 jours), elle est souvent la technique de choix. Une préparation cervicale est recommandée chez la femme nullipare.

Entre la 10ème et 12ème SA (de 64 à 84 jours), il s'agit de la méthode recommandée et au-delà de 12 SA c'est la seule technique possible.

La technique est réalisée dans des conditions strictes d'asepsie et repose sur la dilatation du col utérin puis l'évacuation du contenu utérin par aspiration à l'aide d'une canule, dont le calibre diffère selon le terme de la grossesse.

Elle peut être réalisée sans anesthésie (relaxation), sous anesthésie locale ou générale.

Parfois la préparation du col avant l'intervention est recommandée, notamment lorsque le terme est supérieur ou égal à 10SA ou bien entre 8-9SA chez la nullipare.

Il consiste au ramollissement et dilatation du col à l'aide de médicament qui sont :

- soit mifépristone 200mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration.
- soit misoprostol 400ug per os ou par voie vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration.

Quel que soit le produit choisi, la préparation ne nécessite pas d'hospitalisation.

En l'absence d'échographe en peropératoire, le contrôle visuel du produit d'aspiration est indispensable.

Une hospitalisation de quelques heures est en général suffisante, même en cas d'anesthésie générale pratiquée.

Le taux de réussite est d'environ 99,7% ³².

Complications de la méthode chirurgicale :

Les complications sont très rares après une IVG, le taux global de complication serait de 0,7% ³¹.

On distingue :

- les complications immédiates ^{33, 34}:

- les décès : en France on compte zéro à deux décès par an pour 220000 IVG.

Le risque est plus important pour une IVG faite sous anesthésie générale (0,5/100000) soit presque quatre fois plus que sous anesthésie locale (0,15/100000).

- les hémorragies: elles sont notées dans 0,15% des IVG, leur fréquence augmente en cas d'anesthésie générale et avec l'âge gestationnel. Elles surviennent en général pendant ou dans l'heure qui suit l'intervention et sont le plus souvent liées à une atonie utérine ou rétention ovulaire. Selon une étude française, il y aurait moins de saignement par méthode chirurgicale que par méthode médicamenteuse.

- les déchirures cervicales : elles sont le plus souvent bénignes, notées dans moins de 1% des IVG et sont plus fréquentes sous anesthésie générale.

- les perforations utérines : elles sont présentes dans 0,4 à 0,9% des IVG.

- autres complications : la fausse route (effraction du col et de l'isthme lors de la dilatation), le malaise vagal, l'embolie gazeuse (extrêmement rare)

- les complications tardives ³⁴:

- les infections post-IVG : elles peuvent se manifester soit par un simple épisode fébrile soit par des tableaux septicémiques plus sévères comme l'endométrite.

L'ANAES recommande de prévenir les complications infectieuses par une antibiothérapie en cas d'antécédent connu d'infection génitale haute ou si situation de IST.

- les rétentions placentaires : elles compliquent 0,75% des IVG chirurgicales. La révision utérine sous échographie est dans ce cas proposée.

- l'iso-immunisation rhésus : la prévention doit être faite chez toutes les femmes Rhésus négatif par l'injection intraveineuse de gammaglobuline anti-D.

En l'absence de prévention, le risque serait d'environ 7%.

- le retentissement sur la fertilité : il reste difficile à apprécier.

- les séquelles psycho-affectives : elles dépendent de la personnalité de la patiente et de l'histoire

personnelle dans laquelle s'inscrit la demande d'IVG. Elles ne doivent pas être minimisées. Il est admis que les risques de conséquences psychologiques sont plus fréquents chez les femmes ayant des antécédents psychiatriques.

2.2.2 La méthode médicamenteuse²

2.2.2.1 Historique

La France est le premier pays du monde occidental à avoir autorisé la pratique des IVG médicamenteuses en 1989 (en comparaison par exemple à la Grande-Bretagne qui l'a autorisé en 1991, 1992 en Suède, 2010 en Italie et 2000 aux USA)⁹.

Le RU 486 a été découvert en 1980 par le laboratoire Roussel Uclaf et en 1988, la mifépristone, sous le nom de Mifégyne®, obtient l'autorisation de mise sur le marché. Cependant devant la pression des mouvements anti-avortement, le laboratoire annonce le retrait du marché de la molécule puis en abandonne la commercialisation au laboratoire Exelgyn, créée pour l'occasion en 1992 et qui en assure depuis sa diffusion.

Ce n'est qu'en 1997 que la mifépristone obtient son autorisation européenne de mise sur le marché et en 2000 que la Food and Drug Administration autorise son utilisation aux États-Unis.

La mifépristone a d'abord été utilisée seule chez des femmes enceintes de quarante-neuf jours ou moins, induisant une interruption de grossesse dans 80-85% des cas. Ce taux étant jugé insuffisant, les chercheurs ont alors étudié l'effet de l'association conjointe de prostaglandines.

Actuellement en France, les molécules utilisées dans l'IVG médicamenteuse sont la mifépristone (Mifégyne®) associée au misoprostol (Cytotec® ou Gymiso®).

2.2.2.2 Molécules utilisées et caractéristiques

- **La mifépristone (Mifégyne®)**

- Il s'agit d'un stéroïde de synthèse ayant des propriétés anti-progestérone puisqu'il se fixe fortement sur les récepteurs de la progestérone sans les activer.

Après administration orale, le pic plasmatique maximum est atteint en 2 heures et diminue de moitié entre 12 et 72 heures. La demi-vie est d'environ 30 heures.

On note que la pharmacocinétique du produit est la même quelle que soit la dose au-dessus de 100mg.

Du fait de son effet antagoniste de la progestérone, la mifépristone stimule la sécrétion de prostaglandines au niveau utérin et ainsi entraîne le déclenchement de contractions utérines. Elle induit également l'ouverture du col utérin.

- Les contre-indications de la mifépristone sont les suivantes:

- * l'insuffisance surrénale chronique
- * allergie à la mifépristone ou à l'un des composants du comprimé
- * asthme sévère non équilibré par le traitement
- * porphyrie héréditaire

Elle est généralement déconseillée dans les cas suivants : insuffisance hépatique, insuffisance rénale

et malnutrition.

Du fait de son action anti-glucocorticoïde, il peut être nécessaire d'ajuster un traitement chronique par corticostéroïdes puisque l'efficacité pourrait être diminuée pendant les 3-4 jours suivants la prise du médicament.

- Les prostaglandines

- Elles augmentent la contractilité utérine, déclenchent les contractions et ramollissent le col utérin. De plus, elles vont agir sur la contractilité intestinale, expliquant ainsi les effets secondaires digestifs retrouvés pendant la procédure (nausées, vomissement, diarrhées).

- La prise de mifépristone suivie 36 à 48 heures plus tard d'une prostaglandine entraîne une interruption de grossesse dans 92 à 98% des cas, et ceux jusqu'à 63 semaines d'aménorrhée.

- Au début des recherches, les molécules les plus utilisées étaient la sulprostone (Nalador®) et le géméprost (Cervagème®).

L'abandon de la sulprostone dans cette indication résulte de la survenue de deux accidents ischémiques dont un mortel.

Le géméprost a l'inconvénient de devoir être gardé au frais et ne peut être administré que par voie vaginale.

- Le misoprostol est, depuis le début des années 1990, la molécule la plus utilisée et la plus étudiée dans cette indication.

C'est une PGE1 qui stimule la contractilité utérine en se fixant sur les récepteurs spécifiques dans le myomètre.

Contrairement à la sulprostone, elle n'a pas d'effet délétère sur le plan cardio-vasculaire.

Elle présente plusieurs voies d'administration possibles : orale, vaginale, sublinguale et rectale.

La cinétique dépend de la voie d'administration : le pic sérique maximum est rapidement obtenu par voie orale et sublinguale (environ 30 minutes) mais est plus élevé pour cette dernière, par voie vaginale le pic survient en 80 minutes.

- Les contre-indications du misoprostol sont :

* une hypersensibilité au misoprostol ou à l'un de ses excipients

* un antécédent d'allergie aux prostaglandines

Bien que cela n'ait pas été validé scientifiquement, il demeure une précaution d'emploi dans l'AMM association mifépristone-misoprostol, du fait des accidents cardio-vasculaires survenus après l'administration de la sulprostone : il est déconseillé de recourir à cette méthode chez les femmes de plus de 35 ans et fumant plus de dix cigarettes par jour, ainsi que celles ayant des antécédents cardio-vasculaires.

Selon deux études, aucun accident cardio-vasculaire n'a été constaté avec cette association médicamenteuse¹.

- Le Méthotrexate

Associé à une prostaglandine, il peut être utilisé pour interrompre une grossesse du premier trimestre.

Le taux d'efficacité jusqu'à 49 jours d'aménorrhée est quasi identique à l'association

mifépristone/misoprostol mais le processus est plus long (1 à 4 semaines) et les risques de tératogénéicité en cas de poursuite de la grossesse existent.
Cette molécule est encore utilisée dans les pays où la mifépristone n'est pas commercialisée.

2.2.2.3 Le protocole médicamenteux

- Le protocole standard

Il consiste en la prise orale de 600mg de mifépristone (soit trois comprimés) le premier jour, suivie 36 à 48 heures plus tard de la prise orale de 400µg de misoprostol (soit deux comprimés).
Ce protocole a obtenu l'AMM en France mais également en Europe et aux États-Unis.

Le géméprost a été remplacé par la mifépristone du fait de son mode d'administration (voie vaginale exclusive) et de sa difficulté de stockage (congélation indispensable).

L'efficacité de ce protocole se situe entre 92 et 97% jusqu'à 49 jours d'aménorrhée.

- Les alternatives au protocole

- Concernant la dose de mifépristone:

Différentes études ont montré que l'efficacité de la mifépristone était la même pour des doses de 200, 400 et 600mg suivis de l'administration de misoprostol 48 heures plus tard.

Les protocoles de traitement recommandés sont ceux de l'AMM de la mifépristone :

- une prise de 600mg par voie orale de mifépristone suivie 36 à 48 heures plus tard de 400µg de misoprostol par voie orale ou vaginale.
- une prise de 200mg de mifépristone suivie 36 à 48 heures plus tard de 1mg de géméprost par voie vaginale.

Les recommandations ANAES de 2001 valident et recommandent la dose de 200mg de mifépristone pour des termes allant jusqu'à 7 SA révolues.

- Concernant la voie d'administration du misoprostol :

Toutes les études ont montré qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité quelle que soit la voie d'administration jusqu'à 8 SA.

Par contre au-delà de 8SA, il est nécessaire d'administrer le misoprostol par voie vaginale et à une dose plus élevée (800µg) pour avoir une efficacité identique avec des effets secondaires similaires.

Des études ont également comparé la voie sublinguale à la voie vaginale, respectivement 600µg contre 800µg, après une prise de 200mg de mifépristone. Il n'y a pas eu de différence significative retrouvée pour le taux d'avortement complet. Par contre, les effets secondaires sont significativement plus importants pour la voie sublinguale^{2, 35}.

- Concernant l'intervalle entre la mifépristone et le misoprostol :

Le délai fixé actuellement entre l'administration des deux médicaments est de 36 à 48 heures.

Il semblerait que la réduction de l'intervalle à 24 heures ne réduirait pas l'efficacité du protocole, cela jusqu'à 9 SA².

En outre, cela pourrait contribuer à améliorer l'acceptabilité de la méthode tout en gardant la même efficacité.

- Les effets secondaires

Il est important, pour la sécurité de la patiente, que le médecin l'informe sur les effets secondaires attendus et les signes devant alerter la patiente et la faire consulter en urgences.

Ils sont en général bien tolérés et de courte durée.

- La douleur : elle est toujours présente du fait des contractions utérines mais l'intensité varie d'une femme à l'autre.

Il existe un pic d'intensité d'1 à 3 heures après la prise du misoprostol et la douleur disparaît en général après l'expulsion.

Elle est proportionnelle au terme de la grossesse (majeure entre 49 et 63 jours d'aménorrhée).

Selon une étude de l'OMS, la douleur est directement corrélée à la dose de misoprostol et non à sa voie d'administration³⁶.

Sa prévention est soit systématique (en même temps que la prise du misoprostol) soit à la demande.

Peu d'études ont évalué la douleur dans le cadre d'une IVG.

La prescription d'un antalgique de palier 1, en général un AINS (ibuprofène ou fénopofène à dose antalgique), suffit dans la majorité des cas. Il est parfois nécessaire d'y adjoindre la prescription d'un antalgique de palier 2 (association paracétamol/codéine, paracétamol/opium, ou paracétamol/tramadol, ou bien tramadol seul)^{2,35}.

D'autres méthodes peuvent être conseillées : bouillotte chaude, massage abdominale.

- Les saignements : ils sont quasi systématiques et font partis des éléments de surveillance.

Elles peuvent survenir dans les heures qui suivent la prise de mifépristone et dans 5% des cas, l'expulsion peut se produire avant la prise de misoprostol^{2,37}.

Le plus souvent, les métrorragies commencent 2 à 4 heures après l'administration du misoprostol et l'expulsion intervient dans 50% des cas dans les 4 heures qui suivent la prise de la prostaglandine³⁷.

L'évaluation de la quantité étant parfois difficile à établir, il est conseillé aux femmes de consulter en urgences lorsque deux serviettes hygiéniques maximum sont imprégnées toutes les heures pendant plus de deux heures, si les saignements sont hémorragiques et/ou si il existe des signes d'hypovolémie (malaise, lipothymie...).

Les métrorragies deviennent alors une complication et peuvent nécessiter le recours à un geste chirurgical.

De plus, même si les métrorragies accompagnent quasi systématiquement la prise du traitement,

elles ne témoignent pas forcément d'une expulsion complète.

L'abondance du saignement est corrélée au terme de la grossesse au-delà de 7SA.

La durée moyenne du saignement est de 10 à 13 jours mais peut aller jusqu'à 60 jours ².

Dans la majorité des cas, au bout de 15 jours, le saignement est très léger quand il persiste et peut durer jusqu'aux règles suivantes.

- Les troubles gastro-intestinaux : ce sont le plus souvent des nausées, vomissements et diarrhées qui sont le fait de l'action du misoprostol sur la contraction intestinale.

Ils sont très fréquents mais de courte durée et apparaissent en général dans l'heure qui suit la prise du médicament.

Il est rare d'avoir recours à un traitement symptomatique (antiémétique, anti-diarrhéique).

Il est plutôt conseillé de manger peu avant la prise du misoprostol et de boire abondamment pour éviter la déshydratation.

En cas de vomissements dans la demi-heure qui suit la prise du misoprostol, il est recommandé de reprendre un autre comprimé ou bien de l'administrer par voie vaginale.

Si des antécédents de vomissements de grossesse importants existent ou si la prise de comprimés est difficile, la voie vaginale peut être proposée en première intention.

- Les troubles de la thermorégulation (fièvre, frissons) : ils sont en général liés à la prise de prostaglandine.

Ces symptômes sont de courte durée et doivent alerter la patiente notamment si une température supérieure à 38° persiste plus de 1 à 3 heures ou survient plus de douze heures après la prise du comprimé.

- Les complications

Elles sont rares et on en distingue deux types : l'hémorragie et l'infection.

- L'hémorragie : le taux d'hémorragie nécessitant une transfusion est de 0-0,2% et celui nécessitant une aspiration est de 0,3-2,6% ².

Cette complication rare, ainsi que son apparition à distance de la prise du misoprostol, a justifié que l'ANAES ne recommande plus l'hospitalisation systématique des patientes après la prise de ce médicament ³¹.

- L'infection : il s'agit d'une complication rare de l'IVG médicamenteuse, de l'ordre de 0,92% ². Dans la majorité des cas, les infections retrouvées en post-abortum sont des endométrites.

Cinq cas de décès par septicémie à *Clostridium sordellii* ont été rapportés aux Etats-Unis et au Canada, aucun en Europe.

Des leucorrhées fétides, une fièvre persistante ou survenant plus de douze heures après la prise du misoprostol ainsi que des douleurs persistantes doivent faire rechercher cette complication.

Le risque de complications est un peu plus important avec la méthode médicamenteuse que chirurgicale mais elle ne présente pas de risque de complications traumatiques et le risque de complications infectieuses semblent plus fréquents avec l'IVG par aspiration ².

2.2.3 Modalités de réalisation de l'IVG médicamenteuse

- En établissement de santé

La réalisation de l'IVG peut alors se faire avec hospitalisation ou non, le choix est laissé dans la mesure du possible à la femme.

Dans le cas d'une IVGM avec hospitalisation, la femme revient 48 heures après la prise de mifépristone dans l'établissement pour y recevoir le misoprostol et rester sous surveillance pendant 3-4 heures.

Dans le cas d'une IVGM sans hospitalisation, les comprimés de misoprostol sont données à la patiente lors de la consultation de prise de la mifépristone et qu'elle devra prendre 48 heures après. La femme se voit également remettre une ordonnance d'antalgiques et de contraception, une feuille d'information avec les numéros de téléphone pour joindre l'établissement en cas de soucis. De plus, un rendez-vous de contrôle est fixé 15 jours plus tard.

- Hors établissement de santé

La loi du 4 juillet 2001 a ouvert la possibilité au médecin de ville de réaliser des avortements médicamenteux, dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé.

Toutes les démarches en vue de l'IVGM sont réalisées au cabinet du praticien et il n'y a donc pas d'hospitalisation systématique.

Seules les IVG jusqu'à un terme de 7 SA peuvent être réalisées selon ces modalités.

Depuis 2009, les IVGM peuvent être réalisées dans des CPEF et centres de santé, selon les mêmes conditions de réalisation prévues par la circulaire de 2004.

3. DEROULEMENT D'UNE IVGM A DOMICILE PAR UN MEDECIN GENERALISTE

3.1 Rappel du cadre légal

Tout médecin peut réaliser des IVGM dans le cadre d'une convention avec un établissement de santé.

Les IVG sont donc réalisées exclusivement par voie médicamenteuse, jusqu'à 5 semaines de grossesse.

Le médecin doit justifier d'une formation professionnelle spécifique, acquise soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique, soit par une activité régulière d'IVGM en établissement de santé.

Le directeur de l'établissement de santé certifie la formation du médecin et lui délivre une attestation pour la pratique des IVGM en accord avec le médecin référent responsable dans l'établissement.

La convention doit être rédigée conformément à la convention type annexée au décret du 3 mai 2002. **(cf annexe 1)**

Elle est établie pour une durée d'un an, renouvelable chaque année par tacite reconduction. Elle ne peut pas être modifiée (valeur réglementaire).

Par contre, elle peut être dénoncée à n'importe quel moment par chacune des parties contractantes.

Une copie des conventions est transmise par l'établissement de santé à l'ARS dont il dépend. Le médecin envoie lui une copie au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens, ainsi qu'à l'Assurance Maladie dont il dépend.

Le médecin s'engage à remettre à l'établissement référent une copie de la fiche de liaisons médicales et des bulletins statistiques anonymes (procurés auprès de l'ARS). **(cf annexe 2)**

L'établissement de santé s'engage à assurer une formation adaptée et actualisée aux médecins de ville.

Il s'engage également à accueillir leurs patientes à tout moment en cas de nécessité ou d'urgence.

De plus il assure la réception des bulletins statistiques anonymes et leurs transmissions à l'ARS.

3.2 Approvisionnement des médicaments

Les médicaments nécessaires à la réalisation d'une IVGM sont vendus en pharmacie d'officine exclusivement aux médecins ayant passés une convention avec un établissement référent.

Ils ne peuvent être vendus, ni à des médecins n'ayant pas conclus de convention, ni à des particuliers.

Le médecin doit alors passer commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix.

Les mentions suivantes doivent être inscrites sur la commande :

- le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse, la date et la signature du médecin
- le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées
- la mention « usage professionnel »
- le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu la convention et la date de signature de la convention

3.3 Déroulement du protocole³⁸

Il comprend quatre consultations, réalisées par le même praticien, dans son cabinet. Ces consultations sont comprises dans le remboursement forfaitaire. L'IVG est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale depuis mars 2013.

Elles font suite à la consultation préalable à l'IVG, après l'écoulement du délai légal de réflexion d'une semaine.

3.3.1 Première consultation IVG en ville

La femme confirme sa demande d'IVG lors de cette consultation. Elle remet au médecin son consentement écrit ainsi que l'attestation de première consultation préalable.

Le médecin :

- vérifie que l'âge gestationnel soit compatible avec cette méthode, ainsi que l'absence de contre-indications à la méthode ;
- s'assure également que la grossesse est bien intra-utérine ;
- explique le déroulement de la procédure et remet à la femme un livret d'information sur la méthode.

De la bonne information délivrée par le médecin va dépendre la sécurité de la patiente mais également de sa satisfaction.

Il précise à la patiente qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix, en particulier lors des consultations de prise des médicaments ;

- fixe les dates des deux consultations comportant l'administration des médicaments.

Cette consultation est l'occasion pour proposer à la femme de choisir la contraception qu'elle souhaitera mettre en place après l'IVG.

3.3.2 Deuxième consultation IVG en ville

Il s'agit de la première consultation de prise de médicament par la patiente: la mifépristone (Mifégyne®), en présence du médecin.

Le praticien :

- explique clairement ce à quoi la patiente doit s'attendre : intensité de la douleur, durée et abondance du saignement, durée des troubles digestifs, moment de survenue et durée de l'expulsion ;

- informe du taux d'échec de la méthode (2 à 5%) ;

- prescrit un traitement symptomatique (antalgiques, anti-nauséeux...) ;

-informe la femme sur les complications possibles et les symptômes devant faire consulter en urgences :

* plus de deux serviettes hygiéniques maximum imprégnées en 1 heure et ce pendant 2 heures

*fièvre supérieure à 38°C persistante ou apparaissant plus de 6-8 heures après la prise du misoprostol

* reprise d'un saignement abondant même à distance de la prise des médicaments ;

- donne les coordonnées de l'établissement référent en cas d'urgences, remet une fiche d'informations sur le déroulement de l'IVGM ;

-prévient l'incompatibilité Rhésus par une injection de gammaglobuline anti-D si la femme est Rhésus négatif ;

- remet à la patiente une fiche de liaison, contenant les éléments du dossier médical, à remettre en cas de consultation de l'établissement de santé. De son côté, il transmet une copie de cette fiche au centre référent.

Tarification du forfait :

A l'issue de cette consultation, le forfait IVG est facturé. Le montant total est fixé à 191,74 euros. Aucun dépassement d'honoraires est possible.

La dispense totale d'avance des frais est possible pour les mineures non émancipées sans consentement parental, les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire et celles bénéficiaires de l'AME.

Les modalités de facturation ne permettent pas une garantie de l'anonymat. Néanmoins, la feuille de soins et le décompte du remboursement sont aménagés de sorte à préserver la confidentialité de l'acte vis-à-vis de l'entourage. En effet, la mention « FHV/FMV » est reporté sur la feuille de soins (FHV correspondant aux honoraires et FMV aux médicaments).

3.3.3 Troisième consultation IVG en ville

C'est la deuxième consultation de prise médicamenteuse : le misoprostol (Gymiso®). La prise se fait 36 à 48 heures après la deuxième consultation, toujours en présence du médecin.

La patiente est informée des suites normales de l'IVG et des signes de complications.

Le médecin l'informe de la possibilité de bénéficier d'un accompagnement psycho-social après l'IVG si elle le souhaite et insiste sur la nécessité de réaliser la visite de contrôle.

En cas de contraception hormonale, oestro-progestative ou progestative, elle peut être débutée le jour même de la prise de misoprostol.

3.3.4 Quatrième consultation IVG en ville

Elle correspond à la visite de contrôle, qui a lieu dans les 14 à 21 jours suivant la prise de mifépristone.

Le médecin s'assure de la réussite de la procédure et de l'absence de complications.
En générale, l'efficacité est contrôlée par échographie ou dosage des bêta-HCG plasmatique.

Lors de cette consultation, si le stérilet a été choisi comme moyen contraceptif par la femme, il peut être posé après vérification de la vacuité utérine et en l'absence de complications infectieuses.

L'entretien psycho-social peut être de nouveau proposé.

3.4 La contraception après une IVGM²

La compréhension de l'échec ou l'absence de la contraception initiale doit permettre à la femme de choisir au mieux sa contraception.

Il est important de prévenir les femmes que le risque de tomber enceinte est présent presque immédiatement après une IVG, quel que soit la méthode choisie.

3.4.1 La contraception hormonale

En théorie, quel que soit la méthode hormonale choisie, œstroprogestatifs (pilule, patch) ou progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injectable), elle peut être débutée le même jour de la prise du misoprostol.

En pratique, l'implant est le plus souvent posé lors de la consultation de contrôle. Il faut donc débiter dès la prise du misoprostol une contraception orale jusqu'à la mise en place de l'implant.

Pour ce qui est de l'anneau vaginal, il vaut mieux attendre le cycle suivant compte tenu des saignements pouvant être abondants.

