



HAL
open science

Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire

Sophie Martin

► **To cite this version:**

Sophie Martin. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01115735

HAL Id: dumas-01115735

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01115735>

Submitted on 11 Feb 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Université Paris Descartes

Faculté de médecine

ANNEE 2014

N° 14

Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par **Martin, Sophie**

Née le 20 juillet 1985 à Toulouse (31)

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de
Paris Descartes,
le 5 mars 2014

Dirigée par M. Le Docteur Bloede, François

Devant un jury composé de :

M. Le Professeur Noël, Frédérique Président

M. Le Professeur Carmoi, Thierry Membre

M. Le Docteur Lazimi, Gilles Membre

M. Le Docteur Teboul, Michel Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements et dédicaces

Madame le Professeur Frédérique Noël,

Merci pour l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse. Je vous remercie pour tous vos conseils et votre écoute bienveillante en tant que tutrice pendant ces trois années d'internat.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur François Bloede,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir guidée dans la réalisation de cette étude qualitative : ce fut un travail de recherche passionnant. Merci pour votre patience, votre disponibilité et vos conseils précieux tout au long de ce travail. J'espère avoir été digne de la confiance que vous m'avez accordée.

Je souhaite vous témoigner toute ma gratitude et ma profonde reconnaissance pour votre encadrement.

Monsieur le Professeur Thierry Carmoi,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Gilles Lazimi,

Qui m'a fait l'honneur de participer à ce jury. Vos travaux de recherches sont un modèle, merci d'apporter votre regard d'expert à ce jury : j'en suis très honorée.

Veillez trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Michel Teboul,

Qui m'a fait l'honneur et le plaisir d'accepter de participer à ce jury.

Je vous remercie de m'avoir fait découvrir pendant les six mois de stage passés en votre compagnie toute la richesse de l'Orthogénie. Vous savez transmettre votre passion pour cette discipline mieux que quiconque. J'espère que je serai à la hauteur de ce que vous m'avez appris dans ma future pratique.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux 18 femmes ayant accepté de participer, sans qui ce travail n'aurait été possible.

Aux relecteurs de ce travail, Maman, Papa, Claire, Elsa, Jean-Laurent et Yoan pour leur aide précieuse et leurs conseils éclairés.

Aux équipes médicales et paramédicales des services hospitaliers qui ont participé à ma formation.

Merci à l'équipe incroyable du service de Pneumologie de l'Hôpital Saint-Antoine et au Professeur Chouaid.

Merci à l'équipe du centre d'orthogénie de l'hôpital Port-Royal pour son accueil et sa bonne humeur.

Au Docteur Jean Sayrin, avec qui j'ai fait mes premiers pas en médecine générale.

Aux Docteurs Geneviève Richard et Martine Glikman, votre travail passionné, votre implication et vos grandes connaissances de la médecine générale ont confirmé mon envie de poursuivre dans cette voie. Merci pour vos enseignements, votre disponibilité et vos conseils lors de mes premières consultations. Je vous remercie de la confiance que vous m'accordez en tant que remplaçante.

A Lucille et Morgane, des sacrées chouettes co-internes.

A Jean-Laurent, mon compère de stage, et mon ami Marseillais.

Aux amis de la Faculté de Toulouse : François, Pauline, Goeffrey, Hélène, Audrey, Marie, Matthieu, Antoine, Florian, Florent, Jean, Vincent. Que d'années passées ensemble : tant d'examens, de stages, d'heures de BU, de resto U, de pauses « café », mais aussi et surtout de soirées, de rires, de week-ends, d'apéros ... à tous ces bons souvenirs et à ceux à venir !

A mes amies de toujours : Clémence, Marie, Elsa, Claire, Charlotte et Florence.

Merci pour cette amitié fidèle, et pour tout ce que vous m'apportez. Déjà un bon bout de chemin passé ensemble, mais le meilleur reste à venir !

A la famille Lavie-Badie, pour leur générosité, leur accueil, et leur constante joie de vivre.

A ma cousine Marie, parce qu'elle est bien plus que ça.

A Papi Milou et Mamie Jacqueline, pour votre courage face à la maladie. Merci pour tous ces moments passés avec vous dans notre paradis, au Cap-Ferret. Je sais que vous auriez été fiers de moi.

A Granny et Bon-papa, pour tout ce que vous nous apportez depuis toujours, votre générosité, et votre gentillesse.

A mes sœurs, Charlotte et Jeanne, que j'adore et dont je suis tellement fière ! Vous êtes des sœurs merveilleuses, merci pour la complicité que nous partageons toutes les trois.

A mes parents, pour tout l'amour et le bonheur que vous nous donnez depuis toutes ces années. Votre soutien indéfectible, et votre présence m'ont permis de croire en moi, et d'en arriver là aujourd'hui. Je ne vous en remercierai jamais assez.

A Yoan, parce que tu rends ma vie plus belle chaque jour.
Merci pour ta présence, ta patience et tout l'amour et le bonheur que tu m'apportes depuis toutes ces années.

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AMM : Autorisation de mise sur le marché
CMS : Centre médical de santé
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évolution et des statistiques
DIU : Dispositif intra-utérin
EMA : European medicines agency
FCS : Fausse couche spontanée
FCV : Frottis cervico-vaginal
GINE (Enquête) : Grossesses interrompues, non prévues ou évitées.
GPs : General practitioners
HAS : Haute autorité de santé
HCefh : Haut conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes
HPST (Loi) : Hôpital, patients, santé et territoires
IDF : Ile de France
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INED : Institut national des études démographiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST : Infection sexuellement transmissible
IVG : Interruption volontaire de grossesse
IMG : Interruption médicale de grossesse
MFPPF : Mouvement français pour le planning familial
MG : médecin généraliste
MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains
OMS : organisation Mondiale de la santé
OP (pilule) : Oestroprogestative.
ORS : Observatoire régional de la santé
PG : Prostaglandines
REVHO : réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie
SA : Semaines d'aménorrhée
SFTG : Société française des thérapeutes généralistes
UE : Union européenne

Table des matières

Remerciements et dédicaces	2
INTRODUCTION	9
CONTEXTE ET OBJECTIFS	10
I. Histoire de l'avortement.....	10
II. La mise en place de l'IVG médicamenteuse.....	11
III. Epidémiologie de l'IVG.....	12
1. Etat des lieux de l'IVG en France.	12
2. L'IVG médicamenteuse	14
3. La situation en Ile de France	15
4. L'IVG en Europe	16
IV. La méthode médicamenteuse.....	17
1. Le protocole médicamenteux Français et ses alternatives.....	17
1.1 La dose de Mifépristone. (J1)	17
1.2 La voie d'administration du Misoprostol (J2).....	18
1.3 Le délai entre Mifépristone (J1) et Misoprostol (J2)	18
2 Efficacité, sécurité et acceptabilité de la méthode médicamenteuse.	18
2.1 L'efficacité de la méthode médicamenteuse.....	18
2.2 Sécurité de l'utilisation des médicaments au domicile.....	19
2.3 Acceptabilité de la méthode ambulatoire	19
V. Réseaux ville-hôpital. Exemple du réseau REVHO en Ile de France	20
VI. Justification de l'étude et objectifs.....	21
METHODES.....	24
1. Le type d'étude	24
2. La grille d'entretien	24
3. La réalisation des entretiens semi directifs.....	24
4. Les critères d'inclusion et le recrutement des femmes	24
5. Technique d'analyse des données.....	25
RESULTATS.....	26
A. Les médecins participants.....	26
B. La population d'étude.....	26
C. Les entretiens semi-directifs	29
D. Analyse transversale des entretiens.....	30
1. <u>LA DÉCISION</u> d'IVG	30
1.1 Le contexte de survenue de la grossesse non désirée	30
1.2 Justification de la décision d'IVG.....	31
1.3 Sentiments par rapport à la prise de décision.	32
1.4 Après la décision : l'urgence ressentie	32

2. LE PARCOURS D'ACCES AUX SOINS	33
2.1 Le 1 ^{ER} contact.....	33
2.2 Les différents intervenants.....	35
2.3 Le choix de la méthode	37
2.4 Les connaissances de l'IVG et les moyens d'informations.....	39
2.5 Le délai de réflexion de 7 jours	40
3. La PREMIÈRE CONSULTATION AVEC LE MEDECIN GENERALISTE	41
3.1 L'Attitude du médecin	41
3.2 Les sujets abordés	42
3.3 L'attitude par rapport au couple.....	43
4. LE VECU DU DOMICILE	44
4.1 La douleur et les saignements	44
4.2 L'information par le médecin sur les effets secondaires.....	45
4.3 Vécu de la prise des médicaments au domicile	46
4.4 Le vécu de l'expulsion	46
4.5 L'accompagnement	47
5. LE VECU DE L'APRÈS IVG	48
5.1 Jusqu'à la consultation post-IVG	48
5.2 L'avis des patientes sur la consultation post-IVG	49
5.3 Aborder la contraception ultérieure	50
5.4 Aborder le vécu psychologique.....	51
5.5 A posteriori quand les femmes parlent de leur IVG	53
6. LES PROPOSITIONS DES PATIENTES POUR UN MEILLEUR VÉCU	54
6.1 Le parcours de soins.....	54
6.2 Information et éducation	55

DISCUSSION56

A. INTERPRETATION DES RESULTATS56

1. La pratique des IVG en tant que médecin généraliste.....	56
2. Les caractéristiques des femmes.....	56
3. La décision d'IVG	58
3.1 La justification de la décision	58
3.2 Le sentiment d'ambivalence et le délai de réflexion.	59
3.3 Le contexte contraceptif et le vécu de la découverte de la grossesse non désirée.....	60
4. Le parcours d'accès aux soins	62
4.1 Le 1 ^{er} contact est le médecin qui les suit sur le plan gynécologique	62
4.2 La place du médecin traitant dans le parcours d'IVG.....	62
4.3 L'IVG : acte à caractère particulier pour le médecin généraliste.....	63
4.4 Les CPEF: une image de « lieu pour ados ».	63
4.5 Vivre l'IVG seule ou à deux : la place du partenaire	64
5. Le choix de la méthode ambulatoire	64
5.1 Rapidité, anonymat et interlocuteur unique.	65
5.2 La méthode médicamenteuse : un acte « plus facile ».....	65
5.3 Le choix d'une plus grande responsabilité par rapport à l'IVG	66
5.4 Le respect du libre choix de la méthode et du lieu.....	67

6. Les connaissances autour de l'IVG	68
6.1 Une méconnaissance en 2013 de la possibilité de la prise en charge en ambulatoire par un médecin généraliste	68
6.2 Des sources d'informations éparses et peu précises.....	69
6.3 L'avenir et le rôle d'internet comme source centrale de l'information	69
7. Le MG face au dépistage des violences faites aux femmes dans les consultations d'IVG.....	70
7.1 Le lien entre violences subies et IVG	70
7.2 Les femmes n'en parlent pas, si les médecins ne les dépistent pas.....	70
7.3 Un manque de formation des médecins généralistes sur le dépistage des violences...	71
8. Le vécu du domicile	72
8.1 L'âge et la parité : facteurs d'une meilleure gestion des douleurs au domicile	72
8.2 La douleur « punition » dans l'IVG ?	74
8.3 L'expulsion : Informer? L'expliquer? L'aborder ?.....	75
9. L'intérêt de la consultation Post-IVG.....	75
9.1 Aborder la contraception ultérieure	76
9.2 Aborder le vécu psychologique.....	76
10. Les deux axes d'amélioration proposés par les femmes.....	77
10.1 Un manque d'information des femmes en amont	78
10.2 Une meilleure orientation et coordination des soins.....	78
11. Ce qu'on en retire pour la pratique médicale	81

B. LES LIMITES DE L'ETUDE	84
1. Le recrutement des médecins	84
2. Les femmes interrogées	84
3. L'enquêteur.	85
4. La technique de réalisation des entretiens.	85
5. Questions enlevées et ajoutées à la grille d'entretien	86
6. L'analyse.....	86

CONCLUSION.....	87
------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE.....	87
---------------------------	-----------

ANNEXES	95
----------------------	-----------

Annexe 1 : les conditions de réalisation de l'IVG en ambulatoire	95
Annexe 2 : Fiche étapes IVG en ville	97
Annexe 3 : Convention type médecin / centre hospitalier.....	98
Annexe 4 : Fiche de liaison médecin/ centre hospitalier remis à la patiente.....	100
Annexe 5 : Fiche pharmacologique des médicaments utilisés.....	101
Annexe 6: La grille d'entretien semi-dirigée.....	103
Annexe 7: Tableau des données démographiques des médecins participants.....	104
Annexe 8: La position du médecin traitant dans le parcours d'IVG	104
Annexe 9 : Tableau récapitulatif des conditions de réalisation des entretiens	105

INTRODUCTION

L'IVG est autorisée depuis près de 40 ans en France par la loi Veil (1). Elle a offert aux femmes la possibilité d'une maternité choisie en accord avec l'évolution de la société et a permis la lutte contre les avortements clandestins.

La méthode médicamenteuse, développée à partir de 1989 (2), constitue une alternative efficace et sûre à l'avortement chirurgical. L'autorisation de la pratique des IVG en ambulatoire a été promulguée dans la loi de 2001 (3) afin d'améliorer l'accès aux soins. Depuis 2004 (4) les médecins généralistes justifiant des compétences nécessaires peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses en cabinet.

L'analyse de l'expérience des femmes de l'IVG en ambulatoire chez un médecin généraliste reste 10 ans après sa mise en place une zone d'ombre dans la littérature.

Pourquoi les femmes choisissent-elles de faire une IVG médicamenteuse « en ville » ? Ont-elles eu le choix ? Quel a été leur parcours d'accès au médecin généraliste qui les a pris en charge pour l'IVG ? Et comment ont-elles vécu cette prise en charge en ambulatoire ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, sur le vécu des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ville dans les 6 mois, chez un médecin généraliste en Ile de France.

CONTEXTE ET OBJECTIFS

I. Histoire de l'avortement

L'avortement est depuis toujours une question éthique complexe, souvent influencé par le contexte socio-politique et les idéologies religieuses dominantes.

Pendant des siècles, on pense que la vie de l'embryon ne débute pas dès la conception, mais plus tard avec « l'animation », c'est-à-dire l'infusion de l'âme qui commence entre quarante à quatre-vingt-dix jours selon Aristote.(5)

Jusqu'au 18^{ème} siècle, les femmes ignoraient leur grossesse jusqu'à l'apparition des signes physiques (environ 4^{ème} mois) : il était alors difficile de caractériser un avortement du 1^{er} trimestre. Les fausses couches étaient fréquentes et souvent difficiles à distinguer des avortements provoqués par les méthodes naturelles qui se transmettaient alors de mère en fille.(5)

Au 19^{ème} siècle, le code pénal de 1810 fait de l'avortement un acte criminel passible de la cour d'Assises.(6) Dans le même temps, **le courant néo-malthusien** émerge en Angleterre sous les idées de Thomas.R Malthus (1766-1834) qui place la démographie au cœur de l'économie politique : il voit la limitation des naissances nécessaire en raison des problèmes de subsistance.(7)

Parallèlement à l'essor de ce courant, se développe **un mouvement nataliste**, sous-tendu par une idéologie nationaliste et qui considère l'avortement comme un assassinat.(8)

Avec la défaite Franco-prussienne de 1871 puis la 1^{ère} guerre mondiale, la maternité devient un enjeu politique et **les lois répressives de 1920 et 1923** sont votées. Elle réprime "la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle" et entrave surtout la contraception féminine.(8) Après la seconde guerre mondiale, on assiste à un renforcement des peines autour de l'avortement. La loi du 15 février 1942, paroxysme de l'idéologie nataliste, fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat passible de la peine capitale. La période de l'après-guerre constitue l'apogée de la répression à laquelle vont s'opposer de nouveaux acteurs.(8)

C'est en Angleterre et aux Etats-Unis, sous l'influence plus forte des féministes, que vont évoluer les idées et émerger celle de « **Birth control** ». En 1955 se crée le mouvement « **la Maternité heureuse** » dont les objectifs sont de : « lutter contre les avortements clandestins, assurer l'équilibre psychologique du couple, améliorer la santé des mères et des enfants ». Il devient en 1960 le **Mouvement français pour le planning familial**. (9)

Le 28 décembre 1967, la loi **Neuwirth** légalisant la contraception est votée.(10) Par la suite, des évènements médiatiques d'importance vont permettre d'aboutir à la légalisation de l'avortement en 1975. On retiendra la parution en 1971 « du manifeste des 343 » (11) et le procès de Bobigny en 1972 qui relaxe une jeune fille de 17ans, qui s'est fait avorter par sa mère.(12)

Le projet de loi défendu par la ministre de la Santé Simone Veil finit par être voté le 29 novembre 1974. En 1979, les conclusions du rapport Delaneau sont favorables à sa reconduction. Elle n'a pas banalisé l'avortement puisque les chiffres se sont rapidement stabilisés. La loi est votée définitivement le 30 novembre 1979 par 271 députés contre 201.(1)

II. La mise en place de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire

Le RU 486 est découvert en 1980. C'est un stéroïde de synthèse aux propriétés anti-progestérone dont l'activité contractile au niveau de l'utérus déclenche l'avortement. C'est en 1988 que la **Mifépristone** sous le nom de **Mifégyne®** obtient l'AMM. L'autorisation Européenne ne sera obtenue qu'en 1997. Aux Etats-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) ne l'autorise qu'en 2000, en raison des fortes oppositions des mouvements anti-IVG.

En 1999, devant les difficultés financières et organisationnelles des centres d'IVG, le gouvernement charge le Pr I. Nisand d'établir un rapport sur les conditions d'accès à l'IVG.(13) Ce rapport aboutira à la **loi du 4 Juillet 2001(3)** dont les deux principales mesures sont l'allongement du délai autorisé de 12 à 14 SA et la fin de l'autorisation parentale pour les mineures.

On notera dans ce texte la persistance du délai légal de 7 jours avant la réalisation de l'IVG, l'annulation de l'entretien psycho-social pré-IVG obligatoire pour les majeures. Sur le plan légal l'IVG s'inscrit désormais **dans le code de santé publique** et l'article 233-11 du code pénal est abrogé : l'IVG n'est plus un délit. La possibilité de réalisation des IVG médicamenteuses **en médecine ambulatoire est pour la première fois inscrite dans la loi de 2001**. La circulaire de 2004 (4) précise les conditions de réalisation de l'IVG en ambulatoire qui est autorisée jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée(SA). En hospitalisation, l'IVG médicamenteuse est autorisée jusqu'à 9 SA. Les recommandations de l'HAS en 2010 récapitulent les obligations de suivi et différentes étapes de la prise en charge des IVG en ambulatoire.(14) Elles sont détaillées en Annexe 1. Un exemple de la convention obligatoire signée entre le médecin qui réalise l'IVG et le centre hospitalier est présenté en Annexe 2.

En 2009, la pratique des IVG médicamenteuses est autorisée dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ainsi que dans les centres médicaux de santé.(15)

Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Certains contraceptifs sont aussi remboursés à 100% (pilules de première et deuxième génération, implant contraceptif hormonal et stérilet) pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dans toutes les pharmacies, sur présentation d'une ordonnance et de la carte vitale des parents.(16)

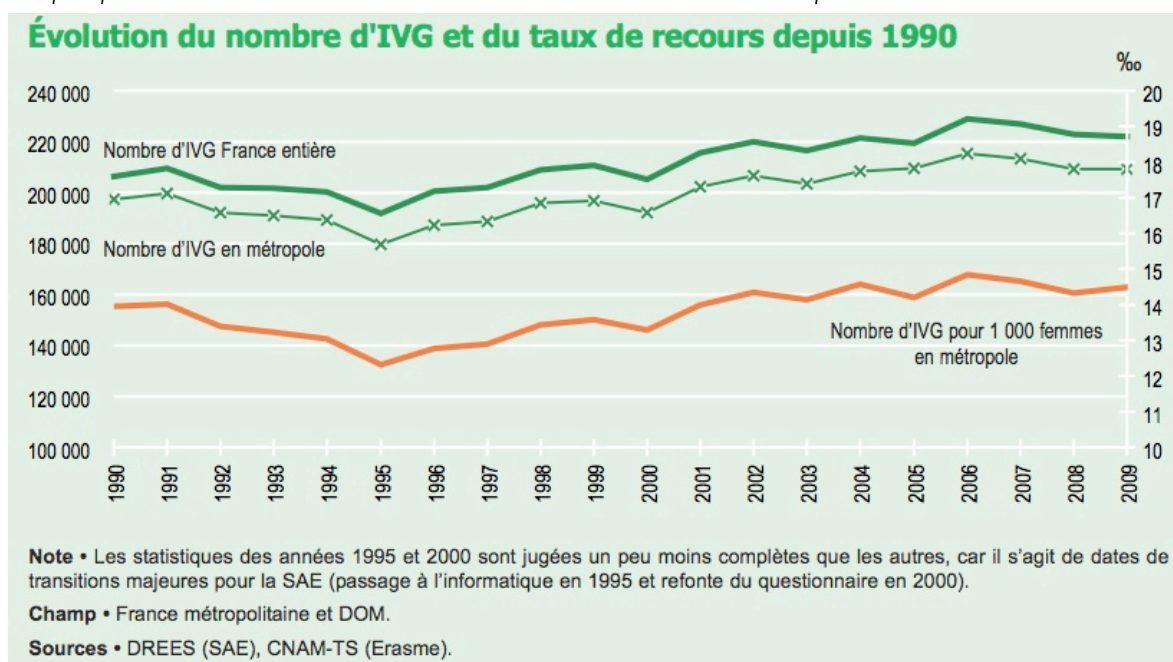
III. Epidémiologie de l'IVG

1. Etat des lieux de l'IVG en France.

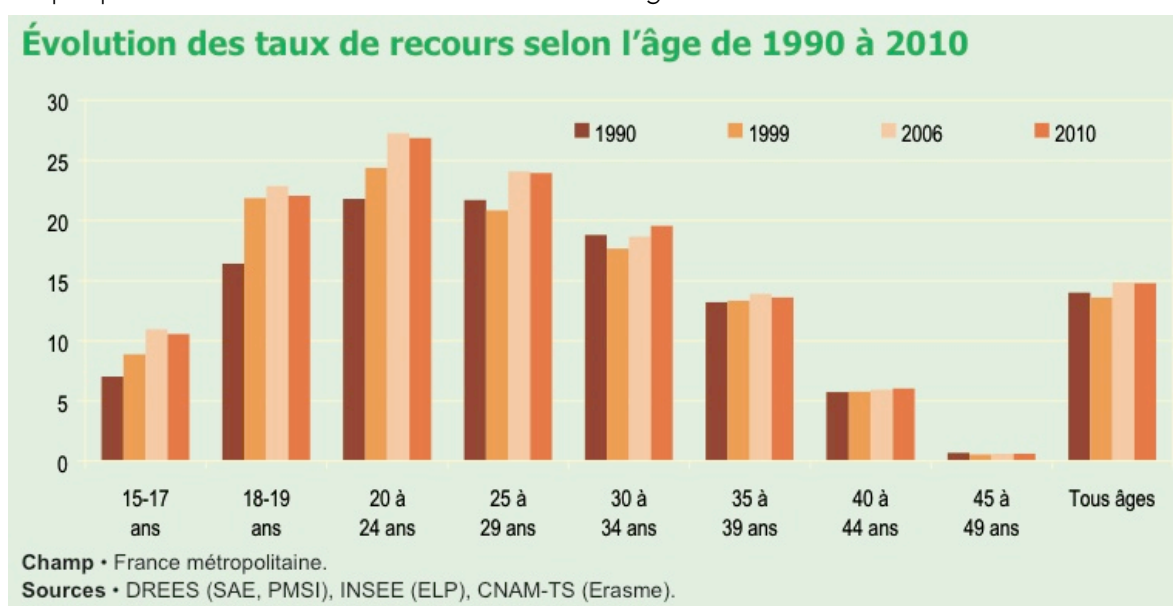
Les derniers chiffres publiés dans le bulletin de la DREES évaluent à 222 500 le nombre total d'IVG pratiquées en France en 2011.(17) Après une dizaine d'années de hausse, leur nombre est pratiquement stable depuis 2006. (Graphique 1)

Le taux de recours à l'IVG en France est de **15,1 IVG pour 1 000 femmes** âgées de 15 à 49 ans et se stabilise, lui aussi, depuis 2006. Le taux de recours le plus élevé se situe chez les 20-24ans (27/1000) (Graphique n°2)

Graphique N°1. Evolution du nombre d'IVG et du taux de recours depuis 1990



Graphique N°2. Evolution du taux de recours selon l'âge.



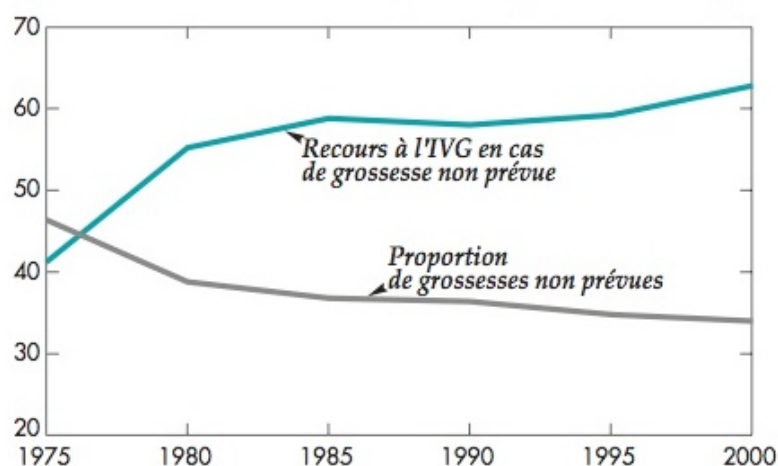
Quatre régions se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne nationale proches de 20 IVG pour 1 000 femmes : le Languedoc- Roussillon (18,7), l'Île-de-France (18,6), la Corse (19,4) et la région PACA (21,7).

Dans les DOM les taux de recours sont encore bien supérieurs, en moyenne de 27 IVG/1000 femmes. Les écarts régionaux de structure d'âge de la population ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales, qui demeurent sensiblement les mêmes après une standardisation par l'âge de la population sur la structure nationale.(17)

A la question « **Pourquoi le nombre d'avortements n'a t-il pas baissé depuis 30 ans ?** », Nathalie Bajos de l'INSERM répond dans un article de 2004.(18) Le taux de grossesse non prévue a diminué (passant de 46% en 1975 à 33% aujourd'hui) mais le nombre d'avortements n'a pas baissé car le recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée est plus fort. (*Graphique 3*)

En effet, quatre grossesses non prévues sur dix (41 %) aboutissaient à une IVG en 1975, contre six sur dix (62%) aujourd'hui. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes en terme de scolarisation et d'activité professionnelle.

