



**HAL**  
open science

# Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse à domicile : enquête qualitative en Bretagne auprès de femmes suivies par des médecins généralistes libéraux conventionnés

Céline Prudhomme

## ► To cite this version:

Céline Prudhomme. Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse à domicile : enquête qualitative en Bretagne auprès de femmes suivies par des médecins généralistes libéraux conventionnés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02555883

**HAL Id: dumas-02555883**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02555883>**

Submitted on 27 Apr 2020

**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.

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Céline PRUDHOMME**

Née le 10 Avril 1990 à Vannes

---

**Vécu des femmes  
lors d'une IVG  
médicamenteuse à  
domicile.**

**Enquête qualitative  
en Bretagne auprès  
de femmes suivies  
par des médecins  
généralistes libéraux  
conventionnés.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 1<sup>er</sup> Mars 2019**

devant le jury composé de :

**Vincent LAVOUE**

Professeur - Service de Gynécologie-Obstétrique,  
CHU Rennes / *Président*

**Ronan GARLANTEZEC**

Maître de Conférence Universitaire - Service  
d'Epidémiologie, Economie de la Santé et  
Prévention, CHU Rennes / *Assesseur*

**Sidonie CHHOR-QUENIART**

Maître de Conférence Associé – Médecine  
générale, Rennes / *Assesseur*

**Sylvie DENOEL**

Gynécologue-PH, responsable CPEF/CIVG  
Vannes-Auray / *Assesseur*

**Alexandra RAULT**

Médecin Généraliste et attaché CPEF/CIVG  
Vannes-Auray / *Directrice de thèse*

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>CNU</b>
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD- ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT	Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie

DAUBERT	Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Pr Associé	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie

KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MENER	Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Pr Associé	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique

OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOURE	Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT- GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Pr Associé	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	<b>TITRE</b>	<b>CNU</b>
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMARY	Lise	MCU-PH	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FICQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER- JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé



LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU- SANQUER	Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET	Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques

## REMERCIEMENTS

*Au Président de jury,*

Monsieur le Professeur Vincent LAVOUE, vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour l'attention que vous portez à ce travail.

*Aux membres du jury*

Monsieur le Docteur Ronan GARLANTEZEC, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous remercier et à vous témoigner ma gratitude.

Madame le Docteur Sidonie CHHOR-QUENIART, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de toute ma considération pour votre implication dans notre formation.

Madame le Docteur Sylvie DENOEL, je te remercie sincèrement de m'avoir accueillie au CPEF/CIVG de Vannes lors de la présentation de mon projet de thèse. Ton enthousiasme, ta disponibilité et tes conseils tout au long de mon travail ont été précieux.

Madame le Docteur Alexandra RAULT, je te remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse. Tu as su m'orienter lors de ce travail, avec patience et bienveillance. Pour toute l'aide que tu m'as apportée je te remercie sincèrement.

*A Madame le Docteur Eglantine NEVE,*

Je tiens à te remercier de m'avoir donné un peu de ton temps pour m'apporter ton aide dans l'élaboration de mon questionnaire de thèse et le déroulement des entretiens.

*A toute l'équipe du CPEF/CIVG de Vannes,*

Pour votre accueil lors de ces quelques jours d'observation. Vos remarques et votre expérience ont été bénéfiques tout au long de mon projet.

*A toutes les femmes interrogées,*

Je les remercie d'avoir accepté de participer à ce travail. Leur disponibilité et leur confiance m'ont sincèrement touchée.

*A mes maîtres de stage rencontrés au cours de ces trois années d'internat,*

Je vous remercie de m'avoir transmis votre savoir et votre vision de la médecine. Cela a toujours été un plaisir de travailler avec vous.

## DEDICACES

*A ma famille,*

A mes parents, pour votre soutien depuis toujours et notamment depuis le début de mes études. Vous avez toujours su me redonner confiance, merci pour tout.

A mon frère Ludovic et sa nouvelle famille : Marjorie et Gabriel, pour tous ces moments qui m'ont permis de souffler durant ces années. Je vous souhaite plein de réussite et de bonheur.

A mes grands-parents, dont certains nous ont quittés trop tôt.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, et à tous ces moments partagés ensemble.

*A Mickaël,*

Merci pour ton soutien, ta présence et toutes tes attentions depuis ces dernières années. A notre nouvelle vie ensemble.

A ma belle-famille, qui a su m'accueillir à bras ouverts.

*A mes amis,*

A celles qui ont été là depuis toujours : Mélanie, Céline, Audrey, Solène, Anne-Laure, Armonie, Camille, Estelle : notre groupe a su s'enrichir tout au long de ces années. Vous avez été ma bouffée d'oxygène. Gardons ces liens précieusement pour les prochaines années à venir.

A ceux rencontrés durant ces années en médecine : Catherine, Jiyun, Muriel, Rémi, Simon, Pauline. Notre petit groupe a résisté à ces dures années qui n'auraient pas été les mêmes sans vous, merci pour cela. A Zoé, Murielle et Aurore que j'ai eu le plaisir de rencontrer lors de l'internat.

A Rozenn, ma chère colocataire mais surtout amie, tu as été très importante pour moi dans ce parcours. Nous avons vaincu ensemble !

Et à toutes les filles qui ont partagé cette fameuse Première Année. Je vous souhaite plein d'épanouissement dans vos projets.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	p. 14
I – Législation .....	p. 14
II – Epidémiologie .....	p. 14
III – Déroulement d'une IVG médicamenteuse à domicile pour les femmes majeures .....	p. 14
IV – Objectifs de l'étude.....	p. 15
 METHODE.....	 p. 16
I – Type d'étude et constitution de l'échantillon .....	p. 16
II – Guide d'entretien .....	p. 16
III – Recueil des données.....	p. 17
IV – Analyse des données.....	p. 17
V – Ethique et confidentialité des données .....	p. 17
 RESULTATS .....	 p. 18
I – Population étudiée.....	p. 18
II – Déroulement des entretiens semi-dirigés.....	p. 19
III – Situation précédant l'IVG : de la découverte de la grossesse à la prise de décision .....	p. 19
1) Connaissances autour de l'IVG.....	p. 19
2) Contraception et grossesse.....	p. 19
3) Découverte de la grossesse.....	p. 20
a. Signes annonciateurs .....	p. 20
b. Vécu de la découverte et du début de grossesse .....	p. 20
c. Facteurs ayant influencé ce vécu.....	p. 21
4) Décision de la réalisation d'une IVG .....	p. 21
a. Choix initial ? .....	p. 21
b. Justification de la décision : facteurs influençant le choix et le vécu .....	p. 21
c. Délai de réflexion supprimé : les avis des femmes .....	p. 22
IV – L'IVG : de la décision à la réalisation.....	p. 23
1) La méthode médicamenteuse au domicile.....	p. 23
a. Découverte de la méthode .....	p. 23
b. Pourquoi ce choix ?.....	p. 23
c. Les inconvénients et limites de la méthode au domicile .....	p. 24
2) Le parcours.....	p. 25
a. Les intervenants et sources d'information.....	p. 25
b. Consultation auprès du médecin réalisant l'IVG : déroulement et vécu .....	p. 25
c. Place du médecin traitant.....	p. 26
d. La conseillère conjugale et familiale.....	p. 26
e. Vécu de l'échographie .....	p. 27
f. Vécu du parcours et facteurs l'ayant influencé .....	p. 27