3.4.2 Le stérilet

La pose du stérilet est possible lors de la visite de contrôle en l'absence de complication infectieuse et en cas de preuve de la vacuité utérine (échographie ou décroissance satisfaisante des bêta-HCG)

En cas de doute, il est préférable d'attendre le début du cycle suivant pour le mettre en place.

3.4.3 Autres méthodes

Les méthodes locales telles que le préservatif et les spermicides doivent être utilisées dès la reprise de rapports sexuels.

Les méthodes naturelles ne sont pas recommandées du fait de leur moindre efficacité.

3.5 Contre-indications et précautions d'emploi de la méthode²

- Les contre-indications à l'IVGM sont les suivantes :

- une anémie profonde
- un trouble de la coagulation ou la prise d'un traitement anticoagulant
- une grossesse extra-utérine
- la présence d'un dispositif intra-utérin

- Les précautions suivantes doivent être respectées dans la mesure du possible:

- délai de transport entre le domicile de la patiente et le centre référent limitée à une 1 heure maximum : la patiente doit pouvoir s'y rendre sans difficulté 24h/24
- respecter le terme de 7 SA

- la patiente doit être accompagnée par un proche au domicile : l'isolement social ou une grande précarité doivent faire réfléchir à la mise en route du protocole
- les patientes ne pouvant pas comprendre les informations fournies ne doivent pas bénéficier d'une IVGM à domicile : de la compréhension des informations dépendent la sécurité et l'acceptabilité de la méthode
- les patientes présentant une ambivalence quant à la poursuite de la grossesse ne doivent pas choisir cette méthode de manière précipitée pour rester dans les délais autorisés. Le médecin doit inciter à un temps de réflexion supplémentaire.
- Le signalement immédiat de ne pas pouvoir faire la visite de contrôle devrait exclure cette méthode pour la patiente

PARTIE 2 :

MATERIEL ET METHODES DE L'ETUDE

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1 Justificatifs

L'HAS recommande qu'une femme en demande d'IVG soit vue en consultation dans les 5 jours qui suivent son appel. Or, face à l'engorgement des établissements de santé, ce délai est difficilement respecté, au risque de mettre la femme en situation de difficulté.

De plus, le nombre des établissements de santé pratiquant les IVG a tendance à diminuer et à se concentrer dans de grosses structures, entraînant de ce fait une réduction de l'offre de proximité³⁹.

Depuis la loi de juillet 2001, la part des IVG médicamenteuses ne cessent d'augmenter en médecine de ville. En 2011, 13% des IVG sont réalisées en cabinet libéral en Métropole²⁴.

Des travaux réalisés auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie ont montré qu'ils étaient plutôt satisfaits de cette méthode et que celle-ci leurs semblait bien tolérée par les patientes^{40, 41}.

Il apparaissait alors intéressant d'analyser le vécu de cette prise en charge à travers le discours de femmes l'ayant subi.

L'analyse du vécu de cette expérience par les patientes correspond au reflet de notre pratique.

L'amélioration de notre prise en charge, dans ce domaine si particulier et douloureux qu'est l'IVG, passe par une meilleure compréhension du ressenti de nos patientes.

1.2 Objectif

Le but de notre étude est d'analyser les aspects décisionnels ayant influencé le choix de l'IVG et du lieu de sa prise en charge, d'évaluer le ressenti des femmes tout au long du processus afin de juger de l'acceptabilité et de la satisfaction de cette méthode réalisée par un médecin généraliste.

De plus l'analyse du vécu des patientes permettra de recueillir des représentations de l'acte et de donner un reflet de la pratique des médecins généralistes dans ce domaine. Cela donnera des éléments pour adapter le discours et la pratique du médecin généraliste dans une optique d'amélioration.

1.3 Hypothèses

- Le médecin généraliste reste un des premiers intervenants dans la demande d'IVG: ceux formés à cette pratique offrent une prise en charge plus rapide aux femmes et contribuent ainsi à un meilleur vécu de l'acte.
- L'IVGM réalisée par un médecin généraliste est une alternative encore peu connue des femmes. Pourtant, le médecin participe à l'amélioration des conditions de réalisation de cet acte (cadre plus intime, intervenant parfois déjà connu donc plus rassurant, plus grande disponibilité), agissent sur les risques de récides (rappel et introduction de la contraception pendant les consultations IVG et post-IVG).

- Les femmes ayant fait le choix d'une IVGM par un médecin généraliste sont satisfaites de la prise en charge et estiment cette méthode acceptable.

2. METHODOLOGIE

2.1 Choix de la méthode

Notre recherche visant à comprendre les motivations des femmes ayant subi une IVGM par un médecin généraliste mais également à évaluer leur ressenti de la pratique, la méthode par recherche qualitative nous a semblé en adéquation avec cet objectif.

En effet la recherche qualitative, longtemps restée du domaine des sciences sociales et humaines, permet l'observation de phénomènes sociaux en milieu naturel.

Cette méthode tend à se développer dans la recherche en médecine générale, elle est notamment adaptée lorsque les facteurs observés sont de nature subjective, donc difficiles à mesurer.

Elle cherche à comprendre et non à mesurer et fait apparaître les processus et les «comment» en cherchant à comprendre, décrire, explorer des comportements⁴².

Cette approche permet ainsi d'explorer et d'étudier les soins primaires dans toute leur complexité, particulièrement l'aspect relationnel des soins⁴³.

2.2 Choix de la méthode de recueil de données

Dans le but d'une démarche participative et exploratrice, la technique des entretiens semi-dirigés a été choisie comme méthode d'investigation.

Il existe en recherche qualitative différentes méthodes de recueil dont les entretiens font partie. L'entretien, comme technique d'enquête, est basé sur la nécessité d'un rapport égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté. Il permet la production d'un discours contrairement au questionnaire qui provoque une réponse⁴³.

Plusieurs types d'entretiens existent :

- **L'entretien directif** : il se présente sous la forme d'un questionnaire oral ce qui laisse ainsi très peu de liberté de parole à l'interviewé et donc peu de place à la subjectivité.
- **L'entretien libre** : sans cadre prédéfini et qui se passe sur le mode la conversation naturelle. Il est plutôt utilisé pour les récits de vie. Ce genre d'entretien est plus long, l'expression libre entraînerait des risques de hors-sujet et une analyse moins rigoureuse.
- **L'entretien semi-directif dit aussi semi-dirigé** : l'entretien est centré sur un thème défini dans une consigne initiale et laisse l'interviewé s'exprimer librement sur la question. Un guide d'entretien préétabli permet d'orienter l'interrogation sans fermer le discours de l'interviewé^{43, 44}.

L'entretien semi-dirigé semblait la méthode la plus adaptée à notre étude, elle révèle la logique d'une action, permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques⁴³.

Concrètement, il permettra dans notre étude de comprendre ce qui a poussé les patientes à faire le choix d'une IVGM par un médecin généraliste et d'en analyser leurs vécus.

2.3 La conception de l'enquête

2.3.1 Sélection de la population cible

- Définition de l'échantillon: il est souvent défini dans le thème de l'étude. Ici il s'agit donc de patientes ayant fait l'expérience d'une IVGM par un médecin généraliste.
- Mode de recrutement des patientes: il a été fait de manière indirecte par le biais de médecins généralistes effectuant des IVGM à leur cabinet.

La liste de ces médecins a été fournie par le Réseau Périnatalité et l'ARS de Haute-Normandie. Ceux-ci ont tous été contactés par courrier, envoyé sur leur lieu de travail, afin de maximiser le taux de réponse et donc de participation. **(cf annexe 3)**

L'absence de réponse était suivie d'une relance téléphonique et/ou mail.

Les patientes ont été informées de mon travail par le praticien qui les avait prises en charge et leurs coordonnées m'étaient ensuite transmises par celui-ci.

Les femmes ayant acceptées la rencontre étaient ensuite contactées pour convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous.

Lors de ce premier contact téléphonique, le but de l'étude leurs était explicité.

- Composition :

➔ **critères d'inclusion** :

*Concernant les médecins : Afin d'obtenir un maximum d'entretiens, tous les médecins généralistes inscrits sur la liste de l'ARS et du Réseau Périnatalité ont été sollicités.

Au total 85 médecins ont reçu un courrier explicatif.

4 autres médecins recensés sur les listes n'ont pas été sélectionnés pour cause de coordonnées introuvables.

*Concernant les patientes: Dans une étude qualitative, l'intérêt est de recueillir une diversité de sens donnés à une expérience, à un vécu.

Avec un tel sujet, même si la représentativité statistique n'est pas recherchée, le risque était de ne recruter aucune ou très peu de patientes, il nous a donc paru nécessaire de ne pas se fixer de barrière de sélection.

Cependant, une limite arbitraire de 5 patientes par médecin a été fixée afin de limiter les biais de recrutement qui pourraient agir sur les résultats de l'enquête.

Il a été néanmoins envisagé la possibilité d'avoir un échantillon de patientes suffisamment important pour varier la population selon certains critères qui sont :

- l'âge : mineure/majeure
- l'antécédent ou non d'une IVG déjà réalisée
- l'existence ou non d'une complication objective de l'IVGM
- enfants ou non avant l'IVGM

➔ **critères d'exclusion :**

*Concernant les médecins : Comme cette étude visait à comprendre pourquoi les patientes avaient fait le choix d'un médecin généraliste, il a semblé logique d'exclure le recrutement par des gynécologues-obstétriciens de ville ou des centres de santé effectuant des IVGM à domicile.

*Concernant les patientes : Les patientes ayant eu une IVG par méthode chirurgicale ou une IVGM par un autre professionnel de santé ont été exclues.

- Le nombre d'interviewées :

Dans une étude qualitative la taille de l'échantillon n'est pas définie à l'avance comme dans une étude quantitative.

Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et non leur probabilité d'occurrence. Une seule information peut avoir le poids équivalent d'une information donnée à plusieurs reprises dans des questionnaires ⁴².

Le nombre d'interviewées dépend donc de l'obtention des données recueillies lors des entretiens. Lorsque les données deviennent redondantes et n'apportent plus rien de nouveau, on atteint alors l'effet de saturation et les entretiens peuvent donc être clos.

Les grandes études qualitatives ne portent pas sur plus de 50 à 60 entretiens ⁴⁵.

Dans ce travail, 11 entretiens ont été menés entre janvier et septembre 2013.

2.3.2 La méthode d'investigation

L'entretien semi-dirigé a été la méthode de recueil choisie pour mener cette étude.

- Élaboration du guide d'entretien:

Un premier guide d'entretien a été élaboré avant le début de l'étude. Il répertoriait les différents thèmes à aborder au cours de l'entretien, thèmes qui ont été définies après analyse de la littérature.

Le sujet de l'interview était introduit à l'aide d'une consigne initiale, sous la forme d'une question ouverte, ce qui permettait à l'interviewée de s'exprimer librement.

La liberté d'expression impliquait que les thèmes à explorer pouvaient être abordés de manière

spontanée par la patiente au fil de la discussion, sans suivre d'ordre prédéfini.

Le plan du guide d'entretien permettait alors de recadrer l'enquêtée sur les thèmes qui n'avaient pas été abordés.

De plus, ce guide devait comprendre les stratégies d'intervention de l'enquêtrice, d'une part pour aborder les thèmes en question, mais également pour préciser la pensée de l'interviewée. Cela impliquait donc d'imaginer leurs éventuelles réponses et ainsi d'anticiper les questions permettant de maximiser les informations données sur chaque thème.

Plusieurs stratégies d'intervention sont mises à disposition ⁴² :

- la contradiction: ici inadaptée car l'enquêtrice quitte son statut de neutralité en s'opposant au point de vue de l'interviewé.

- les consignes: tout entretien débute par une consigne initiale. Elles induisent un discours d'opinion (« qu'est-ce que cela représente...? ») et/ou de narration (comment s'est passé... ? »). Chaque consigne introduit une thématique nouvelle.

- les relances: elles s'inscrivent dans le déroulement du discours en reprenant les dires antérieurs de l'interviewé. Elles sont le plus adaptées à l'entretien car elles favorisent la rétroaction de l'interviewé sur son propre discours et donc permettent d'explicitier sa pensée.

La première trame d'entretien a ainsi été élaborée en respectant certains critères :

- définition des différents axes thématiques à étudier
- la consigne initiale introduisant le sujet devait être la plus ouverte possible pour favoriser la liberté d'expression de l'interviewée
- les questions devaient être le plus ouvertes et neutres possibles et devaient permettre de couvrir tous les axes prédéfinis
- prévoir des relances en cas de non-réponse ou des réponses insuffisamment précises.

Entre le recueil et l'analyse des données, le processus est continu ce qui implique que le premier guide d'entretien peut être modifié après chaque entretien, selon la survenue de nouveaux éléments qui n'avaient pas été initialement envisagés, au vu des entretiens ultérieurs.

Dans cette étude, la trame de l'entretien comprenait les axes thématiques suivants:

- présentation générale des interviewées
- leurs réactions face à la découverte de la grossesse
- leurs rapports à la contraception à cette période
- leurs connaissances et représentations de l'IVG notamment l'IVGM réalisée par un omnipraticien
- le processus décisionnel dans le choix de faire une IVG et le choix de la faire avec un médecin généraliste
- l'évaluation de leur parcours d'accès à l'IVGM
- le vécu physique de l'IVGM
- le ressenti pendant et après l'IVGM, l'accompagnement reçu
- les éventuelles améliorations de la méthode

- Le matériel utilisé:
 - un dictaphone
 - la trame d'entretien
 - un bloc note et stylo pour noter les attitudes, mimiques... des interviewées mais également noter le maximum d'informations en cas de refus d'enregistrement.
- Le déroulement des entretiens :

Le bon déroulement de l'enquête nécessitait de respecter certains critères :

- la date et l'heure du rendez-vous fixées par la patiente afin de maximiser sa disponibilité
- le choix du lieu défini par la patiente pour s'assurer d'un environnement rassurant et propice à la discussion. Une précision était néanmoins donnée: il fallait un endroit calme pour permettre l'enregistrement de la discussion dans les meilleures conditions (peu de bruits extérieurs, absence de dérangement...).
- avoir une attitude respectueuse, empathique et intéressée afin que la patiente ne se sente pas jugée, ce qui pourrait modifier son discours
- établir un cadre contractuel de communication en précisant dès le départ: l'objectif et le thème de l'étude, le choix de cette interviewée, l'enregistrement de la conversation, le respect de son anonymat, et la durée de l'entretien.
- bien connaître le guide d'entretien et éviter les interventions trop fréquentes pour ne pas perturber l'interviewée et maintenir un discours fluide et prolix.

Chaque entretien a été mené de manière individuelle, 10 au domicile des patientes et 1 a été effectué par Skype® car la patiente vivait à Lyon.

Le début de l'entretien commençait par l'explication de l'étude et de ses objectifs, le recueil du consentement de la patiente concernant l'enregistrement et par une série de questions fermées permettant de recueillir des informations biographiques sur la patiente.

La durée des entretiens avait été précisée lors de la prise de contact avec les patientes, en général entre 30 minutes et 1 heure.

Une fois l'enregistrement lancé, le nom de la patiente n'était à aucun moment cité pour respecter son anonymat et le sujet de l'étude était alors initié par la question ouverte « Pouvez-vous me parler de l'IVG dont vous avez bénéficié ? », permettant ainsi à la patiente de débiter l'entretien et de s'exprimer librement.

Pendant toute la durée de l'entretien étaient notées les attitudes, mimiques de la patiente et les silences étaient respectés.

2.4 L'analyse des données

2.4.1 La retranscription

A des fins d'analyse, chaque entretien a été retranscrit par écrit, de manière littérale, mot à mot. Le texte obtenu correspond au corpus, c'est-à-dire l'ensemble du discours produits par l'intervieweur et l'interviewée, base écrite permettant l'analyse. Les comportements, gestuels des patientes ont été notés entre parenthèses.

2.4.2 L'analyse des données

Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique des entretiens.

A partir de la lecture des premiers entretiens, des « codes » ont été dégagés à partir des citations, ces codes ont ensuite été regroupés en « thème », eux même classés selon le guide d'entretien par axes thématiques.

Cette première lecture permet de définir une grille d'analyse, la lecture des autres entretiens se faisant avec celle-ci.

La grille d'analyse peut s'enrichir au fur et à mesure des entretiens de nouveaux codes voire thèmes, il est donc nécessaire de relire l'ensemble du corpus avec la grille d'analyse définitive afin de n'omettre aucun nouvel élément.

PARTIE 3 :
RESULTATS

1. RECRUTEMENTS DES MEDECINS GENERALISTES

Le courrier explicatif de l'étude a été envoyé aux médecins généralistes de Haute-Normandie justifiant d'une formation sur les IVG médicamenteuses.

Je me suis procurée la liste de ces médecins auprès de l'ARS de Haute-Normandie et du Réseau Périnatalité. Les médecins inscrits sur la liste fournie par l'ARS avaient signé une convention avec un établissement de santé, ceux inscrits sur la liste du Réseau Périnatalité avaient participé à la formation IVG organisée par celui-ci.

Au total : 85 médecins ont été contactés par courrier

- 3 s'avéraient être des gynécologues médicaux
- 2 étaient parti en retraite
- 6 ont refusé de participer à l'étude (raisons invoquées: manque de temps, rappel de souvenirs douloureux pour les patientes, arrêt de travail prolongé pour un des médecins)
- 1 n'exerçait plus dans la région
- 4 étaient inscrit sur la liste mais ne réalisaient pas d'IVG à domicile
- 8 ont fait la formation mais n'avaient pas eu l'occasion d'en effectuer et dont 2 ne souhaitaient finalement pas en faire (manque de temps et de demande)
- 2 ont fait la formation mais n'ont pas envoyé les documents
- 5 n'ont pu être contactés par impossibilité de trouver leurs coordonnées
- 33 n'ont pas répondu au courrier ni à la relance téléphonique effectuée 1 à 2 semaines après l'envoi du courrier
- 1 était d'accord pour participer mais n'avait plus les coordonnées des patientes (patientes adressées par le Réseau Périnatalité et ne faisant pas partie de sa patientèle)
- 12 étaient d'accord mais n'ont pas adressé de patiente
- **8 ont finalement adressé des patientes**

Parmi ces 8 médecins : 2 exercent dans l'Eure et 6 en Seine-Maritime.

2. LES FEMMES

2.1 Le recrutement

Les patientes ont été informées de mon travail par le médecin généraliste qui les avait prises en charge.

Leurs coordonnées m'ont ensuite été transmises par le médecin afin que je les contacte pour, d'une part leurs expliquer le but et le déroulement de l'étude, et d'autre part fixer les modalités de la rencontre (date, horaire, lieu de rendez-vous).

Par manque de temps, un des 8 médecins m'a remis une liste de patientes à contacter directement : cela a abouti à l'interview de 2 femmes dont une par Skype®.

Deux médecins avaient préféré laisser mes coordonnées (téléphoniques et mail) aux patientes en les invitant à me contacter en cas de rencontre souhaitée: 1 femme m'avait alors contactée puis rencontrée.

Au total, les coordonnées de 31 femmes avaient été recueillies.

Enfin, 11 entretiens avaient pu être réalisés.

En effet, 10 femmes n'avaient pas répondu à mes appels téléphoniques, renouvelés à différents horaires, et malgré des messages laissés sur leurs répondeurs.

Deux femmes étaient d'accord pour me rencontrer mais ne se s'étaient pas présentées au rendez-vous fixé, l'une au cabinet médical où l'IVG a eu lieu, l'autre à son domicile. Celle-ci m'avait rappelé pour s'excuser et devait me rappeler pour fixer un autre rendez-vous mais ne l'avait pas fait. Ces deux patientes n'avaient par la suite plus répondu à mes appels téléphoniques.

Quatre femmes étaient prêtes à me rencontrer mais ne connaissaient pas leurs disponibilités, elles devaient alors me recontacter pour fixer une date de rendez-vous. Finalement, l'une d'elle ne pouvait plus me rencontrer dans l'immédiat suite à un décès dans sa famille, elle ne m'avait pas recontacté par la suite ni répondu à mes appels.

Pour les trois autres patientes, un premier rendez-vous avait pu être fixé mais repoussé à plusieurs reprises. Elles n'avaient ensuite pas répondu à mes appels répétés.

Quatre femmes avaient refusé de me rencontrer.

Une des femmes rencontrée avait été recruté par moi-même, cette patiente était venu me consulter pour sa demande d'IVG et était d'accord pour me rencontrer à l'issue de la procédure.

2.2 Caractéristiques générales

2.2.1 L'âge

Les femmes rencontrées avaient entre 19 et 38 ans.

Au moment de l'IVG, elles avaient entre 18 et 36 ans, avec un âge moyen à 29,5 ans :

- 2 femmes avaient moins de 20 ans : P1 et P5
- 1 femme avait 24 ans : P9
- 2 femmes avaient 30 ans : P2 et P11
- 6 femmes avaient plus de 30 ans : P3, P4, P6, P7, P8, P10

2.2.2 Situation familiale

Au moment de la rencontre :

- 3 femmes sont mariées : P2, P3, P4
- 3 vivent en concubinage : P5, P7, P10

- 4 sont célibataires : P1, P6, P8, P9
- 1 est divorcée : P11

Lors de l'IVG :

- 4 femmes étaient mariées : P2, P3, P4, P11
- 3 vivaient en concubinage : P5, P6, P10
- 1 était célibataire : P8
- 3 femmes étaient en couple : P1, P9, P7

Donc parmi ces femmes, 4 sur 11 ont vu leur situation familiale modifiée après l'IVG.

2.2.3 Situation professionnelle

Parmi les femmes rencontrées :

- 8 exercent une activité professionnelle : P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10, P11
- 2 sont sans emploi : P2, P5
- 1 femme est étudiante en BTS : P1

Au moment de l'IVG :

- 8 femmes exerçaient une activité professionnelle : P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11
- 1 était sans emploi : P2
- 1 autre était lycéenne : P1
- 1 préparait sa reconversion professionnelle après un congé parentale : P4

2.2.4 Nombre d'enfants

Au moment de l'IVG :

- 1 femme avait 3 enfants : P7
- 6 en avaient 2 : P2, P3, P4, P6, P10, P11
- 1 avait un enfant : P8
- 3 femmes n'avaient pas d'enfants : P1, P5, P9

Le nombre d'enfants et la répartition selon les patientes restent identiques après l'IVG.

2.2.5 Antécédents d'IVG

Deux femmes avaient déjà eu recours à une IVG : P7, P10.

Celles-ci avaient alors bénéficié de la méthode chirurgicale.

Pour les neuf autres, il s'agissait de la première IVG.

3. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

3.1 La durée

Les patientes avaient été prévenues lors du premier contact téléphonique que la durée moyenne des entretiens variait de 30 minutes à 1 heure. Aucune durée n'avait donc été fixée à l'avance, au risque de freiner le discours des femmes.

Les entretiens ont duré de 14 à 48 minutes.

3.2 Le lieu

Le choix du lieu était donné aux femmes lors de la prise du rendez-vous, je leur avais juste précisé de choisir un endroit calme où nous ne serions pas dérangées.

Huit femmes ont été rencontrées à leur domicile.

Une dans l'appartement d'un ami prêté pour l'occasion, car un de ses parents n'était pas au courant de son IVG.

Une sur son lieu de travail.

Une par Skype® car n'habitait pas dans la région.

3.3 Le délai entre le premier contact téléphonique et les entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés dans les 15 jours qui ont suivi mon appel afin de minimiser les risques de désistement.

3.4 Le délai entre l'IVG et les entretiens

Il s'étend de quelques semaines à plusieurs années.

Deux femmes ont été rencontrées moins d'un mois après l'IVG.

Neuf femmes ont été vues un an ou plus après l'IVG.

4. RESULTATS DE L'ANALYSE DES ENTRETIENS

4.1 Histoire de la découverte de la grossesse

4.1.1 Mode de découverte

- 2 femmes se sont doutées de leur grossesse devant une aménorrhée (P1,7)
3 autres devant des signes sympathiques de grossesse (P2, 9, 11)
6 n'en parlent pas (P3, 4, 5, 6, 8, 10)
- Pour 7 d'entre elles (P1, 2, 4,7, 8, 9,11), la confirmation s'est faite par un test urinaire dont une directement au cabinet du médecin ayant réalisé l'IVGM (P11).
- Les autres femmes ne le précisent pas.