Graphique 3. Proportion de grossesses non prévues (pour 100 femmes) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 femmes)



Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

2. L'IVG médicamenteuse

En 2011, 55 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse.(17)

La tendance actuelle de progression de la méthode médicamenteuse fait craindre aux experts, que les professionnels donnent une priorité à cette méthode plutôt qu'à la méthode chirurgicale qui a une tarification moins avantageuse et plus de contraintes organisationnelles. En effet, la technique médicamenteuse occupe 70 à 90% de l'ensemble des méthodes dans plus de cinq départements en 2006, or comme le rappelle l'IGAS cette méthode n'est pas adaptée à toutes les femmes et toutes les situations.(19)

La part des IVG médicamenteuses réalisées en ambulatoire augmente de façon croissante depuis 2004. En 2011, 13 % des IVG étaient réalisées en cabinet et 1 % en CPEF et centres de santé.(17)

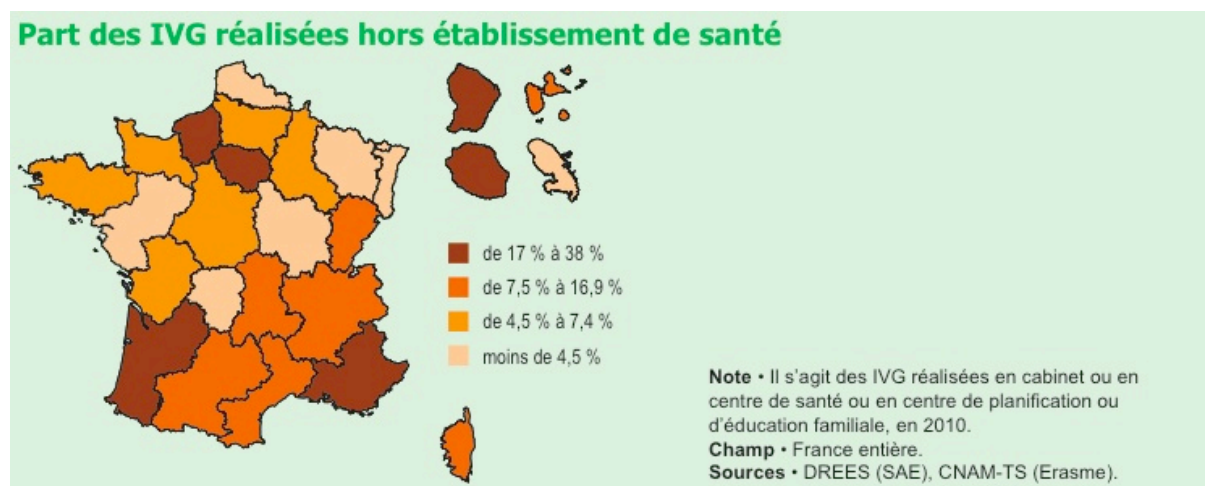
Mais son développement sur le territoire est inégal avec 3 régions qui totalisent 50% des conventions : Ile de France, PACA, Haute Normandie. Les médecins généralistes libéraux de ces régions représentent 42% des professionnels impliqués.(17)

Cependant les dernières années ont vu un ralentissement de l'engagement des médecins, avec une chute du nombre de nouvelles conventions signées par an (453 en 2005 contre 87 en 2007).

Pourtant il persiste des zones du territoire où la méthode médicamenteuse est quasiment inexistante : dans plus de quinze régions, la part des IVG médicamenteuse en ambulatoire est inférieure à 10% des IVG totales. (*Carte N°1*) De plus, la majorité des libéraux pratiquant des IVG en réalisent peu : 75% en font moins de 5/mois.(20)

Enfin, la pratique des IVG en centre de santé et en CPEF se diffuse lentement, avec moins d'une région sur deux concernée en 2010.(17)

Carte n°1 : Part des IVG réalisées hors établissement de santé en 2010



Devant les difficultés de recours dans certaines régions, le gouvernement, par un amendement de 2011, a décidé d'élargir aux sages femmes la pratique des IVG médicamenteuses. Mais le Conseil Constitutionnel a annulé cette possibilité qui devra être réexaminée ultérieurement.

3. La situation en Ile de France

La Seine-Saint-Denis et Paris se démarquent par les taux les plus élevés de la région : 24,8/1000 dans le 93 et 23,8/1000 dans le 75).(21)

La part des IVG médicamenteuses en ville est importante : **21% des IVG ont été pratiquées en cabinets de ville, en centres de santé ou en CPEF en 2011.** (22)

4. L'IVG en Europe

Avec 15 IVG pour 1 000 femmes, la France se situe dans la moyenne européenne, très au-dessus cependant de l'Allemagne ou des Pays-Bas qui sont plus proches de 6 IVG pour 1000 femmes. La majorité des pays de l'Union Européenne a légalisé l'avortement plus ou moins tardivement, et avec des conditions d'accès plus ou moins restrictives.(23)

Les exceptions européennes sont l'Irlande, Chypre, Malte qui n'ont jamais voté de loi autorisant l'avortement, ainsi que la Pologne qui est revenue en arrière sur sa législation.

En Irlande seul le danger pour la vie de la mère est un motif accepté d'interruption légale de grossesse. Même une grossesse résultant d'un viol ne peut être légalement interrompue.(23)

En décembre 2013, le **gouvernement Espagnol** est revenu sur sa législation en matière d'IVG restreignant considérablement son accès.

Pourtant les recommandations émises par l'Union européenne en 2008 sont claires: *«interdire l'avortement n'aboutit pas à réduire le nombre d'avortementscela mène surtout à des avortements clandestins, plus traumatisants et plus dangereux »* (Commission UE, 2008).

L'Agence européenne du médicament a autorisé en 2007 l'**avortement médicamenteux** jusqu'à sept semaines d'aménorrhée à domicile et jusqu'à neuf semaines avec une courte hospitalisation. La commercialisation et la diffusion de la méthode ont été variables selon les pays.(24)

Part des IVG médicamenteuses dans quelques pays européens

	France (2007)	Angleterre (2007)	Écosse (2007)	Pays-Bas (2006)	Suède (2007)
% des IVG médicamenteuses	49 %	35 %	62 %	11 %	72 %

SOURCES • Loeber (2010).

L'IVG médicamenteuse hors établissement de santé n'est pratiquée que dans peu de pays de l'UE : **en France, en Belgique, en Suède et en Suisse.**

Afin d'harmoniser les protocoles médicamenteux qui diffèrent selon les Pays, l'EMA a publié de nouvelles recommandations sur l'IVG médicamenteuse en 2007.(25)

IV. La méthode médicamenteuse

Les médicaments utilisés sont la **Mifépristone** (Mifégyne®) et le **Misoprostol** (Cytotec® ou Gymiso®). La pharmacologie des 2 molécules est décrite en Annexe 5.

1. Le protocole médicamenteux Français et ses alternatives.

Les essais réalisés avant 1996 ont abouti au protocole dit « Français », qui a l'AMM en France, mais aussi en Europe et aux Etats-Unis.

LE PROTOCOLE FRANCAIS:

J1 : 600 mg (3 comprimés) de **Mifépristone** par voie orale

J2 (36 à 48h plus tard) : 400 µg (2 comprimés) de **Misoprostol** par voie orale

J15 : visite de contrôle (15 jours plus tard).

Les alternatives à ce protocole sont issues des études réalisées de 1996 à 2011 et ont porté sur :

- la dose de Mifépristone
- la dose et la voie d'administration du Misoprostol
- le moment d'administration du Misoprostol

1.1 La dose de Mifépristone. (J1)

L'OMS a publié une étude multicentrique en 2000, testant l'efficacité de 3 doses de Mifépristone : 200, 400 et 600 mg.

Les résultats montrent une efficacité identique pour les 3 dosages jusqu'au terme de 8 SA. (A noter que dans cette étude la prostaglandine prise 48h après est le *Gémoprost* à 1 mg et non le *Misoprostol*). (26)

Une méta-analyse en 2009 retrouve un pourcentage de grossesses évolutives plus important avec l'utilisation de 200mg de Mifépristone. (différence de 0,4% avec IC 95% de -0,3% à 1,0%) (27)

1.2 La voie d'administration du Misoprostol (J2)

Toutes les études ont montré qu'il n'y avait pas de différence d'efficacité entre les voies d'administration jusqu'à 8 SA.(28)(29)

Après des accidents infectieux aux Etats-Unis, la voie vaginale a été abandonnée à partir de 2005. Ce sont désormais les voies sublinguales et jugales qui sont utilisées et qui permettent d'atteindre avec les doses de 400 µg, 600 µg, ou 800 µg de Misoprostol une efficacité comprise entre 94% et 98% jusqu'à 9 SA. (29)

1.3 Le délai entre Mifépristone (J1) et Misoprostol (J2)

Une méta-analyse de 5 essais randomisés comparant l'efficacité de différents intervalles de temps entre la prise de la Mifépristone et de Misoprostol (de 0 à 72h) ne montre pas de différence statistiquement significative mais une tendance à une moindre efficacité si l'intervalle de temps **est inférieur à 8h**.(30)

2 Efficacité, sécurité et acceptabilité de la méthode médicamenteuse.

D'après l'HAS, avant 7 SA les femmes étaient satisfaites de la méthode médicamenteuse dans 92% des cas. Les études montrent que lorsque l'on présente les 2 méthodes aux femmes elles choisissent la méthode médicamenteuse dans 60 à 70% des cas. (14)

2.1 L'efficacité de la méthode médicamenteuse.

Trois grandes études utilisant le protocole Français ont été publiées et retrouvent une efficacité entre 92 et 97%.

Le taux d'échec est corrélé au terme de la grossesse au-delà de 7SA. (31)(32)

Efficacité du protocole Français dans 3 grandes études.

ETUDE	AGE GESTATION -NEL	EXPULSION COMPLETE	EXPULSION INCOMPLETE	GROSSESSE EVOLUTIVE
Peyron et al ;1993 (33)	< 7SA	97%	1,8%	0,8%
Aubeny et al ;1995 (31)	<7 SA	95%	3%	1%
	7-8 SA	93%	4%	2%
	8-9 SA	87%	6%	5%
Spitz et al ; 1998 (32)	<7 SA	92%	4.6%	1%
	7-8 SA	83%	8%	4%
	8-9 SA	77%	7%	9%

2.2 Sécurité de l'utilisation des médicaments au domicile

Rappelons tout d'abord que le Misoprostol est une prostaglandine sans effet délétère sur les coronaires. Plusieurs études ont montré que le risque hémorragique se situe au delà de 3h après la prise du Misoprostol (J2). Il n'y donc pas de différence en terme de risque hémorragique entre la méthode à domicile et en hospitalisation, car celle-ci est d'une demi-journée soit 3h environ. (28)

Dans différents pays du monde, des travaux ont démontré la sécurité de la méthode à domicile sans surveillance hospitalière notamment aux Etats-Unis(28) ,en Inde (34) en Suède (35) mais aussi en France(36).On retrouve dans ces études des résultats d'efficacité et de sécurité comparables à ceux retrouvés en hospitalisation allant de 86,7% à 98%.

2.3 Acceptabilité de la méthode ambulatoire

Dans l'étude Américaine de Schaff , quand le choix était donné aux patientes de rester en observation en milieu hospitalier ou d'être chez elle, 98% ont opté pour rester chez elle et 5% seulement ont regretté ce choix.(28)

Isabelle Dagousset (37) dans son travail s'est intéressée exclusivement à l'acceptabilité de la prise de Misoprostol à domicile, en réalisant une étude comparative avec un groupe « Misoprostol à l'hôpital ».Les résultats ont montré une très bonne acceptabilité de la méthode à domicile(98,5%) et moindre à l'hôpital (72,25%).

Les effets secondaires sont peu nombreux et de courte durée après la prise du Misoprostol (troubles gastro-intestinaux, fièvre, frissons, céphalées).

La douleur et les saignements sont des effets attendus, qui peuvent devenir des complications si leur durée et intensité dépassent le cadre établi.

Les complications sont essentiellement l'hémorragie et l'infection.

L'IVG médicamenteuse se complique d'hémorragie nécessitant une transfusion dans 0 à 0,2% des cas.(38)

Une méta-analyse en 2004, retrouve des taux d'infection dans les suites d'une IVG médicamenteuse à un taux de 0,92%. (39).

L'expulsion incomplète, et la grossesse évolutive sont plutôt des échecs de la méthode que de vraies complications.

V. Réseaux ville-hôpital. Exemple du réseau REVHO en Ile de France

Le réseau REVHO a été mis en place en 2005 dans le but de rendre accessible la méthode médicamenteuse en ville dans de bonnes conditions. Il a été créé sous forme associative à l'initiative de quatre centres d'IVG de l'AP-HP, et a été renouvelé après une évaluation externe qui a eu lieu en 2006. (40)

Le réseau regroupe les centres hospitaliers adhérents et les médecins libéraux autour d'une organisation commune. Il apporte un soutien et une aide logistique aux professionnels et aux établissements dans la mise en place du dispositif.

Il bénéficie d'un financement régional sur 3 ans.

Il organise des séances d'information sur l'IVG médicamenteuse en ville, des formations rémunérées à l'attention des médecins libéraux, l'élaboration et la mise à disposition de fiches d'information destinées aux femmes, la gestion des conventions et l'exploitation statistique des fiches de liaison entre les médecins et les centres d'IVG. (Annexe 2 et Annexe 3)

VI. Justification de l'étude et objectifs

La question de l'IVG concerne l'ensemble des médecins généralistes car , même s'ils n'interviennent pas directement dans l'activité d'IVG, ils devront au moins être en capacité d'accueillir et d'orienter leurs patientes demandeuses d'une interruption de grossesse. D'après les estimations de l'INED, près de **40% des femmes auront recours à une IVG au moins une fois dans leur vie** (21).

Le vécu de l'IVG en ambulatoire est peu étudié et mal connu.

L'ARS en 2012, évoque dans son rapport un recueil de la parole des femmes insuffisant.(22) Elle recommande l'élaboration d'enquêtes qualitatives auprès des femmes ayant réalisé une IVG, qui pourraient étudier la qualité de la prise en charge. L'IGAS dénonce dans son dernier rapport que les données actuelles sur l'IVG en ambulatoire sont issues essentiellement du point de vue subjectif des professionnels de santé, et sont donc probablement non représentatives de l'expérience réelle des femmes. (19)

Enfin peu de données concernent le retentissement psychologique de l'IVG alors que cet argument est fréquemment mis en valeur par les opposants à l'IVG.

Les études retrouvées dans la littérature permettent d'émettre des hypothèses concernant les éléments pouvant influencer le vécu de l'IVG en ambulatoire, à savoir le parcours d'accès aux soins, l'attitude du premier contact rencontré, et la liberté de choix de la méthode.

Le délai de prise en charge et le nombre d'intervenants rencontrés avant la première consultation IVG jouent un rôle dans le vécu global de la prise en charge. L'HAS en 2010(14) recommande une prise en charge en 5 jours suivant le 1^{er} appel. En établissement de santé, la gestion des délais est actuellement mise en difficulté par la diminution du nombre de centres (fermetures des établissements privés pour cause de rentabilité) et le regroupement de l'activité dans les plus gros centres.(17)

Une étude publiée par l'INSERM en 2004 (41) montrait qu'il existait des répercussions sur l'accès à l'IVG en fonction **du 1^{er} professionnel contacté** : médecin libéral, structure hospitalière ou structure médico-sociale. Une autre étude de la même équipe (42) a ciblé son analyse sur l'influence de l'attitude du 1^{er} contact sur le parcours d'IVG , en définissant trois attitudes possibles de prise en charge initiale : **le soutien actif, l'orientation passive et l'absence de suivi.**

En fonction de celle-ci le parcours d'IVG prenait une tournure différente « *allant d'une prise en charge rapide et bienveillante jusqu'au véritable parcours du combattant* ».

Le rapport de l'IGAS(19)et l'HAS(14) rapportent eux **l'importance du choix de la méthode** dans la tolérance et le vécu de l'IVG. Ces données sont confirmées dans plusieurs études.(43)(44) La prise en charge en ville, par rapport à celle à l'hôpital, peut permettre aux femmes qui l'ont choisi de mieux le vivre.

L'étude de S.Désille Guirard (45) est une étude comparative avec l'hôpital. Elle conclut à un meilleur vécu de la méthode au domicile en terme de tolérance des effets secondaires et du ressenti au moment de l'expulsion.

L'enquête de C.Boulay (46) conclut après 20 entretiens réalisées avec des femmes après une IVG médicamenteuse en ville à un bon vécu global, avec comme élément déterminant l'environnement familial et intime.

Enfin **la prise en charge de la douleur** dans l'IVG médicamenteuse reste peu évaluée alors que les douleurs sont considérées comme quasiment systématique.(22)

L'HAS mentionne des facteurs de risque de survenue d'une douleur intense qu'il faudrait confirmer par des études: le jeune âge, la peur de l'acte, ainsi que d'autres facteurs de nature physiologique. (14)

Cette question semble peu considérée par mes médecins, comme en témoigne les fiches de liaison du réseau REVHO dans lesquelles les données sur la prescription d'antalgique sont absentes dans 94% des cas.(40)

L'objectif de ce travail de thèse était de recueillir des données, à travers le discours et l'expérience des femmes, pour mieux comprendre l'IVG en ambulatoire et explorer les facteurs qui influencent le vécu. Nous avons donc réalisé une étude qualitative de femmes ayant vécu une IVG en ambulatoire dans les 6 mois.

Nos recherches nous ont permis de définir les thèmes que nous voulions étudier.

-le vécu du parcours d'accès et les raisons du choix de la méthode :

les différents contacts, les moyens d'informations, les connaissances de l'IVG.

-Le vécu de la première consultation avec le MG qui réalise l'IVG: les thèmes abordés, la liberté de choix, les explications données sur la méthode, les effets secondaires, le vécu à l'annonce du délai de réflexion.

-le vécu de l'IVG au domicile: le moment de la prise au du domicile, et le ressenti par rapport aux douleurs, et à l'expulsion.

-La gestion après l'IVG: doutes, angoisses, disponibilité du MG.

-L'utilité de la dernière consultation à l'heure où l'on discute de la remplacer par un test urinaire: les thèmes abordés, l'abord psychologique, la contraception.

-Les propositions des femmes à posteriori pour améliorer la prise en charge de l'IVG en ambulatoire.

METHODES

1. Le type d'étude

Une enquête qualitative était plus adaptée à l'objectif d'analyse du vécu.(47) Elle a été réalisée selon la méthodologie décrite dans la littérature : entretiens semi-dirigés individuels avec enregistrement audio, puis retranscription manuelle.

2. La grille d'entretien

Elle a été établie en amont selon les thèmes que nous voulions explorer .

Elle comprenait tout d'abord une première partie d'expression libre de la femme sur « *son parcours de la décision d'IVG à la dernière consultation* » puis une seconde partie avec des questions sur les thèmes qui n'avaient pas été abordés spontanément par la patiente. Celle-ci a été modifiée après les premiers entretiens : deux questions non comprises ont été enlevées et 3 questions ont été ajoutées après l'analyse des premiers entretiens.

La grille d'entretien est présentée en annexe 6.

3. La réalisation des entretiens semi directifs

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone après accord des femmes.

Le choix du lieu de réalisation était laissé à la femme.

4. Les critères d'inclusion et le recrutement des femmes

Les patientes incluses **étaient des femmes volontaires sans limite d'âge, ayant réalisé dans les 6 mois une IVG médicamenteuse chez un médecin généraliste, en Ile de France.**

Le mode de recrutement des patientes a été réalisé en 3 étapes.

- Recueil de coordonnées de médecins généralistes réalisant des IVG médicamenteuses en ville en Ile de France (Par le biais du réseau des Bluets et de la SFTG) et proposition de participation.
- Recrutement des patientes volontaires par le biais des médecins.
- Prise de contact avec les patientes pour réaffirmer leur accord et fixer un rendez-vous.

Nous avons prédéfini d'interroger un maximum de 4 patientes par médecin.
Le recrutement avait pour but un échantillon raisonné, diversifié.

5. Technique d'analyse des données

Les enregistrements étaient retranscrits par l'enquêteur intégralement sur un support informatique de façon manuelle.

L'analyse a été réalisée sur la base de la **théorisation ancrée** qui consiste à partir des données des entretiens pour arriver à une théorie. Celle-ci comprenait une analyse verticale puis transversale des entretiens.(48)

L'analyse verticale correspond au découpage du texte en phrases évoquant une idée émise, puis ces phrases sont regroupées sous un mot clé: c'est la phase de CODAGE des entretiens en Unité Minimale de Signification ou UMS.

Ces codes sont ensuite analysés puis regroupés en grands thèmes, ce qui correspond à **l'analyse transversale** présentée dans les résultats de ce travail. Les extraits des entretiens sont cités en police Italique et encadrés (**verbatim**).

Au final, 18 entretiens ont été réalisés pour arriver à **saturation des données**. Les entretiens ont été relus par des « tiers neutres » afin de comparer le codage des données. Il y avait 4 relecteurs pour se partager les 18 entretiens : 2 relecteurs appartenant au corps médical (un MG pratiquant des IVG et l'autre non) et 2 relecteurs non professionnels de santé.

RESULTATS

A. Les médecins participants.

Onze médecins ont été contactés et deux n'ont pas répondu. **Au total, 9 médecins généralistes** ont participé à l'étude.

Les caractéristiques des médecins et de leur activité sont résumées dans le tableau en Annexe 7.

Ils étaient 7 femmes et 2 hommes. La majorité exerçait dans Paris intra Muros (N=6), contre 3 médecins en Seine et Marne (77). La moyenne d'âge était de **49 ans** et l'écart type de 34 à 62 ans.

Ils pratiquaient tous une activité de gynécologie dans leur pratique courante notamment **la prescription de la contraception orale. Le suivi de grossesse** et la réalisation des **FCV** sont retrouvés dans la pratique de 8 médecins. Six médecins sur 9 pratiquent la pose et le retrait **d'implants ou de DIU**.

La majorité des médecins pratiquent 1 IVG/ mois (N=5). Trois en réalise plus de 4/mois et une en réalise 3/mois en moyenne. Le MG N°8 se démarque par une activité importante (2 IVG par semaine) que l'on peut relier à une activité partielle au MFPP qui lui adresse de nombreuses patientes.

B. La population d'étude

Vingt-sept coordonnées de patientes ont été récupérées par le biais des médecins participants. Neufs coordonnées n'ont pas abouti à un entretien et donc au total **18 patientes** ont participé.

- 1 patiente a refusé. (refus de l'enregistrement)
- 1 patiente était non joignable: faux numéro ?
- 2 patientes n'ont pas répondu
- 5 patientes ont annulé après la prise de Rendez-vous.

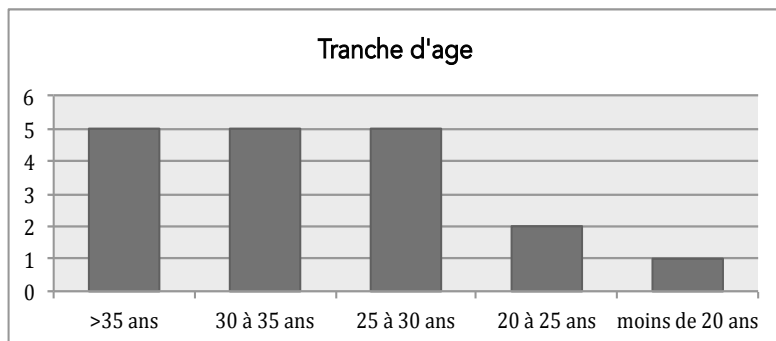
Tableau 1. Données concernant les femmes participantes

CODE PATIENTE	AGE	PROFESSION	VILLE D' HABITATION	SITUATION DE VIE	DATE IVG/ ENTRETIEN	ATCD GYNECOLOGIQUES	SECU/ MUTUELLE	CODE MEDECIN	CONTRACEPTIF AU MOMENT DE L'IVG
A	19	Etudiante	Paris 10	Couple	5 mois	0	Oui/ NON	MG N°1	Pilule OP
B	32	Adjoint administratif	Bussy St Georges (77)	Mariée 3 enfants	4 mois	IVG 2007 aspiration, 2 FCS	OUI/ OUI	MG N°1	DIU au cuivre
C	32	Manager	Paris 9	Couple 1 enfant	3 mois	0	OUI/ OUI	MG N°1	Pilule OP
D	34	Aide soignante	Savigny le temple (77)	Couple 2 enfants	15 jours	IMG 2007	OUI/ OUI	MG N°2	Arrêt pilule OP- préservatifs
E	29	Restauration	Paris 20	Couple, 1enfant	1 mois	IVG aspiration 2008-Tunisie	OUI/ OUI	MG N°3	Arrêt pilule OP- non remplacé
F	38	Enseignante	Paris 20	Célibataire	1 mois	0	OUI/ OUI	MG N°5	PRESERVATIFS
G	43	Assistante de direction	Magny le Hongre (77)	Couple, 1 enfant	2 mois.	0	OUI/ OUI	MG N°7	DIU au cuivre
H	27	Cuisinière	Paris 16	Couple	1 mois	0	OUI/ OUI	MG N°3	Pilule OP
I	33	Assistante achat	Romainvillier (77)	Mariée, 2 enfants	3 mois	FCS 2009	OUI/ OUI	MG N°7	Pilule OP- retrait DIU 2 mois.
J	29	Photographe	Paris 10	Célibataire	3 mois	0	OUI/ OUI	MG N°6	PRESERVATIFS
K	28	Stylisme	Paris 19	Célibataire	1 mois	IVG médicament euse (2009)	OUI/ OUI	MG N°6	PRESERVATIFS
L	21	Etudiante comptabilité	Paris 20	Couple	4 mois	0	NON/ NON	MG N°8	Pilule OP
M	38	Ostéopathe	Ivry (94)	Mariée, 3 enfants	1 mois	IVG médicament euse (1999)	OUI/ OUI	MG N°8	Arrêt de DIANE 35/ Non remplacée
N	25	Journaliste (stagiaire)	Paris 3	Célibataire	6 mois	0	NON/ NON	MG N°1	PRESERVATIFS
O	38	Consultante	Paris 10	Pacs, 1 fille	1 mois	3 FCS	OUI/ OUI	MG N°8	Pilule OP (oublis-mauvaise tolérance)
P	22	Etudiante	Paris 10	Couple	1 mois	IVG aspiration (2012)	OUI/ OUI	MG N°6	Arrêt pilule OP 3 ^{ème} génération
R	32	Assistante de direction	Lognes (77)	Mariée, 2 enfants	1 mois.	IVG médicament euse (2012)	OUI/ OUI	MG N°9	Préservatifs (oublis de pilule)
S	40	Pharmacienne	(77)	Mariée, 3 enfants	2 mois.	0	OUI/ OUI	MG N°7	Préservatifs Attente de DIU

○ L'âge

L'âge des patientes était de 19 à 43 ans avec un âge moyen à 30 ans.