3) L'IVG au domicile .....	p. 28
a. Vécu physique .....	p. 28
b. Vécu psychologique .....	p. 29
c. L'expulsion.....	p. 30
V – Après l'IVG .....	p. 30
1) La consultation post-IVG .....	p. 30
2) Les complications .....	p. 31
3) Contraception post-IVG .....	p. 31
4) Situation actuelle .....	p. 31
VI – Améliorations proposées par les femmes.....	p. 32
1) Le parcours.....	p. 32
2) Informations autour de l'IVG.....	p. 33
DISCUSSION .....	p. 34
I – Forces et limites de l'étude.....	p. 34
II – Analyse des résultats .....	p. 34
1) Caractéristiques de la population étudiée .....	p. 34
2) Facteurs intervenant dans le vécu .....	p. 36
a. Cheminement vers l'IVG : l'importance et la réalité du choix.....	p. 36
b. Les intervenants et les consultations : neutralité et bienveillance .....	p. 38
c. L'IVG au domicile : un moment parfois redouté .....	p. 41
d. Et après : les retentissements au quotidien .....	p. 42
3) Acceptabilité et apports de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral .....	p. 42
III – Perspectives d'amélioration .....	p. 44
CONCLUSION.....	p. 47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	p. 48
GLOSSAIRE .....	p. 51
ANNEXES.....	p. 52
- Annexe 1 : Exemple de fiche de liaison .....	p. 52
- Annexe 2 : Fiches explicatives à destination des médecins et des patientes. Fiche de recueil de consentement.....	p. 53
- Annexe 3 : Guide d'entretien .....	p. 56
- Annexe 4 : Tableau des caractéristiques de la population étudiée et des entretiens .....	p. 57
- Annexe 5 : Charte pour les échographistes .....	p. 59
- Annexe 6 : Note à l'intention du secrétariat.....	p. 60

**LISTE DES ILLUSTRATIONS**

<u>Figure 1</u> : Déroulement du recrutement des patientes .....	p. 18
<u>Figure 2</u> : Répartition des patientes selon le médecin et par département.....	p. 18
<u>Figure 3</u> : Répartition par tranche d'âge (en %) .....	p. 35

## **INTRODUCTION**

### **I – Législation**

La loi Veil du 17 janvier 1975 (1) (reconduite définitivement en 1979), légalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), va évoluer au fil des années. La méthode médicamenteuse est autorisée par la suite grâce à l'arrêté du 28 décembre 1988 (2).

La loi du 4 juillet 2001 (3) a augmenté le délai légal de recours à l'IVG à 12 semaines de grossesse (14 semaines d'aménorrhée (SA)), supprimé l'obligation de l'entretien psychosocial précédant l'IVG pour les femmes majeures et instauré la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville jusqu'à 7 SA. Cependant, ce n'est qu'en 2004 qu'un décret (4) et une circulaire ministérielle (5) autoriseront cette pratique par les médecins généralistes et gynécologues pouvant justifier d'une expérience professionnelle adaptée. Ils doivent également être conventionnés avec un établissement de santé prenant en charge les IVG. Cette autorisation a été étendue aux Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) et centre de santé en 2008 (6). Par ailleurs, le forfait concernant l'IVG est intégralement pris en charge par la Sécurité Sociale depuis le décret du 25 mars 2013 (7).

Le cadre réglementaire a également subi des évolutions notables courant 2016 notamment avec la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (8) supprimant le délai de réflexion obligatoire de 7 jours entre la première et la deuxième consultation. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016 (9), les forfaits et actes en lien avec l'IVG (échographie de datation et de contrôle, biologies) sont remboursés à 100% par l'assurance maladie, et grâce au décret n°2016-743 du 2 juin 2016 (10), les sages-femmes sont dorénavant autorisées à pratiquer les IVG médicamenteuses.

### **II – Epidémiologie**

Une femme sur trois fera une IVG au moins une fois dans sa vie (11,12). Le nombre d'IVG reste relativement stable depuis ces dernières années avec 216 700 IVG réalisées en 2017 et un taux de recours de 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine (12). Bien que ce taux diminue chez les moins de 20 ans, une augmentation est constatée pour les 25-39 ans. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées avec un taux de 26,7 IVG pour 1000 femmes (12). La méthode médicamenteuse hors établissement de santé a progressé depuis 10 ans. En effet en 2007 9% (13) des IVG étaient réalisées en ville contre 22% en 2017 (19,2% en Métropole) (12). Cependant cette méthode en cabinet de ville est représentée de façon variable selon les régions.

Concernant la Bretagne qui a le deuxième taux de recours à l'IVG le plus faible de France en 2017 (11 IVG pour 1000 femmes) (12), 8,38% des IVG sont réalisées en cabinet de ville (12). Ce taux, bien en-dessous de la moyenne nationale, fait partie des trois plus faibles de France avec le Grand-Est (6,48%) et les Pays de la Loire (3,28%). Dans la région, cinq établissements de santé ont établi des conventions avec les professionnels de santé libéraux (Brest, Quimper, Dinan, Rennes, Vannes).

### **III – Déroulement d'une IVG médicamenteuse à domicile pour les femmes majeures**

Plusieurs recommandations entourent cette pratique : le domicile doit être à moins d'une heure du centre hospitalier référent (14) et la présence d'un accompagnant le jour de la prise du misoprostol est fortement souhaitée.