4.1.2 Circonstance de survenue : contraception avant l'IVG

- 2 femmes utilisaient une contraception locale dite «barrière»: le préservatif (P1, 8)

P8 avait arrêté sa pilule après s'être séparée de son mari et en l'absence de désir de relation amoureuse :

« Pour moi je ne voulais plus avoir quelqu'un, et puis j'ai rencontré cette personne [...] puis malheureusement y a une fois où la protection n'a pas marché »

- 4 femmes avaient opté pour une méthode contraceptive dite «naturelle» (P2, 3, 4, 9):

- 2 d'entre elles utilisaient la méthode d'abstinence sexuelle périodique dite méthode Ogino-Knaus et n'avaient auparavant jamais rencontré de soucis avec méthode:

« Je comptais les jours. Donc j'avais jamais eu de soucis et là j'ai dû mal compter » (P3)

« Donc moi je fais des calculs et puis par accidents, voilà c'est les inconvénients » (P2)

- P9 utilisait habituellement des préservatifs mais devant le refus de son compagnon de l'utiliser, la méthode de retrait a été choisie :

« J'utilisais des préservatifs mais cette personne sortait d'une relation de 14 ans avec la même personne [...]il n'utilisait pas de préservatifs depuis des années et n'aimait pas ça et qu'il refusait, donc on refuse une fois l'acte sexuel, puis 2 puis 3, et puis je me suis finalement laissé faire et je peux confirmer que du coup la technique du je me retire avant ne fonctionne pas »

- P4 venait juste d'arrêter sa pilule pour mauvaise tolérance et précise tout simplement « faire attention » avec son conjoint.

- 4 femmes avaient recours à une contraception orale (P5, 6, 10, 11) :

- 2 sont certaines de ne pas l'avoir oublié (P5, 11):

« Aucun oubli puisque j'ai mon réveil pour savoir si je l'oubli ou pas » (P5)

« Je suis connue pour ma rigueur excessive [...] et si je l'avais oublié j'aurais déjà pris la pilule du lendemain » (P11)

- P6 est dans l'incertitude:

«Y a eu un défaut de pilule, je ne sais pas ce que j'ai bricolé alors que je l'ai toujours prise»

- P10 pense être tombée enceinte suite à un mésusage de sa pilule :

« J'ai su en fin de compte qu'il fallait la prendre régulièrement [...] Ben malheureusement y a des fois où je ne l'ai pas prise à heure fixe »

- 1 femme précise avoir retiré son stérilet pour mauvaise tolérance mais ne mentionne pas d'autres méthodes contraceptives en relais. (P7)

4.1.3 Représentations de la contraception (avant l'IVG)

- Pour 2 femmes, la contraception orale n'avait intérêt qu'en cas de relation longue et stable d'où l'utilisation habituelle de préservatifs (P8, 9) :

«J'avais arrêté la pilule parce que ça faisait un petit moment que j'avais personne » (P8)

«Je m'étais dit que le jour où je la prendrais, ce serait quand je serais dans une vraie relation profonde et durable » (P9)

- Pour P5, l'échec de la pilule était impensable :

« Ben on s'y attend pas toujours quoi, de tomber enceinte sous la pilule, on s'dit c'est pas possible et ben bien sûr que oui »

- La peur des effets indésirables et complications est également présente, plus ou moins expliquée par l'expérience de proches, pour 3 femmes (P2, 3, 9) :

«Je ne prenais rien du tout, parce qu'au niveau des pilules, en fait je vois beaucoup de copines qui ont bien grossi à cause des pilules et consorts » (P2)

«J'ai une amie qui avait un implant qui avait bougé donc ça ne m'intéressait pas [...] La pilule je la prenais à l'époque, j'avais grossi, j'avais des boutons partout » (P3)

«Pour moi c'était quelque chose qui pouvait opérer des changements sur le corps » (P9)

- Une des femmes souligne également l'influence culturelle et religieuse sur son manque d'éducation à la contraception et sur son désir d'information (P3):

«Disons que je n'étais pas assez informée. De ma culture, j'ai pas eu de rapports sexuels très tôt donc je m'étais jamais renseignée concernant la pilule, je me suis mariée assez tôt [...] c'est vrai que j'entendais parlé stérilet [...] ça ne m'intéressait pas [...] De moi j'aurais pu faire la recherche sur internet, j'aurais pu mais j'ai grandi comme ça»

4.1.4 Vécu des signes sympathiques de grossesse

- 2 femmes expriment avoir mal supporté physiquement la présence de ses symptômes (P2, 9) :

«Dès les premières semaines, je commençais à avoir des nausées et consorts et puis je ne pouvais rien faire [...] mais moi mes débuts de grossesse c'est comme ça, je ne peux rien faire [...] j'avais

mes deux enfants et mon mari travaillait, je ne pouvais pas me permettre de rester trois mois sans rien faire» (P2)

«J'avais vraiment envie de quitter très vite cette situation et de retrouver mon corps bien [...] symptômes d'une grossesse qui était quand même plus ou moins présente et désagréable» (P9)

- Une femme exprime clairement avoir mal supporté ces symptômes qui la rattachaient de manière affective à l'embryon (P11):

« Puis voilà comme à chaque fois, j'avais les bon petits symptômes de début de grossesse, et puis votre cerveau vous interdit d'y penser parce qu'il ne faut pas vous accaparer avec le petiot»

4.1.5 Ressenti à l'annonce de la grossesse

- 3 femmes expriment un sentiment de détresse face à cette grossesse inattendue (P1, 2, 3):

« Déjà je me suis enfermée dans les toilettes pendant au moins 1 heure, j'pleurais, c'était vraiment affreux pour moi » (P1)

« Je n'étais pas prête prête prête [...] et là tomber enceinte c'était m'enfoncer quoi » (P2).

P3 a ressenti également une certaine colère, culpabilité:

«J'étais choquée, déçue. C'était de ma faute parce que je ne prenais pas la pilule »

- Pour 5 autres femmes, cette grossesse est non seulement inattendue mais également indésirable (P4, 5, 7, 8, 9) :

« Ben comme une très mauvaise nouvelle. En fait c'était quelque chose qu'on n'attendait pas du tout. On ne voulait pas de 3ème enfant » (P4)

« C'était pas dans mes projets [...] Moi j'en voulais pas » (P7)

P4 exprime également une certaine injustice face à cette grossesse :

«Ça faisait à peine 2 mois que j'avais arrêté, pour mes filles j'avais repris au moins 1 an après [...] Et dans ces cas là, ça prend vite quand on veut pas »

- Les 3 autres ont plutôt ressenti de la surprise (P6, 10, 11) :

« On s'dit ben un 3ème enfant, déjà c'était pas prévu » (P10)

« De là la question s'est posé parce c'était pas du tout prévu d'avoir un 3ème enfant » (P11).

P6 et P11 abordent néanmoins une ambivalence à ce moment :

« J'étais contente, j'crois que j'étais contente, j'espérais que je pourrais le garder » (P6)

« C'était pas prévu mais on aurait pu se donner les moyens de le faire » (P11)

4.1.6 Les motivations d'interrompre cette grossesse

- Les raisons: elles sont le plus souvent multifactorielles :

- la durée et la qualité de la relation amoureuse, qui ne permet pas d'envisager de fonder une famille

(P1,7,8,9) :

« Déjà avec mon copain c'était difficile, je me voyais pas continuer avec lui » (P1)

« Ça faisait pas très longtemps qu'on se connaissait, ça faisait genre 2 mois » (P7)

- le statut professionnel impliquant une incertitude sur le plan financier, matériel et organisationnelle :

1 femme était sans emploi et pensait à débiter une formation professionnelle (P2)

1 était en intérim (P5)

1 était intermittente du spectacle (P9)

1 venait d'être embauchée (P3) :

« J'étais en période d'essai [...] financièrement c'était pas possible donc j'ai pas eu le choix de faire l'IVG »

3 femmes étaient en période de reconversion professionnelle (P4, 6, 7) :

« Je quittais l'hôpital, je ne connaissais pas du tout le système libéral [...] Je prenais une disponibilité, j'savais pas comment j'allais m'en sortir financièrement » (P6)

Une femme exprime également l'incompatibilité d'une maternité avec la poursuite d'études supérieures (P1) :

« J'voulais continuer aussi dans les études donc j'me voyais pas avec un enfant à cette époque-là »

- un changement environnemental récent (P2, 7), et perturbant l'état psychologique du moment pour une d'elle:

« Je venais d'arriver en France [...] je venais d'arriver dans une campagne [...] j'étais tout le temps toute seule ici ce que j'ai jamais vécu et c'est quelque chose que ça a tout changé [...] mais déprimer j'ai jamais connu ça » (P2)

- la représentation de la maternité :

2 femmes n'avaient plus de projet d'agrandir la famille (P4, 7)

1 exprime même l'absence de désir de maternité (P9):

« J'vais être honnête, c'est pas que j'aime pas les enfants mais c'est pas quelque chose qui m'attendrit particulièrement. J'ai pas une envie d'être mère très forte »

- l'âge et les ATCD médicaux sont aussi des raisons invoquées :

1 femme se considère trop jeune (P5)

1 autre se trouve trop âgée et associe la peur de complications liées à ses ATCD médicaux (P10) :

« Ben j'ai mon âge, on se voyait pas revenir dans les couches et ayant un lupus j'avais peur que ça me fatigue plus, de ne pas être en état »

- influence du conjoint :

2 femmes expriment clairement un chantage de la part de leur conjoint (P6, P11) :

« Et puis le père de mes enfants n'en voulait pas [...] qui me disait que si j'le gardais il s'en allait » (P6)

« Mon mari de l'époque s'est franchement positionné contre [...]. Mon mari a été très clair, il m'a dit c'est lui ou c'est moi donc c'était radical » (P11)

- La prise de décision :

➔ 9 femmes ont informé leur conjoint/compagnon de la grossesse (P2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) :

- Le choix d'interrompre la grossesse venait de 5 d'entre elles et 3 se sont retrouvés face à de

l'incompréhension (P2, 5, 9) :

« J'en ai parlé avec mon mari, au début il n'était pas pour » (P2)

P9 parle même de culpabilisation de la part de son compagnon :

« Il me dit que je suis égoïste, que je ne pense qu'à moi »

Deux autres femmes expriment au contraire du soutien et de l'accompagnement de leur compagnon dans la prise de décision (P7, 8).

- Pour 2 femmes, la prise de décision était commune avec le conjoint (P4, 10) :

« Il m'a dit si tu veux le garder on peut en parler, moi j'ai dit non non. De ce côté-là il ne m'a pas du tout influencé » (P10)

- 2 femmes avaient clairement calquée leur décision sur le refus du conjoint d'assumer cette nouvelle grossesse, par peur de le voir quitter le foyer familial (P6, 11)

- 1 a souhaité ne pas informer son mari, celui-ci sera finalement tenu au courant une fois l'IVG réalisée (P3) :

« J'avais décidé de le cacher [...] Et après les jours passaient, il a fallu que j'en parle, j'étais malade comme un chien. Donc il a fallu que j'en parle à mon mari, qui après réflexion a compris ma décision »

→ 1 femme n'évoque pas l'information ni l'avis du conjoint dans la prise de décision. (P1)

4.2 Les méthodes d'IVG

4.2.1 Connaissances et représentations des différentes méthodes d'IVG (avant réalisation de l'IVG)

- La méthode d'IVG chirurgicale

Seule une des femmes interviewées ne connaissait pas cette méthode (P2)

Deux femmes avaient déjà fait l'expérience d'une IVG par aspiration. (P7, 10)

Représentations de l'IVG chirurgicale :

- Pour 5 femmes, l'IVG chirurgicale est synonyme d'hospitalisation obligatoire (P1, 4, 6, 10, 11) :

« J'étais contente d'être là matin et soir [...] plutôt que s'il avait fallu m'emmener la veille à l'hôpital » (P6)

« Et puis je ne voulais pas être hospitalisée parce que la chirurgicale on est quand même hospitalisée » (P10)

- 3 femmes s'imaginent une technique d'accès moins rapide (P3, 4, 7) :

« Après j'sais pas trop si au niveau de l'hôpital ça aurait été aussi rapide ou pas » (P4)

- 2 femmes se représentent l'hôpital comme une sorte d'usine avorteuse (P9, 10) :
« [...] d'avoir l'impression de pas être dans une espèce de truc à la chaîne, dans les hôpitaux ils pratiquent des IVG tous les jours » (P9)
« Ben la chirurgicale j'l'avais fait fait au CHU [...] ça faisait grosse machine » (P10)

- La peur de se sentir mal à l'aise, d'être jugée facilement est aussi exprimée par 5 d'entre elles (P5, 6, 8, 10, 11) :
« J'avais peur de croiser des gens. J'préfèrais être toute seule, j'avais peur aussi du jugement je crois » (P6)
« Je bloquais d'aller à l'hôpital, de raconter à des gens que vous ne connaissez pas [...] voilà j'me suis dit j'vais arriver, les gens vont me juger, ils ne vont même pas chercher à savoir... » (P11)

- P6 s'imagine aussi être dans l'obligation de rencontrer, à contrecœur, une psychologue :
« J'avais peur aussi à l'hôpital de devoir rencontrer une psychologue, j'avais pas envie d'en parler ».

- 2 femmes la voit comme une technique passive et exprime une certaine ambivalence sur le choix de la méthode (P3,7):
« Après réflexion j'me demande si c'est pas mieux en fait [...] c'est le fait de rien voir » (P3)
« C'est bien parce que on voit pas , on est endormie, on se réveille, ça y est c'est fini on ne rien vu ni rien senti » (P7)

- La méthode d'IVGM

4 femmes connaissaient cette technique avant d'y être elle-même confrontées (P6, 7, 8, 10) :
P6 et P8 s'imaginaient un acte réalisable uniquement en milieu hospitalier.

Les 7 autres femmes ne connaissaient donc ni l'IVGM en général ni l'IVGM à domicile réalisée par un MG.

- La méthode d'IVGM à domicile faite par un médecin généraliste

Seules 2 femmes étaient déjà informées de cette possibilité :
P7 la connaissait par l'expérience d'une amie proche
P10 qui s'était informée par le biais d'internet, lors de sa première IVG.

6 femmes ont pris connaissance de la méthode par le médecin généraliste ayant effectué l'IVGM (P2, 3, 5, 6, 8, 11), qui était aussi pour 5 d'entre elles leur médecin traitant (P2, 5, 6, 8, 11).

1 a été informé par son médecin traitant qui ne pratiquait pas l'IVG. (P4)

1 autre par le planning familial. (P1)

1 s'est renseignée par le biais d'internet au moment de la découverte de grossesse. (P9)

Représentations de l'IVGM

- 8 femmes s'imaginent une méthode d'accès plus rapide (P1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11)
- 5 femmes semblent dédramatiser l'avortement par la prise de médicaments (P1, 2, 8, 10, 11) :
« Voilà c'est neutre, on avale 2 comprimés et puis voilà. [...] on s'implique moins » (P10)
- 3 femmes s'imaginent une méthode difficile d'accès du fait du délai légal précoce (P5, 9, 11)
« Je me souviens avoir été en panique parce que le délai légale c'est 5 semaines, 7 semaines, du coup le temps de tout ça... » (P9)
« Parce qu'on avait un délai très très court, finalement c'est court en timing » (P11)
- 7 femmes redoutaient les effets secondaires des médicaments (P1, 5, 7, 8, 9, 10, 11)
P8 craignait surtout l'hémorragie :
« Elle m'avait dit qu'on pouvait beaucoup saigner, peut-être même l'hémorragie donc j'avais un petit peu peur »
P10 exprime cette crainte du fait d'un antécédent médical personnel :
« J'avais un peu peur justement par rapport à mon lupus »
- 1 femme exprime la peur d'une infertilité future (P2) :
« Je lui ai demandé si je voulais avoir après d'autres enfants est ce que ça serait possible et il me dit... »
- 2 femmes expriment une crainte sur le plan financier (P5, 6)
« Sur l'coup on s'dit que ça va coûter cher » (P5)
- 1 autre femme s'imaginait au contraire une méthode moins onéreuse (P10) :
« J'pensais que c'était moins cher que ça, parce que c'était aussi élevé »

- Méthodes abortives « clandestines »:

1 femme évoque uniquement une pratique illégale et dangereuse qu'elle a connue dans son pays d'origine (P2) :
« Mais je vois les gens qui le font d'une autre méthode très dangereux [...] en général les avortements clandestins, tu viens, ils te demandent de l'argent et tu le fais en cachette », « On leur met des appareils sur leur vagin pour essayer d'aspirer [...] c'était pas propre »

4.2.2 Choix de la méthode : pourquoi l'IVGM à domicile par un médecin généraliste ? (une fois l'information donnée sur la méthode)

- Méthode en elle-même :

- 8 femmes apprécient de réaliser leur avortement dans l'intimité rassurante de leur domicile (P1, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11) et de pouvoir l'intégrer à leur vie quotidienne (P4, 6, 10, 11) :
« Celle par médicament me semblait beaucoup plus simple pour gérer mes filles » (P4)
« Puis le fait d'être chez soi c'est bien, on a ses petites habitudes, on est à sa maison, c'est notre salle de bain, c'est notre univers quoi » (P11)
- Le caractère non invasif, en l'absence d'anesthésie, rassure 4 femmes (P3, 7, 10, 11) dont les 2

ayant déjà vécu une IVG par aspiration.

« Et puis c'est simple, c'est 2 cachets à avaler comparé à l'autre, y a la consultation d'anesthésie, on est quand endormi » (P10)

« C'est toujours un peu compliqué [...] le coté bloc opératoire, anesthésie, y a quand même un coté invasif » (P11)

- La discrétion et la préservation de l'anonymat est un facteur décisif pour 5 femmes (P1, 3, 5, 6, 8) :

« Ça apparaît pas sur les papiers de la Sécurité sociale » (P3)

« J'connais pas du tout par médicament, qu'on pouvait faire chez soi, tranquillement sans que tout l'monde soit au courant quoi » (P5)

- Pour 1 femme, la représentation religieuse du fœtus est évoquée (P3) :

« J'voulais que ça se fasse le plus rapidement possible et j'crois que c'était 21 jours[...] dans ma religion ça correspond à la date où y a une âme dans le fœtus donc c'est pour ça... »

- 3 femmes apprécient l'idée d'avoir le choix d'un accompagnement et de l'accompagnant (P5, 8, 9).

- Avec un médecin généraliste :

- 6 femmes souhaitent en finir le plus rapidement pour passer à autre chose et pensent que le faire avec le médecin généraliste permet une mise en route rapide de la procédure (P1, 3, 4, 7, 10, 11) :

« J'crois que je voulais que ça finisse au plus vite et en fait, oui c'était plus ça dans mon esprit, il fallait que ça aille le plus vite possible » (P4)

« On a pas besoin de passer par l'hôpital, d'attendre 3-4 RDV [...] C'est rapide en fait » (P7)

« Le fait que ça aille vite ça me convenait aussi, je voulais passer à autre chose, et pour passer à autre chose il fallait avoir terminé le 1er volet » (P11)

- 7 femmes apprécient de pouvoir réaliser et vivre cet acte avec leur médecin traitant généraliste, invoquant une relation de confiance (P1, 2, 5, 6, 7, 8, 11) et l'avantage de la proximité géographique (P1, 2) :

« Ça nous a vraiment facilité la tâche parce que vu qu'il était juste à côté » (P1)

« J'préfèrais être avec quelqu'un où j'avais confiance et que j'ai toujours eu donc oui c'est pour ça que j'ai fait ça avec lui » (P5)

« Parce que moi j'vous dis aller voir un autre médecin [...] j'en aurais été malade » (P8)

Pour P11, une relation amicale l'unissait à son médecin traitant :

« C'était notre cabinet médical, notre docteur [...] Le fait que ça soit ma copine c'était un plus oui »

P7 évoque l'influence de l'expérience une amie proche avec le même médecin traitant :

« Ben parce que ma meilleure amie l'a fait et avec le même médecin traitant »

- 3 femmes expriment l'importance de s'adresser à un seul interlocuteur (P3, 6, 10) :

« Que ça soit avec le médecin généraliste, on est pas confronté à une nouvelle équipe, ça reste rassurant que ça soit avec quelqu'un qui nous connaisse » (P6)

4.2.3 Place de la femme dans le choix de la méthode

Toutes ont fait d'elles-mêmes le choix de leur méthode d'avortement, après informations sur les 2

options qui se présentaient à elles:

« Elle nous a juste bien expliqué les différentes phases de l'une ou l'autre méthode [...] Mais à aucun moment elle n'a pris part à la décision » (P11)

Cependant une femme, P10, exprime à regret un manque de neutralité de la part du médecin généraliste qui a tenté de l'influencer sur la technique d'avortement:

« Il m'a très bien expliqué les choses sauf qu'à un moment il m'a dit comme vous êtes tôt vous êtes sûre, est ce que vous voulez pas attendre pour limite vous passerez par une IVG chirurgicale »

4.3 Vécu de l'IVGM à domicile

4.3.1 Parcours d'accès à l'IVGM

- Première demande d'IVG/ Premier intervenant:

→ Le généraliste :

10 femmes ont consulté d'emblée un médecin généraliste (P2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) :

- 8 d'entre elles se sont adressées directement à leur médecin traitant (P2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11) parmi lesquels 6 réalisaient des IVGM.

L'une d'elle a en fait rencontré la remplaçante de son médecin (P10) qui l'a alors orienté vers un confrère généraliste réalisant des IVGM.

P4 a été orienté par son médecin traitant qui ne réalisait pas lui-même d'IVGM.

- 1 femme a décidé de voir un médecin généraliste autre que son médecin habituel pour sa demande d'IVG par honte (P3) :

« Je voulais un médecin que je ne connaissais pas justement. J'avais pas honte mais pas loin, j'avais honte quand même »

→ Le Planning Familial

1 femme a été orientée vers le Planning Familial après avoir demandé avis au médecin scolaire (P1).

Par la suite, le Planning Familial lui avait remis une liste des différents médecins généralistes pratiquant des IVGM dans la région.

→ Vécu de cette première rencontre

- 10 femmes expriment n'avoir rencontré aucune difficulté notamment n'avoir ressenti aucun signe de jugement de la part de ce 1er intervenant (P1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11) :

« J'étais surprise que ce soit lui qui s'occupe de ça [...] c'était assez simple puisqu'à aucun moment il n'a été culpabilisant » (P6)

L'une d'elle s'est sentie rassurée sur son choix après cette rencontre (P3) :

« Je suis repartie apaisée quand même parce qu'il m'a dit que [...] c'est vrai que ça m'a fait énormément de bien »

- 5 femmes expriment notamment du soulagement quand elles ont su que leur médecin traitant pratiquait les IVGM (P1, 5, 6, 8, 11) :

« J'ai eu une liste de tous les médecins dans la région où l'on pouvait pratiquer cela et j'ai vu qu'il y avait mon médecin [...] c'était vraiment bien » (P1)

« J'étais surprise qu'il m'dise qu'il puisse s'en occuper mais ça m'a soulagé de ne pas avoir les démarches à faire à l'hôpital, il connaissait le contexte familial... » (P6)

« Alors que la savoir qu'elle avait fait la formation ça m'a soulagé [...] Parce que j'vous dit moi aller voir un autre médecin, moi j'aurais été à reculons » (P8)

- 1 femme a vécu cette rencontre comme une consultation « classique » (P7) :

« Tout se passait bien quoi, simplement comme une consultation quand on va quand on est malade en fait »

- 1 seule femme dit avoir mal vécue la consultation avec cet intervenant, parlant d'absence d'orientation, d'indifférence voire d'une impression de jugement concernant sa demande (P9)

- Le vécu de l'échographie de datation

- 1 femme exprime un délai d'accès long à cet examen au risque de ne pas pouvoir bénéficier de cette méthode d'avortement (P1) :

« Donc du coup j'suis allée faire [...] c'était vraiment plus long et c'est ce qui m'a posé un problème parce que j'avais un temps réduit pour faire chez un médecin et donc du coup j'suis allée à un centre où justement il faisait des échographies. Ils m'ont dit donc on vous prend que dans 1 semaine »

- La visualisation échographique de l'embryon reste difficile pour 3 femmes, avec un sentiment de culpabilité majoré (P3, 5, 10) :

« C'est assez lourd. Heureusement qu'on ne voit pas grand-chose, heureusement, parce que c'est pas facile à vivre quand même » (P3)

- 1 femme a ressenti du jugement par le radiologue lors de l'examen (P4) :

« C'est pas que ça s'est mal passé mais le médecin a été froid et j'ai eu l'impression d'être jugée un petit peu sur ce que je voulais faire »

- A l'inverse pour une des femmes, la précocité de l'âge gestationnel rend l'échographie moins traumatisante (P7) :

« L'échographie j'lai vu quoi [...] c'est minuscule quoi donc on voit pas, c'est pas comme si ça faisait 3 mois, à 3 mois c'est déjà formé quoi, que à 15 jours c'est moins traumatisant »

- Les 6 autres femmes n'en parlent pas.