Les plus de 30 ans représentent plus de la moitié de l'effectif (N=10)



○ La situation de vie personnelle

Quatorze patientes sur dix-huit étaient en couple dont 10 avec enfants et 4 sans enfant

Les célibataires étaient au nombre de 4.

○ Les antécédents gynécologiques

Un antécédent d'IVG est retrouvé chez 6 patientes : 3 par voie médicamenteuse et 3 par aspiration.

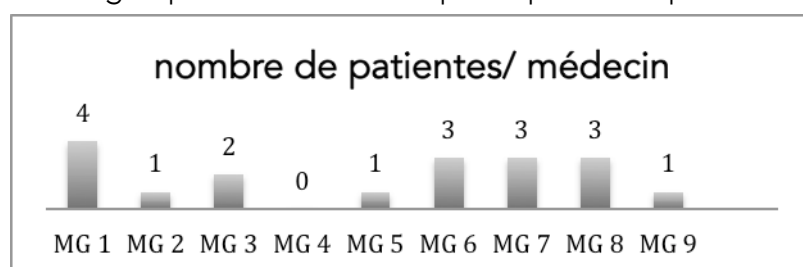
Trois patientes avaient des antécédents de FCS et une patiente avait un antécédent d'IMG.

○ Prise en charge des soins

Seules deux patientes n'avaient pas de prise en charge par la sécurité sociale (changement de statut en cours et étudiante étrangère). Une patiente étudiante était sans affiliation à une Mutuelle.

○ Répartition des médecins par patiente

Le nombre de patientes par médecin était variable allant d'aucune patiente interrogée pour le MG N°4 à quatre patientes pour le MG N°1.



- **Le recours au médecin traitant lors du parcours d'IVG.**
(Voir tableau Annexe 8)

Au moment des entretiens : quatre patientes avaient pour médecin traitant déclaré le médecin qui les a pris en charge. Pour deux de ces patientes, le choix du Médecin traitant s'est fait suite à la prise en charge de l'IVG.

Sur les 18 femmes : 15 avaient un médecin traitant déclaré (dont 3 n'étaient pas en IDF). Il y avait donc 12 femmes pour qui le médecin traitant était accessible au moment de la décision ou du parcours d'IVG.

- **3 femmes seulement ont contacté leur médecin traitant** au moment de la décision d'IVG : 2 ont été prises en charge par leur MT, 1 a été orientée par son MT.

- **9 femmes n'ont pas contacté leur médecin traitant :**

- 7 femmes ont contacté leur gynécologue habituel en 1^{er} lieu.
- 2 femmes n'avaient pas de gynécologue habituel. Elles se sont dirigées vers le Planning Familial en 1^{er} contact.

Les 3 femmes qui n'avaient pas de MT ni de gynécologue habituel et se sont toutes tournées vers un médecin de proximité.

Les 3 femmes dont le MT n'étaient pas en Ile de France se sont dirigées pour 2 d'entre elles vers un médecin de proximité, pour 1 vers un Planning Familial.

C. Les entretiens semi-directifs

La date, lieu et durée des entretiens sont détaillés en l'Annexe 9

Les entretiens se sont déroulés **du 8/04/2013 au 27/08/2013**. Ils duraient de 22 minutes à 47 minutes, avec une moyenne de 36 minutes.

Douze entretiens ont été réalisés dans un lieu public, les autres sur le lieu de travail (N=4) ou au domicile (N=2).

D. Analyse transversale des entretiens

1. LA DÉCISION d'IVG

1.1 Le contexte de survenue de la grossesse non désirée

La grossesse non désirée est survenue majoritairement après un **changement ou un arrêt contraceptif**. (Me E, I, N, M, P, S)

Me E : *Il me l'a arrêtée sans me donner un autre contraceptif pour la remplacer. Et puis il a suffit d'un mois, pour que je tombe enceinte !*

Me M : *c'est pas un oubli de pilule qui m'est arrivé mais un arrêt de pilule, j'étais sous DIANE 35 et donc je l'ai arrêtée, voilà... j'ai pourtant vu ma gynécologue entre temps, je devais commencer une pilule, on a eu un rapport non protégé, j'ai pris la pilule du lendemain mais bon...*

Quand le médecin est à l'origine du changement contraceptif les femmes évoquent une responsabilité partagée avec le corps médical. (Me O)

A noter que deux patientes Me P et Me M ont arrêté leurs pilules dans le contexte polémique et médiatique sur les dangers de la pilule de 3^{ème} Génération.

Me O : *C'est sûr que c'était une connerie, un oubli de contraception ; je l'oublie parce que ça me donne mal a la tête ; et en même temps mon gynécologue a refusé de me poser un stérilet parce que sur mon terrain ça risquerait d'abimer l'utérus... alors voilà je suis pas complètement demeurée sur le sujet.*

Dans le cas d'un oubli de pilule, la grossesse est rattachée à « accident », ou à une situation de « malchance ».

Dans le cas d'un accident de préservatif ou de l'absence de moyen contraceptif les mots employés sont alors plus dépréciatifs comme « faute » ou « erreur ». (Me N, K)

L'abord par le médecin du contexte de la grossesse lors de la première consultation est alors vécu comme culpabilisant ou « moralisateur ». (Me N)

Me N : *J'ai l'impression qu'il essayait de faire ressortir les conséquences de mon erreur, de mettre un lien entre ce que j'avais fait « avoir le rapport sans protection » et la grossesse et donc l'IVG. Il m'a fait un peu de morale. Je me sentais un peu prise comme une petite fille bête, je sais très bien que c'est bête mais on est humain, on fait des fautes mais j'avais pas besoin de morale mais besoin d'aide.*

Deux grossesses **sont survenues sur stérilet**. Ces situations sont vécues comme une injustice. Elles expriment le besoin d'une prise en charge urgente et un sentiment « de dette » du corps médical. (Me B, Me G)

Me G : *Puisque c'est aussi une des choses que je reproche à mon gynécologue : elle me met un stérilet il y a des années et puis elle n'a jamais rien contrôlé par écho et après elle peut pas en assumer les conséquences !*

1.2 Justification de la décision d'IVG

La décision d'IVG est justifiée spontanément par plus de la moitié des femmes au cours de l'entretien par leur situation **de vie personnelle ou professionnelle, ou les enfants en bas âge**.

Me A : *Ça n'a pas été trop dur pour moi, j'ai 19 ans, je suis en plein dans le début de mes études, voilà.*

Me C : *C'est vrai que c'est une décision pas facile à prendre, mais on avait pris notre décision, on avait la petite, j'étais pas prête à en avoir un deuxième, il y avait trop de facteurs comme quoi j'étais pas prête...*

Le rapport à la maternité est évoqué de façon différente selon les femmes : certaines désirant rappeler le fait « d'être mère » et non pas seulement « avorteuse » (Me R), d'autre soulignant une séparation nette entre l'IVG et leur maternité passée. (Refus de se rendre dans l'hôpital où elles ont déjà accouché)

Me R : *D'ailleurs j'aime bien dire que j'ai 2 enfants quand je dois parler de mes IVG... aux infirmières ou aux gens avec qui je dois l'évoquer. Je leur dis vous savez j'ai 2 enfants, je venais d'accoucher et puis je pouvais pas le garder... j'ai envie de me justifier parce que je sais que c'est pas très bien de faire ça.*

Me I : *Et puis à l'hôpital j'y suis allée que pour accoucher donc c'était hors de question !*

La décision semble vécue **comme moins justifiée** si « la situation de vie est établie ». Elles évoquent alors la peur du jugement de l'entourage et **le poids de la norme sociétale** : « le bon âge et la bonne situation de vie pour avoir un enfant ».

Me I : *Je n'en ai parlé à personne parce que clairement j'ai honte. On est un couple établi, on a 2 enfants : alors pourquoi on l'a fait ? Mais on n'a pas envie d'un jugement.*

Me k : entre 25 et 30 ans, c'est un âge où on peut avoir des enfants et par rapport à la société, c'est un « bon âge », même si pas forcément le bon moment...

Une seule femme parle **du droit à l'IVG** quand elle parle de sa décision.
Une femme *Me l* parle d'**une décision de couple** plus qu'une décision personnelle, en évoquant ce que lui a « imposé physiquement » son mari.

1.3 Sentiments par rapport à la prise de décision.

Les sentiments de doute et d'ambivalence (*Me L*) par rapport à la décision sont retrouvés chez plusieurs patientes.

Me B et *Me H* disent avoir eu un doute jusqu'à la prise des médicaments.

Me N s'exprime sur l'apparition de ces sentiments même après une décision certaine. C'est la seule fois au cours de tous les entretiens où le mot « bébé » est employé.

Me N : ça a toujours été clair dans ma tête mais effectivement quand ça arrive j'ai plus réfléchi que ce que je pensais avant que ça arrive. Pourtant j'étais sûr a fond que c'était la bonne décision pour moi, j'étais pas capable financièrement et c'est pas la vie que je veux pour un enfant. Et en même temps il y a des sentiments qui viennent, c'est physique de s'attacher à ce bébé.

Me B : Sur le coup on a quand même la peur d'y aller... en fait parce qu'on se demande toujours si c'est pas une erreur qu'on fait, mais bon.

Me H : La décision on la prend mais c'est toujours difficile, même le jour « J » devant la porte du cabinet, je ne savais pas trop si j'y allais ou pas.

Une seule patiente avec un antécédent d'IVG s'exprime sur la répétition d'une nouvelle IVG.

Me K : Puis j'ai appelé le MG N°6 tout de suite, parce que même si j'ai un peu honte que ça m'arrive de nouveau, avec elle je sais que ça passe bien.

1.4 Après la décision : l'urgence ressentie

Le sentiment d'urgence à la prise en charge est ressenti par beaucoup. Elles l'expliquent par des raisons médico-psychologiques : ne pas dépasser les délais et ne pas s'éterniser dans cette période difficile psychologiquement.

Les femmes ressentent le besoin de voir un médecin en urgence pour être rassurées et orientées au minimum devant cette situation inattendue.

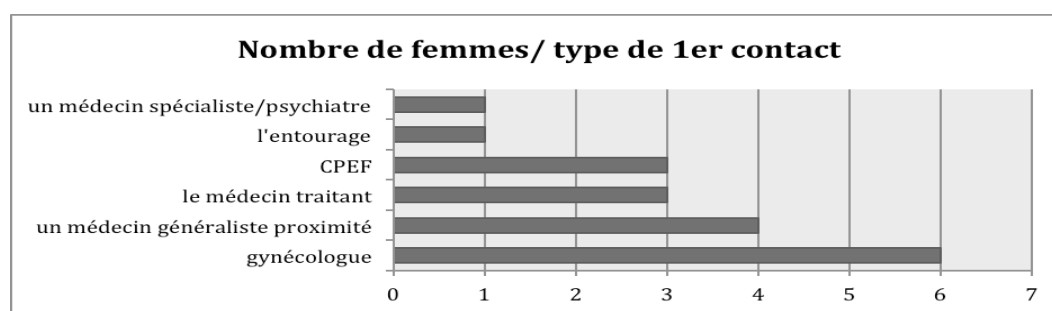
Me G : *Moi je voulais aller vite, pas attendre. « Pourquoi le délai de 7 jours » : moi ça y est, ma décision elle est prise, je vais bien, c'était sur stérilet donc la question se posait même pas de le garder ou pas le garder.*

Me J : *Et de toute façon quand on apprend ces choses-là et qu'on n'a pas envie de le garder, on n'a pas envie que ça s'éternise...*

2. LE PARCOURS D'ACCES AUX SOINS

2.1 Le 1^{ER} contact

Les femmes interrogées se sont dirigées en premier lieu vers des contacts différents qui ont modifié en fonction de leurs attitudes le vécu du parcours d'accès aux soins.



Plusieurs femmes ont eu le réflexe de regarder sur **Internet** pour rechercher des informations générales (délais, méthodes, lieux de prise en charge) mais seules 2 femmes se sont orientées grâce à leurs recherches vers un CPEF. (*Me F, et Me I*)

Le gynécologue habituel est en majorité (N=6) le 1^{er} contact des femmes après une décision d'IVG. Pour les femmes, ce dernier est a priori à même de le prendre en charge. (*Me O, Me G*)

Seules 2 patientes sur 6 ont été orientées de façon adaptée et éclairée par leur gynécologue. (*Me S, Me R*) Pour les autres un **sentiment d'abandon** voir un **sentiment de rejet** est exprimé quand le gynécologue habituel ne répond pas à leur demande de prise en charge ou d'orientation. (*Me C, G, O*)

Me C : Et là elle me dit qu'elle ne peut pas pratiquer ; là je vous avoue que je suis tombée un peu de haut... J'étais déçue de ne pas être orientée initialement, qu'elle ne me guide pas... J'ai perdu 10 jours.

Me G : J'ai donc eu son assistante qui m'a gentiment répondu que ma gynécologue ne s'occupait absolument pas de ça... Je trouve ça hallucinant que tous les gynécologues ne pratiquent pas cette méthode, ça rapporte pas peut être ; mais bon s'ils ne peuvent pas vous prendre en charge quand il y a vraiment un problème... Ça sert à quoi ??

Le médecin généraliste traitant n'est le 1^{er} contact que dans le cas où il assure le suivi gynéco de la patiente. (Me D, Me K, Me E) Sinon il n'est pas contacté et les femmes se dirigent alors vers un médecin généraliste de proximité, un Planning Familial, ou un établissement de santé. (Me A, H, N, P)

Quatre femmes expliquent qu'elles n'auraient pas contacté leur médecin traitant pour une IVG (Me S, Me R, Me G, Me M) car :

- Elles ne parlent pas de leurs problèmes gynécologiques avec leur généraliste
- Elles n'ont pas une relation assez intime avec lui pour parler de ça
- Elles ne pensaient pas qu'il avait les connaissances sur la prise en charge des IVG, qu'elles considèrent comme un domaine spécialisé.

Me S s'étonne d'ailleurs que certaines femmes soient prises en charge par leur généraliste sur le plan gynécologique.

Me L : Non, c'est mon médecin de famille, alors...je ne savais pas si il pourrait m'aider, et puis il me connaît depuis que je suis toute petite.

Me I : pour tout ce qui est gynéco, je passe par un gynéco. Là je n'en avais plus et c'est pour ça que je suis passée par le Planning Familial au départ.

Me O : « pour moi, les généralistes ne prenaient pas en charge ce genre de problème »

L'entourage permet l'orientation initiale pour une seule femme. (Me L)

Me L : Le lendemain j'ai appelé ma sœur en pleurs, parce qu'elle a déjà fait une IVG il y a quelques années. Je lui ai expliqué, elle m'a dit « t'inquiète pas ça arrive, c'est pas grave » ; elle m'a dit « attends je vais appeler le Planning Familial pour voir comment ça se passe et je te rappelle ». Puis elle m'a dit « cet après-midi tu peux aller au Planning.

Les CEPF sont contactés en premier si les femmes n'ont pas de gynécologue habituel. L'orientation se fait par le biais d'Internet ou par connaissance personnelle de ces structures. (Me F, I, J, L) .Cependant, elles évoquent **des freins** à la prise en charge en CPEF: les horaires d'ouverture limités, et l'absence de communication d'information par téléphone qui les obligent à se déplacer.

Me J : Ils m'ont dit leurs horaires d'accueil mais c'était compliqué.

Me H : Vu mes horaires de travail, je travaille de 7h30 à minuit et je peux pas m'arrêter, du coup c'est mon copain qui a appelé. Il s'est fait envoyer « balader », l'accueil n'a pas vraiment été très sympa.

Me M : Donc je suis allée directement sur place parce que je n'arrivais pas à les joindre... On m'a donné un rendez-vous une semaine après en me disant qu'il fallait que j'ai un mot d'un médecin (...) On m'a rien dit, j'ai vu une dame qui m'a dit : « il n'y a qu'un médecin qui peut vous donner des infos samedi, pas plus, aucune prescription, aucune information ».

Certaines parlent d'un lieu moins adapté pour les femmes « plus âgées », plutôt un « **lieu pour les ados** » où elles ont peur d'être juger.

Me B : Et aussi la différence d'âge, car il y avait beaucoup d'adolescentes. Je n'ai pas trop aimé cette ambiance et j'ai eu l'impression de jugement. (NB : elle parle de sa 1^{er} IVG)

Me I : Ben, j'ai 33 ans et je suis mariée. Je suis à 200% pour le Planning dans des cas de femmes jeunes pour qui c'est plus adapté. Moi je peux aller voir un médecin.

Me N : Et puis pour moi le Planning, c'est un truc de gamine larguée qui ne sait pas prendre une contraception...

L'expression d'un jugement, l'absence d'orientation éclairée ou le refus de prise en charge du 1^{er} contact renvoie à la femme une image négative de sa décision, et le parcours ultérieur est alors souvent compliqué. (Me B, C, H, N, P)

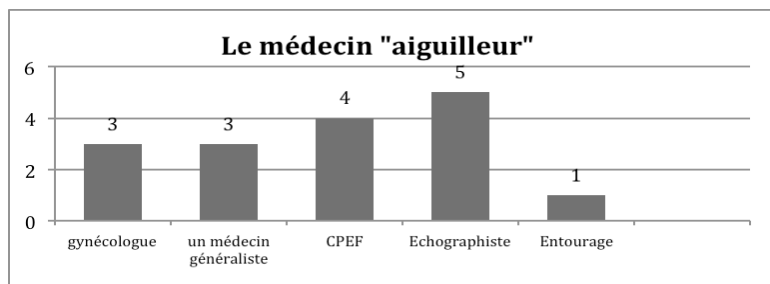
Me H : Puis quand je lui ai expliqué ma décision, elle a fait une tête « genre c'est pas bien » mais je vais quand même vous donner le numéro du planning... On voyait bien son point de vue, même si elle n'est pas censée le donner ... Il y a eu plusieurs échecs : les gynécos répondaient que je n'étais pas sur leur liste de patientes et qu'elles ne pouvaient pas me recevoir même si je donnais le motif [...] C'était vraiment la galère, j'avais l'impression d'être rejetée et seule à me démerder.

Me N : Il m'a rien dit mais franchement c'était lourd et j'ai culpabilisé ... Bref il m'a fait comprendre que c'était une connerie ; il a rien dit mais moi ça m'a plombé ! Il m'a quand même orienté parce que je lui ai demandé et il m'a dit d'aller dans un hôpital Parisien.

2.2 Les différents intervenants

Les femmes ont été orientées vers le MG qui les a pris en charge par un intervenant « aiguilleur ». Pour cinq d'entre elles, c'est l'**échographiste** qui les a orienté. Celui-ci est souvent décrit comme « la personne qui les sort de la mauvaise situation ». Cet

intervenants illustre bien la qualité d'un travail en réseau et est vécue comme rassurant pour les patientes.



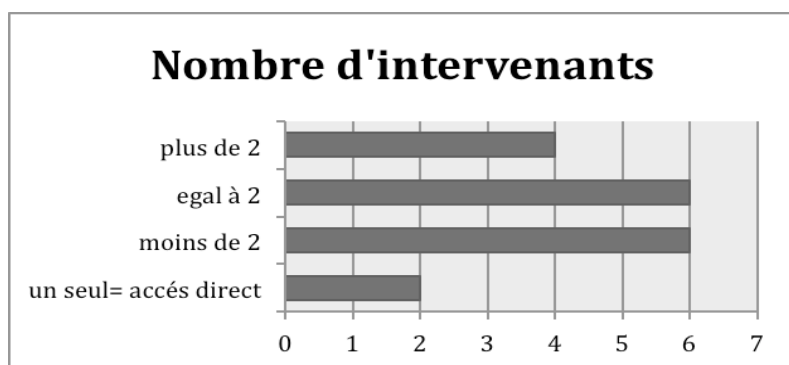
Me B : *Finally c'est l'échographiste qui m'a donné une feuille avec toutes les adresses de la région parisienne, des hôpitaux et des médecins de ville.*

Me C : *J'ai donc rappelé l'échographiste qui m'avait dit qu'il avait des contacts, et il m'a donné le contact du MG N°1.*

Le vécu est influencé dans notre étude par le nombre d'intervenants rencontrés, qui conditionne l'accès et donc le délai au MG qui va les prendre en charge.

Quand le nombre d'intervenants est supérieur à deux (N=10), le parcours est qualifié de compliqué. Deux témoignages parlent même de « *parcours du combattant* ». (Me A, Me O)

Les autres ont eu un parcours de moins de 2 intervenants (N=8) décrit comme « facile », avec des délais courts de moins de 8 jours. Chez les patientes avec un parcours assez simple, on retrouve la notion de « *chance* », « *de tomber sur la bonne personne, au bon moment* ».



Me P : *La première fois, je l'ai très mal vécu par le fait d'attendre et de multiplier les rendez-vous.*

Me O : *Bref très compliqué, j'avais vraiment l'impression d'être dans les années soixante, à finir à l'étranger, avec une aiguille ! Du délire ! C'était un parcours du combattant vraiment ! Et puis c'est vrai qu'au départ, médecin en ville, je me suis dit ça fait un peu je*

*vous prenez entre minuit et une heure du matin en cachette ; c'est ça que ça donne !
Finalement on se demande si c'est autorisé par la loi ou pas ?*

A noter que 2 femmes ont eu un accès direct au MG qui les a prises en charge car c'était leur médecin traitant et qu'il réalisait des IVG (**Me D, Me K**) : l'accès et la prise de rendez-vous sont alors plus simples, ainsi que la coordination des examens complémentaires (**Me D, Me K**).

Me D : *Elle a anticipé initialement ce que je voulais faire si c'était positif et donc elle a organisé mes examens dans cette optique pour qu'ils soient faits rapidement. J'avais des adresses pour le laboratoire et l'échographie.*

2.3 Le choix de la méthode

a) Le choix de la prise en charge en ville

Les arguments principaux sont **une fuite de l'hospitalisation** rajoutant un côté « *plus dramatique* » à la prise en charge (bloc opératoire, peur de l'anesthésie) ainsi que **les délais plus longs** à l'hôpital. (**Me A, P, F, G, H, I, J, M**)

L'**intimité** du domicile, et l'**anonymat** que permet la prise en charge en ville sont recherchés par les femmes, qui considèrent souvent l'IVG comme un acte secret. Elles redoutent le **regard des autres** dans les structures hospitalières, et notamment dans les structures où il n'y a pas de lieu dédié à l'IVG (lieux mêlant les femmes enceintes et les IVG souvent mal vécus).

Me P : *Ben y avait surtout le fait que l'hôpital c'est plus compliqué il faut prendre un rendez-vous puis attendre, je sais comment ça se passe ; et puis en attendant on voit bien que ça évolue et ça c'est dur.*

Me I : *C'est simple j'avais pas envie d'aller à l'hôpital. Peut-être pas envie du regard des autres...*

Me M : *Ça évite d'être dans ce contexte hospitalier où on n'est pas mal jugé, où il n'y a pas d'intimité, c'est un peu particulier quand même, on se sent un peu démunie...*

Me C : *Donc c'est vrai que pour moi c'était mieux de rester dans ce cadre intime, car c'est intime. Pas envie d'en parler et donc à domicile ça a pu rester un secret.*

Elles parlent aussi du bénéfice **de la proximité** et d'avoir un **interlocuteur unique** dans la prise en charge en ambulatoire. (Me A, G, I, J, M)

Me A : *Le fait d'avoir eu ce médecin jusqu'au bout est plus personnalisant, et plus facile, ne pas avoir à raconter son histoire à chaque fois, savoir sur qui on tombe jusqu'au bout.*

Me J : *Et puis c'est intéressant d'avoir la même personne, qui s'intéresse à son patient, qui suit jusqu'au bout, et qui fait pas ça juste ça comme ça « à la chaîne ».*

b) Le choix de la méthode médicamenteuse

Le **délai** plus rapide de réalisation de l'IVG médicamenteuse est souvent un critère de choix des médicaments. (Pour des raisons techniques et de sécurité, il faut attendre 7 à 8 SA pour réaliser une aspiration)

Mais en dehors des questions de délais, elles voient les médicaments comme une « **méthode plus naturelle** » et qui permet à la patiente d'être **consciente** de ce qu'elle vit. La question de la douleur comme punition sous-jacente peut se poser dans certains discours.

Me M : *Et puis se faire anesthésier pour pas vivre ça... Non la douleur faisait partie éventuellement du processus ; pas comme une punition, pas du tout mais c'est la suite de « l'erreur » si je peux dire.*

Me J : *Je me dis que si ça s'était passé à l'hôpital je n'aurais pas ressenti la même chose, et le fait qu'il y ait justement une machine aussi, un corps étranger qui interagit... Donc finalement les médicaments c'est plus naturel. Je pense que c'est bien d'être conscient de ce qui se passe, de ce qui s'est passé.*

Les médicaments sont aussi vus par d'autres comme «**moins traumatisants**», «**plus faciles**», «**moins officiels**».

Me C : *Moi je voulais pas parce que j'avais peur que ce soit trop traumatisant... (l'aspiration) Pour moi ça a permis de ne pas marquer le truc, je voulais que ça soit plus tranquille, moins officiel, enfin je sais pas plus facile.*

Me F : *Pourquoi ? Parce que moins traumatisant, même si au final, de manière préconçue je voyais ça comme moins traumatisant, maintenant je ne sais pas.*

Me N : *Que l'aspiration ça a l'air plus sévère, plus traumatisant. Les médicaments c'est plus facile, plus confortable, moins de soucis.*

c) Le libre choix

En majorité les patientes disent avoir eu le choix de la méthode. Pourtant deux patientes ne pensaient pas pouvoir faire l'aspiration en raison du délai. (Me I, Me L) Ont-elles eu l'information sur la possibilité d'attendre pour faire une aspiration ? Me R et Me S semblent avoir été orientées vers le MG qui réalise des IVG médicamenteuse sans avoir eu une information sur les autres possibilités.

Me R : *Non il m'a orientée vers ce médecin... Je crois qu'il m'a pas parlé de l'hôpital ; moi je lui ai posé la question en lui disant « ah bon je ne suis pas obligée d'aller à l'hôpital » et il m'a répondu « non vous pouvez le faire chez vous, vous allez voir le médecin, et il vous expliquera et vous donnera les médicaments et vous serez tranquille chez vous après. »*

Seule une patiente (Me L) dit avoir choisi la méthode médicamenteuse **par défaut** en raison d'une absence de Sécurité Sociale. Elle appréhendait « *la peur des saignements, de la douleur et de tout voir* ».