La première consultation consiste à recueillir la demande d'IVG. Elle permet d'apporter les informations nécessaires sur les méthodes afin de garantir le choix et de vérifier l'âge gestationnel (clinique, biologie ou échographie). Le dossier guide (15) peut être remis lors de ce moment pour compléter les informations. Une attestation de consultation est également délivrée. Un entretien psychosocial doit systématiquement être proposé (3). Dans le cas où il est réalisé, il persiste un délai de réflexion de 48h avant la consultation suivante.

La deuxième consultation permet de recevoir le consentement oral et écrit de la patiente ayant également fait le choix de la méthode et du lieu de réalisation de l'IVG (hospitalisation ou domicile). A l'occasion d'une de ces deux consultations, il est important de refaire le point sur la contraception, de proposer un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et de réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage si la femme n'est pas à jour. A la fin de cette consultation, un document écrit lui est remis incluant toutes les informations sur les médicaments, le déroulement de la méthode, la conduite à tenir en cas d'effets secondaires (douleur, hémorragie) et les symptômes qui doivent faire consulter en urgence. Les coordonnées du médecin et de l'hôpital y sont notées. Une fiche de liaison doit également être transmise à la patiente afin de faciliter son suivi en cas d'admission hospitalière (annexe n°1).

Concernant les médicaments, la mifepristone dont le but est d'arrêter la grossesse doit être prise devant le professionnel de santé. Si la patiente est rhésus négatif, la prévention de l'iso-immunisation est recommandée dans les 72 heures. Afin d'anticiper les douleurs au domicile, une prescription d'antalgiques et un protocole sont également remis. Puis le misoprostol est délivré à la patiente qui doit le prendre 36 à 48 heures plus tard au domicile.

La consultation de contrôle a lieu 14 à 21 jours après et est obligatoire (15). Elle permet d'objectiver la réussite de l'IVG et l'absence de complications, notamment par la clinique, la biologie (régression des  $\beta$ -hCG (hormone chorionique gonadotrope humaine) ou l'échographie. C'est également l'occasion de réévaluer la contraception. Une consultation psychosociale peut de nouveau être proposée à cette occasion.

#### **IV – Objectifs de l'étude**

Plusieurs mesures ont été mises en place ces dernières années afin de faciliter l'accès à l'IVG auprès des femmes (16–18). Nous avons vu que cette pratique se développe progressivement en libéral mais son accès reste encore limité en Bretagne.

Quel est le vécu des femmes ayant réalisé une IVG auprès d'un médecin généraliste en cabinet de ville ? Ont-elles participé au choix de la méthode ? Que pouvons-nous proposer pour en améliorer l'accès ?

En recueillant l'expérience de ces femmes, cette étude avait pour objectif principal de déterminer les facteurs influençant le vécu et les critères de choix de la méthode médicamenteuse au domicile. L'objectif secondaire était de dégager des améliorations pouvant être proposées afin d'en faciliter l'accès.



## **METHODE**

### **I – Type d'étude et constitution de l'échantillon**

Il s'agit d'une étude qualitative. Le recueil des données résulte d'entretiens semi-directifs individuels.

La population d'étude comprend des femmes majeures ayant réalisé une IVG médicamenteuse auprès d'un médecin généraliste en cabinet libéral en Bretagne dans les six derniers mois.

Le recrutement de l'échantillon s'est fait par l'intermédiaire de médecins généralistes conventionnés dans la réalisation des IVG médicamenteuses en ambulatoire. Leurs coordonnées ont été obtenues par le biais des CPEF/CIVG de Bretagne travaillant en parallèle avec ces professionnels (CPEF/CIVG de Vannes-Auray, Rennes, Dinan, Brest et Quimper).

Deux fiches expliquant l'étude ont été envoyées par email aux médecins : l'une adressée à ces professionnels et l'autre aux patientes. Un formulaire de consentement écrit était joint. Ces documents sont regroupés dans l'annexe n°2.

Les patientes ont été informées de cette étude lors d'une des consultations chez le médecin généraliste, ou par appel téléphonique de leur médecin si l'IVG était récente (moins de six mois). Les femmes volontaires étaient ensuite contactées par téléphone afin de réaffirmer leur accord et fixer une date et un lieu de rendez-vous.

Il avait été convenu d'interroger un maximum de cinq patientes par médecin. L'objectif du recrutement était un échantillonnage raisonné, en variation maximale, jusqu'à saturation des données.

Une relance téléphonique était réalisée en cas d'absence de réponse de la patiente et limitée à trois appels espacés d'une semaine avec un message laissé sur le répondeur.

### **II – Guide d'entretien (annexe n°3)**

Après étude de la littérature, un premier guide d'entretien a été élaboré. Un stage d'observation au CPEF/CIVG de Vannes-Auray a été réalisé de février à avril 2017. La participation aux consultations médicales et aux entretiens auprès de la conseillère conjugale et familiale dans le cadre d'IVG ont permis d'affiner le questionnaire. Celui-ci a pu également être relu et corrigé par l'équipe du CPEF/CIVG de Vannes-Auray. Il a été testé dès le premier entretien. Certaines formulations de questions ont été modifiées par la suite pour faciliter leur compréhension.

Ce guide d'entretien s'est intéressé aux points suivants : les données démographiques, les grossesses antérieures incluant les fausses-couches et IVG, les connaissances autour de l'IVG, la contraception, la découverte et le vécu de la grossesse, la décision d'IVG et le parcours qui en découle, le choix de la méthode médicamenteuse en ambulatoire, la relation avec le médecin généraliste, le vécu physique et psychique au domicile, l'après IVG.

### **III – Recueil des données**

Le recueil des données a pu être réalisé au travers d'entretiens semi-directifs enregistrés sur dictaphone. Les femmes ont préalablement été informées du caractère anonyme et confidentiel des données recueillies ainsi que de la durée prévisible de l'entretien et des objectifs de l'étude. Le lieu et la date étaient choisis selon leur convenance. Le formulaire de consentement écrit était remis lors de cette rencontre.

### **IV – Analyse des données**

Les entretiens ont été retranscrits de façon intégrale et fidèle (*verbatim*) avec anonymisation des données. Les manifestations non verbales ont été mises entre parenthèses. Les noms des femmes ont été remplacés par la lettre « E » suivie du numéro dans l'ordre chronologique des entretiens (exemple : E3 = 3<sup>ème</sup> entretien réalisé). Le nom des médecins a été rédigé sous la forme « Dr X. ». Enfin, les noms propres et lieux ont également été rendus anonymes.