- Le terme légal pour l'IVGM à domicile en ville

- Pour 4 femmes, de l'angoisse est exprimée à l'idée de ne pas pouvoir accéder à cette méthode d'avortement du fait du terme légal précoce (P1, 5, 9, 11) :

« J'ai appris que j'étais enceinte de 5 semaines et 6 jours donc fallait qu'on se dépêche par rapport à tout ça puisqu'après on peut plus faire » (P5)

« Je me souviens avoir été en panique parce que le délai c'est 5 semaines, 7 semaines. Du coup le temps de tout ça [...] je trouvais que tout était compliqué » (P9)

- Cependant P9 exprime également la possibilité d'un risque d'échec majoré pour un terme légal plus tardif :

« Je crois que j'étais vraiment limite [...] D'ailleurs c'est peut-être pour ça que ça n'a pas fonctionné complètement »

- Au contraire, pour 4 autres femmes, l'âge légal précoce permet de mieux vivre cet avortement (P2, 3, 7, 8) :

« C'est vrai que peut-être quand on est enceinte après 7 semaines c'est plus difficile car on expulse plus gros [...] ça fait peut-être plus quelque chose » (P8)

« Et en fait comme ça faisait quoi, 15 jours quand j'lai fait [...] par exemple les femmes qui le font par aspiration et que ça fait 2-3 mois [...] ben il est un peu formé quand même [...] J'me suis dit c'est pas pareil en fait » (P7)

- Le délai de réflexion

- 3 femmes expriment un délai de réflexion trop long, freinant le processus d'avortement et empêchant le détachement vis à vis de cette grossesse (P3, 10, 11) :

« Le délai des 7 jours j'ai trouvé ça long [...] J'aurais bien aimé, c'est un peu bête, qu'en 15 jours, même dans la semaine, que tout soit réglé, ça m'aurait arrangé. C'est vrai mais plus c'est long, plus on y pense » (P10)

- Les 8 autres femmes ne l'évoquent pas.

4.3.2 Vécu de la prise en charge par le médecin généraliste

4 femmes parlent d'une relation médecin-malade privilégiée, hors du commun (P3, 9, 10, 11), humanisant l'acte en lui-même:

« J'le connaissais pas mais il m'a vraiment mis en confiance, donc j'avais un lien avec lui qui me permettait de m'appuyer sur lui en fait » (P3)

« Ça me rassurait d'être dans un cabinet, avec une personne, de pas être dans une espèce de truc à la chaîne [...] ça ramenait un peu d'humain dans ce moment-là. Oui une espèce de moment rassurant, d'être dans une proximité avec quelqu'un qu'on va voir en plusieurs étapes » (P9)

- En lien avec le statut propre de médecin traitant

➔ 7 femmes ont réalisé leur IVG avec leur médecin traitant (P1, 2, 5, 6, 7, 8, 11) :

- 2 femmes pensent clairement que faire l'IVG avec lui améliore le vécu (P8, 11) :
« Ce serait quelqu'un qui ne me connaît pas, qui connaît pas mon histoire, ben peut-être que ça se serait moins bien passé alors que là non ça s'est passé très très bien, et je lui en ai parlé facilement » (P8)

Pour P11, la relation amicale qui les unit majore ce sentiment :
« Puis le lendemain, le médecin qui passe un coup de fil [...] Voilà j'ai trouvé que c'était plus chaleureux, plus humain parce que encore une fois c'est compliqué, psychologiquement c'est nécessairement pas bien vécu » (P11)

- 5 femmes évoquent un sentiment de confiance pendant toute la procédure grâce à la relation médecin-malade préexistante (P2, 5, 7, 8, 11) :
« Ben disons qu'on a une relation très bien, moi j'me sens à l'aise avec elle » (P8)

- L'absence de jugement, la compréhension immédiate est exprimée par 4 femmes, notamment car le médecin traitant connaît leur histoire personnelle et le plus souvent le contexte familial (P5, 6, 8, 11) :
« Il connaissait le contexte familial puisque c'est lui notre médecin traitant [...] puisqu'à aucun moment il n'a été culpabilisant, il n'a pas posé trop de questions » (P6)

- Par ses qualités humaines

- Toutes les femmes ont trouvé sa disponibilité rassurante:
« Le médecin met en confiance [...] il suit quoi. Il donne même son numéro personnel si au cas où dans la nuit il y aurait un soucis » (P7)
« Il m'avait même donné son numéro de portable, il m'avait dit en cas de soucis n'hésitez pas à m'appeler, à poser des questions. Non là-dessus sur lui bien. » (P10)

P3 parle même de disponibilité allant au-delà de son rôle de médecin :
« Il m'avait laissé son numéro de portable en cas de problème [...] il a été pour moi un soutien, plus qu'un soutien de médecin » (P3)

- 8 femmes ont apprécié sa neutralité, ne pas se sentir jugées (P1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9) :
« Je lui ai expliqué mes raisons et il m'a compris » (P2)
« Il n'a pas été culpabilisant du tout » (P6)

P3 et P4 ont aimé son côté déculpabilisateur :
« Parce qu'il m'a dit que c'était courant, que c'était la vie, qu'il y avait rien de dramatique [...] c'est vrai que ça m'a fait énormément de bien » (P3)

- 2 femmes ont apprécié sa patience et son écoute (P4, 9):
« Je pense qu'il m'a fait un peu déstressée [...] Il était très calme, très patient et c'était agréable » (P4)
« Je suis incapable d'avaler les cachets donc ça se présentait de manière un peu compliquée, il fallait prendre le 1er cachet dans son cabinet et franchement elle a été super patiente parce qu'elle [...] voilà c'était vraiment quelqu'un qui était à l'écoute, qui s'adaptait » (P9)

- 2 femmes parlent même d'unique confident (P3, 8) :
« J'avais décidé de le cacher, y avait que le Dr [...] qui était au courant » (P3)

« Y a qu'elle qui a été au courant et qui sera au courant donc ça renforce encore les liens de confidences » (P8)

4.3.3 Vécu du protocole médicamenteux et de son déroulement

- La tarification de l'acte

- Pour toutes les femmes l'avance des frais n'a pas constitué un frein à l'accès à cette méthode.

- Cependant 2 femmes l'ont trouvé onéreuse (P6, 10), au risque de rebuter certaines patientes à choisir cette méthode :

« Ça m'aurait pas influencé mais quelqu'un qui n'a pas les moyens, même si on est remboursé après, faut quand même les payer, sortir cette somme-là » (P10).

- La prise des médicaments

- 4 femmes se sentent rassurées par la prise unique de médicaments (P1, 2, 8, 10), donnant l'impression de dédramatiser leur avortement :

« J'ai compris qu'il y aurait pas de risque. Ça doit être pratique de prendre un médicament et d'attendre [...] par rapport à d'autres avortements que j'entends parler et consorts » (P3)

- 2 femmes considèrent la prise de mifépristone comme l'acte décisif (P6, 11) :

« On sait que dès le 1er médicament c'est terminé, même si on n'a pas évacué on sait que c'est fini donc » (P6)

- 5 femmes ont été surprises, déstabilisées par la rapidité d'action du misoprostol (P1, 5, 6, 10, 11) :

« Il m'avait dit en fait que ça mettrait quelques heures à s'mettre en route [...] ça s'était mis ptet un quart d'heure ou 20 minutes après [...] c'était affolant » (P5)

« Il m'a redonné le médicament qu'on doit prendre devant lui et le temps que j'remonte dans la voiture j'avais déjà des contractions [...] Voilà j'ai trouvé que c'était quand même un peu rapide » (P6)

- L'attente à domicile

→ L'accompagnement

* A la 3ème consultation :

- 5 femmes se sont faites accompagnés lors de la prise du misoprostol (P1, 2, 5, 6, 11).

A noter que pour P11, la prise des derniers comprimés s'est faite à domicile en compagnie de son MT.

- 5 femmes étaient seules (P3, 7, 8, 9, 10).

- 1 femme n'en parle pas (P4).

* A domicile :

- 7 femmes ont désiré être accompagnée d'un proche pendant l'attente (P1, 4,5,6,7,9, 11) :

« Donc j'lui en parlait un peu discrètement à ma maman, elle me disait ça va, est ce que t'as mal, enfin elle essayait d'être là psychologiquement pour moi » (P1)

« J'avais de la compagnie [...] j'avais ma sœur qui était là » (P4)

- Cependant pour P9, la présence de son compagnon a finalement été mal vécue et elle regrette de l'avoir subie :

« Quand je suis remontée pour avorter chez mes parents, il a débarqué la veille [...] j crois que ce qui me faisait le plus mal c'est de le voir là, j'en avais pas envie, je me sentais trop faible et que j'me vois pas dire à quelqu'un qui a fait 600 km en voiture rentre chez toi »

- Une des femmes a accepté la présence de son compagnon mais n'en ressentait pas le besoin(P7) :

« Il tenait à être là, bon ça l'a affecté quand même »

- Les 4 autres ont fait le choix d'être seules (P2, 3, 8,10) :

« Moi j'avais personne puisque j'en avais pas parlé [...] j'avais juste demandé à ma mère de garder ma fille » (P5)

« Mon mari voulait rester mais j'lui ai dit ça sert à rien [...] j'voulais rester toute seule » (P10)

➔ Ressenti pendant l'attente

- L'IVG est un acte qui s'immisce dans la sphère privée et qui entraîne un besoin d'évasion pour 2 femmes (P4, 11) :

« J'me suis divertie autrement [...] on a joué avec les enfants donc j'y ai pas pensé, on se change les idées dans ces moments-là en fait » (P4)

« Et puis on a dîné et on a attendu que le col s'ouvre [...] je vous avoue qu'on s'était sorti du bon vin et qu'on avait fait du feu à la cheminé [...] on a parlé d'autres choses » (P11)

- 5 femmes ont ressenti une attente longue et culpabilisante (P3, 5, 6, 8, 9), malgré un accompagnement pour 3 d'entre elles :

« On a l'impression que c'est une éternité en fait. Puis ça fait mal aussi, on s'en veut. [...] J'avais mon compagnon mais bon, comme on dit, il sait pas c'qui s'passe dans notre tête, tout ça, donc c'est vrai que ça été dur » (P5)

« C'est ma petite sœur, qui a 22 ans, qui est venue m'accompagner et j'avais l'impression, enfin c'est gênant, j'veux dire c'est moi qui fait des bêtises » (P6)

- 1 exprime une certaine indifférence (P7) :

« Ben j'y pensais pas quoi, c'est comme si j'allais avoir mes règles quoi »

- 1 appréhende l'idée d'une inefficacité de la méthode (P1) :

« J'ai eu peur que ça agisse pas et qu'y ait pas justement ces effets qu'il m'avait dit auparavant »

- 1 femme exprime un sentiment ambigu avec la peur de complications (P10) :
« J'étais tranquille mais un peu stressée quand même [...] Stressée dans le sens que ça se passe mal [...] Me dire qu'il y a une hémorragie quoi » (P10)

- 1 ne parle pas de son ressenti pendant l'attente (P2).

- L'expulsion

→ La douleur

- 2 femmes n'ont pas du tout ressenti de douleurs (P10, 11) :
« Les douleurs pas et en même temps personne n'est vraiment très surpris car je suis capable de mettre au monde des enfants sans douleurs et sans péridurale, donc non je n'ai pas eu de douleurs » (P11)

- 6 femmes ont jugé les douleurs tolérables, se rapprochant des douleurs de règles (P2, 3, 4, 7, 8, 9) :
« Mais bon c'est gérable parce que moi je suis peureuse [...] ça commençait à faire mal, étant jeune fille quand tu vois les règles le bas ventre te fait mal » (P3)

- Les 3 autres femmes ont trouvé les douleurs intenses, invivables (P1, 5, 6) :
« Je ne bougeais plus du lit. C'était affolant [...] c'était pas le petit mal au ventre quand on a nos règles, c'était vraiment la bonne barre du ventre qui fait bien mal quoi » (P5)

→ Les saignements

- La moitié des femmes a jugé les saignements abondants mais non inquiétants (P4, 7, 8, 9, 11).

- 2 femmes ont ressenti de l'inquiétude (P1, 3).

Une d'elles a été rassurée par le médecin généraliste contacté par téléphone.

- 4 n'en parlent pas.

→ Le vécu de l'expulsion

- 1 femme parle de moment redouté, d'un souhait de ne pas voir le produit d'expulsion par peur de ce qu'elle pourrait voir (P10) :

« La seule chose que j'ai pas fait c'est, il m'avait dit qu'il pourrait y avoir un écoulement, enfin j'ai pas regardé, quand je suis allée aux toilettes ben j'ai pas regardé. [...] j'me suis dit on sait jamais si j'vois... »

- Au contraire pour 1 autre, la visualisation est plus facile à supporter du fait du terme précoce (P8) :
« Moi je m'attendais vraiment à l'expulsion d'un œuf, j'ai vraiment vue un truc minuscule [...] C'est vrai que peut-être quand on est enceinte après 7 semaines c'est plus difficile car on expulse peut-être plus gros [...] ça fait peut-être plus quelque chose »

- 2 femmes l'ont mal vécu par l'abondance des saignements mais également par le doute ressenti à ce moment (P3, 6) :

« Ca c'est très choquant en fait [...] vous perdez énormément de sang, excusez-moi du terme mais des choses bizarres en fait, on s'dit c'est ça c'est pas ça, c'est ça c'est pas ça » (P3)

« En y réfléchissant j'me dis évidemment c'est normal, faut bien évacuer tout l'sang, l'œuf mais c'est difficile à vivre après quand on est à la maison avec ça » (P6)

- 2 femmes parlent alors d'expulsion synonyme de fin, d'irréversibilité comme si elles prenaient conscience à ce moment de leur avortement (P3, 11) :

« Moralement voilà, c'est le point final de tout ça, là on sait que c'est fini [...] Et là c'est pas discutable, vous avez passé un cap » (P11)

« Ben c'est là qu'on réalise en fait, on ne peut plus revenir en arrière, c'est fait » (P3)

- 2 expriment du soulagement (P8, 9).

Ce soulagement est aussi ressenti sur le plan physique avec l'idée de réapproprier son corps et de voir disparaître les signes de sympathiques de grossesse:

« Comme un soulagement parce que j'avais envie de quitter très vite cette situation et de retrouver mon corps bien, parce qu'il y a à la fois les symptômes d'une grossesse qui était quand même plus ou moins présentes et désagréables... » (P9)

- Pour 1 femme, elle évoque un certain déni de ce moment (P7) :

« J'y pensais pas trop en fait »

Mais elle laisse penser que cette expulsion a été bien vécu : « Des personnes qui sont ptet plus sensibles faudrait pas qu'elles voient parce que ça les perturberaient »

- 3 femmes ne parlent pas de leur ressenti au moment de l'expulsion.

- La visite de contrôle

- 4 femmes ont réalisé la visite de contrôle post -IVG (P6, 7, 8,10) :

3 d'entre d'elles estiment cette visite nécessaire pour se rassurer de l'efficacité des médicaments (P6, 7, 8) alors que P10 trouve cette consultation inutile :

« Je suis revenue avec le 2ème prise de sang pour voir si c'était bien descendue [...] j'avais comparé à l'autre donc j'avais vu que c'était bon, c'était redescendu donc pour moi, pour mon cas personnel ça n'a pas eu grande utilité »

- 2 femmes disent de pas l'avoir faite (P3, 9) :

« Je suis partie tout de suite après à l'étranger, j'ai fait la prise de sang à l'étranger pour être sûre qu'il y avait plus rien et là j'ai compris que c'était bon en fait »

Pour cause professionnelle pour P9 :

« Mon travail m'obligeait à repartir pour Paris [...] Y a peut-être pas eu le temps de faire la visite de contrôle »

- Les 5 autres femmes ne précisent pas si elles en ont bénéficié ou non.

- Efficacité de la méthode

- Seule 1 femme fait part d'un échec de la méthode, révélé par la survenue d'une complication infectieuse quelques jours après la prise du misoprostol (P9) :

« Quand je suis rentrée chez moi quelques jours après, j'ai eu super mal au ventre [...] j'suis allée à l'hôpital aux urgences. Et en fait je n'avais pas tout expulsé et ça a fait une infection »

Celle-ci n'avait notamment pas effectué la visite de contrôle

- 1 femme évoque le doute sur une complication infectieuse à 1 mois de l'IVG (P11) :

« Bon et puis après, ce qui n'a rien à voir avec l'IVG à priori, j'ai fini au Belvédère car j'ai fait une endométrite et une salpingite »

- Les autres femmes parlent d'une méthode qui a bien fonctionné (P1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10).

Parmi ces femmes, 3 précisent que le contrôle de l'efficacité s'est fait par dosage sanguin (P3, 8, 10).

- Les entretiens psycho-sociaux

➔ La loi du 4 juillet 2001 rend l'*entretien psycho-social préalable à l'IVG* non obligatoire pour les femmes majeures.

Dans notre étude :

- 3 femmes se sont vues proposées cet entretien mais l'ont refusé car étaient certaines de leur choix (P3, 7, 10).

- Pour les autres, la possibilité de bénéficier de cet entretien n'a pas été évoquée.

1 des femmes s'imagine un entretien ayant un but dissuasif (P6) :

« Je crois aussi que j'avais peur qu'on me fasse changer d'avis. J'aurais préféré m'en tenir à ce qu'on avait décidé »

1 autre a du mal à apprécier le champ d'action de cet entretien (P11) :

« Je ne sais pas à quel niveau il aurait pu intervenir »

4 femmes n'en voient pas l'intérêt si le choix est sûr (P1, 5, 8, 9).

Par contre, pour 2 femmes, cette consultation aurait eu un intérêt dans l'accompagnement de leur décision (P2, 4).

P2 regrette de n'avoir pu en bénéficier :

« Si j'avais la chance de l'avoir ça serait trop bien. [...] avant il peut y avoir des doutes, la peur donc on en a besoin »

➔ Concernant la proposition éventuelle d'un *entretien psycho-social après l'IVG* :

- Seule la moitié des femmes se sont vues proposées cet entretien (P1, 3, 7, 8, 10).

1 femme l'a accepté (P1).

Celles ayant refusé l'expliquent soit par le désir de ne plus y penser du tout (P8), soit par in intérêt (P7, 10).

Une patiente exprime même le besoin de se punir en gardant tout pour elle (P3) :
« Limite j'étais contente de ne pas évacuer puisque j'étais la seule responsable »

- 2 femmes ont entrepris d'elle-même de consulter un professionnel après l'IVG, il s'agit de 2 femmes ayant auparavant eu un suivi psychologique (P5, 9) :

« D'ailleurs de moi-même j'ai repris une thérapie 1 an après » (P9)

- 1 des femmes, à qui l'entretien n'a pas été proposé, le considère utile et primordial pour accepter l'acte (P2) :

« Parce qu'après il peut y avoir des regrets [...] c'est quelque chose qui reste dans la tête pour la vie »

- Contraception post-IVG

➔ Par qui?

- Pour 5 femmes, la contraception a été initié par le MG ayant réalisé l'IVG (P1, 2, 3, 5, 6) et qui était pour certaines également le MT (P1, 2, 5, 6).

- 1 femme a consulté un MG autre que son MT suite à la demande d'IVG qui été mal vécu (P9).

- 1 a vu la remplaçante de son MT (P10).

- Pour 1 femme, la contraception a été initiée par sa gynécologue (P11).

- Les 3 autres femmes n'en parlent pas (P4, 7, 8).

Aucune des femmes ne parle de la qualité des informations reçues sur la méthode contraceptive, ni à quel moment de la procédure celle-ci a été initié.

➔ Quelle contraception?

- 7 femmes ont fait le choix initial d'une contraception par voie orale (P1, 2, 3, 6, 7, 9,11).

3 d'entre elles ont changé par la suite de méthode contraceptive soit pour mauvaise tolérance (P2 ,7) soit par peur d'une nouvelle grossesse non désirée (P1) : P2 est retournée à une méthode naturelle d'abstinence périodique, P7 a opté pour l'anneau vaginal et P1 s'est faite poser un implant.

- 1 femme a choisi un stérilet hormonal (P10).

- 1 a préféré d'emblée se faire poser un implant (P5).

- 2 femmes ne parlent pas de leur contraception post-IVG (P4, 8).

→ Comparaison avec contraception initiale

- 2 femmes, qui n'utilisaient pas de moyen contraceptif fiable, ont vu leur perception de la contraception changée après cet événement (P3, 9) :

« Alors je prends la pilule! Ça m'a vacciné ! Relation ou pas relation je prends la pilule » (P9)

- 5 femmes utilisent une contraception différente (P1, 5, 6, 7,10).

- Seule 1 a gardé la même pilule (P11).

- 1 femme, après avoir tenté une autre méthode contraceptive après l'IVG, refait appel à une méthode naturelle (P2).

4.3.4 Évaluation de l'information reçue

- Par le premier intervenant

La majorité des femmes ont jugé les informations reçues satisfaisantes par cet intervenant (P1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11):

« Il m'a bien expliqué comment tout allait se dérouler, ce qui allait se passer. Puis à quoi servait chaque cachet en fait. C'est vrai que je connaissais pas du tout et ça m'a permis de mieux comprendre le déroulement » (P4)

Seule une femme a été déçue de l'accueil reçu et fait part d'un manque d'accompagnement et d'information de la part du premier interlocuteur, rendant sa situation encore plus difficile (P9) :

« Je crois avoir appelé un ou deux planning familial et je me souviens avoir été mal reçue, mal informé [...] J'étais paniquée et du coup ça m'a refroidit »

- Par le médecin généraliste ayant effectué l'IVGM

- Toutes les femmes sont satisfaites de l'information reçue par le MG, diminuant l'appréhension liée à l'acte et à la méthode :

« C'est super bien expliqué. Il nous explique vraiment, on comprend pas quelque chose il va nous l'expliquer aussitôt » (P5)

« Quand le médecin est clair et précis du début jusqu'à la fin [...] il explique vraiment tout » (P7)

- La qualité de ces informations semble atténuer l'angoisse relative au sentiment d'inconnu lié à l'acte :

« Elle m'avait expliqué le côté donc le côté patraque [...] Donc je n'étais ni surprise ni inquiète. Je savais que c'était comme ça » (P9)

- 4 femmes font part de l'importance du support papier dans la compréhension du déroulement de la procédure mais également par son côté rassurant (P2, 4, 5,10) :

« Ben il m'avait prévenu donc, et c'était marqué sur le formulaire tous les symptômes qui pouvaient se déclarer donc ben j'me suis dit c'est normal et puis comme on avait un exemplaire je l'avais lu et

relu » (P5)

« C'était clair, y a avait des photocopiés, on les a lu ensemble, il m'a demandé si y a avait des choses que je ne comprenais pas, il a pris le temps de m'expliquer » (P10)

4.3.5 Acceptabilité de la méthode médicamenteuse par le généraliste

Globalement les patientes semblent satisfaites de la méthode et de son déroulement.

- 4 femmes recommanderaient cette méthode (P5, 7, 8, 9)

« J'pense pour les femmes qui en veulent pas franchement je pense que le faire chez toi c'est plus rassurant que de le faire avec des gens à l'hôpital » (P5)

« Si c'était à refaire, je pense que je referai la méthode [...] le protocole est plutôt bien fait, avec ces différents RDV, la manière dont ça se déroule, je trouve bien que ça existe en fait » (P9)

1 femme nuance (P7) :

« Si j'sais que la personne est très émotif et qu'elle le fait, elle va culpabiliser, des choses comme ça, c'est pas le bon moyen »

- Cette acceptabilité semble majorée par l'encadrement légal rigoureux et la convention avec un centre référent pour 4 femmes (P2, 3, 7, 8) :

« Je trouve relativement qu'il y a un bon suivi, et puis légalement il y a quand même pas mal de choses à suivre, c'est assez carré » (P3)

«Et puis si y a un souci y a l'hôpital qui suit, on n'est pas dans la nature quoi, on prend pas le médicament et on nous lâche comme ça, non on est suivi quand même » (P7)

- Une bonne information délivrée par le médecin rend l'acceptabilité meilleure (P1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

- 1 femme fait la remarque d'un délai entre chaque consultation inutilement long et augmentant le temps d'imprégnation de grossesse (P10) :

« J'ai trouvé ça long, les deux visites donc une visite avant, le délai des 7 jours, j'ai trouvé ça long. [...] j'aurais bien aimé, c'est un peu bête, qu'en 15 jours, même dans la semaine [...] plus c'est long et plus on y pense »

- Seule une femme exprime un regret sur le choix de la méthode, en lien avec la visualisation du produit d'expulsion (P3) :

« Après réflexion j'me demande si c'est pas mieux, en fait, après réflexion, parce que l'IVG on le vit quand même tout seul à la maison, on voit tout un petit peu en fait [...] c'est pas évident »

4.3.6 Les émotions ressenties

- Par rapport à la méthode

- Toutes les femmes, sans exception, insistent sur l'importance d'avoir le choix de leur méthode d'avortement rendant le vécu de leur IVG meilleur :

« J'me suis dit que j'ai eu la chance de faire [...] l'IVG donc j'me suis dit que c'est plus pratique »

(P3)

« Voilà j'trouve que c'est très bien [...] j'trouve que c'est bien aussi quand on est jeune de pouvoir faire ça à la maison. Moi je suis pour l'IVG à la maison » (P8)

- Pour certaines, la prise médicamenteuse leur permet de dédramatiser l'acte et les rassurent sur la procédure (P1, 2, 8,10, 11):

« C'est d'une facilité déconcertante » (P11)

Ce sentiment est cependant mitigé, la peur des effets secondaires étant également présents (P1, 5, 7, 8, 9, 10,11).