L'entourage, ou le vécu d'expérience similaire par des proches influencent le choix, avec parfois des fausses idées notamment sur les risques de stérilité avec la méthode chirurgicale.

Me N : *J'ai eu des conseils de mes copines qui avaient fait un avortement avec des médicaments et elles m'ont dit que c'était le moins risqué par rapport à l'aspiration, par rapport au fait d'avoir d'autres enfants plus tard.*

2.4 Les connaissances de l'IVG et les moyens d'informations

Sur l'ensemble des témoignages, aucune ne connaissait avant leur IVG la possibilité de faire des IVG en ville chez un Médecin Généraliste (excepté les 2 patientes ayant déjà été prises en charge par un MG pour une IVG antérieure).

Elles pensaient que la prise en charge des IVG se réalisait à l'hôpital, par des gynécologues, ou dans les « Planning Familiaux ». A posteriori, elles pensent que c'est la compétence en matière d'IVG qui compte plus que la spécialisation.

Les deux méthodes étaient dans l'ensemble connues des patientes, mais pas les détails pratiques de la prise en charge (délai, lieu, protocole) .Me S, pharmacienne, dit connaître les médicaments mais ne pas avoir plus de connaissances sur l'IVG.

Les connaissances générales de l'IVG sont issues des expériences des « autres » surtout, des médias un peu, mais aucune n'évoque le souvenir d'une intervention scolaire ayant parlé de l'IVG. Beaucoup évoquent le fait de ne pas s'y être intéressées car « *elles ne se sentaient pas concernées auparavant* ».

Elles retirent de leurs recherches sur **Internet** :

- Un bon moyen d'information sur les techniques d'IVG, notamment sur les sites officiels.
- Mais qui ne leur a pas été utile pour les informations pratiques sur les personnes à joindre, et l'orientation initiale.

Les forums et témoignages d'autres femmes ne sont pas consultés : ils sont vus comme peu fiables, voir mensongers. Aucune ne me relate d'expérience malheureuse sur des sites anti-IVG.

Me N : J'ai surtout cherché à voir un médecin tout de suite qui pourrait me répondre, parce que j'ai trouvé pas mal d'infos sur internet mais des infos très différentes, et j'arrivais pas à faire le tri.

2.5 Le délai de réflexion de 7 jours

Même si ce dernier est souvent mal vécu sur le moment, à distance elles trouvent des points positifs à cette obligation:

- Il permet notamment **de poser les choses**, après une première consultation jugée stressante à cause de la peur « du délai dépassé »
- **La possibilité de pouvoir changer d'avis** et de laisser le temps à la discussion avec le conjoint si c'est une décision de couple.

Me F : Je pense que c'est essentiel ; parce que moi par exemple j'étais sûre le jour où je suis allée au Planning et dans la semaine j'ai eu un petit doute. Ça laisse le temps de se poser la question... Sur le coup de la décision on peut la prendre je pense comme une décision réflexe comme ça qui ne sera pas forcément la même 15 jours après.

Me G : Mais finalement je pense qu'il y a une utilité car vous êtes quand même psychologiquement... vous vous attendez pas à ça, vous êtes dans un état de stress ; et il faut laisser cette semaine pour être plus calme, plus sereine avec cette décision.

Me I : Ça aussi permis de nous expliquer complètement sur son choix et le mien, la décision de couple, lui ce qu'il voyait pour après...

D'autres l'ont jugé inutile voir néfaste car :

- **trop long** (Me B, Me J) rallongeant une procédure déjà longue.
- Non indispensable si la décision est prise. (Me D, Me B)
- Dououreux à cause de la situation de doute qui peut s'installer. (Me H, M, F, O)

Me D : A partir du moment où j'ai fait cette démarche c'est que ma décision était prise, j'en avais déjà parlé avec mon compagnon... Moi dans ma situation j'étais vraiment prête, je voulais vraiment en finir ; dans mon cas ma décision elle était prise dès le 1^{er} rendez-vous

Me M : moi personnellement j'en avais pas besoin, et j'avais envie d'en finir. C'est vrai que quand on a pris la décision c'est difficile d'attendre ; c'était ce qui était le plus difficile : on sait qu'on est enceinte, et qu'on va faire ce truc-là, c'est pas anodin non plus... enfin il me semble qu'après on peut basculer de l'autre côté parce qu'on est plus dans l'émotionnel qu'autre chose.

Me L : Je pense que c'est bien et pas bien, ça permet de poser le pour et le contre mais aussi après si on doute trop, on se sent un peu coupable de faire une IVG. C'est vrai que j'ai l'impression que si j'avais fait l'IVG tout de suite après l'avoir su je n'aurais pas pensé à tout ça... ça aurait été plus facile.

Quatre patientes ne se prononcent pas en préférant évoquer le cas par cas : « dans ma situation actuelle ce n'était pas la peine, mais si j'avais été plus jeune, si je n'avais pas eu encore d'enfant... »

Me S : Pour moi c'était pas utile mais je trouve ça bien si on hésite, si on est plus jeune. Si c'était il y a 10 ans, que je n'avais pas mes enfants, oui j'aurais eu besoin de ce délai de réflexion.

3. La PREMIÈRE CONSULTATION AVEC LE MEDECIN GENERALISTE

3.1 L'Attitude du médecin

Trois éléments sont remarqués comme importants dans l'attitude du médecin lors de la première consultation pré-IVG.

- Que le médecin affirme la possibilité pour la patiente d'exprimer ses choix, ses doutes, et ses angoisses. (Me C, E, K)

- Qu'il transmette dans son discours une absence de jugement, et une neutralité. (Me H, M)
- Qu'il établisse un climat de confiance et de bienveillance. (Me C, A).

Me C : *Il m'a posé des questions, justement parce qu'il travaille sur le psychisme ; Il voulait que ça soit un acte choisi, volontaire et décidé. Il m'a dit que si je revenais sur ma décision, il était disponible.*

Me H : *Elle était vraiment claire sur la technique et surtout calme, gentille et sans prise de parti (par rapport au 1^{er} médecin que j'avais vu) que ça soit oui ou non je savais que ça irait.*

Me K : *J'étais plutôt assez contente d'avoir un médecin qui assume de faire ça, qui ait l'expérience, que je puisse faire ça en ville et que j'ai le choix, et que ça se passe aussi rapidement.*

Me M : *Elle ne m'a pas guidée dans son choix à elle, j'ai senti aucun jugement et ça m'a confortée dans mon choix ; parce que je l'ai trouvé très humaine... enfin voilà je me suis sentie vraiment accompagnée...*

3.2 Les sujets abordés

Pour l'ensemble des femmes, les explications sur le déroulement de l'IVG étaient claires et suffisantes. L'information écrite délivrée à la patiente était rassurante. (Feuillet IVG comprenant la fiche de liaison, les effets secondaires, les signes d'alertes, les numéros du médecin et du centre hospitalier référent). Deux patientes ont trouvé délicat que le médecin revienne sur les raisons de la grossesse non désirée comme délicat.

Me R ne voulait pas initialement de discussion lors de la 1^{er} consultation et pensait pouvoir faire ça « vite fait bien fait ».

Me P : *Mais elle m'a demandé « qu'est-ce qui vous est arrivé » et c'est un peu bizarre comme question, un peu intime. Je trouve ça pas très bien posé, après elle m'a demandé si j'étais en couple... Je sais pas si il y a de meilleure manière de l'aborder mais là on le vit un peu comme une demande de justification.*

Me R : *Moi j'ai trouvé ça trop long, j'avais pas trop envie ... J'avais envie d'expédier un peu le truc... Enfin comment on fait ? Donnez-moi le médicament, je l'avale et puis c'est bon mais il m'a dit que c'était pas possible « on fait pas ça vite fait après le boulot ».*

Les patientes disent que la question **des violences** n'a jamais été posée lors des consultations. En effet à ma question « **avez-vous abordé les violences avec le médecin?** », les réponses étaient toutes négatives, brèves, et les réactions étonnées.

Trois des relecteurs n'ont pas compris « l'intérêt de la question » et m'ont soumis les remarques suivantes : de quelles violences parle t-on ? (Viols, ou autres violences) Parle t-on de violences en rapport avec la grossesse ou non ? Quel lien entre IVG et violences ?

L'analyse de cette question pouvait alors donner lieu à 3 hypothèses :

- a) les médecins n'ont pas abordé la question.
- b) les médecins ont abordé la question mais les femmes ne voulaient pas m'en parler.
- c) Les femmes n'ont pas compris ma question.

Après l'analyse des entretiens, nous avons recontacté les médecins participants pour avoir des données sur leur pratique concernant « **l'abord de la question des violences lors des consultations d'IVG** ». Ils ont répondu :

- **Systematiquement** pour 2 médecins.
- **Parfois / selon le contexte** pour 3 médecins.
- **Jamais** avant notre entretien pour 1 médecin (qui dit le faire systématiquement depuis).

Trois médecins n'ont pas répondu.

3.3 L'attitude par rapport au couple

Pour les patientes en couple **la réaffirmation du choix personnel** est en général abordée par le médecin. Seulement deux femmes sur quatorze en couple ont été à une des consultations avec leur conjoint.

Me I : *Elle m'a dit que c'était une décision personnelle, et que même si c'était une décision de couple, c'était à moi de prendre ma décision, que personne ne me forcerait.*

Pour une patiente, un plus grand investissement du conjoint dans la décision, et les consultations lui aurait permis de mieux vivre l'IVG. Elle évoque une mise à l'écart du conjoint dans l'attitude des médecins. (Me L)

Me L : *En plus moi le problème c'est que mon copain s'est complètement déchargé de la décision : il m'a dit « je te suis » et moi je l'ai ressentie comme une absence de soutien au niveau de la décision ... On était ensemble au planning mais quand on s'est levés tous les 2 : elle a dit « je vais prendre la jeune fille pour l'instant » mais après il n'est pas venu.*

Au contraire deux patientes en couple ont exprimé vouloir vivre l'IVG sans leur conjoint.

Me S : *Non on en a pas parlé (du couple) mais j'ai préféré ; même si on m'avait proposé qu'il vienne j'aurais dit non ; je voulais être seule je crois.*

Me M : *D'ailleurs ce jour là j'avais envoyé mes enfants à la piscine, mon mari dormait... d'ailleurs il n'a pas réalisé ce que je faisais je pense... mais ça c'est une autre histoire. Je savais que j'allais être en face de ce truc là seule*

Me I qui a décrit une décision « de couple plus que personnelle », a fait le choix du médecin généraliste en ville pour que son mari assiste aux consultations ; elle pense que ce choix a permis qu'il soit plus investi dans l'acte d'IVG.

Me I : *Sachant que j'avais pas forcément pris au départ cette décision « de la faire passer » ; donc je préférais aller en cabinet et que lui m'accompagne pour qu'il comprenne vraiment la démarche.(...) Mais moi, j'avais envie d'être à la maison aussi pour que mon mari soit là et qu'il vive avec moi ça, c'est sa décision, et je voulais qu'il l'assume aussi.(...) Parce que malgré tout il était inquiet, c'était son choix, ok il me l'a pas imposé mais il m'a quand même imposé quelque chose de physique.*

4. LE VECU DU DOMICILE

Pour trois patientes, la prise des premiers médicaments au cabinet (Mifépristone J1) est difficile représentant l'arrêt de la grossesse. Les étapes ultérieures au domicile sont alors mieux gérées. (Me I, Me L, O)

Me L : *Mais psychologiquement quand on sait qu'on prend le 1^{er} médicament c'est quand même assez difficile... Je crois que c'est l'élément déclencheur parce qu'on sait que par la suite ça va... enfin il va tomber....Et puis quand j'ai pris le 1^{er} médicament c'est là que je me suis rendu compte que c'était le début de la fin... Ca été un peu dur, j'ai beaucoup pleuré.*

4.1 La douleur et les saignements

Cinq patientes ont ressenti des douleurs qu'elles qualifient de « **fortes ou violentes** » (Me A, G, J, L, N). Quatre d'entre elles sont des femmes jeunes de moins 30 ans et nullipares ; une seule avait déjà accouché et avait plus de 40 ans. (Me G).

Les douleurs sont qualifiées de « **petites** ou presque absentes » par rapport à ce qu'elles imaginaient par neuf femmes. Deux, ont ressenti une douleur « **moyenne** ou attendue ». Sur ces onze femmes :

-9 avaient plus de 30 ans dont 1 seule était nullipare.

-2 femmes avaient moins de 30 ans : l'une avait 29 ans et était multipare, l'autre avait 22 ans et un antécédent d'IVG par aspiration.

(Deux femmes ne se sont pas exprimées sur les douleurs ce qui permit une analyse que sur 16 témoignages).

A posteriori, l'intensité de la douleur semble acceptée car signifiant l'efficacité de la méthode : la douleur est rassurante donc tolérée.

Me A : *Ca s'est super bien passé, enfin j'ai eu très mal, vraiment mal mais ça s'est très bien passé, ça a marché.*

D'autres disent accepter la douleur car faisant partie de l'acte, « *de ce qu'elles doivent vivre* » : la douleur permet alors la réalisation physique de l'IVG.

Comme notée plus haut, elle pose la question de la douleur comme punition.

La gestion de la douleur est aussi évoquée par *Me k* comme responsabilisante.

Me J : *Se dire que de toute façon c'est pas ce qu'on mérite, mais que c'est normal que ça fasse quelque chose aussi. Ce qui vient de se passer c'est quand même une étape à vivre... et que tant mieux aussi si il y a ces douleurs qui rappellent que quelque chose est en train de se passer.*

Une seule patiente *Me E* parlent des saignements, elle les décrits comme un inconvénient car trop longs.

4.2 L'information par le médecin sur les effets secondaires

Une information **claire et non minorée** sur la possibilité d'avoir mal permet un meilleur contrôle de celle-ci à domicile. L'information **écrite** est rassurante dans la gestion de la douleur et des saignements.

Me A : *Il m'a dit « c'est possible que vous ayez très mal, sur le moment rien ne vous soulagera vraiment, mais je vous donne tel et tel médicament à prendre en fonction des douleurs ». Il avait décomposé toutes les parties donc je me sentais vraiment au courant de ce qui allait se passer, donc quand c'est arrivé j'étais moins stressée.*

Me L : *Oui elle me l'avait dit mais en fait elle m'avait dit « ça dépend des femmes, il y a des femmes qui ont pas mal »... Moi je m'étais rassurée en me disant que j'aurais pas mal et j'ai eu très mal.*

4.3 Vécu de la prise des médicaments au domicile

Deux facteurs semblent améliorer la gestion du domicile :

- Un entourage prévenant et présent
- La possibilité de joindre le médecin sur son portable ou d'aller dans une structure d'urgence donnée. (Me N, O)

A noter qu'aucune n'a eu de complication nécessitant l'appel du médecin.

Me E : *Donc je me suis sentie rassurée et accompagnée. Je savais qu'elle était en consultation à son cabinet et que donc s'il y avait quoi que ce soit, en fait je pouvais appeler....Et puis je n'étais pas toute seule chez moi, j'étais avec mon compagnon.*

Me B : *Je savais que je pouvais être orientée à l'hôpital si ça se passait pas bien donc ça c'était rassurant.*

L'antécédent de grossesse et la connaissance de l'effet physique des contractions ont permis à deux femmes de mieux appréhender la nouvelle IVG. On pourrait imaginer le même raisonnement dans le cas d'un antécédent d'IVG, mais les femmes concernées se sont peu exprimées sur la répétition d'IVG ou seulement pour évoquer les choses qu'elles ne voulaient pas revivre (hospitalisation, délais d'accès trop longs, entretien psycho-social obligatoire).

Me E : *La douleur, c'était comme des crises de contraction, mais je suis déjà passée par là car je suis déjà maman et donc la douleur était supportable pour moi... Mais je crois que le fait d'avoir déjà accouché avec le vécu des contractions, change aussi le vécu.*

Me M : *A l'époque, on m'avait pas dit que j'allais avoir des contractions, que j'allais expulser et moi je savais pas ce que c'était quoi... On ne connaît rien quand on est pas dans le milieu, on sait même pas ce que c'est une grossesse.*

4.4 Le vécu de l'expulsion

L'expulsion est décrite comme le moment le plus difficile pour 3 patientes, qui appréhendent ce moment sur le plan psychologique plus que physique.

Me G : *L'expulsion il faut le vivre ; c'est quand même douloureux, j'étais pas bien et au toilette vous sentez un truc qui tombe, bien plus gros que ce que j'imaginai, c'est un peu dégueulasse.*

Me J : *Le fait que l'embryon soit évacué dans les toilettes, ça s'est un truc qui m'a pas mal angossé. C'était l'idée que ça finissait dans les toilettes que je trouve vraiment difficile.*

Me P l'a envisagé « comme des règles ». Elle dit que cela lui a permis de mieux la gérer.

Me P : *Non on en avait pas parlé donc j'ai pas fait attention ; et puis comme c'était très tôt ça m'inquiétait pas trop. Mais c'est vrai qu'après quand j'ai eu mal, dans les forums ils parlaient que de ça ! Pour moi ça a été des règles et je n'ai pas cherché à aller plus loin.*

Une seule patiente parle d'un soulagement au moment de l'expulsion. (Me K)
Elle émet l'hypothèse d'une plus grande difficulté à vivre l'expulsion si l'état de grossesse n'est pas vraiment réalisé.

Me K : *Le fait d'expulser un œuf et le fait qu'on le sente ; la première fois je l'ai même vu... moi ça a été un soulagement, c'est quelque chose que je voulais sentir.
[...] Pour des jeunes filles de 15 ans qui ont pas réfléchi à ce que représente la grossesse ou d'avoir un embryon dans le ventre... faudrait leur poser la question mais c'est peut-être plus étrange pour elles*

4.5 L'accompagnement

Pour plusieurs patientes le fait d'être accompagnées au domicile peut être remis en cause. Me I explique la difficulté pour les femmes vivant seules de demander à quelqu'un de se libérer toute la journée de son travail.

Trois femmes expliquent avoir décidé d'être seules ne mettant pas au courant la personne présente au domicile : Me K son frère, Me M son mari et Me S sa mère.

Me I : *La prise des médicaments chez moi, c'était un jour de semaine et pour trouver quelqu'un de disponible, c'est un peu compliqué. D'ailleurs je ne sais pas si c'est vraiment utile que la première prise soit chez le médecin.*

Me K : *J'avais pas vraiment d'amie proche pour vivre ça, et puis ça me gonflait un peu de faire passer une journée comme ça à une amie ... Donc il y avait mon mec qui était disponible, et mon frère qui dormait à l'appart.*

Me H explique que le « fait de devoir être accompagnée » l'a inquiété sur les effets potentiels des médicaments.

Me H : *En fait ce qui m'a le plus inquiétée c'est qu'on me dise qu'il fallait que je sois accompagnée, je me suis dit « ça va être un truc de fou »...J'ai eu plus peur avant que pendant.*

Une patiente seulement évoque le manque d'écoute au domicile.

Deux femmes, de plus de 30 ans, pensent que cette méthode au domicile, est moins adaptée aux jeunes femmes car elle leur paraît « trop difficile à vivre » et pensent l'accompagnement des jeunes plus aléatoires. Ce sentiment n'est pas retrouvé dans le discours des jeunes femmes interrogées.

5. LE VECU DE L'APRÈS IVG

5.1 Jusqu'à la consultation post-IVG

L'intensité des douleurs ou des saignements, la visualisation du sac sont associées à une efficacité quasi certaine de la méthode. Dans ce cas, la période jusqu'à la dernière consultation est vécue sereinement. (Me A, B, D, E, I, O)

Me D : *Je me suis dit vu que j'ai saigné vraiment pas mal, et j'ai eu des douleurs donc je me suis dit ça y est c'est fini.*

Me E : *Non je n'ai pas eu de doutes, parce que le médecin m'avait expliqué qu'est ce que j'allais voir et ce qui allait me faire dire si ça s'était bien passé ... Les 2 premiers jours, j'ai attendu de voir que c'était bien parti puis après ça allait.*

Par contre l'absence d'effets « attendus » est associée à un échec probable. Dans ces situations les femmes désirent réaliser une échographie car test sanguin ne suffit souvent pas à les rassurer.

Me M : *Moi j'avais des doutes sur l'efficacité parce que je n'ai pas eu de douleurs ; j'avais besoin de l'écho je crois et elle aussi d'ailleurs ; j'avais ressenti la veille quelque chose mais on ne peut pas raisonner que sur son ressenti.*

Les angoisses psychologiques après l'IVG sont peu exprimées. Deux femmes évoquent « la peur de l'après » ou « la peur de regretter ». (Me C, F, J, I)

5.2 L'avis des patientes sur la consultation post-IVG

a) L'importance de revoir le médecin

La parole du médecin pour « clôturer » l'IVG reste importante pour la majorité : il faut « boucler la boucle » (12 femmes sur 18). Une patiente évoque aussi le fait d'aller au bout de ses engagements. Cette consultation semble permettre de fermer une étape qu'elle considère souvent comme « une parenthèse ».

Me M : *Et ça reste important de pas banaliser ce truc-là. Il faut pas que ça devienne assez facile, et puis de s'engager c'est aussi une responsabilité de la patiente d'aller au bout du truc. C'est aussi un dialogue, un retour et ça laisse le temps à la discussion.*

Me R : *Oui pour boucler la boucle... Et puis c'est déjà bien de pouvoir le faire à la maison donc il ne faut pas pousser non plus !! Non mais c'est vrai quoi.*

b) Peut-on la remplacer par un test fiable à domicile ?

Quelques patientes n'ont pas trouvé d'utilité à cette consultation car elles n'avaient pas eu de complication et que les informations leur avaient été données dans les consultations pré-IVG. (Notamment la contraception). (Me P, Me S, J, K, M)

Un test fiable réalisé au domicile est envisagé pour quatre patientes pour remplacer la dernière consultation. Il permettrait d'alléger le parcours de soins considéré comme trop long. Le fait de pouvoir avoir le choix entre le test ou la consultation est aussi exprimé. (Me A, D, J, N)

Me A : *Le médecin dit à la patiente « c'est bon, c'est fini ». Il me semble qu'une discussion en mail ou téléphone pourrait suffire. Moi je trouve que c'est une solution qui pourrait être pratique pour les femmes de nos jours, hyperactives ... Car c'est vrai que ça prend du temps toutes ces consultations.*

Me N : *Ça pourrait aussi être un choix, le test serait inclus mais si la femme en ressent le besoin, elle pourrait aller revoir le médecin.*

c) Prise en charge par le médecin traitant: une temporalité différente

Les 2 patientes qui ont été prises en charge par leur médecin traitant voient la consultation post-IVG différemment car elles ont la possibilité une discussion « plus tard ».

Me D : *Bien sûr elle m'a demandé comment ça allait, mais c'est un peu différent comme c'est mon médecin je savais que je pouvais la revoir. Si ça va pas de toute façon je vais venir la revoir ... C'est un plus, je la connais, elle me connaît, je lui dis tout, c'est un suivi quoi.*

5.3 Aborder la contraception ultérieure

La contraception, si elle n'a pas été abordée à la 1^{er} consultation, est systématiquement réévaluée lors de cette consultation. L'aborder avant l'IVG semble hors de propos pour une patiente (MeF) qui considère que « dans l'avant » on est dans le curatif (faire l'IVG), et que ce n'est qu'après qu'on est dans le préventif.

Me F : *En même temps, avant c'est pas vraiment ce qui nous intéresse elle m'a dit « je vous mets une ordonnance pour ça » et voilà. Clairement j'étais pas du tout branchée « qu'est-ce qu'on va faire après », on avait autre chose à faire et moi ça me paraissait un peu hors de propos d'en parler là...*

Le choix contraceptif des femmes après l'IVG est variable. Souvent la discussion lors de la consultation post-IVG avec le MG a permis d'ouvrir les femmes à d'autres moyens contraceptifs. La notion « de temps pour réfléchir » quand il s'agit de l'implant ou DIU est récurrente et l'avis du gynécologue traitant souvent plus important attendu par les femmes avant de se décider. Elles ont d'ailleurs souvent déjà évoqué le sujet d'un changement contraceptif avec leur gynéco avant l'IVG.

Tableau 2. Contraception avant l'IVG/choix contraceptif après l'IVG

	Contraception avant l'IVG/ choix contraceptif après l'IVG		Contraception avant l'IVG/ choix contraceptif après l'IVG
A	Pilule OP/ autre pilule OP	J	Préservatifs/ pilule OP
B	DIU cuivre/ DIUh	K	Préservatifs/ non mentionné
C	Pilule OP/ pilule Progestative	L	Pilule OP/ DIUc retiré car non supporté-pilule OP
D	Préservatifs+arrêt récent pilule OP/ DIUc attente	M	Arrêt diane 35/réfléchit DIUc
E	Préservatifs+arrêt récent pilule OP/ DIUc attente	N	Préservatifs / pilule OP
F	Préservatifs/ autre pilule OP	O	Pilule OP/ réfléchit à implant
G	DIUc/ ligature trompes	P	Arrêt pilule OP récent/ réfléchit DIUc
H	Pilule OP/ pilule OP	R	Préservatifs/ DIUc en attente
I	Pilule OP/pilule OP-attente pose DIUc	S	Préservatifs/ DIUc en attente

Pilule OP : pilule Oestroprogestative / DIUc: Dispositif intra-utérin au cuivre / DIUh: Dispositif intra-utérin hormonal

Me C : j'avais un prescription pour une pilule de ma gynéco, qu'elle m'avait donné au début en me disant que souvent au bluet après les IVG ils mettent un stérilet directement à tout le monde.

Me M : C'est vrai que sur la contraception, elle m'a proposé autre chose aussi, elle m'a ouvert sur le stérilet que je ne connaissais pas du tout. Elle m'a tout réexpliqué, donc elle a refait le point.

Me O : elle m'a proposé un implant mais j'étais pas motivée par les effets secondaires .Mais on a parlé et j'allais en reparler avec mon gynécologue

5.4 Aborder le vécu psychologique

En majorité, le vécu psychologique a été abordé par les médecins lors de cette consultation, par le biais de propositions de soutien psychologique ou de coordonnées de psychologues.

Aucune n'a eu de consultation psycho-sociale avec une conseillère conjugale ou un psychologue.

Celles qui ne l'ont pas abordé disent qu' « elles n'en n'avaient pas besoin, et que le médecin a du le percevoir ». (Me N, Me O, M, B, P)

Me E : Oui on a parlé de mon état psychologique, si ça m'a atteint, si ça va, si j'arrive à surmonter, si je regrettais....c'était pas que médical.