L'analyse du *verbatim* a été effectuée selon la méthode de la théorisation ancrée. La première étape a consisté à réaliser le codage, c'est-à-dire regrouper en unités de sens minimales les mots et phrases employés par les femmes lors des entretiens. La deuxième étape a eu pour but d'assembler ces unités de sens en sous-catégories, en catégories et en thèmes. (19)

### **V – Ethique et confidentialité des données**

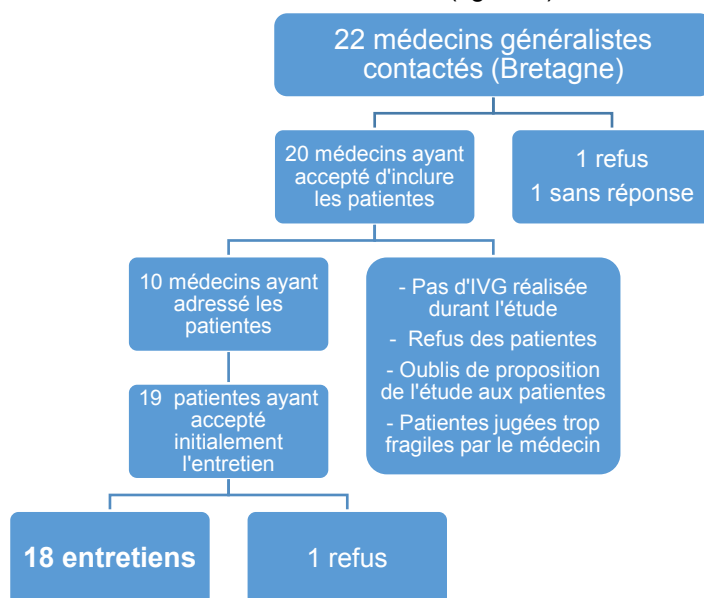
Les femmes ayant participé à l'étude étaient toutes volontaires. Avant chaque entretien, elles étaient informées qu'un enregistrement serait réalisé et que leurs données seraient traitées de façon anonyme. Elles pouvaient également interrompre l'entretien à tout moment ou décider de ne pas répondre à une question sans se justifier. Le formulaire de consentement résumant ces informations était signé avant le début de l'entretien (annexe n°2).

Le comité de thèse du Département de Médecine Générale de l'Université de Rennes a validé le projet.

## RESULTATS

### I - Population étudiée

En 2017, 22 médecins généralistes libéraux réalisaient les IVG médicamenteuses à domicile en Bretagne. Parmi ces professionnels, 20 ont accepté de participer au travail de thèse. 10 médecins ont réalisé des IVG sur le temps de l'étude et obtenu le consentement de 19 patientes. Suite à un désistement, 18 femmes ont été vues en entretien (figure 1).

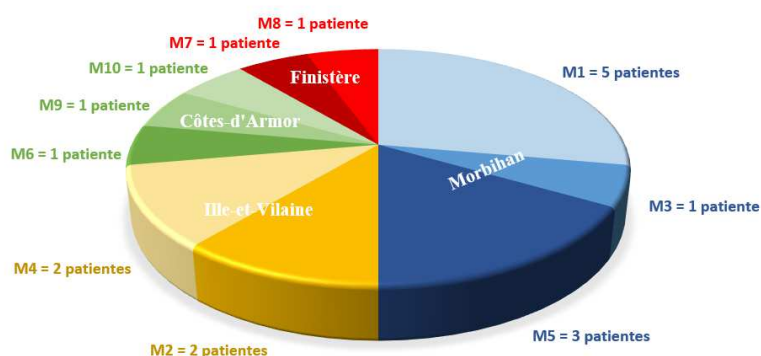


*Figure 1 : Déroulement du recrutement des patientes*

Les principales caractéristiques de ces patientes sont résumées dans l'annexe n°4. La moyenne d'âge était de 34,5 ans (entre 20 et 46 ans). Concernant leur situation personnelle, la majorité d'entre-elles avait un ou plusieurs enfants. En effet, quatre femmes étaient sans enfant. Il y avait quatorze femmes en couple et quatre mères célibataires. Toutes étaient prises en charge par la Sécurité Sociale et affiliées à une Mutuelle. Cinq femmes avaient déjà réalisé une ou plusieurs IVG auparavant : deux étaient chirurgicales et six médicamenteuses dont trois à domicile et trois à l'hôpital. Un antécédent de fausse-couche a été retrouvé chez sept femmes. Quinze femmes avaient un suivi gynécologique régulier par leur gynécologue ou médecin traitant. L'absence de suivi pour les trois autres femmes était justifiée par un âge jeune ou un emménagement récent dans la région.

La moitié des entretiens a été réalisée dans le Morbihan (Figure 2).

#### RÉPARTITION DES PATIENTES SELON LE MÉDECIN ET PAR DÉPARTEMENT



*Figure 2 : Répartition des patientes selon le médecin et par département*

## II - Déroulement des entretiens semi-dirigés

Du 25/09/2017 au 17/04/2018, 18 entretiens ont été réalisés dans les quatre départements de Bretagne. Cette rencontre est survenue 15 jours à 6 mois après la réalisation de l'IVG. La durée des entretiens allait de 26 minutes 52 secondes à 56 minutes 55 secondes soit une moyenne de 48 minutes 37 secondes.

Ces entretiens avaient lieu dans la majorité des cas au domicile de la patiente, parfois au travail ou dans un lieu neutre comme un bar ou lieu public. Aucune patiente n'a demandé à interrompre l'entretien.

## III – Situation précédant l'IVG : de la découverte de la grossesse à la prise de décision

### 1) Connaissances autour de l'IVG

Avant de réaliser leur IVG, la quasi-totalité des femmes avait acquis certaines connaissances dont les sources étaient multiples. Une femme seulement a déclaré ne rien connaître sur le sujet.