- Pour toutes les femmes, la prise en charge par un seul intervenant, le MG, et sa disponibilité a rendu la procédure plus acceptable.

Elles se sont senties rassurées, épaulées, écoutées durant le déroulement de cet évènement :

« Le médecin met en confiance, il explique bien. Il suit quoi. Il donne même son numéro personnel [...] on n'est pas dans la nature quoi. On prend pas les médicaments et on nous lâche comme ça, non on est suivi quand même » (P6)

« Le point fort c'est d'avoir contact avec une personne. J'trouve ça super important de pouvoir parler à cette personne-là qui nous met en confiance [...] J'avais un lien avec lui qui me permettait de m'appuyer sur lui en fait [...] à l'hôpital qui est ce que j'appelle ? J'appelle à l'accueil pour avoir le médecin, pour avoir l'anesthésiste, on sait pas qui avoir en fait » (P3)

- Globalement, les femmes disent mieux vivre leur IVG dans le cadre intime et rassurant de leur domicile (P1, 4, 5, 6, 8, 9, 10,11)

- Par rapport à l'acte en lui-même

Beaucoup de sentiments sont mêlés :

➔ Le soulagement immédiat après l'expulsion est exprimé par 2 femmes (P1, 8)

➔ La majorité des femmes exprime un sentiment de culpabilité au décours de l'expulsion et persistant après (P1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11).

6 d'entre elles parlant même d'infanticide (P1, 2, 3, 5, 8, 11) :

« Voilà on se dit qu'on met fin à une vie, c'est peut-être qu'un fœtus mais c'est quand même vivant » (P8)

« Pour moi y a un être vivant qui est là donc ça on ne me le retirera pas de la tête » (P3)

Ce sentiment de culpabilité semble être influencé par l'image socioculturelle et religieuse de l'IVG :

- 3 femmes expriment un mal être vis-à-vis de leur conviction religieuse (P2, 3,11)

«Le truc c'est que je voulais en parler à personne vu que c'est pas du tout dans ma religion » (P3)

« Dans notre religion on ne nous permet pas de le faire donc moi je l'ai fait voilà » (P2)

- 2 se sentent coupables car étaient mariées (P2, 3) :

« J'ai jamais voulu faire ça surtout dans le cours de mon mariage » (P2)

- 2 se sont senties jugées par leur famille, fautives (P6, 11) :

« Je viens d'une famille catholique pratiquante, je vous avoue très honnêtement que même mes parents, quand je l'ai dit au moment du divorce, ça s'est pas très bien passé, voire même pas du tout » (P11)

- 4 femmes voient leur culpabilité majorée par leur statut de mère et le vécu de la maternité (P2, 3, 4, 6)

« Et parce que le fait d'avoir déjà eu des enfants, on sait aussi qu'on sait, comment on sait c'est pas évident » (P4)

« J'ai eu mal parce que je me suis dit ça c'était mon enfant » (P2)

➔ Ce sentiment de culpabilité renvoie à un sentiment de honte pour certaines, pour qui l'acte est difficile à assumer en société (P4, 6, 8, 11) :

« Je sais que moi au travail, on en parlait un peu, j'ai jamais dit que j'avais avorté, mais y a beaucoup de femmes qui sont contre l'avortement » (P8)

- 2 femmes disent qu'il ne s'agit pas d'un sujet tabou pour elle mais n'en parlent pas du fait du caractère intime de l'acte (P7, 10).

- Seule une femme dit pouvoir en parler librement (P9) :

« C'est quelque chose dont je peux parler de manière assez libre, c'est pas un tabou. Si dans une discussion ça se prête, c'est pas un truc que je vais cacher »

➔ Parmi les 9 femmes éprouvant un sentiment de culpabilité, 4 femmes expriment clairement un sentiment de regret d'avoir fait le choix de l'IVG (P2, 3, 6, 11), les facteurs décisionnels étant alors remis en cause, en particulier pour P6 et P11 qui s'étaient calquées exclusivement sur la position de refus de leur mari :

« Je peux pas dire oui j'ai eu raison à 100% d'avoir fait l'IVG, maintenant si c'était à refaire j'le ferais pas, peut-être que j'aurais été dans des difficultés financières... » (P3)

« C'est sûr qu'aujourd'hui je reprendrais pas cette décision-là quoi. J'aurais dû me battre différemment parce que émotionnellement j'suis restée, euh, ça m'affecte » (P11)

Les 5 autres femmes disent par contre ne pas regretter leur choix (P1, 4, 5, 7, 8).

Ce sentiment est notamment expliqué:

- par la concrétisation des projets professionnels pour P1 et P4 :

« Après j'ai eu mon bac donc ça m'a permis d'apaiser les choses, j'me suis dit bon ça va j'ai pas été enceinte [...] Je vois là 1 an plus tard quand j'en parle, j'me dis heureusement que j'lai fait, j'le regrette pas du tout » (P1)

- par l'histoire personnelle qui permet de relativiser l'IVG pour P7 :

« J'ai vécu des choses bien plus douloureuse que ce genre d'acte [...] J'avais des choses plus importantes à gérer en fait »

- par le « mauvais timing » de cette grossesse pour P5 et P8 :

« J'préfèrais mettre ce prix-là et essayer plus tard d'avoir un enfant et qu'il soit heureux que de l'faire là et qu'il soit pas heureux » (P5)

➔ 2 femmes ont fait un déni de l'acte, ont choisi délibérément de ne plus y penser ni en parler

pour tenter d'oublier l'IVG et leur mal-être (P2, 11) :

« L'IVG j'essaie d'oublier, si vous n'étiez pas là j'allais même pas en parler parce que je ne veux pas. Je ne veux même pas me rappeler de ça ni en parler parce que y a des ptits regrets [...] là je parle avec vous parce que j'essaie de vous rendre service mais bon j'en parle même pas avec mon mari » (P2)

« Par la suite j'ai opté pour une méthode je vais bien tout va bien, j'ai mis tout ça dans une boîte et j'ai fermé la boîte. Je ne voulais pas en parler ni en entendre parler, j'ai fait ça très bien pendant 4 ans » (P11)

→ Seules 2 femmes n'éprouvent aucune culpabilité ni regret de l'acte (P9, 10) car étaient sûres de leur choix.

Pour l'une d'elle le vécu de la maternité permet également de relativiser l'acte et de mieux assumer son choix (P10).

P9 précise qu'elle se sent coupable, non pas d'avoir fait l'IVG, mais de s'être mise dans cette situation :

« J'ai culpabilisé de mettre mise dans cette situation, d'en être arrivée là »

→ 4 femmes disent y repenser et être triste à la date présumée du terme (P2, 6, 7, 8) :

« J'y ai repensé en janvier parce qu'il aurait dû naître en janvier de l'année dernière » (P6)

« J'me dis ben tiens là j'aurais accouché, y a toujours un ...on y pense toujours » (P7)

L'une d'elle précise même que le sentiment de culpabilité apparaît à ce moment-là (P8) :

« On a un peu de culpabilité aussi [...] c'est après qu'on repense à tout ça, sur le moment on y pense pas trop [...] je devrais accoucher dans bientôt et c'est vrai que j'y pense maintenant »

→ 1 femme a ressenti le besoin de « s'autopunir » en gardant l'acte pour soi et de ne pas se soulager par la parole (P3) :

« C'était pas dans ma personnalité de parler de ça ou d'évacuer. Limite j'étais contente de pas évacuer puisque j'étais la seule responsable »

Cette même femme fait part du besoin qu'elle a ressenti de ne plus voir le « médecin avorteur » pour oublier :

« J'ai eu besoin de, euh, Mr B., lui fallait plus que je le vois en fait. Euh il avait fait ça avec moi, moi j'avais vraiment d'oublier, d'oublier pour tenir en fait »

→ 1 autre a eu le besoin de se faire pardonner en se rachetant par un acte altruiste (P11) :

« J'ai donné trois fois mes ovocytes, j'y avais déjà pensé avant mais je pense que l'élément déclencheur c'est ça. J'ai eu un moment où il fallait que je me dédouane de quelque chose. Je me suis sentie coupable [...] j'avais vraiment besoin de ça »

4.3.7 Améliorations proposées

- Par rapport au protocole

La majorité des femmes trouve le protocole bien organisé.

Quelques réflexions sont faites sur :

- l'échographie de datation: 1 femme aurait souhaité qu'elle ne soit pas obligatoire, la visualisation du fœtus majorant le sentiment de doute et de culpabilité (P3)
- le délai légal de réflexion: 2 femmes soumettent l'idée d'un délai raccourci ou flexible selon les patientes, permettant ainsi d'accélérer la procédure (P10, 11)
- la visite de contrôle: 1 femme ne la rendrait pas obligatoire (P10)
- l'obligation du représentant légal pour les mineures: 1 femme supprimerait l'obligation de cette présence pour les mineures, celle-ci pouvant majorer le sentiment de détresse en cas d'isolement social (P1)
- l'avance des frais: 1 femme la supprimerait pour permettre un meilleur accès (P10)
- l'accompagnement pendant l'attente: 1 femme soumet l'idée d'un accompagnement paramédical à domicile (P3), 1 autre le rendrait obligatoire (P1)
- les entretiens psycho-sociaux: 1 femme souhaiterait que cet entretien soit obligatoire avant et après l'IVG, en particulier pour les mineures (P2).

1 autre insiste plutôt sur son intérêt avant l'IVG afin d'accompagner la décision (P4)

3 parlent d'intérêt après l'IVG pour aider à l'acceptation de l'acte (P1, 5, 11).

- De manière générale

➔ Des femmes proposent:

- d'agir sur la diffusion de l'information concernant cette méthode d'avortement faite en ville (P2, 9): dans le but de permettre aux femmes d'avoir le choix de leur méthode d'IVG et ainsi de diminuer le stress en lien avec le manque d'information.

- d'agir en amont sur la prévention: rôle majeur du praticien dans l'information à la contraception (P3)

- d'inciter les médecins à pratiquer les IVGM pour favoriser l'accès à cette méthode notamment dans les campagnes (P1, 8, 9, 11).

➔ 2 femmes ne voient rien à améliorer dans le protocole ni dans la prise en charge par le médecin généraliste (P5, 7).

PARTIE 4 :
DISCUSSION

1. CONCERNANT LA METHODOLOGIE

Notre étude a porté sur un petit nombre de cas. Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés à toutes les femmes ayant vécu une IVGM faite par un médecin généraliste mais ceci n'était pas le but recherché.

Ces femmes ont accepté de me rencontrer après avoir été informées de mon travail par le praticien les ayant prises en charge.

Celles-ci ont été rencontrées plus ou moins à distance de leur IVG (allant de 2 semaines à 2 ans après). Pour les femmes dont l'IVG remontait à plusieurs années, on peut supposer qu'il existait un biais de mémoire lors des entretiens, pouvant alors influencer la qualité des informations reçues.

Certaines appréhendaient cette rencontre, cependant toutes ont été heureuses de pouvoir témoigner de leur expérience et de pouvoir contribuer à ce travail. Certaines ont surtout apprécié l'intérêt que l'on a porté à leur vécu face à cet événement difficile.

Après quelques généralités, tous les entretiens ont débuté par la même consigne initiale, suivi de relances pour traiter de sujets non abordés spontanément par les femmes. Ces relances étaient faites sous forme de questions ouvertes afin de laisser les femmes s'exprimer librement.

Notre étude a permis de dégager plusieurs axes thématiques intervenant dans le parcours et le vécu de l'IVGM par ces femmes.

Chaque IVG est vécue de manière unique. Les émotions ressenties sont intimement liées au contexte social, culturel et professionnel dans lequel s'inscrit l'IVG mais également aux représentations que peuvent avoir ces femmes de l'IVG et de la méthode choisie. L'expérience vécue, le passé de ces femmes n'est pas non plus sans conséquence sur la manière dont elles vont vivre cet événement.

Toutes les femmes rencontrées ont fait le choix de réaliser leur IVG à domicile, accompagnées d'un médecin généraliste qui était parfois leur médecin traitant.

1.1 Les limites

Notre inexpérience en matière de recherche qualitative et particulièrement de réalisation d'entretiens semi-directifs a pu être source de biais tant sur la qualité des entretiens que sur l'analyse des données.

Les premiers entretiens retrouvent des questions fermées lors des relances spontanées. Au fur et à mesure des entretiens, ces questions fermées disparaissent.

On peut alors supposer qu'il existe une perte d'informations au moment de ces premiers entretiens.

Une méthode de recrutement indirecte via des médecins généralistes a été choisie pour recruter les patientes.

Le taux de participation de ces médecins est faible. En effet, seuls 8 médecins sur 85 ont accepté de participer à l'étude. Ce manque de participation pourrait être expliqué par souci d'éthique des médecins généralistes qui ne souhaitaient pas remuer de douloureux souvenirs mais également par l'appréhension de voir leur pratique reflétée à travers le discours de ces femmes.

De plus, on peut supposer que le silence de certains médecins et les refus de participation non justifiés expriment un certain malaise qu'engendre ce sujet de l'IVG, même au sein de la profession médicale formée et pratiquant les IVGM.

Il peut donc exister un biais dans le recrutement des femmes, agissant à la fois sur la taille de l'échantillon mais aussi sur la diversité de cet échantillon, au risque d'avoir des femmes présentant

les mêmes caractéristiques socio-démographiques.

De plus, les femmes rencontrées ne concernent finalement que la patientèle de 6 médecins sur les 8, 4 d'entre elles m'ont notamment été adressées par le même médecin.

La qualité d'accueil, d'écoute et de prise en charge des femmes étant différente selon les médecins, le vécu de l'IVG est quelque peu conditionné par la prise en charge propre du praticien.

Un plus grand nombre de médecins participants aurait permis de limiter le biais lié au praticien prenant en charge la femme.

Le délai entre les entretiens et l'IVGM pouvait être plus ou moins long. Il peut exister un biais de mémoire pour les IVGM remontant à un an ou plus, pouvant entraîner une perte d'informations.

Tous les entretiens, sauf un, s'étant déroulés face à face, les femmes ont alors pu constater mon terme de grossesse avancé ce qui a pu gêner leur discours et donc constituer une perte d'informations.

De plus, pour bien appliquer la méthode de recherche qualitative, les mimiques et attitudes des femmes avaient été notées. Finalement celles-ci n'ont pas été exploitées car ont été très pauvres et non pertinentes dans l'analyse des entretiens.

1.2 Les avantages

11 femmes sur 31 contactées ont accepté l'entretien soit un taux de participation d'environ 35%.

On peut considérer ce taux acceptable du fait du sujet sensible abordé.

Grâce à l'intermédiaire des médecins généralistes, on peut supposer que ces femmes ont plus facilement accepté de me rencontrer, d'autant que pour 8 d'entre elles il s'agissait de leur médecin habituel.

En effet les patientes ont pu se sentir redevables envers celui-ci, ou bien vouloir lui rendre service ou n'ont pas su répondre négativement à sa demande.

De plus, la représentativité statistique n'est pas recherchée dans une enquête qualitative, seule la saturation des données permet de clore les entretiens.

Dans notre étude la saturation des données n'a pas été obtenue, d'autres émotions et comportements ayant été décrits dans le dernier entretien.

Cependant cela n'a pas affecté l'interprétation ni la réalisation des axes thématiques. Chaque femme ayant son propre vécu de l'IVG, il est donc normal de retrouver une diversité d'émotions et de réactions face à cet événement. Cette diversité semble toujours pouvoir s'inscrire dans une des branches de nos axes thématiques.

Le fait que chaque axe thématique regroupe une diversité de sentiments montre la richesse du recueil des données effectué.

Afin de répondre au critère de reproductibilité et de limiter le biais de subjectivité, l'analyse de 2 entretiens par deux autres lecteurs (un interne de médecine générale effectuant une thèse qualitative et un médecin généraliste ayant eu l'expérience des entretiens semi-directifs) a été effectué et permettait alors de retrouver les mêmes codes que l'enquêtrice. De nouvelles données apparaissaient parfois mais étaient hors sujets.

Ceci est un des critères de qualité de la recherche qualitative.

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES FEMMES

2.1 L'âge

En France, les femmes de 20 à 24 ans sont celles qui ont le plus fréquemment recours à l'IVG ^{24, 30}.

En 2010 en Haute-Normandie, cette tranche d'âge représentait 27% des IVG réalisées^{26, 46}.

Dans notre étude, les femmes interrogées avaient entre 18 et 36 ans au moment de leur IVGM.

La tranche d'âge la plus représentée dans notre échantillon est celle des 30-34 ans puis des 35-39 ans.

L'étude de D. Hassoun sur les IVGM dans un CPEF de Seine-Saint-Denis démontre en effet que le choix du domicile comme lieu d'expulsion augmente de manière significative avec l'âge (52% pour les 18-19 ans jusqu'à 100% pour les plus de 35 ans)⁴⁷.

De plus, N. Bajos a montré que les femmes de plus de 30 ans, qui avaient un suivi régulier par un médecin généraliste, faisaient préférentiellement appel à lui en première intention en cas de demande d'IVG⁴⁸.

Bien qu'ayant un échantillon non représentatif, celui-ci présente donc des caractéristiques, en termes d'âge, qui peuvent être expliquées par ces deux études.

Notre échantillon ne comprend pas de femmes ayant réalisées une IVG à des âges extrêmes (<18 ans et >40 ans).

En Haute-Normandie, en 2010, 8% des IVG ont concernées des femmes de moins de 18 ans et seulement 6% des femmes de plus de 40 ans⁴⁶.

La taille de notre échantillon étant restreint, il n'est donc pas étonnant de ne pas retrouver de femmes appartenant à ces deux catégories.

On pourrait également expliquer l'absence de mineures dans notre recrutement par le fait que cette méthode n'est pas recommandée chez les mineures sans autorisation parentale et d'après les études, les mineures consulteraient généralement d'emblée les centres d'orthogénie en cas de demande d'IVG^{31, 49}.

On peut néanmoins parler de diversité de notre échantillon puisqu'on recense deux femmes appartenant à la tranche des 18-19 ans.

2.2 Statut matrimonial

D'après le rapport du Professeur I. Nisand, vivre seule est un facteur de risque d'IVG pour les femmes⁵⁰.

En statistique, une personne célibataire est une personne n'ayant jamais été mariée.

En 2002, 68,5% des femmes ayant eu recours à une IVG étaient célibataires, contre 51% en 1990⁵¹.

Dans notre étude, 7 femmes avaient le statut de célibataire ce qui se rapproche des chiffres nationaux.

2.3 Statut professionnel

En France, en 2010, près de la moitié des femmes ayant eu une IVG occupaient un emploi (49,67%).

En Haute-Normandie, 46% avaient un emploi, 12% étaient au chômage, 12,5% étaient femmes au

foyer et 16,5% faisaient des études ⁴⁶.

Dans notre étude, cette proportion n'est pas respectée. Près de 3/4 des femmes avaient un emploi au moment de leur IVGM.

I. Dagousset montre que 85% des femmes faisant le choix d'une prise médicamenteuse à domicile avaient fait des études secondaires. Ce choix était notamment justifié par une meilleure compatibilité avec leur emploi du temps et leurs impératifs professionnels⁵².

Ceci pourrait expliquer que notre échantillon regroupe plus de femmes actives au moment de leur IVG, bien que le niveau d'étude exact n'ait pas été établi.

2.4 Nombre d'enfants

En Haute-Normandie, en 2010, plus de la moitié des IVG concernent des femmes multipares ⁴⁶.

Dans notre étude, 8 femmes sur 11 avaient des enfants, la majorité ayant déjà deux enfants.

D.Hassoun a montré de manière significative que le choix du domicile comme lieu d'expulsion augmentait régulièrement avec le nombre de grossesses (proportion allant de 54,17% pour une grossesse à 91,67% pour trois grossesses ou plus) ⁴⁷.

En effet dans notre étude, plusieurs femmes ont fait le choix de cette méthode à domicile pour des facilités d'organisation et de vécu vis-à-vis de leurs enfants.

Cela pourrait donc expliquer que l'on retrouve une proportion plus élevée de mères de famille dans notre étude.

2.5 Antécédents d'IVG

En Haute-Normandie, en 2010, 20% des femmes ayant avorté avaient déjà subi une IVG ⁴⁶.

Dans notre étude, 2 femmes avaient un antécédent d'IVG. Les chiffres se rapprochent donc du taux régional.

D. Hassoun ne montre pas de relation significative entre le choix du lieu d'expulsion et le nombre d'IVG antérieures.

Une revue de la littérature a montré que les femmes ayant un antécédent d'IVG préféraient l'avortement médicamenteux à domicile ⁵³.

Dans notre étude, le choix du domicile et du médecin généraliste a été déterminé par le vécu du premier avortement mais également par l'expérience de proches.

En effet pour P7, sa meilleure amie avait fait l'expérience de cette méthode avec le même médecin traitant : « Ben parce ce que mon amie à moi m'en avait parlé [...] ma meilleure amie m'avait expliqué en fait »

3. CONCERNANT L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE

3.1 La contraception pré-IVG

L'OMS définit la contraception comme « l'utilisation d'agents, dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ».

Depuis 1978, l'usage de méthodes contraceptives médicalisées s'est répandu, permettant de passer d'une proportion de femmes « à risque » de grossesses non désirées de 52% à 82%.

Dans notre étude, quel que soit le moyen utilisé, toutes les femmes avaient un comportement contraceptif en accord avec leur désir de ne pas tomber enceinte.

Parmi elles, 4 femmes sont tombées enceinte sous pilule, qui est la contraception la plus utilisée en France.

6 femmes n'employaient pas de méthode fiable/efficace, ce qui rejoint les 50% d'une étude prospective suisse⁵⁴.

1 femme utilisait le préservatif au moment du rapport à risque, sans donner plus d'information sur la cause de l'échec.

Situation contraceptive avant l'IVG	%
Pas de contraception	35,9
DIU, implant	1,7
Patch/anneau vaginal	0,8
Pilule	26,7
Préservatif	15,9
Autres méthodes barrières ou naturelles	17,8
Contraception d'urgence	1,2

SOURCES • DREES, enquête IVG 2007.

Tableau 3: Situation contraceptive des femmes en France dans le mois où la grossesse a débuté

La période qui suit un changement de contraception semble être à risque de survenues de grossesses aboutissant à une IVG^{30,55}.

Dans notre étude, 1 femme déclare un retrait de stérilet précédant la survenue de la grossesse non désirée. Cependant, elle n'avait pas précisé le délai écoulé entre le retrait du stérilet et la grossesse ni si un relais par un autre contraceptif avait été fait après le retrait du stérilet.

D'après l'étude de C.Moreau, 92% des utilisatrices de pilules attribuent la grossesse à une erreur d'utilisation de la méthode⁵⁶.

Dans notre étude seule 1 seule femme sur les 4 qui utilisaient la pilule parle de mésusage de son contraceptif. Les 3 autres sont formels sur l'absence d'oubli de prise.

La plupart des femmes ayant employé une méthode naturelle ne se sentaient pas à risque de tomber enceinte, leur pratique contraceptive s'étant alors toujours révélée efficace.

C'est le cas de P3 qui dit bien « je n'avais jamais eu de soucis » et qui explique avoir eu ses enfants avec cette méthode au moment où elle le désirait.

Pour P4, c'est l'histoire personnelle de ces grossesses qui a influencé sa perception du risque: «Ça faisait à peine 2 mois que j'avais arrêté, pour mes filles j'avais repris au moins 1 an après [...] Et dans ces cas-là ça prend vite quand on veut pas »

Ceci peut expliquer le sentiment d'injustice retrouvé dans le discours de ces femmes, qui, ayant ou non une contraception, se pensaient à l'abri d'une grossesse.

Globalement, le taux de femmes n'utilisant pas de contraception et ne désirant pas tomber enceinte est faible, de l'ordre de 2,6%.

Les raisons à l'origine des échecs de la contraception sont variées.

N. Bajos parle notamment de « norme contraceptive » qui prévaut dans la société française et qui reste ancrée dans l'esprit des professionnels médicaux et des femmes.

Elle se caractérise par l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle, relayée par la pilule quand la relation devient stable puis par le stérilet lorsque le nombre d'enfant est atteint³⁰.

Or, cela conduit à la prescription systématisée d'une méthode qui n'est pas forcément adaptée aux conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes.

En effet, la pilule, qui est le mode de contraception orale le plus prescrit et dont l'efficacité théorique est élevée, n'est pas forcément le moyen le plus adapté en cas de relations sexuelles irrégulières ou bien quand le mode de vie quotidien n'est pas compatible avec la vigilance qu'implique une telle méthode.