Me C : Il m'a parlé de l'après que je pouvais l'appeler si j'avais besoin d'en parler, pour qu'il me donne des numéros, si je voulais faire une thérapie.

Me G : Elle a bien insisté là-dessus et le message est passé, c'est l'essentiel, d'avoir les numéros et la possibilité de voir quelqu'un si besoin.

a) Représentation de l'entretien psycho-social

Il persiste une **vision négative de l'entretien psycho-social**, connoté « comme moralisateur » ou « culpabilisant ».

Me I : [...] Je pense qu'il y des femmes pour qui ça serait mal vécu ; ça veut un peu dire c'est pas normal, alors que c'est un droit, on s'est battu pour l'avoir. [...] pour beaucoup même si c'est pas mon cas, c'est « psychologue égal fou », on va me bourrer le crâne.

Me O : Moi le truc obligatoire, par exemple comme au ..., ça m'a gonflée. J'ai 38 ans, c'est une bêtise, c'est bon tout va bien. Le truc obligatoire alourdit, ça revient à dire que c'est pas anodin ; moi ce que j'ai bien aimé chez le MG 8, c'est justement qu'elle est très factuelle.

Elles ont tendance à penser que l'attitude « de proposer ou de faire passer le message » de la possibilité d'une discussion voire d'une orientation serait la adaptée. Beaucoup évoquent l'entretien psycho-social comme potentiellement utile « pour les autres mais pas pour elles », et surtout dans des situations qu'elles considèrent « de fragilité ». (Me J, Me I)

Une seule patiente exprime un point de vu tranché sur la nécessité d'y avoir recours **systématiquement** pour tous avant la décision d'IVG. (MeF)

Me N : *Je pense que pour moi ce n'était pas nécessaire mais pour celles qui ont des doutes, pour avoir quelqu'un qui peut rassurer. D'avoir la possibilité de le faire, d'avoir le choix mais pas obligatoire.*

Me I : *les mineurs, les filles larguées socialement...oui c'est sûr*

Me F : *Je pense que dans le « avant », un accompagnement psy ou une discussion ne serait pas forcément inutile. Rien que quelqu'un qui parlerait du « psy » à proprement parler, voilà. Je dirais qu'il faudrait que ça soit quasiment obligé... Mais c'est compliqué.*

b) Avec qui aborder le vécu psychologique?

De manière générale, **le médecin qui prend en charge l'IVG** semble être pour les patientes la personne la plus adaptée : relation de confiance, orientation si nécessaire, tiers vécu comme intrusif.

Deux patientes regrettent le fait de ne pas être allées plus loin dans la discussion sur le plan du vécu avec le MG qui les a prises en charge. (Me M, me L)

Me K : *L'entretien psycho non pas forcément, parce que je pense qu'il y a des nanas qui en ont pas forcément besoin... Après je pense que d'avoir une discussion qui va un peu au fond des choses : pourquoi c'est arrivé, avec qui, quel type de relation a mené à cette grossesse... Si clairement il y a besoin d'une discussion ; Si le médecin ne le fait pas c'est alors c'est bien d'avoir un entretien avec quelqu'un pour parler de ça, mais le mieux c'est de former les médecins à faire ça...*

Me M : *J'aurais aimé pouvoir en parler un peu plus avec elle peut être... plus qu'avec une psychologue qu'on connaît pas, parce que quelque part on partage ce moment. C'est difficile à aborder et là je trouve qu'on est dans une vraie intimité, on se découvre. On est ensemble.*

5.5 A posteriori quand les femmes parlent de leur IVG

A posteriori une seule patiente a exprimé dans son témoignage un sens à cette grossesse non désirée, la rassurant elle et son conjoint sur leur fertilité.

Me A : *Nous on l'a vu aussi vraiment d'un côté positif « bon ça marche entre nous, si on veut des enfants on pourra en avoir »... Et finalement on a essayé de retenir surtout ça.*

Elles rappellent à plusieurs reprises au cours des entretiens que ce n'était pas pour elles un « acte anodin ». La décision peut être certaine mais elle reste importante et une étape plus difficile que ce qu'elles auraient pensé.

Des **jugements auto dépréciatifs** sont retrouvés : « je ne suis pas fière, on se sent pas grandi ».

Me R : *C'est pas non plus... J'en suis pas fière d'avoir fait ce que j'ai fait parce que je sais bien qu'il y en a beaucoup qui ont beaucoup de mal à avoir des enfants...*

Me O : *C'est vrai que c'est une décision difficile, on ne se sent pas grandi par ça, même le soulagement il est minime.*

Le **secret** et le tabou autour de l'IVG renforcent le sentiment de solitude inhabituel lors d'une prise en charge médicale.

L'absence de signe physique visible par les autres est considérée par **Me A**, comme « facilitant » le vécu de cet état grossesse.

Me C : *Mais vous savez c'est quand même assez tabou l'avortement, on n'en parle à personne. Il n'y a que mon copain et moi qui savons, et j'en parlerai à personne. Mais l'isolement ou la solitude j'ai l'ai ressenti plus dans le fait de ne pas pouvoir en parler, parce que c'est tabou et que les gens portent un jugement là-dessus.*

Me A : *Ca n'a pas été un moment d'attente douloureuse, je savais que ça allait se faire alors quelques jours avant ou après.... Mais c'est pas pareil que si j'avais un énorme ventre et que tout le monde le voyait !*

6. LES PROPOSITIONS DES PATIENTES POUR UN MEILLEUR VÉCU

6.1 Le parcours de soins

La majorité des femmes expriment des besoins d'amélioration dans l'accès aux médecins qui réalisent des IVG par :

- Une meilleure **coordination** des différents intervenants
- Une **éducation** des différents intervenants impliqués dans le parcours pour une meilleure orientation.
- Une **lisibilité** plus facile des médecins réalisant des IVG
- La **formation** de plus de médecins de ville habilités à faire des IVG.

Me H : *Surtout l'orientation ! mais aussi des adresses pour les examens complémentaires adaptés à chaque patiente, moi personne ne m'avait dit que l'échographie j'allais payer 120 euros.*

Me N : *il faut que la prise en charge des IVG soit inclus dans la formation et le cursus des médecins, parce que ça concerne beaucoup de femmes*

Me O : *Il faudrait aussi un numéro joignable « 0800 » pour avoir des infos, une ligne dédiée à ça. Et la conduite à tenir pratique en fonction du lieu où l'on habite.*

Me G : *Il faudrait qu'il y ait des listes, car là c'est un peu du bouche à oreille... il faut peut être un numéro vert, ou une information centralisée par le médecin traitant avec les possibilités dans les alentours*

Une meilleure information des professionnels de santé permettrait de diminuer les attitudes que des femmes ont dénoncé comme le refus de pose de DIU.

Me P : *Après je comprends pas aussi sur le stérilet j'ai l'impression qu'on m'écoute pas et qu'on veut me donner la pilule alors que moi clairement ça marche pas !*

Me H : *D'ailleurs ça concerne pas que les médecins, hier j'avais perdu ma plaquette de pilule, donc je suis allée à la pharmacie de garde (NDA : c'était un dimanche) pour qu'elle me dépanne , je n'avais pas d'ordonnance et la pharmacie m'a répondu « non j'en ai rien à faire, vous êtes jamais venue, donc je ne peux pas vous la donner »... Bon ben là j'avais envie de lui dire « bon ben je vous ramènerai mon gamin dans neuf mois quoi ».*

6.2 Information et éducation

L'information de la population générale autour de l'IVG doit être renforcée notamment sur **les lieux** possibles de prise en charge **et les remboursements**.

Me R, parle des carences en terme de prévention sur l'IVG dans les salles d'attente des médecins ou dans les médias.

Me J : *Je n'étais pas au courant de la prise en charge de la sécurité sociale, et je pense que les femmes devraient savoir...*

Me R : *c'est vrai qu'il manque un peu d'informations, je pense. Il y a des choses, on en parle : par exemple « le tabac c'est pas bien » mais dans une salle d'attente chez le médecin on parle de la contraception mais on parle pas de l'après.*

DISCUSSION

A. INTERPRETATION DES RESULTATS

1. La pratique des IVG en tant que médecin généraliste

Les médecins participants ont en moyenne une pratique des IVG peu importante (majoritairement < 2 /mois) et non liée à l'année de début de l'activité d'IVG. Cette tendance est retrouvée dans l'analyse de la DREES sur les professionnels pratiquant des IVG en 2007 : elle montrait que 11% des médecins (gynécologues et médecins généralistes) qui avaient signé une convention ne pratiquaient aucune IVG, et que seulement 4% en pratiquait plus de 15%. La majorité allant de 2 à 5/ mois en moyenne.(20)

Ce point est important car reconnu comme une crainte des médecins généralistes d'être considérés comme « l'avorteur du quartier ». Une thèse réalisée dans la région de Tours chez les médecins généralistes ne pratiquant pas d'IVG montrent « *une peur pour leur réputation et leur image* », et redoutent « *de perdre des patients dans les patientelles vieillissantes* » s'ils pratiquaient des IVG dans leur cabinet.(49) Suite à l'initiative récente du réseau REVHO (début 2013), une liste publique sur le site « ivglesadresses.org » a permis de recenser les médecins libéraux pratiquant des IVG en Ile de France (avec accord préalable des médecins) (50). Cette lisibilité répond à une des demandes fortes des femmes interrogées de notre étude. **Une étude sur l'évolution de l'activité des médecins répertoriés sur internet pourrait être intéressante afin de voir si cette lisibilité par le grand public influe sur le nombre de demandes d'IVG en ville.**

2. Les caractéristiques des femmes

Les femmes de l'étude sont des femmes âgées de **plus de 30 ans, en couple avec enfants** pour la majorité. Ces caractéristiques sont retrouvées dans la base de données du réseau REVHO, où l'âge moyen des femmes est aussi de 30 ans.(51) Cette sous-population plus autonome financièrement (avance des frais de la prise en charge en ambulatoire avant le 31 mars 2013) et avec plus d'expérience personnelle

et gynécologique semble en effet logiquement plus adaptée à prise en charge en ville.

La loi de financement de la sécurité Sociale de 2013 remboursant l'IVG à 100% devrait engendrer un changement de la population qui a accès à l'IVG en ville, si les médecins pratiquent le tiers-payant.(16)

Les femmes étaient actives professionnellement ou étudiantes, ce qui est retrouvé dans l'analyse du profil des femmes réalisant des IVG en 2012 par l'ARS (22) . Cette notion confirme que le choix d'IVG n'est pas lié à la précarité mais au contraire lié à l'individualisation des femmes sur le plan professionnel.

Sept patientes sur dix-huit avaient des antécédents d'IVG. Cette expérience passée a pu les aider dans la connaissance des filières de soins mais souvent elles relatent plutôt ce qu'elles ne veulent pas revivre (hospitalisation, aspiration, difficulté d'accès aux examens complémentaires, entretien psycho-social obligatoire). Les femmes de l'étude ne se sont pas exprimées sur leurs sentiments par rapport à la répétition.

Dans la littérature peu d'études s'intéressent spécifiquement à la question de la « **répétition des IVG** ». Le travail le plus complet retrouvé a été réalisé par l'ORS de Bourgogne en janvier 2005.(52)

Il se questionnait sur l'existence de caractéristiques particulières des femmes qui ont recours à l'IVG de manière répétée et rappelait l'importance de définir un délai entre deux IVG pour parler de répétition: une deuxième IVG 10 ans après le premier événement a-t-il le même sens que 2 ans après ? Enfin il souhaitait étayer l'idée, souvent émise par les psychologues ou conseillères conjugales, que la répétition témoigne de problématiques aiguës vis-à-vis de la grossesse, de la maternité, ou du désir d'enfant.

Sur les bases d'une première analyse réalisée par l'INSERM en 1990, il apparaîtrait que les femmes ayant vécu des IVG répétées soient plus jeunes, avec plus d'enfant au moment de la première IVG. La raison principale évoquée du recours à l'IVG est l'instabilité du couple, à laquelle se greffe des difficultés financières et sociales. Chez ces femmes, il est noté une insécurité, une instabilité affective et une ambivalence forte face au désir de grossesse. Elles sont issues majoritairement de famille nombreuses et des relations parentales pauvres voire nocives.(52)

L'analyse statistique de l'ORS de Bourgogne n'a pas pu confirmer significativement les résultats sur les caractéristiques démographiques de ces femmes, par manque de données exploitables.

Dans l'enquête qualitative que l'ORS a réalisé auprès de 17 femmes, trois éléments se détachent du discours des femmes ayant eu des IVG répétées : **les violences, l'origine culturelle, et les doutes sur la fertilité.**

En effet ils décrivent que les violences vécues concernaient 10 femmes sur 17, ce qu'ils n'avaient pas envisagé à l'avance. Aussi, la culture d'origine semblait un élément influençant la gestion de la contraception. Par exemple le poids de la tradition dans la culture maghrébine, incitaient les femmes de l'étude dès le plus jeune à un devoir d'enfant primordial, au risque d'être sinon en marge de ce qui est socialement souhaité. La difficulté à recourir à la contraception était retrouvée chez les femmes qui ont des doutes sur leur fertilité.

Enfin il apparaissait que les femmes en situation de répétition d'IVG en parlent d'autant moins que leur culpabilité s'accroît, avec les « rappels à l'ordre » qu'elles subissent de la part de leur entourage ou du milieu médical.

3. La décision d'IVG

3.1 La justification de la décision

La justification de la décision d'interrompre la grossesse apparaît comme importante dans le discours des femmes. Ce besoin de se justifier semble lié à la difficulté pour les femmes de reconnaître leur droit à part entière à l'IVG. La société en rapprochant le plus souvent l'IVG à une incapacité des femmes à maîtriser leur contraception augmente leur culpabilité. Seule une femme a évoqué dans son discours **le droit à l'IVG** comme justification. Le rapport du HCefh sur l'accès à l'IVG remis en Novembre 2013 au gouvernement énonce comme objectif n°1 de faire de l'IVG un droit à part entière.(53)

L'existence d'une cause personnelle ou professionnelle permet aux femmes de mieux vivre leur prise de décision, en se justifiant. Pour les autres qui sont dans « le bon âge et la bonne situation », la peur du jugement rend la décision plus difficile. Nathalie Bajos, dans un article de 2004, a exploré « les logiques sociales, qui sous-tendent la décision d'IVG ». Elle montre que la décision, « loin d'être un acte égoïste » est prise dans un souci d'accueil de l'enfant dans un contexte socio-affectif convenable.(18)

Avant 25 ans, l'engagement scolaire ou l'activité professionnelle débutante sont des éléments déterminants forts. Des travaux montrent que la maternité précoce

dans les Pays industrialisés a une influence sur le bon déroulement de la scolarité et donc l'insertion professionnelle future. A l'inverse, les jeunes femmes en échec scolaire peuvent faire le choix d'une maternité précoce, pour acquérir un statut social. **De 25 à 34 ans**, c'est le contexte affectif qui prime, ainsi que le nombre et l'âge des enfants présents au domicile. **Après 35 ans** l'enjeu professionnel semble aussi important que le contexte familial.

3.2 Le sentiment d'ambivalence et le délai de réflexion.

L'ambivalence par rapport à la décision est présente pour beaucoup jusqu'à la prise des médicaments. Ce sentiment est souvent permis, ou imposé par le délai de réflexion légal des 7 jours. Cette ambivalence est retrouvée dans une méta-analyse de 19 articles abordant les raisons de la décision d'IVG de 1996 à 2008, dans les pays développés.(54)

La question du délai de réflexion obligatoire de 7 jours avant de pouvoir réaliser une IVG reste débattue. Il nous paraissait intéressant d'avoir l'avis des femmes sur ce point, même si il est à pondérer car « a posteriori de l'IVG ».

Le rapport du HCEfh demande la suppression de ce délai. Il se justifie :

- Par la comparaison avec de nombreux pays Européen qui n'en ont pas.
- En déclarant que le délai entre l'attestation et la 1^{er} consultation pourrait suffire car il est souvent long.
- En disant que les femmes ont souvent réfléchi préalablement à la consultation médicale.
- Et que ce délai (exceptionnel pour un acte médical) renforce l'image d'un acte de soin à part, culpabilisant pour les femmes.(53)

Pourtant dans notre travail, les femmes identifient des bénéfices par rapport à la réflexion qu'il permet sur la décision et entre le couple. Pour autant il n'engendre pas de changement de décision mais permet de passer le cap « d'inhibition de la pensée » initiale qu'évoque une patiente, en raison de l'urgence ressentie de prise en charge. Les femmes qui le trouvent trop long dénoncent un parcours compliqué et déjà long auparavant.

Il soulève finalement la question d'imposer aux femmes « cette situation de réflexion avec l'émotion, et le sentiment d'ambivalence » qu'elle peut engendrer. La solution réside peut être dans la discussion préalable de ce moment avec la femme, et la réassurance par rapport au sentiment d'ambivalence qui peut surgir.

3.3 Le contexte contraceptif et le vécu de la découverte de la grossesse non désirée

La couverture contraceptive présente ou non au moment de la grossesse non désirée, le type de moyen contraceptif, la responsabilité médicale d'un arrêt contraceptif ou d'un changement contraceptif semblent engendrer des différences de vécu en terme de culpabilité par rapport à la survenue de la grossesse.

Dans notre étude, la grossesse est survenue en grande partie dans un contexte **de transition contraceptive**. Les femmes relatent alors plutôt «un accident» contraceptif. Le rôle du médecin « nouveau prescripteur » dans le choix et l'information des limites de la méthode est essentiel. Les recommandations sur le choix contraceptif de l'HAS (réactualisées en 2013) et la campagne de l'INPES de 2011 insistent sur une contraception choisie en adéquation avec le mode de vie pour une meilleure observance. Elles précisent l'importance de l'implication des femmes comme des hommes dans la contraception pour une utilisation optimale.(55)(56)(57) Comme on l'attendait, la grossesse **sur stérilet** est vécue comme une injustice, avec responsabilité d'un tiers.

Les femmes **sans moyen contraceptif médicalisé (préservatifs)** voudraient une reconnaissance plus grande de l'implication du partenaire à ce moment là qui devrait « décentrer » la faute sur le couple, plutôt que sur la femme seule. Dans cette situation, la grossesse est rapportée de manière plus sévère comme une faute et l'abord de « l'intime » avec ces patientes a alors été plus difficile.

En France, la trajectoire contraceptive des femmes ayant eu une IVG a été analysée à partir des années 2000, notamment à partir des résultats de l'enquête nationale COCON(58) . En 2012, l'enquête Fécond , par la même équipe de l'INSERM-INED est venue compléter les données avec le développement des nouvelles méthodes (patch, anneaux, implants, stérilisation) (59)

La France est le pays du monde où la couverture contraceptive est la plus élevée. Les derniers chiffres montrent qu'en 2010, 90% des femmes sexuellement actives et ne désirant pas d'enfant utilisent une contraception. La pilule reste le moyen le plus utilisé chez 78,9 % des femmes de 15 à 19 ans et 83,4 % des 20-24 ans.

Le parcours contraceptif des femmes en France est encore stéréotypé (pilule et préservatifs puis DIU une fois le nombre d'enfants souhaité atteint) et répond à une logique d'efficacité maximale théorique et non aux besoins des femmes.(18)

Actuellement, 1 grossesse sur 3 est qualifiée de non prévue par les femmes elles-mêmes, dont les 2/3 surviennent sous contraception. Dans ce cas, 60% ont recours à l'IVG. Ces résultats traduisent les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive, responsables d'une perte d'efficacité théorique.(60)(61)

Les données de l'enquête COCON montrent des raisons variées à l'échec contraceptif : la difficulté d'accès et d'information à la contraception pour certains groupes, l'ambivalence vis à vis de la grossesse chez certaines femmes, la non reconnaissance sociale et culturelle dans certains groupes de la sexualité des plus jeunes, l'inadéquation de la contraception aux modes de vie, et le changement de situation contraceptive dans les 6 mois.(18)(42)

Une étude de cohorte rétrospective a comparé le parcours contraceptif des femmes avant et après une IVG, à celui de femmes qui n'ont pas eu d'IVG : 50% des femmes ayant eu une IVG ont eu un changement contraceptif dans les 6 mois, contre 16% seulement chez les femmes qui n'ont pas eu d'IVG($p > 0,001$) (62).

Cette problématique est particulièrement d'actualité en raison de la polémique récente sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} Génération, qui a abouti à de nombreux arrêts ou changements contraceptifs. (63) Un même affolement en Angleterre en 1995 autour des effets thromboemboliques de ces mêmes pilules appelé « *pill scare* », avait conduit en un an à une augmentation de 11% des IVG chez les jeunes filles de 13 à 15 ans(64).

Les femmes sans méthode contraceptive et ne désirant pas être enceintes sont rares (<5%) mais sont un enjeu de prévention important. Les caractéristiques sociodémographiques associés à l'absence de moyen contraceptif sont l'âge >25 ans, la classe ouvrière, le nombre d'enfants et l'absence de mutuelle(65). Les politiques actuelles ont favorisées récemment l'accès à la contraception en remboursant à 100% certaines méthodes aux 15-18 ans, or on voit ici que le problème de l'absence de contraception cible plutôt des femmes plus âgées dont les moyens de contraception actuels adaptés (progestatifs) restent chers et non remboursés.(16) De plus, le problème du paiement de la consultation médicale et des examens biologiques qui encadrent la prescription de la contraception chez le médecin généraliste limite le bénéfice de cette mesure.(55) Pour les mineures, des initiatives comme l'exemple du « *Pass contraception* » mis à l'étude dans certaines régions pour faciliter l'accès aux consultations pourrait être une solution mais reste à évaluer.(66)

4. Le parcours d'accès aux soins

4.1 Le 1^{er} contact est le médecin qui les suit sur le plan gynécologique

Dans notre étude une majorité de femmes qui se sont dirigées en premier lieu vers **leur gynécologue habituel**. C'est aussi le cas dans l'étude GINE, et cela apparaît comme une démarche de soin logique. (41) Une thèse de 2007 qui s'est aussi intéressée au **premier contact** dans le parcours d'IVG note qu'en milieu rural le recours au médecin généraliste est plus important. (67)

On retrouve comme 1^{er} contact **un médecin généraliste de proximité ou un CPEF** chez les femmes plus jeunes qui n'ont pas de suivi gynécologique, ni de médecin traitant déclaré (ou hors résidence habituelle).

4.2 La place du médecin traitant dans le parcours d'IVG

Seules trois femmes au total ont contacté **leur médecin traitant**. Cette faible proportion n'est pas retrouvée dans les études récentes où la majorité des femmes ont exprimé la préférence d'être prises en charge par leur médecin traitant si cela était possible.(68)(69)(70).

Dans notre étude les raisons évoquées par les femmes qui n'ont pas contacté leur médecin traitant sont variées, et différent selon le sens qu'elles donnent au rôle du médecin traitant. Il semble y avoir deux grandes causes expliquant le non recours au médecin traitant dans le parcours d'IVG :

- Le souhait que l'IVG reste « une parenthèse » et que le médecin traitant qui les suit ne soit pas au courant par « peur d'un jugement »
- La croyance qu'il n'est pas à même de les aider, du fait d'une relation médecin-malade où les problèmes gynécologiques ou intimes n'ont jamais été abordés.

L'enquête de A.Rigaud (69) montre aussi la préférence pour certaines femmes que « *leur médecin ne soit pas au courant de leur recours à l'IVG* ».

Un sentiment de honte à en parler devant leur médecin habituel est retrouvé chez 5 % de femmes de la thèse de N Harkouk (68).

Une étude Américaine en 2010 parle elle, « de crainte du jugement », avec la peur « d'être catégorisée dans le fichier médical ».(70)

Une thèse récente en 2013, s'est questionnée sur **la réalité de la demande** des femmes de réaliser une IVG chez un généraliste, par une étude qualitative et quantitative auprès de 706 questionnaires de femmes dans la région Centre(49). Elle révèle que 44% des femmes interrogées n'ont pas parlé de leur grossesse non désirée à leur médecin. Elles évoquent « la peur des complications (hémorragie, douleurs) ainsi que le besoin d'être entourées par une équipe soignante ». Pour elles, le médecin généraliste est « le médecin de famille, il ne doit pas être au courant de cet avortement ». L'IVG est vécue par ces patientes comme une parenthèse dans leur vie, une erreur de parcours, qui ne doit pas figurer dans le dossier médical. Mais 30% d'entre elles auraient réalisé leur IVG chez leur médecin généraliste si celui-ci effectuait cet acte. Elles expliquent en outre leur préférence pour une IVG à domicile par « le fait d'être plus en confiance avec leur médecin généraliste pour traverser cette épreuve, plutôt qu'avec des médecins inconnus et dans un cadre non familial ».

4.3 L'IVG : acte à caractère particulier pour le médecin généraliste

La notion précédente d'acte isolé dans le parcours de soins renvoie à un aspect singulier de la pratique des médecins généralistes. En effet, ils peuvent alors prendre en charge une patiente pour un problème donné, sans qu'il n'y ait alors de suivi ultérieur ou de généralisation de la prise en charge. Il devient alors spécialiste d'un acte avec perte de son rôle central qu'est le suivi du patient.

4.4 Les CPEF: une image de « lieu pour ados ».

L'orientation initiale vers un CPEF est minoritaire dans notre étude où les femmes décrivent des limites à la prise en charge dans ces structures à savoir les horaires, et surtout la connotation de « lieu pour ados ». Il y a manifestement pour les plus âgées une confusion entre les CPEF et « le Planning Familial » mouvement associatif qui a marqué cette génération pour ces luttes féministes. En conséquence, elles imaginent un lieu pour ados ou pour femmes précaires. Or les CPEF sont pour les ¾ des centres départementaux ou hospitaliers, permettant souvent une prise en charge globale, et pour certains centres (même si le développement est inégal sur le territoire) la prise en charge des IVG médicamenteuses.

Le rapport de l'IGAS en 2011 évoque en effet « un manque de lisibilité et de visibilité de ces centres » et une difficulté pour les femmes d'identifier leurs missions en terme d'orientation ou de prise en charge (71). L'amélioration de l'accès à l'IVG passe donc

par une meilleure information sur le rôle, et l'existence de ces centres auprès du grand public, notamment par le biais de sites internet clairs, mais aussi dans les cours dédiés à l'éducation de la santé et de la sexualité.

4.5 Vivre l'IVG seule ou à deux : la place du partenaire

Lors du parcours deux attitudes se distinguent: certaines femmes ont regretté l'absence de leur partenaire dans les consultations et dans le discours des médecins. Cette position reste sensible dans l'interprétation : pour une, impliquer le partenaire aurait permis qu'elle se sente moins seule devant cette responsabilité; pour une autre on pourrait évoquer une notion de vengeance envers l'autre : « le faire participer pour qu'il comprenne sa part de responsabilité ». D'autres ont exprimé le besoin de vivre seule ce moment « sans leur partenaire ».