Un antécédent d'IVG ou de fausse-couche permettait d'avoir les informations principales : (E8) « *c'était quand même mon 4<sup>ème</sup> avortement* », (E11) « *Forcément avec mes premières fausses-couches, euh on m'avait déjà donné du Cytotec donc je connaissais* ». L'entourage était une source d'information importante surtout en cas d'expérience d'IVG : (E14) « *Bah après c'est arrivé à des copines, même dans la famille etc ... Donc je sais qu'il y avait la voie médicamenteuse qui pouvait se faire à la maison sur un suivi avec le médecin* », mais était aussi producteur de rumeurs, notamment pour cette jeune femme dont l'IVG était illégale dans son pays d'origine (Argentine) : (E1) « *J'ai entendu aussi que ... qu'elles se mettaient du persil dans le vagin pour provoquer les contractions. [...] ils lui ont mis une injection dans le ventre, mais un truc, euh ... énorme (me montre un espace entre ses index d'environ 20 cm)* ». La profession a été utile pour quatre femmes (deux sages-femmes et deux infirmières). Cependant pour une jeune étudiante infirmière, les informations étaient encore peu précises : (E13) « *oui je savais de loin ce que ça voulait dire. Après comme ça se passait j'étais incapable de dire ça* ». L'apprentissage par soi-même, ou par le biais des médias, a également été relevé : (E2) « *j'ai plus appris par moi-même, soit par des livres, soit par la télé* », (E12) « *Euh j'avais des connaissances socles hein, j'veux dire on en entend parler que ce soit à la télé, on voit des articles des machins* ».

L'IVG était parfois synonyme de chirurgie ou d'hospitalisation : (E3) « *J'étais plus sur euh bah l'IVG à l'hôpital, sur la table d'opération* », (E13) « *j'avais pensé à l'intervention tout de suite quoi* ».

Aucune femme n'a eu au cours de sa scolarité des informations concernant l'IVG. Seule la contraception a parfois été abordée lors d'interventions mais leurs souvenirs restaient incertains.

### 2) Contraception et grossesse

Près de la moitié des femmes n'avait aucune contraception dans la période précédant la grossesse. Pour certaines l'arrêt de celle-ci était lié à ses effets secondaires : (E13) « *ça jouait beaucoup sur mes humeurs, sur la libido tout ça, fin ça m'avait complètement métamorphosée, donc j'ai décidé de l'arrêter du jour au lendemain* ». Pour d'autres, cela faisait suite à une prise prolongée : (E2) « *la pilule j'ai prise pendant des années et des années et pour moi, pour mon corps, j'trouvais qu'c'était pas terrible* », ou à un manque de temps pour la renouveler : (E8) « *c'est pas le seul de truc dans ma vie des fois que je mets de côté* ». Plusieurs femmes pensaient que la faible fréquence des rapports sexuels ou l'âge avancé n'étaient pas propices à une grossesse : (E2) « *j'pensais pas du tout euh ... voilà ... tomber* ».

*enceinte par-rapport à euh ... la fréquence qui était peu importante.* », (E12) « *fin le risque de tomber enceinte à 46 ans il est quand même euh faible* ». Une femme souhaitant la ligature des trompes pour être libre s'était heurtée plusieurs fois au refus des professionnels. Afin d'avoir « *juste le plaisir de faire l'amour* » elle ne voulait plus se « *contraindre à prendre une contraception* » (E10). Une femme allaitant sa fille n'a pas repris sa contraception à cause de sa sage-femme qui lui avait « *déconseillé de prendre la pilule par-rapport à la possibilité que la lactation s'arrête* » (E17).

Deux femmes ont eu une grossesse sous dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre et une femme suite à un oubli de pilule. Le préservatif avait été utilisé chez deux femmes. Une femme avait utilisé du spermicide seul pensant être loin de son ovulation. Les méthodes naturelles étaient utilisées par quatre femmes, dont la méthode Billings : (E7) « *méthode naturelle qui consiste à observer son cycle* ». Une femme a expliqué pouvoir ressentir ses ovulations et ainsi connaître la période à risque : (E11) « *mes ovulations j'les ressens très vite, je sais quand j'ovule, du moins quand ça commence et quand ça finit* ». La contraception d'urgence avait été prise dans deux cas mais trop tardivement.

### 3) Découverte de la grossesse

#### a. Signes annonciateurs

Les principaux indicateurs ont été un retard de règles et la survenue des signes sympathiques de grossesse. Quatre femmes ont su qu'elles étaient enceintes en étant à l'écoute de leur corps dont (E11) « *J'l'ai su quasiment tout de suite, j'ai cette chance-là, je vis tout ce qui s'passe en bas tout le temps* ».

#### b. Vécu de la découverte et du début de grossesse

Beaucoup de femmes ont été prises au dépourvu, donnant lieu à de la détresse voire de la sidération : (E4) « *C'était clairement la panique* », (E9) « *J'étais mal ... j'étais perturbée en même temps. Parce que je suis restée au moins pendant 10 minutes devant le laboratoire sans bouger* ». Les sentiments de culpabilité et de colère vis-à-vis d'elles ou de leur couple ont souvent été exprimés : (E2) « *c'est notre faute* », (E7) « *c'est des responsabilités évidentes* », (E11) « *Enfin moi ça m'cassait les pieds de devoir revenir et de devoir expliquer encore que bah on avait euh on avait joué avec le feu quoi* ». La surprise de cette grossesse a parfois engendré du déni malgré les signes bien présents : (E15) « *j'étais très très étonnée parce que j'avais un stérilet au cuivre* », (E4) « *déjà j'y croyais pas du tout [...] j'ai fait le premier test. J'en ai fait un deuxième parce que j'me suis dit « oh ... oh il est pas fiable »* ». Une femme a même souhaité une grossesse extra-utérine (GEU), occultant toute autre possibilité : (E4) « *Je sais ce que représente une GEU hein du point de vue médical mais je voulais que ça en soit une. Je voulais pas que ça soit une grossesse, fin je me disais « c'est pas possible autrement, j'veux pas avoir à faire ça »* ». De la joie a parfois été ressentie de façon contradictoire, voire de la fierté sur sa fertilité : (E1) « *Le premier moment qu'on est enceinte pour moi c'est la joie parce que un enfant pour moi c'est quelque chose de positif, de bon* », (E15) « *bon un peu surprise, un peu contente parce que en me disant « bah tiens ça fonctionne, c'est drôle* », voilà, même sous stérilet au cuivre ». Une femme a exprimé n'avoir eu aucune émotion, le choix de l'IVG étant tout de suite très clair : (E12) « *Pas beaucoup d'affect. J'pense que ... non, non non, [...] Là de toute façon c'était niet, fin voilà.* ».