Lors du parcours d'IVG, il apparaît important de tenter de comprendre les raisons de l'échec ou de l'absence de contraception, avec la femme si elle le désire, afin d'appréhender au mieux la question de la contraception pendant et après l'IVG.

Il est clair que le choix de la méthode contraceptive doit impliquer au maximum les patientes et également tenir compte de leurs contextes de vie au moment de la prescription.

De plus, l'information sur les méthodes contraceptives existantes et sur leur efficacité reste primordiale. Le médecin généraliste se trouve dès lors à une place privilégiée pour aborder régulièrement la question de la contraception et en réévaluer la satisfaction, de même qu'il doit prêter une vigilance particulière sur les périodes de transitions contraceptives (début, suspension, arrêt).

3.2 Les signes sympathiques de grossesse

La présence de ces symptômes est décrite par 3 femmes de notre étude.

Le choix de faire l'IVG semble plus rapide pour ces femmes qui souhaitent ne plus ressentir ces signes physiques.

En effet pour P9, voir son corps se transformer et en souffrir physiquement entraîne un soulagement une fois l'IVG réalisée, d'autant qu'elle exprime clairement l'absence d'envie de maternité.

Par contre pour P11, la rapidité de la prise de décision est également liée au fait que ces signes la rattachent affectivement à cette grossesse.

Il semble donc que les femmes ne veulent pas se sentir enceintes lorsque la décision d'interrompre la grossesse est prise. L'IVG doit alors être réalisée le plus vite possible⁵⁷.

Le choix de l'IVGM en cabinet de ville peut être également lié à cette volonté d'agir rapidement pour ne pas avoir à ressentir physiquement cette grossesse débutante.

3.3 Interruption de la grossesse

3.3.1 La prise de décision

Il est important que les femmes puissent décider d'interrompre ou de garder la grossesse et que leur choix soit respecté.

La loi précise que seule la femme concernée peut faire la demande d'IVG.

Le conjoint est informé de la grossesse selon le contexte affectif dans lequel elle survient: au sein d'une relation stable les femmes informent dans 97% des cas leurs partenaires et ceux-ci sont d'accord avec la décision de la femme dans 8 cas sur 10.

Par contre, quand la relation est considérée instable ou en cas de rupture, 17% des partenaires ne sont pas informés et quand ils le sont, il y a accord dans la moitié des cas. En cas de désaccord, c'est plus souvent la femme qui souhaite l'IVG³⁰.

Dans notre étude, 7 femmes ont un statut social stable à la survenue de la grossesse (mariées ou concubinage). Ce chiffre est supérieur à l'enquête Cocon où 58,4% des femmes interrogées avaient un statut social stable. La différence peut être liée à la taille de l'échantillon dans notre enquête.

6 d'entre elles ont informé leur compagnon mais seuls 2 partenaires ont été d'accord avec le choix d'avorter.

Selon l'équipe GINE, « la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse est quasiment toujours prise « en fonction de » l'homme concerné », ce qui ne veut pas dire qu'elle soit prise avec lui.

En effet, notre étude a montré que l'avis du conjoint pouvait prévaloir sur les sentiments réels de la femme.

C'était le cas notamment de P6 et P11 qui ont calqué leur choix sur le refus du mari d'assumer cette nouvelle grossesse, la peur d'être abandonnée par leur conjoint était alors plus forte que le désir de poursuivre la grossesse.

Les femmes semblent vivre cette décision de manière plus douloureuse quand elle n'émane pas réellement d'elles-mêmes.

Il en va de même lorsque la grossesse est refusée non pas par manque de désir d'enfant mais parce qu'elle ne survient pas au bon moment du parcours de vie.

En effet, la « norme procréative » actuel fait qu'un enfant doit être désiré et doit arriver dans un contexte affectif stable mais également social et matériel favorable à l'accueil de l'enfant²⁸.

Les valeurs véhiculées par la société, l'éducation parentale et les propres convictions éthiques ou religieuses peuvent majorer ce sentiment de déchirement.

On retrouve ces idées chez P2 qui exprime sa souffrance, son regret que la grossesse ne soit pas survenue à un autre moment, l'IVG étant contraire à ses convictions religieuses et survenant dans le cadre du mariage.

3.3.2 Les motifs invoqués

Dans notre étude, les raisons les plus citées sont la qualité de la relation affective du moment, le contexte professionnel et scolaire et le nombre d'enfants désirés atteint.

Pour les femmes de moins de 25 ans, l'engagement scolaire apparaît être un facteur déterminant, la maternité précoce se retrouvant être un frein à une bonne insertion professionnelle ultérieure^{28, 30}.

C'est le cas de notre unique étudiante (P1) qui évoque cette raison: le projet de poursuivre des études supérieures pouvait être remis en cause par cette grossesse.

Dans la même logique, l'IVG est un moyen de reporter la maternité apparue trop tôt dans une

situation professionnelle débutante.

Dans notre étude, 6 femmes étaient en activité mais plutôt avec une situation professionnelle précaire impliquant une situation matérielle et financière difficile qui a semblé influencer le choix de l'IVG.

Entre 25 et 34 ans, le contexte affectif semble être le facteur déterminant. Les femmes ayant invoqué ce motif avaient toutes plus de 30 ans.

Après 35 ans, ces deux déterminants, affectif et professionnel, sont pris en compte dans la décision.

La volonté de ne pas agrandir la famille pour 3 femmes ayant 2 enfants ou plus est également citée. Ceci rejoint l'idée que l'IVG apparaît clairement être le moyen d'éviter cette « naissance de trop »^{28, 30}.

Une étude suédoise répertorie les mêmes motifs retrouvés chez nos femmes (et d'autres), une des raisons principales pour presque 33% de femmes étant l'inquiétude financière⁵⁸.

4. CONCERNANT LA METHODE D'IVGM A DOMICILE

4.1 Les représentations de l'IVGM à domicile

C'est une méthode qui :^{53,59}

- apparaît plus naturelle
- permet d'éviter les risques liés à la chirurgie et l'anesthésie
- limite les risques d'infections
- semble plus facile à vivre et moins traumatisante pour une future grossesse
- permet de préserver l'anonymat et de garantir une intimité rassurante
- donne l'impression d'être « maîtresse » de l'événement
- est jugée moins douloureuse physiquement et mentalement du fait de la réalisation à un âge gestationnel précoce et serait plus en accord avec les croyances religieuses et morales.

Très peu de ressentis négatifs sont retrouvés dans la littérature, parmi eux :

- l'incertitude concernant le déroulement de l'IVG
- la solitude
- le nombre élevé de consultations
- le manque d'informations sur cette méthode
- l'interrogation sur le risque de stérilité

Dans notre étude, des impressions négatives sont majoritairement retrouvées. Cependant très peu de femmes connaissaient cette méthode à domicile (2 femmes) au moment de la demande d'IVG.

4.2 Choix de la méthode à domicile

L'HAS recommande dans la mesure du possible que les femmes soient associées au choix de la technique d'avortement ainsi qu'au mode d'anesthésie. Cette idée est également reconnue dans l'enquête Cocon qui a montré qu'en cas d'IVGM, seule 1 femme sur 2 a eu le choix de la méthode.

La liberté de choix est en effet un élément d'acceptation des inconvénients de chacune des

méthodes.

Dans notre étude, après informations données sur les deux méthodes, toutes les femmes ont fait d'elle-même le choix de réaliser une IVGM à domicile, prodiguée par un médecin généraliste. Aucune ne s'est sentie influencée dans la prise de décision. Ce résultat peut être en lien avec le mode de recrutement des patientes.

Parmi les motifs retrouvés, la crainte de la chirurgie et de l'anesthésie est présente. Elle est souvent perçue comme un acte invasif violent et traumatisant.

La méthode médicamenteuse est le plus souvent choisie pour éviter cet acte chirurgical ou bien une hospitalisation⁵⁷.

Néanmoins, elle peut présenter des avantages par rapport à la méthode médicamenteuse: plus rapide, moins d'échec, moins de saignements, pas de visibilité du produit d'expulsion.

Les femmes choisissant cette méthode semblent dédramatiser leur avortement par la prise de médicaments. L'acte est alors perçu comme plus simple et plus facile, les femmes espèrent se sentir moins coupables.

«Voilà c'est neutre, on avale deux comprimés et puis voilà, on s'implique moins » (P10)

Cette idée est retrouvée dans l'étude GINE⁵⁵.

Cette illusion du médicament est également retrouvée dans le travail de Désille-Guillard⁶⁰.

L'une des raisons également évoquée est l'idée de discrétion et de respect de l'anonymat: la volonté des femmes ne souhaitant informer personne de l'acte voit en cette méthode la solution idéale.

Or il s'avère que le mode de remboursement de l'Assurance Maladie empêche un véritable anonymat pour les IVGM en ville puisqu'un relevé de remboursement est envoyé au domicile de la femme. Bien que la feuille de soins remplie par le médecin et le relevé de remboursement soient aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'acte d'IVG, deux problèmes demeurent :

- Une codification de l'acte IVG y est inscrite : cette codification peut facilement être décryptée par toute personne
- Les actes associés non pris en compte par le remboursement y sont inscrits

Seul un établissement de santé peut réellement garantir un strict anonymat.

Il convient donc au médecin généraliste d'en informer les patientes au moment de la consultation de demande.

Ce souci d'anonymat poserait un problème d'accès pour les mineures qui souhaiteraient bénéficier de cette méthode.

Cependant, il est prévu actuellement, pour pallier à ce problème, une prise en charge à 100% avec dispense totale d'avance de frais pour les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental, les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire et les femmes bénéficiaires de l'aide médicale d'État⁴⁹.

C'est une méthode qui est également perçue comme plus adaptée à la vie socio-professionnelle comme le précise Dagousset et une étude chinoise. Elle permet en effet une intégration de l'acte à la vie quotidienne des femmes, leur permettant ainsi de contrôler ce qui leur arrive et d'améliorer l'acceptation de la méthode⁵³.

La possibilité d'être accompagnée par le partenaire ou les proches a été également évoquée par une femme. Il s'agit en effet d'un facteur pouvant influencer la décision, l'IVG chirurgicale ne permettant pas en général la présence d'un proche.

L'analyse de la littérature retrouve ce motif dans le choix de la méthode⁵³.

Choix du MG:

Les femmes de notre étude ont décidé de faire appel à un médecin généraliste pour effectuer l'IVG d'en le but d'en finir au plus vite.

En effet l'attente est difficilement tolérable dans un contexte où le prolongement de la grossesse met la femme en situation de détresse, surtout quand celle-ci montre une ambivalence dans la prise de décision.

L'intervention d'un seul interlocuteur rassure également les patientes. Comparé au milieu hospitalier, elles estiment que la discrétion peut être respectée en l'absence de plusieurs intervenants (aide-soignants, infirmières, médecins...), qu'il y a moins de risque de jugement. En effet, le rapport Nisand de 1999 faisait état d'attitudes moralisatrices et culpabilisantes de la part du personnel soignant⁵⁰.

De même, les patientes se sentent plus en sécurité en sachant d'emblée qui joindre en cas de soucis⁵⁹.

Notre étude fait également apparaître la place particulière du médecin traitant quand celui-ci réalise des IVG.

La relation de confiance et de confiance préétablie motive alors le choix de la méthode.

Comme le dit P8 : «Savoir qu'elle avait fait la formation ça m'a soulagé [...] aller voir un autre médecin j'y aurais été à reculons ».

Un travail qualitatif a également retrouvé cette place importante du médecin traitant dans la prise de décision et le soutien⁶¹.

Cependant, pour une des femmes rencontrées (P3), il apparaissait inconcevable pour elle de consulter son médecin généraliste habituel pour sa demande d'IVG. Ce sentiment était alors justifié par de la honte mais aussi par la peur d'être jugée.

Le médecin généraliste prend une place primordial dans l'accès à l'offre de soins de proximité et permettrait en outre de répondre rapidement à ce type de demande, comme le recommande l'HAS et dans un contexte de saturation des centres d'orthogénie notamment dans le service public.

Cependant le développement de l'IVGM en cabinet de ville ne doit pas se faire au dépend des établissements de santé au risque de ne plus permettre le choix de la technique aux femmes. Ceux-ci doivent en effet être capables d'accueillir les femmes qui se sentent plus en sécurité à l'hôpital⁶².

4.3 Vécu de la méthode

4.3.1 L'échographie pré-IVG

L'échographie est le moyen le plus sûr de confirmer une grossesse intra-utérine en début de grossesse et d'évaluer l'âge gestationnel.

Cependant il est parfois nécessaire de réitérer cet examen en cas de grossesse trop précoce afin de visualiser le sac gestationnel, la visualisation de celui-ci étant souvent opératoire dépendant.

Cette répétition d'examen peut majorer le sentiment de détresse lié au contexte de la demande mais également lié à la peur de ne pas être dans les délais légaux pour l'IVGM en ville.

La visualisation de l'embryon peut également être un moment douloureux.

Pour la moitié des femmes de notre étude, il s'agissait d'un examen difficile à endurer, majorant le sentiment de culpabilité, et parfois vécu comme un outil moralisateur de la part de l'opérateur.

Seule une femme a bien vécu l'échographie, permettant au contraire de relativiser l'acte. Cette idée est retrouvée dans l'étude qualitative de M. Fleury⁵⁹.

L'échographie n'est pas une obligation légale pour le recours à l'IVGM. Cependant la datation précise de la grossesse est nécessaire pour bénéficier de la méthode médicamenteuse en ville et se baser simplement sur la DDR est insuffisant.

Dans l'enquête COCON, il a été noté que l'échographie pré-IVG était réalisée plus fréquemment lors des demandes d'IVGM. On peut penser que la demande systématique de cet examen permet d'améliorer la sécurité et l'acceptabilité de la méthode par les professionnels.

4.3.2 Le délai légal

Le délai légal de 7 SA impose un diagnostic précoce de la grossesse pour pouvoir bénéficier d'une IVGM hors établissement de santé. Or il arrive que la grossesse ne soit pas repérée à temps, ajouter à cela les aléas du parcours d'accès aux soins comme une mauvaise orientation par le premier intervenant, des délais de RDV long avec les praticiens et/ou pour l'obtention des examens para-clinique.

L'ensemble de ces événements peut en effet engendrer ou majorer un sentiment de détresse ressenti par la femme.

Des études ont montré que la méthode médicamenteuse était efficace jusqu'à 9 SA. Actuellement seuls les établissements de santé sont autorisés à pratiquer des IVGM pour des termes compris entre 7 et 9 SA.

D'après l'étude d'Aubeny et al., le taux d'efficacité entre 7 et 8 SA, avec le protocole médicamenteux ayant l'AMM, reste proche de celui obtenu avant 7SA (93% contre 95%)⁶³.

D'autres études vont dans le même sens.

Dans notre étude, ce délai est vécu de manière angoissante par les femmes qui se sentent obligées de prendre une décision urgente quant au choix d'interrompre ou non leur grossesse, de peur de devoir recourir à une aspiration.

L'idée d'allonger le terme légal à 8SA pourrait permettre aux femmes, qui souhaiteraient bénéficier de cette méthode, d'être plus sereine au moment de la prise de décision. Le risque d'un avortement précipité est de conduire « à une situation dont les femmes ne prendront toute la mesure, de façon brutale, sans y être préparées, qu'au moment où le processus d'expulsion se déclenche ».

4.3.3 Le délai de réflexion

La loi prévoit un délai légal de réflexion de 7 jours entre la consultation de confirmation d'IVG et celle de la première prise médicamenteuse.

Cependant, il peut être réduit à deux jours s'il y a un risque de dépassement du délai légal de recours à l'intervention.

Dans notre étude, 3 femmes exprimaient une attente trop longue avant la prise de la mifepristone, attente d'autant plus mal supportée quand le choix de l'IVG est sûr.

Certains professionnels proposent de supprimer cette obligation du délai de réflexion de 7 jours afin de favoriser l'accès à l'IVG notamment en ville (le respect du délai pouvant faire dépasser le terme

légal autorisé) et d'améliorer le vécu de la méthode ⁶⁴.

Cependant la décision d'interrompre une grossesse doit être mûrement et sereinement réfléchie. La suppression totale de cette mesure semble difficile.

On pourrait par contre envisager un raccourcissement de ce délai, à l'image de certains pays d'Europe comme le Pays-Bas où celui-ci est de 5 jours.

Restrictions/limitations	Condition de recours	Commentaires
Le délai légal maximal	<ul style="list-style-type: none"> – De 10 à 12 semaines de grossesse pour la majorité des pays sauf : – Suède : 18 semaines – Pays-Bas : 20-22 semaines – Grande-Bretagne : 24 semaines – Délai légal augmenté au-delà de 12 semaines en Autriche si la jeune fille a moins de 14 ans et jusqu'à 18 et 20 semaines en Norvège et en Finlande pour les moins de 18 ans 	Au-delà du terme légal, les modalités d'acceptation pour interrompre une grossesse changent dans tous les pays et se limitent alors aux risques pour la santé de la mère ou aux malformations fœtales mais sont élargies aux raisons psychosociales dans certains pays (Danemark et Norvège)
Le délai minimal de réflexion entre la demande et l'acte	<ul style="list-style-type: none"> 7 jours en France 5 jours aux Pays-Bas 3 jours en Espagne 0 en Grande-Bretagne 0 dans les pays d'Europe de l'Est 	
Autorisation parentale pour les mineures	<ul style="list-style-type: none"> – Non exigée quel que soit l'âge en Belgique, en Finlande, en Allemagne, au Luxembourg, en France et en Suède – Exigée avant 14 ans en Autriche et avant 16 ans en Grèce. – Théoriquement exigée en Italie, au Danemark, en Norvège et en Espagne, mais possibilité de recours devant une commission qui peut se substituer à l'autorité parentale 	En France, la loi de 2001 demande que tout soit mis en œuvre pour l'obtenir, mais si celle-ci n'est pas obtenue, l'IVG peut être faite à la condition que la jeune fille soit accompagnée d'un adulte majeur référent
Le <i>counseling</i> ou entretien social	<ul style="list-style-type: none"> – En France : obligatoire pour les mineures – En Hongrie : deux entretiens sont nécessaires depuis 2001 	Pratiqué sous une forme ou une autre dans la majorité des pays. Il est rarement obligatoire
Prise en charge financière	<ul style="list-style-type: none"> – En Europe occidentale, prise en charge totale ou partielle par le système d'assurance sociale sauf en Autriche et en Allemagne (sauf pour les bas revenus) – En Europe du Sud et en Europe de l'Est, pas de remboursement dans le secteur privé, qui assure la majeure partie des IVG 	Prise en charge financière possible dans la majorité des pays pour les mineures

SOURCES • IPPF, 2007.

Tableau 4: Conditions de recours à l'avortement dans quelques pays d'Europe

4.3.4 La tarification de l'acte

Dans notre étude, le coût de la méthode ne constitue pas un frein au choix de celle-ci, quel que soit la situation financière des femmes, bien qu'elle ait été trouvée onéreuse par deux d'entre elles.

Initialement, le forfait IVG en ville n'était remboursé qu'à hauteur de 70% par l'Assurance Maladie, contre 80% pour les IVGM avec hospitalisation dans le secteur publique.

Afin de permettre un meilleur accès à l'IVG, le remboursement à 100% pour toutes les femmes, quelles que soient les modalités d'intervention a été instituée par le décret n° 2013-248 du 25 mars 2013, qui est entrée en vigueur le 31 mars 2013.

Jusqu'à cette date, seules les mineures non émancipées étaient dispensées de l'avance totale des frais.

Bien qu'il n'y ait pas de relation significative entre le choix du domicile pour avorter et le type de couverture sociale comme l'a montré l'étude de D. Hassoun, cette mesure devrait permettre aux femmes désireuses de bénéficier d'une IVG en ville de ne plus être freinées par l'aspect financier de la prise en charge ⁴⁷.

4.3.5 Le vécu de la douleur

Les femmes de notre étude ont majoritairement bien supporté la douleur, celles décrivant une douleur très intense ne regrettent malgré tout pas le choix de la méthode. Le vécu de la douleur semble d'autant mieux accepté que l'information a été jugée satisfaisante par les femmes.

Cette bonne tolérance à la douleur est retrouvée dans l'étude de I. Dagousset qui montre que les douleurs sont plus tolérables chez les femmes ayant choisi l'IVG à domicile (84,5% contre 71,45 % à l'hôpital) mais on peut noter que la prise d'antalgiques a été systématique et non à la demande chez ces femmes, pouvant expliquer la meilleure tolérance ⁵².

En effet, l'étude de P. Faucher souligne que les douleurs sont la conséquence la moins bien tolérée d'un avortement médicamenteux ⁶².

Les douleurs au cours d'un avortement médicamenteux font partie intégrante du processus et peuvent dissuader les femmes à choisir cette méthode.

Lors de l'information délivrée par le praticien sur le déroulement de l'IVG, il apparaît important d'insister sur la possibilité de ressentir de violentes douleurs. La prévention de celle-ci doit également être incitée par la prise systématique d'antalgique, afin d'améliorer l'acceptabilité et le vécu de la méthode médicamenteuse.

4.3.6 Le vécu des saignements

Les saignements ont été bien acceptés de la part des femmes de notre étude, très peu ont été inquiétées par leur abondance.

Cette idée est retrouvée dans l'enquête de P. Faucher où plus de 80% des femmes ont trouvé les saignements acceptables ⁶².

La crainte de l'hémorragie est surtout redoutée mais non liée à un sentiment d'insécurité de la méthode comme le retrouve l'étude de Desille-Guillard, ce sentiment d'insécurité étant principalement retrouvé chez les femmes qui n'étaient pas informées des risques de saignements ⁶⁰.

Toutefois en cas d'hémorragie, des études ont montré que l'acceptabilité en était plutôt bonne ⁵⁷.

Il apparaît donc que les femmes informées acceptent mieux cet effet secondaire.

La disponibilité du médecin généraliste, qui peut alors rassurer la patiente dès qu'elle a un doute, a également une influence sur l'acceptabilité de cet effet et sur l'absence de sentiment d'insécurité.

4.3.7 Le vécu de l'expulsion

Les femmes semblent dédramatiser leur avortement par la prise médicamenteuse. Elles se retrouvent alors confrontées à une prise de conscience au moment de l'expulsion où elles se rendent

compte qu'elles vivent un avortement.

De plus, ce moment est parfois redouté par la femme qui appréhende la vue du produit d'expulsion. C'était le cas d'une femme de notre étude qui n'a pas souhaité vérifier visuellement l'évacuation de l'œuf, ne souhaitant pas garder d'image en tête.

Cette idée est retrouvée dans certaines études psychologiques disant que la visualisation du fœtus peut provoquer l'apparition de cauchemars, flash-back ou de pensées en relation avec cet événement⁵³.

Parfois, la visualisation peut au contraire permettre de relativiser l'acte et de mieux vivre son avortement comme P8 qui a été rassurée de voir « un truc minuscule ».

Les femmes peuvent en effet ressentir un désir de constater l'expulsion tout en ayant peur de ce qu'elles pourraient voir.

Ce sentiment peut être renforcé par l'incertitude du déroulement lors d'un avortement médicamenteux.

4.3.8 L'accompagnement et l'attente à domicile

L'HAS recommande que les femmes souhaitant bénéficier de cette méthode soit accompagnées par un proche à domicile afin de les soutenir moralement mais également physiquement en cas de complications notamment hémorragiques.

Dans le cadre de l'intimité rassurante du domicile, les femmes peuvent faire le choix de la personne accompagnante, partenaire ou proche (famille, amis...), dont le soutien peut s'avérer appréciable et ainsi permettre aux femmes d'avoir le sentiment de contrôler ce qui leur arrive.

Dans notre étude, la majorité des femmes a été accompagnée durant cette période du processus.

Cet accompagnement a apporté soutien et réassurance pour certaines et distraction pour d'autres.

Les femmes apprécient de pouvoir être en compagnie de la personne de leur choix. Cette liberté participe à une meilleure acceptabilité de la méthode.

4.3.9 La visite de contrôle

Cette consultation de contrôle a lieu dans les 14 à 21 jours suivant la prise médicamenteuse. Il s'agit d'une étape essentielle dans le suivi de l'IVG.

Dans notre étude, 4 femmes précisent avoir effectué cette visite. Ce taux reste faible par rapport aux données retrouvées dans la littérature (environ 70% reviendraient en consultation de contrôle), on pourrait expliquer nos résultats par une sous-évaluation puisque 5 femmes ne s'expriment pas à ce sujet⁶².

Une des femmes n'ayant pas réalisé cette visite a présenté une complication infectieuse liée à un échec de la méthode, cet événement aurait probablement pu être évité par la réalisation de cette consultation.