Dans son analyse, l'équipe de l'INSERM parle elle « du retour à une assistance non médicale et à l'investissement du partenaire ». En effet, il semble que le compagnon puisse plus s'investir dans l'IVG à domicile qui est alors assumé par le couple et non plus par la femme seule, et que quand c'est le cas cela soit ressenti comme positif pour les femmes. La présence du partenaire peut toutefois susciter des réserves si la décision n'a pas été prise à deux, ou si la femme veut sauvegarder une certaine pudeur dans la relation ne souhaitant pas tout partager. Le moment de l'expulsion est souvent vécu seul par les femmes.(72)

5. Le choix de la méthode ambulatoire

L'équipe INSERM a réalisé en 2007 une étude qualitative auprès de 46 femmes sur le vécu de l'IVG médicamenteuse en fonction du lieu de prise en charge : ville ou hôpital. Cette enquête a porté sur le discours 33 femmes ayant eu leur IVG en ville, et 13 à l'hôpital. Elle visait à analyser notamment **les critères de choix des femmes** en fonction des conditions d'accès, et la manière dont elles ont vécu l'IVG en fonction **du contexte social et relationnel** dans lequel elles se trouvaient. Les résultats de cette étude seront comparés à notre analyse.(72)

5.1 Rapidité, anonymat et interlocuteur unique.

Le rejet de l'hospitalisation exprimé par les femmes, est retrouvé dans la littérature. Elle s'explique surtout par la peur de la chirurgie, avec des représentations négatives, parfois violente et brutale de l'aspiration.(69)(73). Dans l'étude de Nathalie Bajos (72) le choix de la ville se fait en premier lieu pour éviter la chirurgie. Les femmes de notre étude évoquent plutôt l'association de l'hôpital à la maladie, à l'intervention de plusieurs tiers qui renvoie à un manque « d'humanisation » de la prise en charge.

La proximité et la rapidité de la prise en charge proposée en ville permettent de répondre au sentiment d'urgence ressenti initialement. Dans l'étude de Holmgren en 1992, il apparaît que le critère principal orientant le choix des femmes soit le délai de prise en charge.

L'anonymat de la prise en charge qui renvoie à la peur du regard des autres et à la notion de secret qui entoure l'IVG est un des éléments fort retrouvé dans notre étude comme dans la littérature(74)

L'absence de lieu dédié à l'IVG dans certaines structures publiques (secteur gynécologie englobant maternité et orthogénie) est vécue comme gênante pour les femmes, qui se sentent alors jugées.

Dans la littérature les éléments de notre étude sont retrouvés: la prise en charge en ambulatoire répond à une demande de rapidité, de discrétion et de confort. Les freins sont les enfants en bas-âge au domicile, l'absence d'accompagnement possible, et le désir de vouloir garder le secret par rapport à l'entourage familial, notamment pour les plus jeunes.(72)

5.2 La méthode médicamenteuse : un acte « plus facile »

Dans la littérature on retrouve que si elles avaient le choix 60 à 70 % des femmes choisiraient la méthode médicamenteuse.(75)

La méthode médicamenteuse est associée pour certaines à un acte « plus facile » et « moins traumatisant ». Cette notion de simplicité de « la prise du cachet » est retrouvée dans deux enquêtes récentes, Népalaises et Sud américaine. A priori cette méthode est considérée par les femmes comme moins douloureuse, plus sûre, et plus naturelle. Les femmes de l'étude qualitative Sud Américaine parlent de « *processus naturelle de régulation des menstruations* ».(74)(73)(76)

Nathalie Bajos de l'INSERM, parle de « *la moindre reconnaissance sociale de l'IVG à domicile* » reconnue par les femmes comme « *plus légère, plus souple, et se rapprochant plus du phénomène naturel de fausse couche* » qui facilite leur vécu. L'hôpital semble pour certaine femme officialiser la grossesse, alors que le domicile permet de limiter l'évènement « à la sphère privé » dans le plus grand secret. (72)

Les médecins orthogénistes interrogés dans la thèse de P.Gravel alertent sur une idéalisation de la méthode par les patientes mais aussi par certains médecins, qui persuadés du bénéfice de la méthode par rapport à l'aspiration auraient tendance à orienter vers cette méthode plutôt qu'une autre.(77)

5.3 Le choix d'une plus grande responsabilité par rapport à l'IVG

Un nombre important de femmes trouve dans cette méthode le moyen « d'être actrice » et « consciente » de l'étape qu'elles sont en train de vivre. Cette notion de transfert de responsabilité est mentionnée dans l'analyse qualitative de N Bajos en 2007. Elle répond selon elle à « *une individualisation des responsabilités et des conduites dans le champ de la santé. On assiste à une privatisation d'une pratique qui était publique vers une pratique qui concerne le couple* ». Celle-ci est possible en fonction de la qualité de l'information ressentie par la femme et de la relation avec le médecin. Elles doivent en effet gérer des paramètres médicaux comme l'abondance des saignements, la gestion des douleurs, et l'expulsion. Les femmes prises en charge à l'hôpital où il y a moins de responsabilité peuvent vivre leur journée comme une régression, une perte d'autonomie.(72)

Dans la thèse de P.Gravelle cette notion est discutée par les médecins : un seul dit « comprendre, qu'elles (les femmes) aient envie de maîtriser le processus ». Pour les autres, c'est quelque chose qu'ils trouvent difficile à vivre pour les femmes, et qu'ils pensent sous estimés par les femmes. Par exemple un des médecins dit : « *Moi je trouve que ce n'est pas si simple la méthode médicamenteuse, ...c'est elles qui prennent le médicament, c'est elles qui interrompent leur grossesse alors que l'IVG par aspiration on nous demande de faire, et c'est nous qui le faisons, elles délèguent. Ce n'est pas la même chose, c'est nous qui allons lui faire mal...* »(77)

L'enquête qualitative de l'INSERM fait l'hypothèse d'une différence dans le vécu de « *cette délégation de responsabilité médicale* » à domicile en fonction des ressources sociales dont la femme dispose, de l'expérience du médecin, de sa disponibilité, et de la qualité de l'information qu'il dispense.(72)

On peut donc parler de « **responsabilité partagée plutôt que de transfert de responsabilité** » dans une relation médecin-malade d'une particulière. Le vécu de cette relation va donc dépendre du choix et de l'acceptation de «cette responsabilité partagée » par le médecin comme par la patiente.

5.4 Le respect du libre choix de la méthode et du lieu

Aucune patiente n'a exprimé le sentiment d'un manque de choix dans la méthode ou le lieu de l'IVG. Certaines ne semblaient pourtant pas avoir toutes les informations (prise en charge médicamenteuse possible à l'hôpital, ou possibilité d'attendre pour faire une aspiration) et ont accepté la solution qu'on leur proposait car elle leur semblait adaptée.

L'étude de N.Bajos sur 46 femmes ,retrouvent qu'un tiers seulement ont eu le choix, 1/3 ont eu un choix orienté, et 1/3 n'ont pas eu de choix.(72) En effet le choix paraît lié au 1^{er} contact rencontré et à l'environnement psychosocial.

- Si la 1^{er} consultation a lieu chez un médecin libéral et qu'il a les connaissances des filières de soins en ville, l'hôpital est alors rarement évoqué.
- Si elle a lieu en structure hospitalière, les femmes sont adressées en ville uniquement en cas de manque de place.

Ce constat pose la question de **la réalité du choix laissé à la patiente après la 1^{er} consultation** avec le médecin généraliste qui pratique des IVG .Celui-ci se trouve en général dans une position valorisante « de sauveur » d'une situation initiale souvent compliquée, pouvant engendrer chez le médecin un sentiment de « toute puissance ».

Son rôle à ce moment là serait de réexpliquer les différentes méthodes à la femme avec ses connaissances « de spécialiste de l'IVG » et de l'aider dans son choix d'orientation vers une des 2 méthodes, et vers une structure hospitalière si la situation le requiert.

Pourtant le choix de la méthode et du lieu est-il remis en cause par les médecins libéraux lors de cette 1^{er} consultation ? Laissent-ils à la femme toute sa liberté de décision une fois les démarches expliquées ?

Les résultats de notre étude semblent indiquer que ce n'est pas le cas « à chaque fois » mais une étude de plus grande ampleur ciblée sur l'information donnée à la 1^{er} consultation par le médecin généraliste qui réalise des IVG permettrait de mieux analyser cette question.

En réalité ce choix n'est pas toujours évident dans certaines régions ou l'accès aux 2 méthodes n'est pas encore développé. Comme nous l'avons vu en introduction l'IVG médicamenteuse est répartie de façon très inégalitaire en France et les centres pratiquant des IVG regroupés dans des grosses structures hospitalières où les délais sont de plus en plus longs.(17)

Pour pallier à cette limitation de l'offre, inquiétante en matière d'IVG chirurgicale, et sur les bases de l'évaluation des pratiques en Belgique dans le rapport de l'IGAS en 2009, le HCEfh propose la mise en place de l'IVG chirurgicale sous anesthésie locale, dans les maisons médicales pluridisciplinaires, les CPEF, et les centres de santé.(53)

6. Les connaissances autour de l'IVG

6.1 Une méconnaissance en 2013 de la possibilité de la prise en charge en ambulatoire par un médecin généraliste

Les deux méthodes sont majoritairement connues par les femmes mais les lieux de prise en charge le sont beaucoup moins. Dix ans après sa mise en place, aucune femme ne connaissait la possibilité d'être prise en charge en ambulatoire par un médecin généraliste en cabinet ou en centre de santé. (Sauf celle avec un antécédent IVG en ambulatoire).

C Boulay dans sa thèse qualitative retrouve une même impression en 2009 à Besançon, où aucune femme ne connaissait cette filière de soin.(46)

La prise en charge des IVG est majoritairement rattachée aux gynécologues et à l'hôpital.

6.2 Des sources d'informations éparses et peu précises

Dans notre étude, l'expérience des autres et les médias semblent être la source principale de leur connaissance. L'école est évoquée par les plus jeunes, mais aucune n'évoque une « intervention scolaire » ayant abordé la notion d'IVG. Internet reste un bon moyen d'avoir des renseignements généraux sur l'IVG mais qui manque de praticité, et auquel elles ne font pas toujours confiance.

L'information sur l'IVG semble donc déficitaire en France et non centralisée. De plus, le tabou qui persiste autour l'IVG peut être un frein à la recherche d'information auprès des proches.

6.3 L'avenir et le rôle d'internet comme source centrale de l'information

Dans ce contexte et conscient de l'impact d'internet dans la vie des jeunes générations, un rapport a été établi en 2013 sur « l'IVG sur Internet ». Il montre qu'internet reste un moyen d'accès aux informations très utilisé par les jeunes et notamment par les femmes en ce qui concerne leur santé. Parmi les 15-30 ans 57,23% des femmes utilisent internet pour des questions de santé, et 80% des jeunes considèrent les informations recueillies sur internet comme fiables.(78)

Le gouvernement a réagi avec la création d'un site « ivg.gouv.fr » pour le public et les professionnels, sur les lieux où s'adresser en fonction des régions, les sites à consulter, les démarches, et les différentes étapes de l'IVG.

Ce site renvoie notamment au site « [ivglesadresses](http://ivglesadresses.com) », récemment mis en place à l'initiative du réseau REVHO, qui répertorie sur le département d'Ile de France les structures hospitalières et CPEF de prise en charge des IVG, ainsi que les médecins généralistes et gynécologues libéraux qui ont accepté d'y être représentés. (50)

Le poids des institutions anti-IVG et leur représentativité sur Internet restent malheureusement importantes fin 2013.

- La recherche du terme « IVG » sur le moteur de recherche Google donne en 1^{er} résultat le site officiel (ivg.gouv.fr) mais en 2^{ème} position trône toujours un site anti-IVG.
- La recherche du mot « avortement » donne des résultats alarmants avec 3 sites anti IVG sur 10 présentés dans la 1^{er} page de Google. Seuls 2 sites

officiels sont mentionnés : le planning familial en 1^{er} position, et le site du ministère en 8^{ème} position.

7. Le MG face au dépistage des violences faites aux femmes dans les consultations d'IVG.

Les résultats montrent qu'aucune des femmes dit avoir été interrogée sur les violences.

7.1 Le lien entre violences subies et IVG

Des études récentes montrent que la violence envers les femmes est sous diagnostiquée, et qu'il existe un lien démontré entre IVG et violences, d'où l'importance de les dépister dans ce contexte. En effet une femme qui subit des violences au cours de sa vie quelles soient morales, physiques ou sexuelles, utilise moins de contraceptifs, et de préservatifs. Elle est donc plus à risque d'IST, de fausses couches spontanées, de grossesses non désirées et d'IVG (79) .

Le lien entre IVG et violences est démontré dans plusieurs études étrangères. Aux Etats-Unis, une étude de 2011 sur 259 femmes analysant les avortements à répétition montre que les femmes ayant eu 2 avortements ou plus avaient subi 2,56 fois plus d'agressions sexuelles ou physiques dans l'enfance par rapport à celles n'ayant pas réalisé d'avortements.(80)

Une étude réalisée au Canada en 2007 comprenant 1003 femmes montre que les femmes ayant réalisé une ou des IVG avaient une probabilité trois fois plus élevée d'avoir été victimes de violences conjugales psychologiques, physiques et/ou sexuelles au cours de l'année précédente par rapport aux femmes n'ayant pas eu d'IVG. (81)

7.2 Les femmes n'en parlent pas, si les médecins ne les dépistent pas

De manière générale, la violence faite aux femmes ne reste que peu ou pas abordée par les professionnels de santé. Les études canadiennes rapportent que 25% des femmes seulement en parleraient spontanément à leur médecin.(82)

Une première enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

(ENVEFF) réalisée en 2000 par l'INED, a montré que dans les 12 mois précédant l'enquête, 1 femme sur 10 avait subi des violences conjugales, 2% ont subi des agressions sexuelles, 0,3% des viols, et 1,9% des harcèlements au travail. Ce travail confirme que les femmes les plus jeunes sont concernées (85% avaient moins de 25 ans), que tous les milieux socioprofessionnels sont concernés et que 68% des femmes en parlaient pour la première fois au moment de l'enquête(83).

Le Dr Gilles Lazimi, s'est intéressé au **questionnement systématique des médecins généralistes sur la violence faite aux femmes**. En 2004, il réalise une étude interventionnelle où il questionne 100 patientes quel que soit le motif médical sur l'existence de violences : 54% répondent avoir été victimes de violences et 90% disent en parler pour la première fois. Devant ce constat il pose la question en 2007 : « *le questionnement systématique sur les violences est-il possible, efficace et intéressant ?* ». Cinquante et un médecins généralistes et deux sages-femmes ont interrogé de façon systématique les femmes sur les violences subies : 63 % déclarent avoir été victimes de violences (84). Les résultats montrent que les médecins n'ont en majorité pas eu de difficulté à poser la question, et que ce questionnement leur paraît intéressant mais qu'ils manquent de formation médicale sur le sujet.

7.3 Un manque de formation des médecins généralistes sur le dépistage des violences

En 2012 une thèse de médecine (85) a voulu étudier la connaissance des médecins généralistes du lien « IVG-violence ». Il en ressort que la majorité des 30 médecins généralistes interrogés ne connaissent pas le lien entre IVG et violences. Les freins exprimés par les médecins au dépistage des violences en consultation sont multiples et variés. Ils relèvent souvent d'un manque de connaissance sur la question des violences mais aussi de représentations négatives de l'IVG, des femmes les réalisant, et des femmes violentées: idées parfois fausses qu'elles sont accompagnées de signe physique à l'examen, que c'est une intrusion et une souffrance pour la femme de l'aborder, que ce n'est pas la place du médecin généraliste isolé d'en parler, ou qu'elles sont rares et ne touchent que certaines catégories socio-professionnelles. Devant ce constat, la formation et l'information des médecins généralistes et d'autant plus de ceux pratiquant des IVG paraissent un enjeu majeur pour l'amélioration du dépistage des violences.

Cette question reste peut abordée dans le cursus de médecine générale.

En Novembre 2013, le Ministère des droits aux femmes a établi un nouveau plan de lutte contre les violences faites aux femmes. Dans les mesures principales, on note un plan global d'information de la société sur les violences avec le lancement d'une campagne nationale d'information, ainsi que la construction d'un programme de formation initiale et continue spécifique aux violences pour tous les professionnels concernés dont les médecins, assuré par le *Miprof*, institution créée en février 2013. (86)

8. Le vécu du domicile

8.1 L'âge et la parité : facteurs d'une meilleure gestion des douleurs au domicile

Les recommandations de l'HAS déplorait le manque d'études sur l'efficacité des solutions antalgiques dans l'IVG médicamenteuse, ainsi que sur les facteurs conditionnant la survenue de douleurs importantes. Ils évoquaient notamment comme facteurs : l'âge, et la peur de l'acte.(14)

L'âge et la parité semblent être des facteurs influençant le vécu des douleurs. En effet une majorité de femmes de notre étude qui ne décrivent pas un souvenir de grande douleur étaient multipares et avaient plus de 30 ans.

Au contraire les femmes évoquant des douleurs « violentes » sont en majorité des femmes de moins de 30 ans sans enfant. On remarque cependant des exceptions en terme d'âge et de parité qui indique que d'autres facteurs rentrent en compte dans un sentiment aussi multi composite que la douleur.

La parité et ses conséquences anatomiques sont facilement envisageables comme diminuant le ressenti des douleurs ; Aussi le fait d'avoir déjà accouché et la connaissance des contractions sont expliqués comme facilitant la gestion de douleur.

Des questions persistent sur les autres facteurs influençant le vécu des douleurs : *Un antécédent de douleur forte, peut-il être un facteur améliorant le vécu? Le terme de la grossesse joue-t-il dans l'intensité des douleurs ?*

Une étude s'intéressant aux douleurs a montré qu'elles pouvaient apparaître dès la prise de *mifépristone* (J1). Ces douleurs sont très variables allant de 1% à 63% selon les publications.(87)

⇒ Or souvent, les antalgiques ne sont recommandés qu'après la prise de *misoprostol* (J2).

Elle montre aussi que plus le délai entre la *mifépristone* et le *misoprostol* est long, plus il y a de chances d'avoir des douleurs post-mifépristone.(87) Comme on l'a vu dans la pharmacologie des médicaments, l'efficacité est la même pour des délais allant de 8h à 48h entre J1 et J2.(30)

⇒ **On peut donc se poser la question de la légitimité du protocole Français de définir le J2 entre 36 et 48H ?**

Le protocole médicamenteux du réseau des Bluets propose, par exemple, la prise du *misoprostol* à partir de 12h.

En ce qui concerne les douleurs post *misoprostol*, les EVA sont en moyenne supérieures à 5, mais ce chiffre reste très variable.

- Etude de Livshits : 98% ont des douleurs, EVA >7 pour 80%.(88)
- Etude Abdel-Aziz: EVA 2h:= 4,76 et EVA à 4h=6,07.(89)
- Etude De Nonno: 75% ont mal dans les 2h et 95% dans les 4h.(87)

L'ibuprofène ne modifie pas l'efficacité de la méthode et reste le médicament le plus efficace.

- L'administration **d'Ibuprofène 800 mg** en même temps que 400 µg de *misoprostol* per os 48 h après 600 mg de *mifépristone* réduit significativement les besoins en analgésie (78% dans le groupe placebo vs 38% dans le groupe Ibuprofène) mais sans diminuer les score d'EVA 1h ou 2h après le *misoprostol*.(90)
- **L'ibuprofène 800mg est supérieur au paracétamol 1g** en terme de réduction de la douleur et de demande d'antalgique secondaire.(88)

Peu d'études portent sur le recours et l'efficacité des paliers 2 ou 3 dans l'IVG médicamenteuse. Cependant les taux d'EVA constatés confirment l'importance d'envisager avec la femme la prise au moins d'un palier 2 si la douleur est trop forte.

Dans une étude de 2009, les facteurs de survenue de plus grandes douleurs dans la méthode médicamenteuse sont l'âge gestationnel (>50 jours), le jeune âge, l'origine caucasienne (comparé à l'origine asiatique) et les antécédents d'IVG.(88)

Proposer des conclusions sur la douleur dans l'IVG médicamenteuse reste difficile à car les études sont réalisées avec différents protocoles médicamenteux selon les Pays et différents modes d'évaluation de la douleur (EVA ou recours aux antalgiques) De plus, les limites de l'analyse de l'expression de la douleur sont multiples : le ressenti de la douleur évolue probablement avec le temps et reste un critère subjectif, et non reproductible entre 2 personnes pour une même douleur. Enfin, le souvenir de cette douleur est forcément influencé par d'autres sentiments entourant le moment de l'IVG.

La mise en place de fiches écrites d'information pour les patientes du réseau REVHO, la possibilité de joindre le médecin et la possibilité d'être prise en charge par un service dédié en cas d'urgence permet une réassurance, et une meilleure gestion des douleurs au domicile.

8.2 La douleur « punition » dans l'IVG ?

Dans le discours de certaines femmes, la douleur est vue comme « essentielle » car gage de l'efficacité de la méthode, et permettant la réalisation de « ce qui est en train de se passer ». Dans ces termes, la question de « douleur normale dans l'IVG » peut se poser, voir de « douleur punition » que les femmes culpabilisées accepteraient. L'évolution de la prise en charge de la douleur dans le domaine de la santé et de la maladie a été important au cours des 10 dernières années : en est il de même dans l'IVG ? ***On peut se demander si l'inconscient collectif n'accepte t-il pas plus la présence de douleurs après une IVG que dans un cancer ou une autre maladie ?***

Le rôle du médecin dans l'information de la possibilité de contrôler les douleurs par les antalgiques, sans remise en cause de l'efficacité de la méthode semble essentiel. Il apparaît que le fait de ne pas aborder les douleurs ou de les minorer (dans le discours des médecins) n'aide pas un meilleur contrôle des douleurs. De plus des travaux quantitatifs sur le modèle français sont nécessaires pour synthétiser les résultats en terme de ressenti des douleurs. Une étude de grande ampleur a débuté en 2013 dans la région de Nantes, dont les résultats sont en cours.

8.3 L'expulsion : Informer? L'expliquer? L'aborder ?

L'expulsion est le moment le plus redouté pour certaines femmes. Les appréhensions sont alors « de tout voir ». La gestion de cette étape semble un point important conditionnant le vécu de l'IVG. Pour le médecin, la question de l'aborder ou de l'ignorer peut se poser.

Informé la patiente de cette étape semble logique notamment dans un contexte où la femme est responsabilisée dans une prise en charge ambulatoire ; l'expulsion étant aussi un critère d'efficacité. Cependant dans mon étude, les femmes ne semblent pas avoir mieux géré ce moment malgré l'information du médecin. Au contraire, les patientes qui l'ont envisagé comme des règles sans en avoir préalablement discuté avec le médecin semblent ne pas avoir vécu cette étape douloureusement.

Les résultats de l'enquête qualitative sur le vécu des médicaments à domicile(72) pose cette même question de la gestion de l'expulsion : faut-il regarder ou non ? En effet les femmes disent vivre l'expulsion de façon intense « comme la maîtrise d'un évènement grave ». L'Hôpital qui est normalement réservé à la maladie grave, prépare plus les femmes à une expérience intense. Elles recommandent que l'isolement du domicile face à l'expulsion soit préparé. La qualité d'écoute et la disponibilité du médecin avec un système d'assistance téléphonique doivent contribuer à apaiser l'anxiété qui entoure ce moment.

9. L'intérêt de la consultation Post-IVG.

Il ressort des discours des femmes un besoin d'être rassurée sur l'efficacité avant tout, d'autant plus qu'il y a eu peu de symptômes physique (Peu de douleurs, ou peu de saignement, ou expulsion non vue). L'échec de la méthode médicamenteuse reste la 1^{er} crainte des femmes retrouvées dans la littérature.(72)

Les données de plusieurs rapports d'évaluation ont soulevé le problème de la non présentation des femmes à la consultation post-IVG. L'analyse des fiches de liaison de REVHO en 2011 sur l'IVG médicamenteuse en Ile de France montrait que 33% des patientes en moyenne ne venaient pas contre 18% en 2006.(51)

Dans ce contexte, une étude sur l'utilité de la dernière consultation est en cours de réalisation : elle vise à tester l'acceptabilité et la faisabilité du remplacement de la dernière consultation par un test urinaire réalisé par la femme au domicile.

Pour une majorité de femmes de notre étude, cette consultation permet de « *clôturer cet étape* » et « *d'aller au bout de ses engagements* », plus que la réassurance physique qui passe au second plan. Celles qui pensent que la solution d'un test à domicile devrait être proposée revendiquent une procédure trop longue, et une dernière consultation qui n'a pas eu d'autre aspect qu'une vérification technique de l'efficacité et de la tolérance de la méthode.

9.1 Aborder la contraception ultérieure

La consultation post-IVG semble le meilleur moment pour aborder la contraception ultérieure. Mais le rôle du médecin est parfois limité à une discussion sur les moyens disponibles et à une prescription « en attendant », les femmes désirant souvent en reparler avec le médecin qui les prend en charge sur le plan gynécologique. En 2013, l'HAS a réalisé une fiche spécifique sur la contraception en post-IVG, qui peut être utile lors de cette consultation pour ouvrir les femmes à tous les moyens disponibles.(91)

Comme nous l'avons vu en introduction, il existe un lien étroit entre contraception et avortement. L'étude sur les trajectoires contraceptives des femmes autour de l'IVG réalisée en 2007 cible des lacunes dans l'abord et la prescription de la contraception au moment de l'IVG : près d'une femme sur 4 est sans contraception après l'IVG, et 46% ont eu une prescription de pilule alors qu'elles déploraient un échec de pilule.(92)L'ARS a ,depuis quelques années, ciblé ses communiqués sur la contraception choisie et adaptée à chaque femme à travers les campagnes de communication de l'INPES. Dans le cadre de la loi HPST, une consultation annuelle de prévention gratuite pour les jeunes à partir de 16 ans et jusqu' à 25 ans avait pour but d'améliorer l'accès à l'information sur la contraception. Or ce projet n'a pas eu l'impact attendu, et il existe des points de blocage qu'il faudrait analyser.

9.2 Aborder le vécu psychologique

Les femmes désirent avoir une discussion avec le médecin qui les a pris en charge plus qu'un entretien psychologique avec un autre intervenant (psychologue, conseillère conjugale).