### c. Facteurs ayant influencé ce vécu

Tout d'abord, les signes sympathiques de grossesse, tels que les nausées ou l'hyperémotivité ont été parfois mal supportés : (E5) « *j'me mettais à pleurer facilement* », (E8) « *c'est les signes de la grossesse que j'ai trouvés très difficile à vivre, les signes physiques quoi* ». Le changement de l'image du corps a été mal vécu pour deux femmes : (E8) « *j'trouvais que j'avais grossi* », (E13) « *On a l'impression d'être grosse euh, qu'on ressent tous les symptômes machin* ». L'absence de connaissance sur la conduite à tenir a été une source de détresse chez une autre femme. L'entourage et notamment sa réaction au moment de la découverte de la grossesse a occupé une place importante dans le vécu. Un soutien était souvent recherché : (E13) « *j'ai appelé mes copines proches de l'IFSI qui bah forcément, en études d'infirmières on est assez empathisante* ». Cependant les proches pouvaient parfois avoir un impact négatif, comme le cas de cette jeune femme dont la mère a été moralisatrice à l'annonce de la grossesse: (E13) « *elle m'a dit que j'étais inconsciente, que j'étais une gamine [...] elle m'a dit « de toute façon j'espère que tu vas souffrir » et ça ça a été difficile* ».

## 4) Décision de la réalisation d'une IVG

### a. Choix initial ?

La moitié des femmes a pris la décision dès les premiers doutes d'une grossesse : (E3) « *Je savais avant même de faire le test qu'il serait positif et que dans tous les cas ça n'irait pas plus loin* », (E14) « *dans ma tête avant même la confirmation de la grossesse, il en était hors de question* ». Pour une autre moitié, ce choix a été moins évident, montrant une certaine ambivalence : (E1) « *Que même jusqu'au moment où je vais, j'étais même peut-être pas sûre encore de le faire* », (E2) « *j'ai pas écouté mon cœur, j'ai écouté la raison. Parce que si j'avais écouté mon cœur j'l'aurais gardé* ». Trois femmes ont pensé garder leur grossesse initialement. Ce choix a été modifié suite à un temps de réflexion ou à l'intervention du partenaire : (E1) « *si lui il m'aurait appuyé peut-être que je l'aurais ... sûrement je l'aurais gardé* », (E2) « *Bah la première réaction c'est voilà, bon ben on en voulait pas mais voilà il est là, on va l'garder euh, c'est un accident, c'est notre faute, euh si ça a pris c'est qu'ça devait prendre [...] Et puis en fait deux jours après, ah non, non j'le sens pas* ». Des sentiments négatifs décrivant leur décision ont été ressentis par certaines femmes : la sensation d'être dans une impasse, de la cruauté ou de l'égoïsme : (E1) « *C'était dur à prendre la décision et ... mais je savais qu'il fallait que je fasse ça. On peut pas faire autrement* », (E7) « *en fait c'était purement égoïste* », (E14) « *j'étais décidée et cruelle dans la décision* ».

### b. Justification de la décision : facteurs influençant le choix et le vécu

Dans la majorité des cas, les femmes jugeaient leur situation personnelle inadaptée à l'accueil d'un futur enfant. Cela était lié à leur relation : (E3) « *j'veux pas faire des enfants avec chaque homme qui traverse ma vie* », (E4) « *On savait même pas si on était capable de vivre ensemble* », ou à la charge de travail imposée par les premiers enfants : (E3) « *J'ai assez de travail avec un, ça me suffit pour le moment !* », (E17) « *on a déjà deux enfants qu'ont 18 mois d'écart [...] c'est du boulot* ». Un tiers des femmes ne souhaitaient pas garder la grossesse pour cause professionnelle : (E14) « *je suis vraiment dans le cadre où je fais passer ma carrière professionnelle avant tout le reste* ». Parfois, ce n'était juste pas le « *bon moment* » avec la nécessité de faire une pause pour prendre soin de soi : (E7) « *Et puis on s'était dit*

que justement ça serait une année un peu pour nous, pour se reposer». L'âge a été un frein pour trois femmes : (E12) « J'suis de 71, j'ai 46 ans. La décision elle est extrêmement claire », (E13) « déjà moi j'ai que 20 ans ». Une femme a expliqué son refus systématique de la maternité : (E10) « je n'ai pas d'enfant, je n'en ai jamais voulu [...] j'ai jamais accepté d'avoir les règles, jamais accepté d'être tellement une fille ».

Chaque femme a vécu différemment cette décision selon plusieurs facteurs.

Le partenaire, souvent le premier mis au courant, a été à l'origine de trois situations :

- Couple d'accord sur la décision, ayant un impact positif sur le vécu : (E10) « il était complètement raccord avec moi ».
- Femme seule à prendre la décision car conjoint sans avis ou contre l'IVG : (E9) « Il m'a dit « je vais pas te forcer et tout voilà, à avoir un enfant et tout voilà, si t'en n'as pas envie ». Du coup il m'a dit « voilà, j'te laisse décider ». Cela pouvait majorer une ambivalence préexistante : (E7) « mon conjoint m'a pas du tout aidé en ne prenant pas de décision non plus ».
- IVG souhaitée uniquement par le conjoint, prédominant dans la décision, impactant négativement le vécu : (E17) « finalement on a pesé, fin peser le pour et le contre et il s'est avéré que face à tous ses arguments de contre, moi j'avais rien en fait ».

L'entourage a eu un rôle d'écoute et d'aide au choix : (E2) « Y'a ma meilleure amie et une copine à ma sœur qui étaient au courant parce que bon voilà j'me suis interrogée de savoir si on le gardait ou pas », parfois grâce à son expérience : (E2) « j'ai un frère qui a 27 ans, qui a été fait parce que nos parents nous l'ont dit hein, qui a été fait dans le but de réunifier le couple et au bout d'un an ils ont divorcé ». Certaines personnes en revanche ont essayé de les influencer mais tout en respectant leur choix : (E14) « mon beau-père m'a un p'tit peu parlé mais il a vu qu'il se heurtait à un mur donc voilà il a pas insisté ». La religion a rendu ce choix difficile pour deux femmes : (E1) « Parce que c'est un enfant qui veut venir au monde pour moi, y'a quelque chose de spirituel qui se joue », (E7) « je suis catholique donc ce qui a rendu la décision particulièrement difficile ».

### c. Délai de réflexion supprimé : les avis des femmes

La majorité des femmes était pour l'absence du délai de réflexion le trouvant long et difficile à vivre lorsque la décision était sûre : (E14) « pour éviter que ça nous ronge l'esprit ». En effet ce temps était propice au développement de l'embryon : (E3) « Quand on voit l'écho on reste sur le têtard encore. Psychologiquement enfin de compte c'est plus facile à accepter que quand on arrive sur quelques semaines avancées. », avec un risque d'attachement et d'installation du doute et de la culpabilité : (E15) « Avec les signes de grossesse, j pense que j'aurais pu investir rapidement les choses. Donc j pense que ça aurait été plus difficile après », (E3) « 7 jours c'est suffisant pour justement laisser la réflexion et donner le doute [...] j'aurais eu plus de scrupules ». Il était de plus important de pouvoir continuer à travailler sans subir les effets secondaires de la grossesse encore 7 jours : (E14) « j pense encore une fois au domaine professionnel pour éviter d'avoir des jours où euh on est, on n'est pas bien on est obligé de prendre des jours pour s'arrêter et pas avoir envie de raconter sa vie au boulot ».