Actuellement, le taux d'efficacité élevé de la méthode et le caractère exceptionnel des complications urgentes rend cette visite de contrôle discutable et discutée. Cependant, le problème majeur serait la méconnaissance d'une grossesse évolutive, cette découverte tardive exposant au risque de dépassement du délai légal pour réaliser une IVG chirurgicale ou bien au risque de tératogénéicité des médicaments en cas de changement d'avis avec poursuite de la grossesse.

Il convient donc d'insister auprès des femmes de la nécessité de réaliser cette consultation, qui

s'avère être également un moment propice à l'évaluation de la contraception post-IVG ainsi que du retentissement psychologique de l'IVG et de leur proposer, si besoin, un accompagnement.

5. ACCEPTABILITE DE LA METHODE

Toutes les femmes de notre étude ont trouvé globalement la méthode satisfaisante.

Elles n'ont pas jugé contraignantes le déroulement de la procédure, bien au contraire le nombre de consultations a participé au sentiment de sécurité de la méthode et donc de son acceptabilité. Dans une étude chinoise, seule 10% des femmes avaient trouvé cette méthode chronophage⁵³.

En effet les femmes ont apprécié d'être bien encadrées par le médecin.

Seule une femme fait part d'un délai inutilement long entre chaque consultation, maintenant douloureusement un lien avec l'embryon.

Des études ont montré qu'une réduction du délai entre la prise des deux médicaments, voire une prise simultanée jusqu'à 7SA améliorerait l'acceptabilité de la méthode, sans en réduire l'efficacité. Les effets secondaires seraient plus fréquents mais l'acceptabilité inchangé².

Il semble difficile d'alléger autrement le protocole, l'information demandant du temps et étant nécessaire pour un meilleur vécu de la méthode. Chaque consultation présente en effet son intérêt.

Une femme émet un regret partiel sur le choix de la méthode en lien avec l'expulsion, précisant que la procédure était quand même bien faite.

Avoir le choix de la méthode favorise la satisfaction, ce qui est le cas chez nos femmes qui ont toutes faites le choix de l'IVG à domicile. De même que les patientes dûment informées du déroulement se montrent plus satisfaites de la méthode^{2, 52}.

La meilleure acceptabilité de la méthode passe également par un plus grand sentiment de quiétude chez les femmes durant la procédure : la méthode est considérée comme plus naturelle préservant leur intimité, ne chamboulant pas leur quotidien (professionnel et familial), le sentiment d'être « actives » et de contrôler leur avortement est apprécié, ainsi que d'être accompagnées par la personne de leur choix^{53, 65}.

Le médecin généraliste s'avère également être un élément déterminant de par sa disponibilité et son écoute.

6. EFFICACITE DE LA METHODE

On parle en général d'échec de la méthode en cas de rétention intra-utérine nécessitant un geste chirurgical ou de grossesse évolutive.

Dans notre étude, seule une femme a fait part d'un échec de la méthode qui c'était révélé par une endométrite à la suite d'une rétention utérine ayant alors donné lieu à une aspiration.

Contrairement à certaines études qui ont retrouvé une baisse de l'acceptabilité de la méthode en cas d'échec, cela n'a pas affecté le senti de la patiente vis à vis de la méthode qui serait de nouveau choisie en cas de nouvelle IVG⁵³.

Bien que notre échantillon ne soit pas représentatif statistiquement, les chiffres retrouvés sont superposables aux données de la littérature qui retrouve un taux d'efficacité allant de 92 à 97%. La méthode se révèle très efficace^{2, 62}.

Actuellement l'échographie et le dosage plasmatique des bêta-HCG sont les techniques de référence pour vérifier l'efficacité de la méthode.

Une étude française comparant les IVGM assurées par des gynécologues de ville et des médecins généralistes a montré que ceux-ci employaient plus souvent le dosage plasmatique⁶⁶.

En effet pour les médecins généralistes qui ne disposent en général pas d'appareil échographique, le dosage plasmatique apparaît plus pratique et plus aisé à employer en ville, d'autant plus que selon l'expérience des médecins en matière d'avortement, les images échographiques peuvent conduire à des aspirations inutiles^{62, 66}.

Le dosage quantitatif des bêta-HCG plasmatiques serait donc une alternative à l'imagerie pour le contrôle de l'efficacité. En effet il apparaît qu'une concentration plasmatique inférieure à 1% du taux initial à J14 signerait un avortement complet. Ceci autoriserait même à un seul dosage de beta HCG la veille de la consultation de contrôle⁶⁴.

7. CONCERNANT LES INTERVENANTS

7.1 Vécu de la rencontre avec le premier intervenant

La majorité des femmes de notre étude avait contacté en premier lieu leur MG habituel. Elles ont toutes, sauf une, apprécié l'accueil et l'efficacité de celui-ci.

Dans nombre d'études sont déplorés un accueil moralisateur et culpabilisateur de la part des équipes soignantes hospitalières mais également un soutien psychologique insuffisant^{48, 55, 67}.

Ces appréciations négatives sont probablement le fait d'une dévalorisation de la prise en charge des IVG, en rapport avec les difficultés de recrutement des personnels médicaux (il s'agit souvent de médecins vacataires mal rémunérés), de la marginalisation de cet activité dans les établissements et des problèmes de capacité d'accueil^{50, 67}.

Dans notre étude, une femme fait part d'un accueil froid de la part du premier MG contacté avec une absence d'accompagnement dans ses démarches et un défaut d'orientation, majorant alors son sentiment de détresse.

En effet, la réponse du premier professionnel de santé serait conditionnée par deux types de facteurs: son degré de connaissance sur les démarches à entreprendre et la légitimité qu'il confère à la demande⁴⁸.

Le risque de cette « mauvaise volonté » est alors de placer la femme dans une « dérive institutionnelle » en allongeant les démarches. Les conséquences psychologique qui peuvent découler de cet allongement ne sont pas négligeables: comme nous l'avons vu, l'installation prolongée des signes sympathiques de grossesse peut rendre la décision encore plus insupportable à vivre, d'autant plus si elle a été difficile à prendre.

De même, le risque pourrait être d'empêcher la femme d'accéder à une méthode médicamenteuse à domicile dont l'acceptabilité n'est plus à démontrer et qui est souvent considérée comme moins traumatisante.

Notre étude a révélé la place primordiale que tient le médecin généraliste, en particulier lorsqu'il est médecin traitant, dans le parcours d'accès à l'IVG.

Cette idée est retrouvée dans l'enquête Cocon qui montre que les femmes suivies habituellement par un MG le contactait dans environ 20% des cas tout âge confondus et encore plus (74% des cas) quand celui-ci s'occupait habituellement du suivi gynécologique⁶⁷.

La relation de proximité préétablie entre un médecin traitant et la femme semble faciliter la demande d'IVG: la connaissance des patientes et de leurs histoires permet d'instaurer un sentiment de confiance qui est nécessaire à leurs démarches et qui fait probablement que la femme pense naturellement à lui en premier recours.

De même, s'adresser à son médecin habituel peut être le gage d'un accueil non culpabilisant, sentiment qui est retrouvé chez la majorité de nos femmes et qui améliore le vécu de l'acte.

Cependant, certaines femmes préfèrent s'adresser à un autre médecin généraliste ou professionnel de santé, la demande d'IVG étant perçue comme un échec et entraînant un sentiment de culpabilité, de honte vis à vis du généraliste traitant, comme c'était le cas pour P3.

Il apparaît donc que le médecin généraliste, traitant ou non, occupe une place non négligeable dans la coordination des soins primaires. Son rôle d'accueil, d'informations et d'orientation est essentiel dans le vécu du parcours d'accès des femmes en demande d'IVG.

7.2 Vécu de la prise en charge par le généraliste

Le médecin généraliste tient un rôle important pour que l'IVG se déroule le plus sereinement possible.

Toutes les femmes ont apprécié sa présence et son soutien dans cette étape de vie.

Toutes insistent sur sa disponibilité rassurante et son écoute, parfois même allant au-delà de son rôle de médecin : « Il m'avait laissé son numéro de portable en cas de problème [...] il a été pour moi un soutien, plus qu'un soutien de médecin » (P3)

Cette disponibilité est un élément primordial dans l'acceptabilité de la méthode par les femmes, comme retrouvée dans l'étude d'acceptabilité d'I.Dagousset⁵².

En effet quand c'est le cas, comme dans notre étude, les femmes se sont senties rassurées et savaient qu'elles pouvaient faire appel à leur médecin au moindre doute et ce à n'importe quel moment.

De plus la majorité des femmes ont apprécié la neutralité dont celui-ci a fait preuve ainsi que son rôle déculpabilisateur. Cette attitude a contribué à rendre l'événement plus surmontable.

Le vécu de l'IVG semble également meilleur si le médecin la prenant en charge est leur médecin traitant. Inciter plus de médecins à se former à cette pratique serait un moyen de répondre à cette demande qui est d'avoir la possibilité de réaliser une IVG avec son médecin traitant. En 2010, l'ARS de Haute Normandie ne recensait que 48 conventions signées entre médecins libéraux et établissements de santé dont 40 médecins généralistes²⁶.

8. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE : PLACE DE L'ENTRETIEN PSYCHO-SOCIAL

8.1 L'entretien pré-IVG

Depuis la loi de 2001, l'entretien pré-IVG n'est plus obligatoire pour les femmes majeures, qui constituent la majorité des femmes demandant une IVG. Pour les mineures, cet entretien reste obligatoire pour accéder à l'IVG.

Dans notre étude, seulement trois femmes se sont vues proposer cet entretien mais toutes l'ont

refusé.

La raison de ce refus était le caractère certain de la décision, ces femmes ne voyaient alors pas à quel niveau le professionnel pouvait agir. Cette idée est également exprimée par des femmes pour qui l'entretien n'a pas été proposé.

Le choix de réaliser cet entretien doit rester libre pour les femmes, certaines ne ressentant pas nécessairement le besoin de s'exprimer sur le sujet au moment où elles vivent leur IVG.

Cet entretien constitue un moment d'échange et d'écoute. S'intéresser à ce qui pousse les femmes à faire l'IVG lors de cette consultation semble être un début d'accompagnement psychologique notamment en aidant les femmes à comprendre et à accepter leur décision. De même la perception d'une fragilité émotionnelle au moment de la demande pourrait alerter le professionnel sur la nécessité d'un suivi après l'avortement.

Le médecin généraliste tient donc une place déterminante surtout depuis que cette consultation a été rendue facultative pour les femmes majeures. Il peut en effet profiter de la consultation de demande d'IVG pour en faire un espace d'écoute et d'expression pour la femme, permettre à la femme d'accepter son choix et donc que l'IVG prenne une place et un sens dans sa vie, mais également de déceler une souffrance et si besoin de proposer un entretien avec un psychologue.

8.2 L'entretien post-IVG

Cet entretien est facultatif mais les médecins sont tenus de le proposer systématiquement.

L'enquête Cocon a montré que cet entretien était rarement proposé dans les établissements de santé. Dans notre étude, la moitié des femmes se sont vues proposer cette consultation, deux femmes ont entrepris d'elle-même de voir un psychologue après leur avortement. Certaines regrettent le défaut d'un temps de parole après cette épreuve.

L'IVG reste un moment difficile pour la femme, elle est vécue de manière unique et est influencée par le contexte dans laquelle est survenue la grossesse non désirée.

Selon l'étude de S. Dupont, l'absence d'espace et de temps donnés à la femme pour lui permettre une élaboration psychique de cet événement, peut entraîner pour certaines « une forme particulière de deuil pathologique de la grossesse, [...], ou à des difficultés ultérieures à soutenir d'autres maternités »⁶⁸

La visite de contrôle est l'occasion d'évaluer le retentissement psychologique de l'IVG et de proposer, si besoin, cet accompagnement.

De même, le médecin généraliste, accompagnant les femmes dans les différents aspects de leurs santés, notamment psychologique, apparaît donc bien placé, en cas de connaissance de cet événement, pour réévaluer de manière régulière et sur le long terme son impact psychologique et de proposer une aide spécialisée. En effet, la qualité d'écoute du médecin est variable (capacités personnelles d'écoute, formation reçue dans ce domaine, disponibilité...) et il ne reste que l'efficacité d'un travail approfondi nécessite l'intervention d'un professionnel en psychologie.

9. LA CONTRACEPTION POST-IVG

La reprise de la fertilité est immédiate après une IVG et les femmes doivent en être informées.

Il est donc indispensable de mettre en route une contraception efficace et adaptée dès le processus

d'IVG amorcé.

Pour une meilleure observance, il apparaît primordiale que la femme s'implique dans le choix de sa contraception et de tenir compte de ses conditions de vie au moment de la prescription. Cette adéquation de la méthode choisie peut être vérifiée lors de la visite de contrôle.

Dans notre étude, huit femmes ont vu leurs pratiques contraceptives modifiées. Ce taux se rapproche de celui d'une étude suisse où 79,6% des femmes avaient changé de contraception après l'IVG⁵⁴.

Ce changement de pratique fait penser que l'IVGM a induit une réflexion et une responsabilisation des femmes sur le choix de leur contraception, mais également à une adaptation de la contraception aux circonstances ayant conduit à l'échec.

Cette même étude suisse indique que les femmes attendaient et trouvaient utile une information sur la contraception lors de la consultation pré-IVG. Cette consultation doit en effet être l'occasion pour le professionnel de santé de redonner une information complète sur toutes les méthodes contraceptives existantes, en insistant notamment sur les dispositifs de longue durée d'action, de s'assurer de sa compréhension et d'évoquer les méthodes de rattrapage.

Parmi nos femmes, deux ont opté d'emblée pour une méthode réversible de longue durée d'action (DIU et implant sous cutané). Il peut en effet s'agir d'une alternative en cas d'échec de la contraception initiale, notamment oubli de pilule, puisque l'efficacité de ces méthodes reste indépendante de l'observance des patientes.

Néanmoins, il apparaît que la pilule reste le moyen contraceptif le plus prescrit en post-IVG, y compris lorsqu'il résulte d'un oubli ou arrêt temporaire de pilule⁵⁶.

De plus, il apparaît que le recours, en cas d'échec, à la contraception d'urgence reste peu fréquent.

Sa prescription anticipée, couplée à une information complète, paraît être le meilleur moyen d'insister sur la nécessité de son utilisation en cas d'échec de la contraception « régulière ». On pourrait imaginer que l'augmentation du recours à la contraception d'urgence puisse avoir une incidence sur le nombre d'IVG.

De par sa formation, le médecin généraliste est compétent en matière de prescription et gestion de la contraception. Il tient donc une place déterminante pour intervenir sur ces différents champs d'action :

- adapter la contraception des femmes en fonction de leur désir et de leur mode de vie
- s'assurer de la bonne compréhension du fonctionnement du moyen contraceptif choisi et des modalités de rattrapage
- pallier au manque de connaissances élémentaires de certaines patientes en matière de contraception (notamment pour celles n'employant aucune méthode ou une méthode naturelle)
- éduquer les patientes sur la contraception d'urgence et développer sa prescription

10. VECU DE L'INFORMATION DONNEE

Les femmes de notre étude ont jugé les informations reçues sur la méthode d'IVGM satisfaisantes et complètes, à la fois par le premier intervenant et par le généraliste ayant effectué l'IVG.

Par contre elles ne précisent pas la délivrance d'informations en matière de contraception.

Ces patientes bien informées semblent avoir mieux vécu la méthode, les angoisses et appréhensions étant alors diminuées. En effet, les effets secondaires des médicaments sont d'autant mieux vécus qu'ils sont attendus, de même les femmes se sentent plus rassurées si il leur a été précisé comment repérer une complication notamment hémorragique.

En complément d'un choix libre de la méthode, le bon déroulement de l'IVGM passerait ainsi par une bonne information.

Cette opinion est retrouvée dans l'étude d'acceptabilité d'I. Dagousset qui retrouve un vécu serein de la méthode sans hospitalisation pour les patientes bien informées et qui avaient choisi librement cette méthode⁵².

Ceci rejoint les résultats d'une étude américaine qui montre que plus l'information est jugée satisfaisante par les patientes, plus elles étaient satisfaites de la méthode choisie¹.

Il apparaît donc essentiel que le médecin généraliste, souvent premier recours de la patiente en demande d'IVG, soit informer des procédures des deux méthodes.

De plus, certaines femmes insistent sur le caractère rassurant et sécurisant des informations écrites, support qu'elles peuvent consulter à n'importe quel moment de la procédure.

C'est le cas pour P5 : « c'était marqué sur le formulaire tous les symptômes qui pouvaient se déclarer donc ben j'me suis dit c'est normal et puis comme on avait un exemplaire je l'avais lu et relu »

D'après l'enquête DREES 2007, sept femmes sur dix déclarent avoir reçu le guide IVG²⁹.

10.1 Vécu psychologique de l'IVG

10.1.1 Par rapport à la méthode

Le vécu de la méthode semble différent des représentations que les femmes avaient avant l'avortement.

En effet la méthode médicamenteuse était perçue comme incertaine, à risque d'infertilité mais les femmes exprimaient surtout une crainte des effets secondaires et complications notamment hémorragique.

Finalement, la majorité des femmes n'a pas jugé la méthode traumatisante:

- vécu de manière plus naturelle (« comme des règles »)
- bonne acceptabilité des effets secondaires
- caractère sécurisant et rassurant du domicile et de la présence d'un entourage choisi et familial
- absence de jugement et disponibilité du MG, côté positif d'un unique interlocuteur durant la procédure

De même l'efficacité de la méthode a favorisé un meilleur vécu de celle-ci.

Le peu d'études retrouvées dans la littérature montre que la méthode d'interruption n'a pas de conséquences émotionnelles majeures^{53,69}.

La souffrance psychologique est principalement fonction du contexte psycho-affectif et de la

signification que chaque femme donne à la grossesse et à son interruption. La méthode d'interruption dans le vécu psychologique n'est que secondaire⁵⁹.

10.1.2 Par rapport à l'acte

L'IVG reste un moment important et douloureux dans la vie d'une femme, vécue de manière différente et personnelle, chaque femme ayant cherché à gérer cet événement au mieux pour continuer son parcours de vie.

Un kaléidoscope de réactions est souvent retrouvé: un sentiment premier de délivrance ou de soulagement, suivi par du regret, de la culpabilité parfois à la détresse. Un sentiment de tristesse est normal après un avortement mais se surmonte le plus souvent sans difficultés majeures.

La plupart du temps, les sentiments restent passagers et supportables⁷⁰.

Dans notre étude, le sentiment de soulagement est en effet retrouvé dans les suites immédiates de l'IVGM. La femme se voit libérée d'une situation de crise que représente cette grossesse non désirée.

Ce sentiment n'est jamais évoqué de manière unique dans les entretiens menés. Comme l'indique le psychiatre S. Clerget : un sentiment de soulagement n'est pas incompatible avec des sentiments contraires⁷¹.

La plupart des femmes rencontrées ont exprimé une souffrance morale. Le sentiment de culpabilité est très fort, et d'autant plus présent que les femmes n'ont pas pu ou voulu s'exprimer sur cette souffrance après avoir réalisé l'IVG.

Ce fort sentiment renvoi à des valeurs ancrées en elles et véhiculées par la société, l'éducation et la religion :

- geste assimilé à un crime, à un infanticide. Ce sentiment est d'autant plus exprimé que les patientes expriment des convictions religieuses, la plupart des religions condamnant toujours l'avortement.

- IVG considérée par la société comme évitable grâce à la diffusion et l'accès à une contraception efficace:

Le regard social sur l'IVG n'aide pas à accepter l'acte et tend à culpabiliser la femme qui a recours à l'avortement. En effet, l'équipe GINE a montré que la plupart des femmes et des hommes (respectivement 91%) considèrent « qu'avec les moyens contraceptifs en place actuellement, les femmes devraient pouvoir éviter une grossesse dont elles ne veulent pas ».

Les femmes se sentent donc jugées par la société mais également par elle-même puisqu'elles se sentent coupables d'un échec ayant conduit à cette situation⁵⁵.

C'est en effet ce qu'exprime P9, qui ne culpabilise pas d'avoir fait l'IVG mais de s'être mise dans cette situation ayant conduit à l'événement.

- acte encore tabou au regard de la société et de la famille: bien que presque 40 ans se soient écoulés depuis la promulgation de la loi Veil, le sentiment de honte est toujours retrouvé chez les femmes ayant vécu une IVG.

Ce sentiment renvoi à la peur d'être jugée, d'être incomprise par l'entourage, notamment familial, entraînant alors la nécessité de garder l'acte secret. Cependant, la probabilité de rencontrer dans son entourage une femme ayant avorté est grand puisqu'il est reconnu qu'une femme sur trois aura recours à l'IVG au moins une fois dans sa vie⁵⁰.

L'échange d'expérience pourrait alors s'avérer bénéfique pour l'acceptation de l'acte mais faut-il que les femmes aient le courage d'en parler à leur entourage féminin.

Le plus souvent, c'est auprès du médecin généraliste qu'elles se tournent afin d'exprimer leur souffrance. Ce temps d'écoute et d'accompagnement fait partie intégrante de son rôle.

Les femmes de notre étude ont apprécié l'absence de jugement du médecin rencontré et l'écoute dont il a fait preuve. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas puisque plusieurs rapports ont fait état d'attitude moralisatrice et culpabilisante de la part de certains professionnels de santé^{55, 50}. Ce sentiment de culpabilité est majoré chez certaines femmes qui ont déjà mené des grossesses à terme. L'IVGM peut en effet être assimilée à un pseudo-accouchement, à la différence qu'elles n'accueillent « rien » à la fin du processus d'expulsion. Ce ressenti est également retrouvé dans un autre travail qualitatif⁶¹.

La moitié des femmes exprime un regret quant à leur décision d'avorter, les motifs invoqués étant alors remis en question. En effet il apparaît que 24% des femmes ayant subi une IVG émettent des doutes quant à la justesse de leur décision⁷².

Une réaction de déni est également retrouvée chez deux femmes, de durée variable selon l'histoire personnelle de chacune.

D'après S. Clerget, « le déni est une forme de refuge pour éviter la prise de conscience douloureuse ». Cette idée est en effet exprimée par ces deux femmes. Cependant pour l'une d'elle, ce sentiment semblait perdurer lors de notre rencontre.

Le risque de ce déni prolongé est de basculer dans la dépression voire d'entraîner ultérieurement des comportements dangereux.

Aucune femme dans notre étude n'a fait état de conséquences psychologiques à type de dépression ou autre.

Ce résultat rejoint ceux des rares et meilleures publications qui existent en la matière et qui s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de risque plus élevé de perturbation psychologique après une IVG et que le facteur de risque principal est la santé psychique avant l'IVG ainsi que l'absence de soutien social⁷².

Cependant, certaines femmes font état de moment ou situation de leur vie ayant entraîné une reviviscence de l'avortement et de manière aigüe la souffrance associée.

D'après certains psychiatres, cette résurgence peut se manifester sous forme d'anxiété ou d'épisodes dépressifs.

Le médecin généraliste peut alors jouer un rôle majeur en termes de dépistage de complications psychologiques après un avortement. En effet, le médecin traitant dispose d'une plus grande facilité pour percevoir un trouble psychique et entreprendre un travail de parole, de par la possibilité qu'il a de suivre la patiente sur le long terme et de la reconvoquer si besoin.

De plus la relation de proximité qu'il entretient avec la patiente et le climat de confiance qu'il instaure peut permettre de dénouer plus rapidement une situation de souffrance.

Cet espace d'écoute qu'il peut offrir est donc propice pour déceler la femme en situation de souffrance morale et ainsi de lui proposer un entretien avec un psychologue si elle le désire.

PARTIE 5 :
PROPOSITIONS D'AMELIORATION

La rencontre avec ces femmes a permis de faire émerger quelques remarques en vues d'une amélioration de nos pratiques mais également afin d'aider les femmes à mieux vivre l'IVGM.

1. PREVENIR LA DOULEUR

La douleur étant le symptôme le moins bien toléré lors d'une IVGM à domicile, il apparaît important d'insister auprès des femmes sur la prise systématique (et non à la demande) d'antalgiques, notamment au moment de la prise du misoprostol.

2. AMELIORER LES CONDITIONS DE REALISATION DE L'ECHOGRAPHIE PRE-IVG

Certaines femmes parlent d'outil culpabilisateur de la part du professionnel ou bien parfois de négligence. L'échographie s'avère être un acte non anodin lors d'un avortement, il s'agit d'un examen source d'angoisse pour la femme et pouvant rendre la décision encore plus douloureuse notamment lorsqu'elle a été difficile à prendre.

Il serait intéressant d'entamer une «collaboration» avec les échographistes afin de limiter les attitudes négatives envers les femmes en demande d'IVG, par exemple en les adressant à des professionnels qui seraient «référents» dans cette prise en charge.

De même, il conviendrait de mentionner de manière systématique sur l'ordonnance le contexte de la demande, voire de préciser si besoin les modalités de réalisation de l'examen (tourner l'écran, ne pas faire écouter les bruits du cœur...).