Comme l'a montré l'enquête GINE, de nombreuses femmes vivaient l'entretien psychosocial obligatoire comme une ingérence dans leur vie privée. Elles souhaitent

surtout une assistance psychologique en cas de besoin mais surtout après l'IVG , plutôt qu'avant.(42)

La question de la formation, de l'envie et de la capacité des médecins à faire ces consultations d'écoute est essentielle. Le médecin doit prendre la responsabilité de parler avec la patiente de son vécu, de lui laisser le temps de l'évoquer, et de lui proposer de revenir dessus a posteriori si elle le désire.

Les femmes de l'étude n'ont pas refusé le message « d'en reparler plus tard, ou d'avoir des coordonnées », mais pour la majorité au moment des entretiens elles pensent qu'elles n'en n'auront pas besoin.

Les différents travaux récents réaffirment qu'il n'y pas de conséquences psychologiques négatives à l'IVG mais que les femmes qui avaient des problèmes avant, en auront après. Les résultats d'une méta-analyse de 2008 (21 études) montrent que sur le long terme il n'y a aucune différence en terme de santé mentale entre les femmes ayant vécu une IVG et le groupe comparatif. Des sentiments « négatifs » peuvent néanmoins affecter les femmes mais souvent de façon temporaire : culpabilité, anxiété, colère.(93)

C'est dans ce sens que l'abord du vécu psychologique semble intéressant pour le médecin généraliste : dans le dépistage de fragilités préexistantes à l'IVG, qui vont faire que celle-ci va s'inscrire dans la vie de la femme différemment.(94)

Selon l'enquête sociologique de 2001 de N.Bajos et ses collègues (42), **le vécu de l'IVG est dynamique : il se transforme, évolue et se construit peu à peu.** Le sentiment de soulagement souvent ressenti après l'IVG, peut être suivi par une dépression intense puis finalement une impression plus positive. Ainsi, la distance temporelle entre l'IVG et l'entretien est essentielle.

Plus globalement, le vécu est surtout lié au sens pris par l'IVG dans la vie de la femme, en fonction des autres évènements qui lui ont précédé et succédé.

10. Les deux axes d'amélioration proposés par les femmes

Les éléments d'améliorations proposés par les femmes pour une meilleure prise en charge des IVG, permettent de dessiner deux grands axes. Le rapport remis récemment au gouvernement par le HCefh sur l'information présente 40 recommandations dont certaines semblent répondre à la demande des femmes.(53)

10.1 Un manque d'information des femmes en amont

Beaucoup des femmes interrogées « ne se sentaient pas concernées avant que ça leur arrive ». Elles recommandent une meilleure information sur internet avec plus de praticité notamment sur les démarches, le prix des examens, et la lisibilité des centres et des médecins pratiquant des IVG en fonction du lieu d'habitation. Elles parlent aussi de l'intérêt d'un numéro d'appel. Comme nous l'avons vu précédemment, la mise en place **d'un site ministériel sur l'IVG** va permettre de répondre à cette demande : www.IVG.gouv.fr.(95)

En Ile de France, le site « www.revho.fr » a destination du grand public et des professionnels donne des informations actualisées sur l'IVG médicamenteuse, des fiches à télécharger pour les professionnels, et une rubrique « retour d'expérience » pour que les femmes posent leur questions ou donnent leurs avis.(96) Le réseau a aussi mis 2 outils à disposition des médecins, qui ont connu une extension nationale, à savoir un support pour les salles d'attente avec les sites internet recommandés, et une plaquette pour les salles d'attente « avorter à la maison, c'est possible ».

Selon la loi, chaque région devrait avoir depuis 1999 une plateforme téléphonique officielle dédiée aux appels concernant l'IVG et la contraception. Or les informations recueillies par les ARS montrent que ces lignes sont soit inexistantes, soit saturées, soit mélangées au secrétariat d'une maternité et donc souvent non opérationnelles pour répondre aux questions des femmes. De plus la lisibilité et l'exactitude des numéros renvoyant à ces plateformes n'étaient pas toujours exactes. Ainsi les recommandations du HCeh envisagent un **numéro vert** national renvoyant à des plateformes régionales qui pourrait communiquer aux femmes et aux professionnels de santé des informations adaptés en fonction de leur lieu de vie. Enfin, il envisage **la 1^{er} campagne d'information** : « sexualité, contraception, avortement ».(53)

10.2 Une meilleure orientation et coordination des soins

a) Une information élargie à tous les acteurs concernés par l'IVG

Il existe des lacunes importantes concernant l'information des acteurs de santé (ensemble des médecins, pharmaciens, infirmières..) qui peuvent être amenés à orienter ces femmes. Dans notre étude, une femme qui est pharmacienne exprime le

défaut d'information de sa profession en matière d'IVG, alors qu'ils peuvent être des interlocuteurs de 1er recours, surtout dans les zones de désert médical.

L'information de l'ensemble des médecins est un enjeu majeur d'amélioration de l'information, qu'ils pratiquent ou non des IVG. Pourtant une étude de 2004 met en relief de réelles lacunes des médecins sur leurs connaissances et pratiques face à une demande d'IVG.(90)

- 34% seulement des praticiens interrogés connaissaient le délai maximum permettant de réaliser une IVG en France et la majorité ignorait que le consentement parental n'est plus obligatoire pour une jeune femme mineure.
- 80% des médecins interrogés étaient capables de citer les deux méthodes d'IVG, mais seule la moitié d'entre eux les expliquait à la patiente et un quart leur laissait choisir celle vers laquelle elles s'orienteraient.

Au minimum, leur devoir est de donner une information sur l'IVG et de remettre le dossier guide publié par les ARS. Mais les enquêtes sur les pratiques des médecins montrent que cela est rarement fait (dossier guide jugé non synthétique et peu abordable, ou non disponible au moment de la consultation). Une information centralisée par un site internet national qui renvoie à des informations régionales semble plus adaptée et accessible aux médecins en consultation.

Les études médicales de 2^{ème} cycle consacrent un item de l'Examen Classant National sur l'IVG et traite surtout de ses aspects techniques et complications. Il faudrait renforcer l'enseignement au minimum des internes de médecine générale et gynécologie sur le droit, l'histoire et les enjeux sociétaux de l'avortement pour leur permettre à tous de mieux aborder les consultations en cas de demande d'IVG. Des formations spécifiques sur la contraception et la régulation des naissances sont disponibles (DIU) mais restent à la charge de l'étudiant et que dans certaines facultés .Le réseau REVHO participe à la formation des médecins en Ile de France, lors de 3 sessions de 2 journées de formation, permettant au médecin de valider leur devoir de Formation Médicale Continue. (FMC)

Mais l'information ne doit pas se limiter aux médecins mais cibler l'ensemble des acteurs de santé concernés par l'IVG (sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux) est à reconsidérer ; ceux ci pouvant être en première ligne pour une demande d'orientation.

Le HCefh recommande une simplification du dossier guide en collaboration avec les médecins, et une diffusion plus large de ce dernier dans les lieux publics notamment.

b) Coordination des soins par le médecin généraliste, dans le cadre d'un réseau IVG.

La coordination des soins par le MT autour d'un réseau acteurs qui sont habitués à prendre en charge les IVG en ambulatoire permettrait de faciliter le parcours de soins. Cela est possible que si la relation de la femme avec son médecin traitant lui permet d'envisager de le contacter au moment de l'IVG, ce qui ne paraît pas si simple comme nous l'avons vu en amont.

Il paraît important, dans ce sens, et comme le recommande le HCefh « *d'informer régulièrement tous les professionnels de santé amenés à répondre à une demande d'IVG sur l'existence et les coordonnées des structures d'orientation, d'information et sur l'organisation actuelle du système de soin* ».

Le réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO) en Ile de France, est un point positif de coordination et de réassurance pour les femmes qui peuvent être réorientées vers l'hôpital en cas de problème, mais aussi pour les professionnels qui sont regroupés au sein d'une structure avec des outils de formations, des contacts, et une simplification des démarches administratives. La mise en place depuis 2007 d'un système d'information médicale « Medlvg » centré sur la patiente a fait ses preuves dans la facilitation des démarches pour les médecins libéraux. Celui-ci permet aux médecins de rentrer directement sur le site les informations médicales des patientes, qui sont transmises après cryptage à l'établissement avec lequel ils sont en lien. Des outils d'analyse permettent de réaliser les statistiques pour répondre aux réglementations obligatoires.(51)

11. Ce qu'on en retire pour la pratique médicale

De l'expérience des 18 femmes interrogées, on peut lister les points essentiels à aborder lors des consultations de prises en charge d'IVG et de contraception en médecine générale.

LORS DE LA 1 ^{ER} CONSULTATION MÉDICALE POUR UNE DEMANDE D'IVG	
DECISION IVG	<ul style="list-style-type: none"> • Monter sa capacité à entendre sans juger, à respecter les choix. (neutralité et bienveillance) • Rappeler le droit à l'IVG si culpabilité dans le discours ou peur d'un jugement en rapport avec la norme sociétale. • Accompagner la réflexion : « Quelles seraient les conséquences pour vous si vous poursuiviez cette grossesse ? Ou si vous ne la poursuiviez pas ? » • Poser la question des angoisses par rapport à l'IVG ? : « Avez-vous des angoisses par rapport à l'IVG » • Rassurer sur la fertilité ultérieure. Evoquer la possibilité d'être mère dans le futur. • Poser la question des représentations de l'IVG. Influence du discours de l'entourage à pondérer. « Quelle idée vous faites-vous de l'IVG ? » • Réaffirmer la décision personnelle. Identifier des motifs de recours qui vont à l'encontre de la volonté de la patiente (pression de l'entourage, d'un médecin) • S'intéresser à la position du conjoint dans la démarche du conjoint. « Qu'en pense votre conjoint ? » et l'impliquer dans les consultations si c'est une demande du couple.
CONTEXTE DE SURVENUE DE LA GROSSESSE NON DESIREE	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder le contexte de survenue de la grossesse non désirée pour réfléchir à la contraception ultérieure et non comme une mise en avant d'un échec contraceptif. • Eviter la formulation « <u>pourquoi</u> » et utiliser le « <u>comment</u> » : « Comment en êtes-vous arrivée là ? » plutôt que « Pourquoi en êtes-vous arrivée là ? » • Initier la réflexion sur le « sens » de la grossesse non désirée.

	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder la question des violences subies actuelles ou passées dans les consultations de demande d'IVG. • questionnement des violences systématique (Etude G.LAZIMI) : <i>Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, physiques ou sexuelles?</i>
DELAI DE REFLEXION	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer le délai de réflexion légal de 7 jours pour que la femme en tire une réflexion constructive. (annonce du délai souvent mal vécu par les femmes) • Evoquer la possibilité d'une ambivalence pour qu'elle puisse en reparler si besoin.
EXAMENS COMPLEMENTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le travail en réseau : coordination des examens complémentaires avec partenaires connus et habitués à cette activité (radiologues, laboratoires d'analyses médicales) • Orienter les femmes e fonction de leurs ressources (secteur 1 ou 2)

CONSULTATION PRE-IVG	
LIBRE CHOIX	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer la possibilité du choix de la femme dans la méthode, le lieu. • S'assurer de la bonne compréhension de la méthode, des effets secondaires. • Faire le point sur l'entourage et le contexte de vie : si non adapté => envisager la méthode en hospitalisation.
LES DOULEURS	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des facteurs pouvant influencer la gestion des douleurs au domicile : âge, peur de l'acte, parité • Ne pas minorer l'existence de douleurs mais réaffirmer qu'elles ne sont pas obligatoires pour une efficacité de la méthode. • Insister sur la prise d'antalgiques en amont. • Enrayer l'idée de « douleurs à vivre » comme punition sous-jacente de l'IVG.
L'EXPULSION	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de l'étape de l'expulsion • Repérer les femmes qui ont une forte appréhension de ce moment. Voir envisager une méthode chirurgicale avec elle.

CONSULTATION POST-IVG	
ABORDER LA CONTRACEPTION	<ul style="list-style-type: none"> • Information sur tous les moyens existants : ne pas se limiter à la prescription « d'une pilule en attendant » • Sortir du « tout-pilule ». Proposer les alternatives : DIU-implants-patch-anneaux quelque soit la parité de la femme ! • Se baser sur les recommandations : contraception post IVG. • Si accident de préservatif, ou oubli de pilule : revoir les conduites à tenir, et l'utilisation du préservatif.
ABORDER LE VECU PSYCHOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Aborder le vécu psychologique, pour avoir une discussion si la femme le désire. • Favoriser l'expression du vécu : « comment vivez-vous la situation ? » • Repérer les vulnérabilités psychologiques avant l'IGV. • Proposer des coordonnées pour « plus tard »

CONSULTATION DE CONTRACEPTION (En dehors du contexte d'IVG)	
INFORMER	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les femmes sur « les périodes de fragilité » notamment au moment des changements de moyens ou d'arrêt contraceptif. • Proposer de reparler du préservatif : son utilisation, ses limites en terme d'efficacité pratique dans une relation de couple (mal mis ou pas mis) • Proposer d'impliquer l'homme dans le choix contraceptif si en couple ; envisager les méthodes masculines • Informer sur le parcours en cas de grossesse non désirée et la place du MG dans le parcours de soins. • Informer la femme de la possibilité de recours au MT en cas d'accident de préservatif.
PREVENIR	<p>Lors des renouvellements de pilules contraceptives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérifier la méthode de prise, les oublis, l'adéquation au mode de vie actuel de la femme. • la connaissance de la conduite à tenir en cas d'oublis, et comment se procurer la contraception d'urgence.
ECOUTER	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte les désirs de changement contraceptif qui sont souvent synonymes d'arrêt ou de mauvaise prise du contraceptif actuel.

B. LES LIMITES DE L'ETUDE

1. Le recrutement des médecins

Les médecins participants faisaient partie d'une sphère médicale limitée (réseau des Bluets et la SFTG) ce qui peut restreindre la diversité des pratiques.

Ils étaient recrutés sur la base du volontariat. On peut donc imaginer qu'ils étaient intéressés et sensibilisés au sujet d'où ***un premier biais de recrutement***.

Nous voulions une représentativité de l'exercice en ville et en milieu rural, or seulement 3 médecins exerçaient en milieu rural et tous dans le 77.

Cette répartition est le reflet de l'inégalité sur le département du développement de la méthode médicamenteuse, où la majorité de médecins conventionnés avec des centres hospitaliers est concentré sur Paris.

En conséquence, les femmes de notre étude sont en majorité prises en charge en milieu urbain, ce qui peut avoir une influence sur les résultats en terme de parcours de soins.

Le nombre de femmes par médecin est au maximum de 4 pour le MG n°1, ce qui était notre limite supérieure préétablie. Un plus grand nombre de médecins participants aurait permis une plus grande diversité de l'échantillon des femmes interrogées.

2. Les femmes interrogées

Les femmes interrogées étaient volontaires ce qui implique ***un biais de recrutement par convenance***. On peut en effet se demander si les patientes qui ont eu un vécu plus compliqué ont refusé de participer.

Nous n'avons pas de données concernant le nombre et le motif de refus des patientes auprès des médecins.

De plus, les patientes qui ont accepté l'ont fait dans un premier temps sur la demande du médecin qui les a pris en charge ; on peut donc se demander si elles ne l'ont pas fait « comme un dû envers le médecin » engendrant un manque de neutralité de la démarche. D'ailleurs, 5 femmes qui avaient accepté initialement de me rencontrer, ont annulé leur rendez-vous très peu de temps avant notre entretien, puis n'ont plus répondu à mes relances.

En fin d'étude, j'ai voulu connaître les motifs d'annulation de ces 5 patientes en les recontactant par mail et en leur proposant plusieurs choix de réponse : *pas le temps ou pas de disponibilité, protocole trop compliqué, pas envie d'en reparler, trop angoissant*. Je n'ai eu aucune réponse.

La taille de l'échantillon de 18 entretiens correspondait à notre objectif d'en obtenir entre 15 et 20.

3. L'enquêteur.

Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la réalisation des entretiens semi-dirigés est certainement un biais important de cette étude.

La durée plus courte des premiers entretiens témoignent probablement d'une meilleure gestion des entretiens au fil du temps.

Ce manque de qualification a pu intervenir à plusieurs niveaux de la réalisation des entretiens. La formulation des questions peut être influencée par les perspectives de l'enquêteur, et des maladresses de rythme ou de langage peuvent entraîner des blocages dans le discours.

L'analyse méthodologique des techniques d'entretien montre qu'il existe différentes attitudes et stratégies allant de la moins directive, à la plus directive(47)

L'appartenance de l'enquêteur au corps médical peut cloisonner ou influencer le discours de la femme.

4. La technique de réalisation des entretiens.

Le durée entre l'IVG et l'entretien n'était pas (de 0 à 6 mois) . On peut imaginer un biais dans les capacités des femmes à se remémorer les évènements et les sentiments vécus.

Les données de l'étude GINE (42) confirme l'influence du temps passé sur le vécu de l'IVG qu'elle décrit comme dynamique.

Une étude plus longue avec analyse de l'évolution du vécu dans le temps (par ex à 1 mois, 3 mois, 6 mois et an) serait intéressante mais demanderait un engagement des femmes et une méthode différente d'analyse.(quantitative pour exploitation des mêmes données en fonction du temps)

L'enregistrement des données sur un dictaphone représente un biais de recueil des données pouvant engendrer un blocage de la parole des femmes.

Dans cette méthode l'analyse est limitée aux données verbales alors que le vécu peut être d'avantage ressenti dans les attitudes non verbales (silences, expressions corporelles). Une étude avec enregistrement vidéo des femmes serait possible mais demanderait plus de moyen, l'accord des femmes d'être filmées, et une formation plus poussée pour l'analyse du non-verbal.

La capacité des femmes à rester dans le sujet de la recherche représente aussi une limite.

Le lieu de rendez-vous différent selon les entretiens peut modifier la qualité de l'entretien, selon qu'il soit entrecoupé, dans un lieu neutre ou connu.

5. Questions enlevées et ajoutées à la grille d'entretien

Après les premiers entretiens : 2 questions initialement prévues ont été enlevées.

La première était : « *est ce qu'elle conseillerait cette méthode à une amie dans la même situation* ». La réponse à cette question était associée à une gêne des femmes. Comme si évoquer la possibilité que cette situation puisse ré-arriver à une autre ou à elle-même était mal supportée par les femmes, et que de l'évoquer si librement était inconsciemment non assumé par moi-même.

La deuxième question était « *sur le sens de cette grossesse non désirée à posteriori* ». Celle-ci semblait non comprise par les femmes d'un coté, et me mettant dans une position d'ouverture à une réflexion psychologique dont je n'avais pas le rôle de réponse ici. (en tant qu'interviewer)

6. L'analyse

La méthode qualitative dont l'object n'est pas une analyse statistique des données n'a pas la vertu d'être représentative de la population générale.

L'analyse des entretiens réalisée par l'enquêteur lui-même engendre forcément **un biais d'interprétation**. Pour diminuer l'impact de ce biais dans nos résultats, une relecture neutre avec codage des entretiens a été réalisée par 4 personnes extérieures. Le résultat de cette relecture a permis d'affirmer un codage commun et a permis de soulever des interrogations sur la question des violences, que nous avons détaillé plus haut. (Voir chapitre 3 / partie résultats)

CONCLUSION

L'IVG médicamenteuse en ambulatoire chez un médecin généraliste offre aux femmes qui le désirent une alternative à la prise en charge hospitalière. Si l'efficacité et la sécurité de la méthode ont été étudiées, les données sur le vécu de la prise en charge « en ville » restent rares.

Le discours des 18 femmes interrogées dans ce travail a permis de mettre en lumière des facteurs communs ayant influencé leurs parcours.

Le vécu de la découverte de la grossesse non désirée est influencé par le contexte contraceptif. La norme sociétale pousse les femmes à justifier leur décision de ne pas poursuivre leur grossesse. Le droit à l'IVG n'est que très peu évoqué.

L'accès au médecin qui réalise l'IVG reste compliqué, en raison d'une mauvaise orientation initiale sous tendue par un défaut de connaissance des femmes et des professionnels de santé de l'IVG et de ses filières de soins. Le recours au médecin traitant pour l'orientation initiale est peu fréquent.

Le choix de la méthode ambulatoire leur permet de préserver l'intimité du domicile et des consultations, et d'avoir une prise en charge rapide avec un interlocuteur unique. Les médicaments, vus par certaines comme une méthode plus naturelle et plus facile à vivre, sont aussi un moyen d'être actrice de l'IVG, dans une relation de soins qu'elles revendiquent de « responsabilité partagée ».

Ne pas minimiser les effets secondaires lors de la consultation pré-IVG permet aux femmes de mieux les gérer au domicile. Les douleurs, qui peuvent être ressenties comme plus fortes chez les femmes jeunes et nullipares, doivent être prévenues par la prescription d'antalgiques adaptés. L'acceptation des douleurs semble reposer sur l'idée qu'elles sont associées à une meilleure efficacité, mais masque aussi parfois une « autopunition » sous-jacente. Expliquer aux femmes qu'elles n'ont pas besoin d'avoir mal pour que l'IVG soit réussie permettrait de limiter ces attitudes et d'améliorer la prise d'antalgique en amont.

La consultation post-IVG permet d'aborder la contraception ultérieure et de proposer un soutien psychologique.

Pour améliorer le vécu et la prise en charge des IVG en ambulatoire, les femmes ont fait des propositions pour optimiser l'information et l'accès à l'IVG. Leurs expériences auront permis d'établir une liste des points essentiels à aborder lors des consultations de demande d'IVG.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite Simone veil relative à l'interruption volontaire de grossesse(IVG). 75-17 janv 17, 1975.
2. ANSM. Conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol au cours de l'IVG médicamenteuse - [Internet]. [cité 24 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ansm.sante.fr>
3. LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
4. Circulaire n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et enétablissement de santé paru dans le Bulletin Officiel n°2004-50 [Internet]. [cité 13 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
5. Morel M-F. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de l'avortement. 2012 [Internet].[cité 13 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr>
6. Code pénal de 1810 (Texte intégral - État lors de sa promulgation en 1810) : Livre III - Titre Second (Articles 295 à 463) [Internet]. [cité 13 sept 2013]. Disponible sur: http://ledroitcriminel.free.fr/code_penal_1810
7. George J. Jean-Yves Le Naour, Catherine Valenti, Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècles. Cah Hist Rev Hist Crit [Internet]. 1 oct 2005 [cité 13 sept 2013];(96-97). Disponible sur: <http://chrhc.revues.org/1043>
8. Hassoun daniele. Histoire de la législation de la contraception et de l'avortement en France. [Internet]. [cité 13 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ancic.asso.fr>
9. Mouvement Francais pour le Planning familial. D'une révolte à une lutte, 25 ans d'histoire du planning familial. MFPP et Editions Tierce. 1982.
10. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances abrogeant les art.. L648 & L649 du code de la santé publique. 67-1176 déc 28, 1967.
11. Manifeste des 343 [Internet]. Wikipédia. 2013 [cité 15 sept 2013].
12. Il y a 40 ans, le procès de Bobigny [Internet]. [cité 15 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/>
13. Nisand I.L'IVG en France. Propositions Pour Diminuer les Difficultés Que Rencontrent les Femmes. 1999
14. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique. 2010 déc.

15. Décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. 2009-516 mai 6, 2009.
16. LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. 2012-1404 déc 17, 2012.
17. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 - Drees. juin 2013 [cité 14 sept 2013];(843). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr>
18. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'at-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Popul Sociétés*. 2004;407:2-7.
19. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) CHAMBAUD L, JOURDAIN MENNINGER D, AUBIN C. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse
20. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. déc 2009 [cité 14 sept 2013];(712). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr>
21. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. juin 2012 [cité 14 sept 2013];(804). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr>
22. ARS Ile de France. Parcours de santé et Interruption de grossesse en ile de france en 2012 [Internet]. 2012 [cité 14 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Interruptions-Volontaires-de-G.140200.0.html>
23. Hassoun D. [Témoignage]. L'interruption volontaire de grossesse en Europe. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;n° 1(1):213-221.
24. Toute l'Europe: Comparatif : le droit à l'avortement [Internet]. [cité 14 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.touteleurope.eu/fr/actions/social/sante-publique/presentation/comparatif-le-droit-a-l-avortement.html>
25. Paris JDLE. Nouvelles réglementations Européennes pour l'IVG médicamenteuse. [cité 14 sept 2013]; Disponible sur: <http://www.gynepro.fr/portail/sources/congres/jta/08/IVGMEDIC.pdf>
26. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone. World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. *BMJ*. 28 août 1993;307(6903):532-537.
27. Lièvre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception*. juill 2009;80(1):95-100.
28. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*. oct 2002;66(4):247-250.

29. Middleton T, Schaff E, Fielding SL, Scahill M, Shannon C, Westheimer E, et al. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*. nov 2005;72(5):328-332.
30. Wedisinghe L, Elsandabesee D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first-trimester medical termination. *Contraception*. avr 2010;81(4):269-274.
31. Aubény E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol [corrected]. *Int J Fertil Menopausal Stud*. 1995;40 Suppl 2:85-91.
32. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med*. 30 avr 1998;338(18):1241-1247.
33. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*. 27 mai 1993;328(21):1509-1513.
34. Bracken H, Family Planning Association of India (FPAI)/ Gynuity Health Projects Research Group for Simplifying Medical Abortion in India. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. mars 2010;108(3):228-232.
35. Clark WH, Hassoun D, Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Winikoff B. Home use of two doses of misoprostol after mifepristone for medical abortion: a pilot study in Sweden and France. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. sept 2005;10(3):184-191.
36. 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 prospective sur 433 patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. avr 2005;33(4):220-227.
37. Dagousset I, Fourrier E, Aubény E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. janv 2004;32(1):28-33.
38. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ*. 18 sept 1993;307(6906):714-717.
39. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. sept 2004;70(3):183-190.
40. Cemka Eval. Rapport d'évaluation du réseau REVHO. 2006 Mars.

41. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: approches qualitative et quantitative. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. 2003;51(6):631-48.
42. Pourette D, Moguerou L, Locoh T, Kateb K, Jaspard M, Ferrand M, et al. Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné -De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. *Population*. 2004;59(1):178-179.
43. Bachelot A, Cludy L, Spira A. Conditions for choosing between drug-induced and surgical abortions. *Contraception*. Juin 1992;45(6):547-559.
44. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical versus surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception*. Sept 2011;84(3):224-229.
45. Desille S. IVG médicamenteuse, à l'hôpital ou à domicile: paroles de femmes. 2008. 290 p.
46. Boulay C. L'IVG médicamenteuse à domicile en Franche-Comté: enquête auprès des médecins et des femmes. Thèse [Besançon] 2009.
47. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-5.
48. Hudelson. la recherche qualitative en medecine de premier recours. 2004 [cité 24 sept 2013];(503). Disponible sur: <http://revue.medhyg.ch>
49. CHEFEG BEN AISSA ,BROCAIL, et COTTET. L'Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi. Une enquête qualiquantitative auprès de 1000 médecins généralistes de la région Centre. Une enquête quantitative multicentrique auprès de 2401 patientes en parcours de soins IVG. Thèse Tours; 2013.
50. [Ivglesadresses.org](http://www.ivglesadresses.org) , J'y vais, j'ai les adresses [Internet]. [cité 27 oct 2013]. Disponible sur: <http://www.ivglesadresses.org/>
51. REVHO. REVHO-rapport d'activité du réseau 2011. 2011.
52. Morgny C,Fiet C. Interruptions volontaires de grossesse :Tenter de comprendre la répétition. 2005 janv.
53. Haut conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes. Remise du rapport IVG à la ministre des Droits des femmes : Près de 40 ans après la loi Veil, agir pour garantir aux femmes un accès plein et entier au droit à l'IVG [Internet]. 2013 nov. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr>
54. Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health*. déc 2009;12(6):365-378.
55. HAS. Document de synthèse État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013.

56. HAS. Contraception : Fiches mémo [Internet]. 2013 [cité 26 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/contraception-fiches-memo>
57. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. 2011 [cité 14 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/contraception-les-francaises-utilisent-elles-un-contraceptif-adapte-a-leur-mode-de-vie.html>
58. Nathalie Bajos & al. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon. Population. 2004;Vol. 59(3):409-418.
59. Bajos N. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? 11 sept 2012 [cité 30 sept 2013];(492). Disponible sur: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/la-contraception-en-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques>
60. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. Hum Reprod. 5 janv 2003;18(5):994-999.
61. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. Hum Reprod Oxf Engl. sept 2007;22(9):2422-2427.
62. Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Hum Reprod. 11 janv 2006;21(11):2862-2867.
63. ANSM.L'ANSM publie un nouveau point sur l'évolution de l'utilisation des contraceptifs sur 9 mois - Communiqué - [Internet]. [cité 30 sept 2013]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr>
64. Furedi A. The public health implications of the 1995 « pill scare ». Hum Reprod Update. déc 1999;5(6):621-626.
65. Cocon É, Arduin P, Bajos N, Bouyer J, Ducot B, Ferrand M, et al. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et Sociétés [cité 29 sept 2013]; Disponible sur: <http://www.revho.fr/professionnels/bibliographie/>
66. Le Pass contraception [Internet]. [cité 26 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.fr/passcontraception>
67. Grandrupt Anne Claire. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'IVG. Etat des lieux, perception et vécu des femmes de 18-40 ans. Thèse, Nancy; 2007.
68. Harkouk-Darchem N. IVG médicamenteuse / IVG chirurgicale : existe-t-il une différence dans le vécu des patientes ? Thèse [Lyon]; 2007.
69. Rigaud Bardes A. Parcours d'accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : représentations et attitudes des femmes. | Base documentaire | BDSP. Thèse [Lyon]; 2011.

70. Logsdon MB, Handler A, Godfrey EM. Women's Preferences for the Location of Abortion Services: A Pilot Study in Two Chicago Clinics. *Matern Child Health J.* 25 nov 2010;16(1):212-216.
71. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan [Internet]. [cité 13 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
72. Bajos N. L'IVG médicale en ville ou à l'hôpital.2007 [cité 17 déc 2013]; Disponible sur: http://revho.fr/professionnels/documents_pdf/rapport_inserm_02_07.pdf
73. Harvey SM, Beckman LJ, Satre SJ. Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among U.S. clinic patients. *Fam Plann Perspect.* oct 2001;33(5):212-216.
74. Saha R, Shrestha NS, Koirala B, Kandel P, Shrestha S. Patients choice for method of early abortion among comprehensive abortion care (CAC) clients at Kathmandu Medical College Teaching Hospital (KMCTH). *Kathmandu Univ Med J KUMJ.* sept 2007;5(3):324-329.
75. Ashok PW, Hamoda H, Flett GMM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. *Contraception.* févr 2005;71(2):143-148.
76. Lafaurie M. Women's Perspectives on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: A qualitative study. nov 2005;13(26):75-83.
77. Gravelle-Collin P. Évaluation des difficultés des médecins régulateurs des naissances. Une enquête qualitative auprès de 18 médecins franciliens. Thèse, Paris Descartes; 2012.
78. INPES. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010 [Internet]. 2013 juin. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/index.asp>
79. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* avr 2007;8(2):149-177.
80. Bleil ME, Adler NE, Pasch LA, Sternfeld B, Reijo-Pera RA, Cedars MI. Adverse childhood experiences and repeat induced abortion. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2011;204(2):122.1-6.
81. Bourassa D, Bérubé J. The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC.* mai 2007;29(5):415-423.
82. Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. [cité 21 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

83. Equipe Enveff et al. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) Présentation méthodologique de l'enquête Enveff 2000 en Métropole.
84. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » : université Paris VI, 2007. 2007.
85. Pelizarri M. Interruptions volontaires de grossesse et violences: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile de France. Paris 6, Pierre et Marie Curie; 2012.
86. Ministère des droits des femmes Découvrez les principales mesures du plan de lutte contre les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 27 nov 2013]. Disponible sur: <http://femmes.gouv.fr>
87. De Nonno LJ, Westhoff C, Fielding S, Schaff E. Timing of pain and bleeding after mifepristone-induced abortion. *Contraception*. 2000;62(6):305-9.
88. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril*. mai 2009;91(5):1877-1880.
89. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher HM. Assessment of pain associated with medical abortion. *Int J Gynecol Obstet*. mars 2004;84(3):264-265.
90. Avraham S, Gat I, Duvdevani N-R, Haas J, Frenkel Y, Seidman DS. Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril*. mars 2012;97(3):612-615.
91. HAS. Contraception chez la femme après une IVG: Fiches mémo [Internet]. 2013 [cité 30 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-fiches-memo
92. Moreau C, Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;n° 1(1):148-161.
93. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. déc 2008;78(6):436-450.
94. Stotland NL. Psychosocial aspects of induced abortion. *Clin Obstet Gynecol*. sept 1997;40(3):673-686.
95. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. IVG.gouv.fr- toute l'information sur l'Interruption Volontaire de grossesse [Internet]. [cité 28 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/ivg>
96. REVHO. REVHO - Accueil des Professionnels membres du réseau [Internet]. [cité 18 déc 2013]. Disponible sur: www.revho.fr

ANNEXES

Annexe 1 : les conditions de réalisation de l'IVG en ambulatoire

Selon la Circulaire du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé.

Selon les recommandations de l'HAS en 2010 relatives à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse.

La qualification des médecins

Peuvent pratiquer des IVG, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée. Soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique. Soit, par une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement.

La convention entre le médecin et l'établissement

Les médecins réalisant des IVG médicamenteuses dans le cadre de ce dispositif passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG.

Le médecin reçoit de l'établissement, pour signature, la convention établie selon le modèle de la convention type (annexe du décret n° 2002-796 du 3 mai 2003).

Il transmet copie de la convention au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève.

Il reçoit également de l'établissement avec lequel il a passé convention, les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymes.

Le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical, les attestations de consultations préalables ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.

Les médicaments nécessaires

Les médicaments nécessaires sont commandés dans une pharmacie d'officine (l'ordonnance doit préciser l'usage professionnel et le nom de l'établissement de santé avec lequel la convention a été passée et la date de sa signature).

Le rôle du médecin dans le suivi de la femme

Il vérifie que l'âge gestationnel, l'état médical et psycho-social de la patiente permettent la réalisation d'une IVG par mode médicamenteux.

Il précise par écrit à la femme, le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

Il lui indique qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix, notamment à l'occasion des consultations au cours desquelles sont administrés les médicaments.

Il délivre à la femme toutes les informations sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires. Il s'assure que la femme dispose d'un traitement analgésique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai raisonnable (de l'ordre d'une heure), il indique les coordonnées précises du service concerné ainsi que la possibilité d'être accueillie à tout moment par cet établissement

Il remet à la femme une fiche de liaison contenant les éléments utiles du dossier médical. Ce document est remis par la femme au médecin de l'établissement de santé lors d'une éventuelle admission. Une copie de la fiche est par ailleurs systématiquement transmise à l'établissement de santé par le médecin. La fiche de liaison, support de ces informations est définie conjointement par l'établissement et le médecin signataires

-Le médecin assure la prévention de l'incompatibilité Rhésus chez toutes les femmes Rhésus négatif par la prescription et l'administration d'une dose standard de gammaglobulines anti-D si nécessaire.

La visite de contrôle est effectuée au minimum dans les 14 jours et au maximum dans les 21 jours suivant la dernière prise de Mifégyne ® (mifépristone).

Le forfait IVG en ville.

Le forfait est fixé à 191,74 euros par l'arrêté du 23 juillet 2004.

Il comprend : 4 consultations (une consultation de confirmation de la demande, une de prise de Mifépristone, une de prise de Misoprostol et une de contrôle).

La première consultation est hors forfait (tarif habituel).

*Il inclut le prix TTC des médicaments utilisés (Une boîte de 3 comprimés de Mifégyne *, 1 boîte de 2 comprimés de Gymiso*). La biologie et l'échographie ne sont pas incluses.*

Le prix limite du forfait est exclusif de tout dépassement d'honoraires. Une feuille de maladie est délivrée comportant la mention « FHV-FMV »

La femme mineure.

Le principe légal de prise en charge anonyme et gratuite des IVG concernant les mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli, s'applique aux interruptions de grossesse pratiquées en ville. Le médecin transmet une feuille de maladie anonyme à la CPAM. La Caisse d'Assurance Maladie verse au médecin le montant du « forfait IVG ». Les mêmes modalités sont appliquées pour les actes biologiques ou la première consultation.

Annexe 2 : Fiche étapes IVG en ville

Source Revho

Consultation préalable (non comprise dans le forfait)

1. demande d'IVG;
2. information délivrée par le médecin;
3. sur l'IVG (notamment explication des techniques), sur la possibilité d'avoir recours à un entretien psychosocial;
4. remise du dossier-guide.

Délai légal de réflexion d'une semaine.

1^{ère} Consultation (comprise dans le forfait)

- ⇒ confirmation de la demande d'IVG et consentement écrit de la patiente;
- ⇒ explications du médecin relatives à la procédure IVG en ville;
- ⇒ remise par le médecin d'un document descriptif du protocole à respecter par la patiente;
- ⇒ fixation des dates de consultations comportant prise de la Mifépristone et du Misoprostol.

La loi ne prévoyant pas de délai entre la 1^{ère} et la 2^{ème} consultation, elles peuvent avoir lieu le même jour.

2^{ème} Consultation (comprise dans le forfait) :

1. prise de la Mifépristone;
2. une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la patiente ainsi que les coordonnées téléphoniques utiles en cas d'urgence;
3. remise par le médecin à la patiente de la fiche de liaison (la patiente sera munie de cette fiche à chaque consultation);
4. facturation du forfait;
5. la déclaration anonymisée de l'IVG est remplie et transmise à l'établissement de santé.

Au domicile :

- prise du Misoprostol, 36 à 48h après la prise de Mifépristone;

4^{ème} Consultation de contrôle (comprise dans le forfait) :

- a) 14 à 21 jours, après la prise de mifépristone;
- b) contrôle de l'efficacité de la procédure;
- c) la fiche de liaison est mise à jour, une copie est transmise à l'établissement de santé.

Annexe 3 : Convention type médecin/CIVG (source REVHO)

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,

2.1 Gynécologue médical

2.1 Gynécologue obstétricien

2.1 Médecin Généraliste

2.1 Autre :.....,

Date de qualification

Dont le cabinet est situé :

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins sous le N°

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,

En date du.....

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° DGS/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
Directeur, M

M ou Mme Docteur en médecine Le

Vu Dr Chef de service de Gynécologie Obstétrique

Vu Dr Centre de régulation des naissance

Annexe 4 : Fiche de liaison médecin/centre hospitalier remise à la patiente (Source REVHO)

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

NOM :		PRENOM :	
ANNEE DE NAISSANCE : __ _ 9 __ _		CODE POSTAL DOMICILE : __ _ _ _ _ _	
Téléphone : __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		DEPARTEMENT DE NAISSANCE : __ _	
Date de la demande d'IVG : __ _ _ _ _ _ _ _ _		βHCG le : __ _ _ _ _	
Date dernières règles : __ _ _ _ _		résultat(s) :	
		Echographie le :	
		résultat(s) :	
ATCD Gynéco- obstétricaux:		ATCD Médico-chirurgicaux :	
Nb d'accouchement(s) : __ _		Troubles coagulation :	
dont césarienne(s) __ _		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nb de FCS __ _		Autres :	
Nb d'IVG chirurgicale __ _		Groupe Rh : <input type="text"/>	
Nb d'IVG médicamenteuse : __ _		Traitements :	
		Allergies médicamenteuses :	
ANOMALIES DE L'EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE:			
traitement éventuel :			
PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :		Prise du Misoprostol le : __ _ _ _ _	
Prise de la Mifépristone le : __ _ _ _ _		Posologie : __ _ _ _ μg	
Posologie : __ _ _ _ mg		gammaglobulines anti-D <input type="checkbox"/>	
AU TERME DE (en SA) : <input type="text"/>			
FIN DE PROCEDURE		Traitement complémentaire nécessaire :	
Visite de contrôle prévue le : __ _ _ _ _		Reprise de misoprostol <input type="checkbox"/>	
Venue oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> au centre	
Si non : Relance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> dans un autre centre	
Visite effectuée le : __ _ _ _ _		Transfusion <input type="checkbox"/>	
		Antibiotiques <input type="checkbox"/>	
Contrôle de l'efficacité par :		Synthèse	
<input type="checkbox"/> Dosage βHCG		Nombre d'appels au médecin traitant :	
le : __ _ _ _ _		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
résultat(s) :		Nombre de visites en urgence :	
<input type="checkbox"/> Echographie		Cabinet : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
		Hôpital : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Si Complications :		Contraception (en clair) :	
<input type="checkbox"/> Hémorragie			
<input type="checkbox"/> Infection		Entretien avec une conseillère réalisé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rétention partielle			
<input type="checkbox"/> Rétention complète			
<input type="checkbox"/> Grossesse évolutive			

Annexe 5 : fiche pharmacologique des molécules utilisées dans la méthode médicamenteuse

LA MIFEPRISTONE

La Mifépristone est un stéroïde de synthèse ayant des propriétés anti-progestérone puisqu'elle se lie aux récepteurs de la progestérone sans les activer, avec une affinité 5 fois plus forte que la progestérone elle-même. L'action de la progestérone se trouve donc inhibée. Elle a aussi une affinité relative pour les autres hormones stéroïdes, mais qui n'ont pas de traduction clinique.

La demi-vie du produit est d'environ 30h avec un pic plasmatique qui survient 2h après son administration.

Les sites de liaison dans le sérum sont en faible quantité et ils sont rapidement saturés, ce qui explique que la pharmacocinétique du produit soit la même pour des doses supérieures à 100 mg.

- Donc théoriquement à des doses plus faibles de Mifépristone mais au-delà de 100 mg, l'efficacité serait la même tout en diminuant les effets secondaires et le coût.

Ses effets physiologiques, par son activité anti-progestérone sont :

- une production de Prostaglandines au niveau utérin et le déclenchement d'une activité contractile.
- Une induction à l'ouverture du col utérin.

La Mifépristone administrée seule chez les femmes enceintes de moins de 49 jours engendre une interruption de grossesse dans 80 à 85% des cas.

Afin d'améliorer ces taux, jugés insuffisants, les chercheurs ont étudié l'effet de l'adjonction des prostaglandines qui sont utérotoniques.

La Mifépristone est commercialisée sous le nom de Mifégyne®.

Contre-indication :

- insuffisance surrénalienne chronique
- Allergie à l'un des constituants
- asthme sévère non équilibré
- porphyrie héréditaire (en raison anémie chronique) ;

Déconseillée : insuffisance hépatique et rénale, malnutrition.

En raison de l'action anti-glucocorticoïdes de la mifépristone, l'efficacité d'un traitement par corticoïdes oraux ou inhalés pourrait être diminuée ; une surveillance dans les 4 jours suivant la prise pour adaptation thérapeutique est ainsi conseillée.

Tératogénicité en cas de poursuite de la grossesse après la prise de mifépristone.

En cas d'échec de la méthode après prise de misoprostol et changement d'avis de la patiente qui souhaite garder sa grossesse, l'attitude actuelle n'est pas de proposer une interruption de grossesse systématique. En effet les études sont peu nombreuses mais il existe des effets rapportés du misoprostol sur le fœtus, qui seraient de l'ordre de 2%. Le CRAT recommande dans ces situations une surveillance ciblée et rapprochée échographique.

LE MISOPROSTOL

Le Misoprostol est une prostaglandine qui stimule la contractilité utérine en se fixant aux récepteurs spécifiques dans le myomètre. Elle déclenche des contractions et ramollit et ouvre le col de l'utérus. Elle a été commercialisée initialement dans le traitement préventif des ulcères gastriques chez les patients sous traitement AINS au long cours.

C'est la prostaglandine la plus utilisée et la plus étudiée dans le monde : elle n'a pas d'action délétère sur les coronaires, et à l'avantage d'être accessible, de faible coût et sans trop d'effets secondaires.

La cinétique du produit dépend de la voie d'administration. Les études montrent que pour l'interruption de grossesse jusqu'à 63 jours, toutes les voies sauf la voie rectale ont des efficacités similaires. La voie vaginale en France, a été abandonnée, même si très efficace à la suite d'accidents infectieux. Les voies buccale et sublinguale semblent les plus intéressantes sur le plan du rapport efficacité/effets secondaires.

L'action de la Mifepristone, suivie conjointement 36 à 48 h après par le Misoprostol , jusqu'à 63 jours d'aménorrhée, induit une interruption de grossesse dans 92 à 98% des cas.

Le Misoprostol est commercialisé sous 2 noms : Cytotec® et Gymiso®.

Contre-indication :

- Hypersensibilité
- Antécédent d'allergie aux prostaglandines.

Annexe 6: la grille d'entretien semi-dirigée

Introduction : « J'aimerais que vous me parliez de cette grossesse non désirée, à partir du moment où vous l'avez appris: votre parcours, vos difficultés, vos réactions ? »

Les questions **surlignées** ont été rajoutées au cours des entretiens, les questions **barrées** ont été supprimées.

PARCOURS D'ACCES / CHOIX DE IVG EN VILLE

Le 1 ^{er} contact après la décision IVG : avec qui ? par quel moyen d'information ? difficultés d'accès aux informations ?	
Qualité et vécu de ce 1 ^{er} contact ? accueil, écoute, informations claires ?	
Comment et par qui s'est fait l'orientation vers le MG ?	
Pourquoi le choix de la ville ? et de IVG médicamenteuse ?	
Connaissance de la méthode ? de son déroulement ? des médecins qui la pratique ?	
Information internet ? claire ? outil valable ?	

LA 1^{er} CONSULTATION AVEC LE MG

Délai de RDV ? Facilité d'accès ? Accueil ?	
Les thèmes abordés par le MG : pourquoi cette grossesse non désirée ? la prise de risque (MST..) ? état psychologie, violences ? le couple ?	
Informations techniques sur les différentes méthodes ont elles été expliquées ?	
Choix de la méthode, du lieu (ville, hôpital) laissés à la patiente ?	
Information sur le déroulement de IVG à domicile donnée (douleurs, saignements)	
Examens para-cliniques (bio, Echo) : rapidité ? accès ? coordonnées transmises ? qualité contact, ressenti ?	
Attestation du délai 1 semaine : réactions sur ce délai ? vécu ?	
Décision conjoint évoqué ? présent ? investissement ?	

IVG AU DOMICILE

Vécu du moment de la prise ? au cabinet (1 ^{er} comprimé) ? puis à domicile ?	
Angoisses préalables ?	
Ordonnances explicatives et antalgiques remises par le MG ? Ressenti et gestion des effets secondaires : saignements, douleur.	
Isolement ressenti : familial ? conjoint ? et par rapport accès au médecin ?	
Intérêt d'un entretien psychologique (conseillère conjugale, psychologue) avant chaque entretien	

APRES IVG ET AVANT LA DERNIERE CONSULTATION : GESTION DU DOMICILE

Gestion du doute de l'efficacité ?	
Besoin de contacter le médecin ?	
Disponibilité du MG et réassurance ?	

LA DERNIERE CONSULTATION

Sujets abordés : vécu physique et psychologique	
Prévention des grossesses non désirées = contraception future ou pas	
Utilité de cette dernière consultation ? gestion seule à domicile avec test urinaire vous paraît-il acceptable ?	

A POSTERIORI

Ressenti général	
Le sens de cette grossesse non désirée ?	
Prise en charge par un médecin de ville: un plus ? pourquoi ?	
Est ce qu'elle conseillerait IVG M en ville à une amie ?	
IVG médicamenteuse : pour tout le monde ?	
Propositions d'amélioration ? commentaires libres.	

Annexe 7: tableau des données démographiques des médecins participants

CODE MEDECIN	MG N°1	MG N°2	MG N°3	MG N°4	MG N°5	MG N°6	MG N°7	MG N°8	MG N°9
SEXE	H	F	F	F	F	F	F	F	H
AGE	56	47	54	34	56	62	39	35	58
LIEU D ACTIVITE	75003	77	75020	75020	75019	75010	77	75005	77
CABINET DE GROUPE	+	+	+	+	-	+	-		+
SUIVI de GROSSESSE	+	+	+	+	-	+	+	+	+
REALISATION FCV	+	+	-	+	+	+	+	+	+
CONTRACEPTION ORALE	+	+	+	+	+	+	+	+	+
IMPLANT (POSE ET RETRAIT)	+	-	-	+	-	+	+	+	+
DIU (POSE/RETRAIT)	+	+	-	-	-	+	+	+	+
DATE DEBUT ACTIVITE IVG	2005	2005	2010	2012	2006	2005	2010	2009	2008
NOMBRE IVG/ MOIS	4-6	1	1	1	1	4-6	1	8	2-3

Annexe 8: La position du médecin traitant dans le parcours d'IVG

CODE PATIENTE	MEDECIN TRAITANT déclaré ?	Le MEDECIN TRAITANT a t-il été contacté à un moment du parcours.	LE MEDECIN qui prend en charge l'IVG est-il le MEDECIN TRAITANT	Gynécologue habituel ?
ME A	NON	-	-	NON
Me B	OUI	NON	NON	OUI
Me C	OUI	NON	NON	OUI
Me D	OUI	OUI	OUI	NON
Me E	OUI	OUI	NON	OUI
Me F	OUI (pas IDF)	NON	NON	NON
Me G	OUI	NON	OUI depuis IVG	OUI
ME H	OUI (pas en IDF)	NON	NON	NON
Me I	OUI	NON	NON	NON
Me J	NON	-	-	NON
Me K	OUI	OUI	OUI	NON
Me L	OUI	NON	NON	NON
Me M	OUI	NON	NON	OUI
Me N	NON	-	-	NON
Me O	OUI	NON	NON	OUI
Me P	OUI (Pas en IDF)	NON	NON	NON
Me R	OUI	NON	OUI depuis IVG	OUI
Me S	OUI	NON	NON	OUI

Annexe 9 : tableau récapitulatif des conditions de réalisation des entretiens

	DATE	LIEU	DUREE (minute)
Me A	8/04/2013	Café/Paris 10	22
Me B	9/04/2013	Travail/Paris 2	32
Me C	23/04/2013	Café/Paris 9	28
Me D	25/04/2013	Domicile/77	26
Me E	29/04/2013	Café/Paris 20	30
Me F	20/05/2013	Café/ paris 20	45
Me G	21/05/2013	Travail/La défense	44
Me H	27/05/2013	Jardin / 75020	34
Me I	11/06/2013	Travail/77	33
Me J	13/06/2013	Café/Paris 10	34
ME K	18/06/2013	Café/Paris 19	43
Me L	13/06/2013	Café/Paris 9	44

Etude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire

Introduction : La pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par les médecins généralistes a pour but d'élargir le choix des femmes et d'améliorer leur accès aux soins. La méthode médicamenteuse est reconnue comme efficace et sûre, mais les données sur le vécu des patientes de leur parcours en ambulatoire sont insuffisantes. L'objectif de ce travail était d'explorer ce vécu.

Méthodes : Enquête qualitative, par entretiens individuels semi directifs, de 18 femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire dans les 6 mois en Ile de France. Analyse par théorisation ancrée, avec double codage. Echantillon raisonné diversifié.

Résultats : Le vécu de la découverte de la grossesse non désirée est influencé par le contexte contraceptif. L'accès à l'IVG, élément déterminant du vécu est fonction du 1^{er} contact, du nombre d'intervenants, et de la connaissance des filières de soins. Le rôle du médecin traitant est dépendant de la représentation qu'elles ont de la relation médecin-patient. Le choix de la ville repose sur la proximité, et la relation avec un interlocuteur unique. La méthode médicamenteuse est décrite comme plus facile, et permettant à la patiente d'être actrice de l'IVG. L'âge et la parité sont des facteurs importants dans le ressenti des douleurs. Le médecin est jugé comme la personne la plus appropriée pour aborder le vécu psychologique, notamment au moment de la dernière consultation.

Conclusion : L'exploration des facteurs influençant le vécu lors du parcours d'IVG permet de proposer des pistes d'amélioration des pratiques médicales.

Mots clefs: Interruption volontaire de grossesse, méthode médicamenteuse, méthode ambulatoire, étude qualitative, vécu des femmes.

Qualitative study on the experiences of abortion through outpatient drug

Background: The practice of voluntary interruptions of pregnancy (abortion) by GPs made to widen the choice of women and improve their access to care. The medical method is recognized as safe and effective, but data on the experiences of patients during their ambulatory period are insufficient. The objective of this study is to further explore the patient lived experience.

Methods: Qualitative investigation by semi-structured individual interviews of 18 women completed a medical abortion in ambulatory in the last six months in Ile de France. Analysis with double coding. Sample reasoned and diversified.

Results: The feeling of discovering unwanted pregnancy is influenced by the context contraceptive. Access to abortion, a key determinant of personal feeling is based on the first contact, the number of stakeholders, and knowledge of cares pathways. The role of the physician is dependent on the representation the patient has of the doctor-patient relationship. The choice of the outpatient method based on the proximity and relationship with a single partner. The medical method is described as easier, and allowing the patient to be an actress of abortion. Age and gender are important factors in experienced pain. The doctor is considered as the most appropriate person to address the psychological experience, including at the time of last visit.

Conclusion: Exploring factors influencing the experience during the course of abortion allowed to propose ways of improving medical practices.

Keywords: abortion, drug-abortion, outpatient therapeutic, qualitative study, women's experience