La quasi-totalité des femmes était unanime sur le fait de proposer ce délai sans l'imposer : (E5) « A la limite de dire « vous pouvez avoir une semaine de réflexion si vous voulez », euh c'est bien plutôt de le

*proposer que de l'imposer*». Trois femmes auraient préféré que ce délai redevienne obligatoire, argumentant le besoin de prendre du recul pour éclaircir la situation : (E7) « *Juste ça, ça m'aurait obligée à me poser. Pour prendre une décision plus éclairée* », (E17) « *j'me dis finalement que ce délai-là bah c'est aussi important parce que ça peut peut-être aussi faire changer d'avis certains couples [...] c'est un délai qui aurait dû rester quoi* ». Quatre femmes ont eu ce délai de réflexion, sur conseil du médecin, de leur propre initiative ou à cause du temps de réalisation des examens.

#### IV - L'IVG : de la décision à la réalisation

##### 1) La méthode médicamenteuse au domicile

###### a. Découverte de la méthode

La majorité des femmes a découvert cette méthode à travers les professionnels de santé pouvant être le médecin traitant, le CPEF le plus proche, l'échographiste ou leur gynécologue : (E2) « *le monsieur qui m'a fait mon échographie m'a appris qu'il y avait déjà deux façons d'avorter, une voie médicamenteuse et une voie d'aspiration* ». L'entourage a également permis d'apporter quelques notions : (E17) « *c'est elle (son amie) qui m'a dit qu'il fallait que je vois avec mon médecin traitant en fait, qu'il n'y avait pas forcément que l'hôpital* ». Internet intervenait toujours en complément d'information : (E5) « *Sur internet, c'est le site de V. (CPEF) qui est très bien d'ailleurs* ».

Cinq femmes connaissaient déjà la méthode médicamenteuse par leur antécédent d'IVG mais deux d'entre-elles ont découvert la possibilité de la faire au domicile : (E9) « *moi je savais pas en fait euh que ça existait et tout avec le médecin traitant pour faire l'IVG. C'était la première fois, j'étais surprise* ».

Enfin, deux sages-femmes avaient les connaissances grâce à leur profession : (E4) « *j'ai appelé V. (CPEF) parce que je savais que X. (gynécologue) elle a bossé pour établir un réseau de libéraux* ».

###### b. Pourquoi ce choix ?

La quasi-totalité des femmes a affirmé avoir eu le choix. Le domicile a été imposé pour deux femmes : (E18) « *l'hôpital ne faisait plus du tout [...] c'était à domicile, forcément [...] j'ai pas eu l'impression d'avoir le choix* ». Cette méthode a été choisie suite aux explications des médecins ou du fait des antécédents d'IVG : (E16) « *je suis bien heureuse de pouvoir à chaque fois avoir fait la méthode médicamenteuse* ». Internet a parfois aidé à la réflexion : (E7) « *parce que ce que j'avais pu lire sur Internet, c'était celle qui avait moins de risque euh d'abimer l'appareil reproductif* ». De plus, la réassurance du médecin a aidé cette femme : (E11) « *si Mme X n'avait pas été assez euh rassurante [...] j'aurais p't-être été à l'hôpital* ».

Les critères du choix de la méthode médicamenteuse avancés par les femmes ont été :

- La simplicité : (E6) « *Fin ça a été très simple à la maison, prendre des médicaments* »
- Un meilleur vécu psychologique : (E5) « *dans ma tête c'était beaucoup plus facile* »
- La rapidité : (E4) « *de le faire le plus vite ... fin la médicamenteuse me semblait le meilleur moyen* »
- Moins douloureuse : (E5) « *ça peut être le moyen de faire ça assez bien sans trop souffrir* »
- Plus physiologique : (E3) « *bah on perd du sang comme si on avait nos règles* »
- Non invasive : (E8) « *c'était moins euh invasif* », (E16) « *la moins traumatisante physiquement* »
- Le terme de la grossesse : (E3) « *au terme où j'en étais y'avait très peu de risques que ça échoue* »



- Réalisation par un médecin généraliste : (E3) « *c'est plus facile, encore une fois psychologiquement [...] d'avoir à faire à un médecin généraliste c'est comme si on avait traité une grippe* ».
- Le domicile :
  - L'intimité : (E15) « *j'ai trouvé ça chouette en fait, d'être chez moi [...] Là c'est quelque chose d'assez intime* », (E10) « *il y a moins de speed* ».
  - Plus pratique : (E5) « *C'était plus facile pour gérer ma fille que j'avais et gérer avec mes copines pour mettre les rendez-vous* », (E6) « *on peut faire autre chose* ».
  - Le soutien de l'entourage : (E14) « *à la maison, tranquillement, avec la famille [...] avec mon mari, du soutien et euh tout ce qui va bien* ».
  - Absence de justification : (E2) « *j'ai une patronne qu'est très très agréable, [...] j'ai préféré euh ... prendre ça par voie médicamenteuse pour rien lui dire* ».

Enfin, le critère redondant a été l'éviction de l'hôpital à tout prix. La première raison était liée à l'aspiration jugée invasive : (E8) « *C'est intrusif, c'est pas possible, c'est insupportable* », traumatisante pour le corps et l'esprit : (E14) « *un peu plus barbare* », (E3) « *le curetage qui pour moi reste psychologiquement plus violent* », avec des risques infectieux ou de stérilité : (E11) « *c'est le risque d'infection derrière quand même* », (E7) « *qu'on touche à l'utérus* ». L'anesthésie était également un frein : (E17) « *c'est vraiment quelque chose de lourd* ». Concernant l'hôpital, il pouvait être le lieu de travail pour certaines femmes. Quelques-unes l'associaient à la maladie : (E5) « *Ça fait se sentir faible quelque part* ». D'autres en avaient une mauvaise expérience : (E12) « *l'expérience de la grossesse extra-utérine me rendait relativement méfiante, par-rapport au personnel qui peut être très variable en terme de gestion de l'humain* ». Deux femmes regrettaient que l'hospitalisation se fasse dans le service de maternité.