En effet, une étude grenobloise montre que la majorité des femmes demandeuses d'IVG ne veulent rien voir ni garder de l'échographie. Il est donc primordial de respecter le choix des femmes quant à leur désir de voir ou non l'écran⁷³.

3. LES ENTRETIENS PSYCHO-SOCIAUX

De manière générale, les femmes émettent le souhait de rencontrer un psychologue avant et/ou après l'avortement. Ce désir reflète alors un besoin d'écoute et de compréhension, un besoin d'être confortées dans leur choix d'avorter ou bien simplement de pouvoir exprimer, verbaliser les sentiments et émotions qui les traversent.

C'est donc au médecin généraliste réalisant l'IVG de savoir les proposer de manière systématique comme le recommande la législation.

Cependant se pose alors la question du problème d'accès et de prise en charge financière par ce professionnel ? La saturation actuelle des Centre-Médico-Psychologique entraîne un problème de délai long pour avoir un premier rendez-vous pouvant entraîner un abandon de prise en charge par la patiente et les consultations avec des psychologues libéraux ne font actuellement pas l'objet d'un remboursement par la CPAM.

A l'heure actuelle où il y a eu un véritable apport de prise en charge des IVG, ne pourrait-on pas envisager l'intégration de consultations avec un psychologue dans le forfait IVGM en ville, qui seraient donc prise en charge intégralement ?

4. DIMINUTION OU SUPPRESSION DU DELAI DE REFLEXION

L'attente résultant de l'obligation légale de respecter un délai de 7 jours avant de débiter le processus d'IVG peut majorer le sentiment d'angoisse dans lequel les femmes se trouvent.

Dans le cadre d'une IVG chirurgicale dont le terme serait limité, ce délai peut être raccourci à deux jours. Pourquoi ne pas l'envisager également pour une IVGM en ville dont la décision serait certaine?

La question de la suppression de ce délai reste sensible, certaines femmes ayant besoin d'un temps de réflexion pour mûrir leur décision. A l'image de certains pays d'Europe, un raccourcissement de la durée de réflexion pourrait être une solution.

La durée de réflexion resterait malgré tout à l'appréciation du médecin qui pourrait décider ou non d'un raccourcissement selon le caractère hésitant de la patiente.

5. ALLONGEMENT DU DELAI LEGAL POUR L'IVGM EN VILLE

Dans notre étude, ce délai est vécu de manière angoissante par les femmes qui se sentent obligées de prendre une décision urgente quant au choix d'interrompre ou non leur grossesse, de peur de devoir recourir à une aspiration.

Au regard des différentes études qui retrouvent une bonne efficacité de la méthode médicamenteuse jusqu'à 8 SA, l'allongement du délai pourrait permettre aux femmes, qui souhaiteraient bénéficier de cette méthode, d'être plus sereines au moment de la prise de décision mais également de favoriser l'accès de l'IVGM en ville, dans un contexte d'engorgement des centres d'orthogénie et de fermetures de plus en plus nombreuses de centres d'IVG publiques.

6. MEILLEURE DIFFUSION DE L'INFORMATION SUR L'IVGM EN VILLE

Comme nous l'avons spécifié, l'acceptabilité de l'IVG passe par le choix de la méthode. Pour avoir le choix, il est donc nécessaire que l'information sur l'existence de cette méthode soit développée. Cela permettrait aux femmes d'effectuer leurs démarches plus sereinement en sachant les possibilités qui s'offrent à elles.

Cependant, comme le montre notre étude, la plupart des femmes ignoraient l'existence de cette méthode.

D'après une étude effectuée par le SIRS (Santé, Inégalités et Rupture Sociales), «les sources d'information en matière de santé, c'est principalement auprès des médecins que les individus se tournent lorsqu'ils se posent une question de santé». C'est en effet le cas de la majorité de nos patientes qui ne connaissaient pas cette méthode et qui se sont tournées vers un médecin généraliste pour obtenir les informations et l'aide nécessaire à leur démarche. Une seule femme avait pris connaissance de cette méthode par Internet.

Il est donc impératif que l'information délivrée sur l'IVGM par les médecins soit claire, précise et compréhensible.

De plus, la politique d'information sur l'IVG à l'égard du grand public et des professionnels doit être poursuivie : Internet est une source d'information majeure dans notre société et doit être exploité au mieux pour diffuser l'information sur l'IVG. A ce titre, un site institutionnel a été créé en septembre 2013, « www.IVG.gouv.fr », à la demande du Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes et en réponse aux nombreux sites diffusant des informations biaisées sur le sujet. Celui-ci apparaît désormais en première position sur le moteur de recherche le plus utilisé,

« Google » et délivre l'essentiel des informations sur l'IVG mais également les démarches et contacts utiles en fonction des régions mais il reste méconnu du grand public. Une campagne d'information nationale permettrait de faire connaître ce site, comme le recommande ce Haut Conseil, à l'image de la campagne d'affichage en Île-de-France qui a eu lieu entre le 10 juin et 22 juin 2014.



Au niveau régional, on pourrait suggérer aux médecins, pratiquant ou non des IVG, de mettre à disposition dans leurs salles d'attente des dossiers-guides IVG, ainsi que le numéro de la plateforme téléphonique régionale d'information sur l'IVG. En Haute-Normandie, cette plateforme téléphonique est basée au Centre d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (CIDFF) de Seine-Maritime.



7. FAVORISER L'ACCES A L'IVGM EN INCITANT LES MEDECINS GENERALISTES A SE FORMER

L'augmentation du nombre de médecins généralistes pratiquant des IVGM permettrait de croître l'offre de proximité pour cette demande mais aussi de permettre un véritable choix pour les femmes.

Les femmes interrogées semblent aussi mieux vivre cet événement quand elles sont prises en charge par leur médecin traitant.

Ainsi, on peut émettre quelques pistes de réflexion pour inciter les médecins à se former :

- comme le propose le Professeur Nisand, intégrer un module d'enseignement sur le thème de l'IVG lors de la formation initiale médicale permettrait de sensibiliser les étudiants et jeunes médecins sur ce sujet, de parfaire leurs connaissances sur les différentes méthodes d'avortement et ainsi de «dédramatiser» les craintes liées à la méthode.

- agir sur les différents freins au regard des différentes études menées sur le sujet notamment en revalorisant le forfait de ville, réduisant la charge administrative liée à la procédure et en ayant une liste de correspondants adaptés (exemple : échographiste)⁴⁰.

Malgré tout, favoriser l'accès à la formation à l'IVGM ainsi que revaloriser les conditions de travail seront probablement insuffisant pour les inciter à pratiquer des IVG.

En effet, comme le montre certains travaux sur les freins à la pratique des IVG en cabinet de médecine générale, des préjugés sur les patientes demandeuses d'avortement persistaient au sein du corps médical. De même, le refus de pratiquer des IVG par certains médecins s'expliquait par des convictions personnelles, morales, éthiques ou bien religieuses, domaine relevant de la sphère privée et difficilement influençable^{40, 74}.

PARTIE 6 :
CONCLUSION

Chaque femme vit son avortement de façon différente en fonction de la signification qu'elle donne à la grossesse et du contexte dans lequel elle envisage son interruption.

Dans notre étude, il apparaît que la majorité des femmes s'était adressée en premier lieu à son médecin généraliste et qu'elles ont été plutôt satisfaites de l'accueil et de l'information reçue concernant les possibilités qui s'ouvraient à elle.

Toutes ont fait librement le choix de réaliser une IVGM en ville avec un médecin généraliste.

De manière générale, la méthode est considérée comme acceptable. Ce sentiment est notamment influencé par la satisfaction des informations délivrées par le praticien ayant réalisé l'acte, par la qualité de son accompagnement (écoute, disponibilité) et bien sûr par l'efficacité de la méthode.

En effet, il semblerait que l'intervention du médecin généraliste permet une dédramatisation utile de cette situation qui est souvent mal vécue. Ajoutée au côté intimiste du domicile, sa proximité et sa disponibilité permettent à la femme de se sentir rassurée tout au long du processus.

De plus, il ressort de notre étude que la rapidité et la facilité d'accès à l'avortement grâce au médecin généraliste ont été des facteurs décisifs dans la prise de décision mais aussi dans le vécu du parcours d'accès aux soins.

Cependant, notre étude met en évidence un défaut d'information des femmes sur l'existence de cette méthode et ses modalités de réalisation. Le risque de cette ignorance est ainsi de fausser le choix des femmes et de la mettre dans une situation de « dérive institutionnelle » pour l'accès à l'IVGM en ville, voire de dépasser le délai légal pour y accéder.

Le récit des témoignages des femmes montre également un besoin d'un temps d'écoute et de paroles, que ce soit :

- avant l'IVG pour exprimer leurs émotions, se sentir accompagnées dans leur décision
- après l'IVG pour pouvoir accepter et intégrer cet événement dans leur parcours de vie

Il appartient donc au médecin de proposer de manière systématique la rencontre avec un spécialiste de l'écoute, et en cas de refus d'évaluer sur le long terme les conséquences psychologiques de l'avortement, ce que son statut permet.

A l'issu de ce travail, il apparaît donc que l'IVGM par un médecin généraliste est une méthode acceptable pour les femmes. Celui-ci contribue à améliorer le vécu de cet événement qui constitue une étape de vie importante pour les femmes qui y ont recours.

Diffuser l'information sur cette alternative permettrait aux femmes de pouvoir choisir la méthode d'avortement et de mieux s'orienter dans le système de soins, améliorant ainsi le vécu de l'acte, mais également de soulager les services de gynécologie-obstétrique qui font face à des problèmes de saturation concernant les demandes d'IVG.

ANNEXES

Annexe 1 : Exemple de convention type

CONVENTION relative à la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville

ENTRE

L'établissement de santé

sis

Représenté par M. ou Mme.....

Dûment mandaté en qualité de.....
d'une part,

ET

M. ou Mme.....Docteur en médecine,

Gynécologue médical

Gynécologue obstétricien

Médecin Généraliste

Autre :.....

Date de qualification :.....

Dont le cabinet est situé :

.....

|_|_|_|_|_|.....

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le N°

En date du.....

d'autre part,

Vu le Code de la Santé Publique,

Vu la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception,

Vu le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002 fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé,

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1^{er}

L'établissement de santé s'assure que le médecin participant à la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans le cadre de la présente convention satisfait aux conditions prévues à l'article R. 2212-11.

L'établissement de santé s'engage à répondre à toute demande d'information liée à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse présentée par le médecin.

Il organise des formations visant à l'actualisation de l'ensemble des connaissances requises pour la pratique des interruptions volontaires de grossesse par mode médicamenteux.

Article 2

M. ou Mme le Docteur..... met en œuvre les moyens nécessaires pour établir la datation de la grossesse et l'absence d'une grossesse extra-utérine.

En cas de doute sur la datation de la grossesse, sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou, lors de la visite de contrôle, sur la vacuité utérine, le médecin adresse la patiente à un professionnel qui prend toutes les mesures adaptées à l'état de cette dernière.

Article 3

Après l'administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse, le médecin transmet à l'établissement une copie de la fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical de la patiente, en respectant les conditions de confidentialité de transmission des informations rappelées dans circulaire de la Direction Générale de la Santé du 22 juin 2005 (N° D6S/6D/DHOS/01/2005/290).

Article 4

L'établissement de santé s'engage à organiser l'accueil de la femme à tout moment et sa prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il s'assure, en tant que de besoin, de la continuité des soins délivrés aux patientes.

Article 5

Le médecin qui a pratiqué l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables à l'interruption volontaire de grossesse ainsi que le consentement écrit de la femme à son interruption de grossesse.

Le médecin adresse à l'établissement de santé les déclarations anonymisées des interruptions volontaires de grossesse qu'il a pratiquées.

Article 6

L'établissement de santé effectue chaque année une synthèse quantitative et qualitative de l'activité d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, réalisée dans le cadre de la présente convention. Cette synthèse est transmise au médecin signataire de la convention et au médecin inspecteur régional de santé publique.

Article 7

Les médecins adhérents au réseau IVG en ville ne donnent pas le nom du réseau ou leur activité professionnelle au sein du réseau à des fins publicitaires.

Article 8

La participation au réseau IVG en ville n'exonère pas ses membres adhérents de leur responsabilité professionnelle pour laquelle ils sont tenus de souscrire, à leurs frais, une assurance auprès d'une compagnie de leur choix.

Les membres adhérents du réseau doivent pouvoir justifier auprès de l'établissement de santé de l'existence des polices d'assurance nécessaires, en produisant chaque année l'attestation d'assurance.

Les médecins signataires informeront sans délai leur assureur de l'existence de cette convention.

Article 9

Une copie de la présente convention est transmise pour information par l'établissement de santé à l'agence régionale de l'hospitalisation ainsi qu'aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales dont il relève et par le médecin, au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens et à la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce, ou leurs équivalents compétents pour Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 10

En référence à l'article 56 du Code de Déontologie codifié à l'article R4127-56 du code de Santé publique, les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Article 11

La présente convention, établie pour une durée d'un an, est renouvelée chaque année par tacite reconduction à la date anniversaire. La convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties contractantes par une lettre motivée envoyée en recommandé avec accusé de réception. La dénonciation prend effet une semaine après réception de la lettre recommandée. En cas de non-respect de la présente convention, la dénonciation a un effet immédiat.

Fait à....., le.....en double exemplaire.

Pour le Groupe Hospitalier
Le Directeur, M

M ou Mme
Docteur en médecine

Vu
Dr
Chef de service de Gynécologie Obstétrique

Vu
Dr
Centre de régulation des naissances

Annexe 2 : Exemple de fiche de liaison

IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE FICHE DE LIAISON

un exemplaire est remis à la patiente

un exemplaire est faxé au centre référent lors de la prise de Mifegyne® : 02 35 15 63 63
CH du Belvédère

DATE : MEDECIN : (Cachet)

NOM de la patiente : PRENOM :

Tél. :

AGE : GROUPE : RHESUS :

DATE des dernières règles :

DATE de l'échographie :

DATE **échographique** du début de grossesse

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

Grossesse : FCS :

IVG : instrumentale : médicamenteuse :

GEU :

Infection : Autres :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

Traitements en cours : allergies :

Cardio-vasculaire, autres :

EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE :

DATE DE PRISE DE LA MYFEGYNE : au terme de : SA

DATE PREVUE DE PRISE DU CYTOTEC :

Incompatibilité Rhésus / Date de l'injection d'immunoglobuline anti D :

Date prévue pour la visite de contrôle :

POINTS PARTICULIERS :

Vous pouvez retrouver ce document sur le site internet du Centre Hospitalier du Belvédère :
www.ch-belvedere.fr rubrique « accès professionnel »

ENR-ADM-010-1

Annexe 3 : Courrier d'introduction destiné aux médecins généralistes

Chère Consœur/ Cher Confrère,

Actuellement en fin d'internat de médecine générale à Rouen, je réalise ma thèse sur le ressenti des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse dans un cabinet de médecine générale.

Vos coordonnées m'ont été transmises par le Réseau Périnatalité et/ou l'ARS.

L'objectif de mon étude est d'analyser le vécu de ces patientes afin de mieux comprendre leur choix (celui du médecin généraliste), les motifs de leur demande, leurs représentations de cette pratique, leurs appréhensions, mais également de connaître les difficultés rencontrées, leurs degrés de satisfaction et les points éventuels à corriger.

Ceci permettrait en l'occurrence d'améliorer nos pratiques et de mieux cerner les difficultés que nous pourrions rencontrer lors d'une demande d'IVG.

Ainsi je me permets de vous solliciter pour obtenir un/des entretien(s) auprès de patiente(s) que vous avez pu suivre dans le cadre de cette pratique.

Seriez-vous disposé à les contacter afin d'obtenir leur accord et à me transmettre leurs coordonnées ?

Leurs témoignages resteront bien sûr strictement anonymes et l'objectif de l'enquête leurs sera de nouveau expliqué au moment de l'entretien.

Si vous le désirez, les résultats de mon étude vous seront également communiqués ultérieurement.

Je me tiens bien sûr à votre disposition si vous souhaitez avoir plus d'informations.

En vous remerciant par avance du temps que vous consacrerez à ma demande et de votre participation, je vous prie d'agréer, Chère Consœur/Cher Confrère, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

LIM-BOUGHERRA Françoise

BIBLIOGRAPHIE

-
- 1 - Vidéo de Simone Veil présentant son projet de loi relatif à l'interruption volontaire de
grossesse - Assemblée Nationale - INA - 26 novembre 1974
- 2 - Faucher P., Hassoun D., « L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse », Estem,
2005
- 3 - Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la
contraception
- 4 - « L'avortement spontané ou provoqué », Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS,
Organisation mondiale de la santé, Genève, 1970
- 5 - La faiseuse d'ange et l'évolution des pratiques:
<http://www.helmo.be/esas/mapage/euxaussi/famille/faisange.html>
- 6 - Code pénal du 25 septembre 1791 relative à la législation criminelle. Ancien texte:
deuxième partie, titre II, section I, article 17
- 7 - L'avortement clandestin: <http://tpe-histoire-avortement.e-monsite.com/pages/avant-la-loi-veil>
- 8 - Wikipédia: Interruption volontaire de grossesse
- 9 - L'avortement à travers le monde: <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/mondial.htm>
- 10 - M-C Borgeat. L'avortement dans l'Antiquité grecque et romaine. Université d'Ottawa. 2011
- 11 - Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances
- 12 - « Manifeste des 343 », Le Nouvel Observateur, n°334, 5 avril 1971 :
http://fr.wikipedia.org/wiki/Manifeste_des_343
- 13 - <http://tpe-histoire-avortement.e-monsite.com/pages/avant-la-loi-veil/le-proces-de-bobigny.html>
- 14 - <http://www.sante.gouv.fr/droit-pour-toutes-les-femmes.html>
- 15 - Loi Veil n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse
- 16 - Loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de la grossesse
- 17 - 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
- 18 - Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux
assurances sociales
- 19 - Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant sur diverses mesures d'ordre social
- 20 - Loi n°2000-1209 relative à la contraception d'urgence
- 21 - Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la
contraception
- 22 - Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n°2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des
interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de
planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non
désirées
- 23 - Arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits
afférents à l'interruption volontaire de grossesse
- 24 - Etudes et résultats, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », n°843, juin
2013. DREES
- 25 - Périnatalité, Projet Régional de Santé Haute-Normandie 2012-2017
- 27 - Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie, Observatoire
Régionale de la Santé, Haute-Normandie, Rapport final, juin 2009
- 28 - Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Evolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu
contraceptif à la modification de la norme procréative. Mt Médecine de la Reproduction,
Gynécologie Endocrinologie 2012 ; 14 (1): 3-10
- 29 - « L'interruption volontaire de grossesse », Revue française des affaires sociales, 2011, n°1
- 30 - Bajos N., Moreau C., Léridon H., Ferrand M., « Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il
pas baissé en France depuis 30 ans ? », Population et Sociétés, décembre 2004, n°407

-
- 31 - Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, Recommandations et références professionnelles, ANAES, mars 2001, mise à jour selon les recommandations de l'HAS de décembre 2010
- 32 - Interruption volontaire de grossesse, Dossier-Guide, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
- 33 - Soulat C., Gelly M., « Complications immédiates de l'IVG chirurgicale », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 35, n°2, avril 2006, pp 157-162
- 34 - Interruption volontaire de grossesse : <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item28/site/html/>
- 35 - Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse, Recommandations de bonne pratique, HAS, décembre 2010
- 36 - Honkonen H., Piaggio G., Von Hertzen H. and al., WHO multinational study of three misoprostol regimen after mifépristone for early medical abortion. II: side effects and women's perceptions. Br. J. Obstet Gynaecol 2004 ; 111:715-25
- 37 - Peyron R., Aubeny E., Targosz V. and al., Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol, New England Journal of Medicine, 1993, 328 (21): 1509-13
- 38 - Interruption volontaire de grossesse en médecine de ville, Livret d'information à l'intention des médecins, Ministère de la Santé et des Solidarités
- 39 - Rapport du groupe de travail portant sur L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG), Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, janvier 2001
- 40 - Wirotius J., Freins à la pratique des IVG en ville, thèse de médecine, Rouen, Université de Rouen, 2011
- 41 - Gray C., Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : état des lieux en Haute-Normandie, thèse de médecine, Rouen, Université de Rouen, 2008
- 42 - Blanchet A., Gotman A., « L'enquête et ses méthodes : l'entretien », Ed. Nathan Université, Paris, 1992
- 43 - Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. et al., « Introduction à la recherche qualitative », Exercer, 2008, n°84 : 142-5
- 44 - Pasquier E., « Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale », mémoire de médecine générale, Lyon, Faculté Lyon Nord, avril 2004
- 45 - Borgès Da Silva G., « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication », Revue médicale de l'Assurance Maladie, volume 32, n°2, avril-juin 2001
- 46 - Statistique de l'avortement en France : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/
- 47 - Hassoun D., Périn I., « L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans un centre de planification familiale », J Gynecol Obstet Reprod, 2006, 35 (cahier 1), 483-489
- 48 - Bajos N., Moreau C., Ferrand M., Bouyer J., « Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative », Rev Epidemiol Sante Publique, 2003, 51:631-647
- 49 - Rapport relatif à l'accès de l'IVG, Volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires, Haut Conseil à l'Egalité entre les Femmes et les Hommes, 7 novembre 2013
- 50 - Nisand I., « L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes », février 1999
- 51 - Rossier C., Toulemon L., Prioux F., « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », Population-F, 64 (3), 2009, 495-530
- 52 - Dagousset I., Fourrier E., Aubeny E., Taurelle R., « Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse »,

Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 32 (2004), 28-33

- 53 - Pak Chung Ho, « Women's perceptions on medical abortion », *Contraception*, 74 (2006), 11-15
- 54 - Bianchi-Demicheli F., Perrin E., Bianchi P G., Dumont P. and al., « Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study », *Contraception*, 67 (2003), 10-113
- 55 - Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE, « De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues », Inserm, 2002
- 56 - Moreau C., Desfrères J., Bajos N., « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG », *Revue française des affaires sociales* 1/ 2011 (n° 1), p. 148-161
- 57 - Elul B., Pearlman E., Sorhaindo A., Simonds W., Westhoff C., « In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol », *J Am Med Womens Assoc*, 2000; 55(3 Suppl):169-72
- 58 - Larsson M., Aneblom G., Odland V., Tyden T., « Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination », *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 64-71
- 59 - Fleury M., « IVG médicale ou chirurgicale au centre d'orthogénie de Rennes. Approche psycho-sociologique : choix de la méthode, vécu des femmes et expérience du personnel soignant », thèse de médecine, Rennes, Université de Rennes 1, 2001-2002
- 60 - Desille Guillard S., « IVG médicamenteuse à l'hôpital ou à domicile : paroles de femmes », Thèse de médecine, Rennes, Université de Rennes, 2008
- 61 - White R., « Le vécu de l'IVG et ses conséquences psychologiques : paroles de femmes. Une approche qualitative », Mémoire de médecin générale, Lyon, Université Claude Bernard Lyon 1, septembre 2013
- 62 - Faucher P., Baunot N., Madelenat P., « Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude rétrospective sur 433 patientes », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33 (2005), 220-227
- 63 - Aubeny E, Peyron R., Turpin CL. And al, « Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol », *Int J Fertil Menopausal Stud*, 1995, 40 (suppl 2) : 85-91
- 64 - Faucher P., « Peut-on simplifier la réalisation des IVG médicamenteuses en ville ? », Journée IVG, Paris, 24 avril 2014
- 65 - Bureau A, Dagousset I., « IVG médicamenteuse: possible chez la plupart des femmes », *Revue du praticien-MG*, Tome 14, n°506, sept 2000, p.1379
- 66 - Gaudu S., Crost M., Esterle L., « Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France », *Contraception*, 87 (2013) : 45-50
- 67 - Lelong N., Moreau C., Kaminski M. et l'équipe COCON, « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON », *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005, 34 (cahier 1) : 53-61
- 68 - Dupont S, la dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol reprod* 2004 ; 33(2) :125-30
- 69 - Westhoff C., Picardo L., Morrox E., « Quality of life following early medical or surgical abortion », *Contraception* 67 (2003) : 41-47
- 70 - « Séquelles psychiques de l'IVG - le mythe et les faits scientifiques », Résultats de la recherche internationale, Berne, Symposium du 31 mai 2001 : <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/mythe.htm>
- 71 - Clerget S., « Quel âge aurait-il aujourd'hui ? Le tabou des grossesses interrompues », Broché, 2007

-
- ⁷² - « Les conséquences psychologiques de l'avortement », Les dossiers de l'Institut Européen de Bioéthique, mars 2011
- ⁷³ - J-C. Pons, F. Venditelli, P. Lachcar, « L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention », Masson, Paris 2004
- ⁷⁴ - Rigal M., « Les obstacles au développement de l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale », thèse de médecine, Paris 6, Université Pierre et Marie Curie, 2012