### c. Les inconvénients et limites de la méthode au domicile

Bien que la méthode médicamenteuse au domicile ait été appréciée par la majorité des femmes, certaines ont émis quelques réserves notamment sur les répercussions physiques : (E1) « *c'était un truc comme m'empoisonner* », (E5) « *quelque part y'a du chimique* », psychologiques : (E10) « *l'acte chirurgical [...] je pense que psychologiquement ça a moins d'impact. Que médicamenteux où c'est long en fait, c'est très très long dans la durée* », et sur l'entourage : (E4) « *ça a impliqué mon conjoint peut-être plus difficilement* ». Le domicile avait parfois l'inconvénient d'être associé aux souvenirs de l'IVG : (E4) « *j'ai beaucoup plus de mal dans ... fin on va dire dans l'intimité de la maison tout ça, à gérer mon stress* », (E16) « *Effectivement de pas avoir ces souvenirs-là chez moi* ».

La  Crainte principale de cette méthode était le risque d'échec et donc l'hospitalisation : (E5) « *j'étais plus flippée ouais [...] Que ça marche pas et d'aller à l'hôpital derrière* ».

Quelques femmes ont insisté sur le fait que le domicile n'était pas adapté à tout le monde, notamment les jeunes filles ou les personnes peu sûres d'elles : (E8) « *une nana de 18 ans, c'est la première fois, qu'est pas sûre [...] euh faire ça à la maison ça m'paraîtrait un peu lég'* ».

Deux femmes, avec du recul, auraient finalement préféré l'hospitalisation pour une meilleure réassurance, pour avoir des compléments d'informations et un soutien psychologique : (E7) « *justement pour qu'on m'explique [...] parce qu'avant je savais pas comment ça pouvait se passer* », (E17)

«psychologiquement c'est violent quand même euh à vivre » et qui aurait préféré l'hôpital « juste pour parler, pour euh p't-être déculpabiliser en fait ».

## 2) Le parcours

### a. Les intervenants et sources d'information

Dès la prise de décision, les femmes ont su s'adresser à une personne ressource pour les aider à débiter la prise en charge. Le médecin traitant et le CPEF ont été les premiers contacts initiateurs du parcours pour la majorité des femmes en donnant les coordonnées des médecins généralistes. Une femme a contacté directement le même médecin lui ayant fait l'IVG l'année auparavant et une autre a été voir un gynécologue sur conseils de sa mère. L'entourage a aussi été utile : (E15) « *j'ai ma meilleure amie qui travaille au centre de planification [...] qui m'a dit « bah écoute le Dr X euh voilà elle fait ça en ambulatoire »* ». Les deux autres sources mentionnées ont été Internet et le dossier guide de l'ARS : (E10) « *Mais j'avais lu avant d'y aller. Toute la procédure en fait, y'a tel et tel rendez-vous, le premier contact, le deuxième rendez-vous, un troisième rendez-vous de contrôle* », (E17) « *Je suis allée sur le site du gouvernement. [...] Y'avait des choses euh plutôt intéressantes du coup sur les délais et un peu les procédures* ». Trois femmes dont la profession était du domaine de la santé ont expliqué ne pas savoir quoi faire du fait de la détresse et de la confusion de la situation : (E4) « *c'est forcément une GEU !* ». *J'ai perdu mes neurones de sage-femme et je suis allée aux urgences* », (E15) « *j'veux le faire mais comment il faut que je le fasse ?* ».

Une femme n'a pas apprécié l'attitude de la secrétaire, lui ayant signalé « *ça sert à rien de nous appeler, nous on prend plus de patients* » et répondant « *Ah ! Vous aussi !* » (E13) à la demande d'IVG.

### b. Consultation auprès du médecin réalisant l'IVG : déroulement et vécu

Le ressenti général était très positif : (E8) « *J'ai trouvé que j'avais été bien accompagnée* ». Une femme a cependant mal vécu cette consultation ayant le sentiment d'avoir été « *piégée* » : (E7) « *j'ai signé un document que j'ai eu à peine le temps de lire [...] quand je suis rentrée, tout le long de la route là c'était terrible, je pleurais, pleurais, pleurais ... parce qu'en fait j'aurais voulu avoir ce temps de réflexion* ».

Le médecin avait donc un rôle central dans ce vécu, de par son empathie, son absence de jugement et sa disponibilité : (E10) « *de dire « vous pouvez m'appeler si y'a quoique ce soit »* », (E16) « *j'ai été rassurée d'avoir une personne jeune, compréhensive et qui ne portait pas de jugement* ». Le temps consacré était très important ce qui a manqué pour (E7) « *c'était hyper rapide quoi [...] en fait à aucun moment il s'est mis à la place de la patiente en train de se dire « peut-être que c'est un choix difficile »* ». Les informations ont toujours été claires : (E5) « *pas de question en suspens. C'était clair et net* ». Cependant l'explication des effets indésirables pouvait être anxiogène : (E2) « *elle m'avait un p'tit peu fait peur sur le fait bah que j'aurais pu faire une hémorragie* », (E7) « *je venais de prendre le premier médicament [...] il m'a dit « y'en a deux pour qui ça n'a pas marché ». Ah ok, bon ça typiquement c'est bien de le dire avant en fait* ». La réassurance durant toute la période d'IVG était alors primordiale : (E10) « *un médecin bah très compétent, très zen, du coup qui dit « vous inquiétez pas, ça va marcher, ça marchera, y'a aucune raison »* ».

Plus de la moitié des femmes n'a pas eu de consultation préalable à la prise des médicaments. Certaines se sont alors senties prises au dépourvu. Pour une femme cela a été très difficile, prenant le

comprimé à contrecœur par peur de déranger : (E7) « *avant que j'ai eu le temps de dire ouf il me l'a donné [...] ça bloquait [...] 'fin j'peux pas lui dire non. Lui fait son boulot euh 'fin y'avait une salle d'attente pleine à craquer, euh bah faut que je le prenne quoi* ». Contrairement, pour une autre femme, l'attitude directive du médecin a été une aide : (E1) « *Je me suis dit « ah, là, tout de suite ? » [...] ça m'a aidé mais je trouve que c'est un petit peu un peu sec, qu'il te pousse à faire ça quoi* ».

Le recueil du consentement était donc essentiel. Il était important pour les femmes que le médecin pose une dernière fois la question : (E13) « *Elle m'a dit « est-ce qu'on commence maintenant?», j'ai dit « oui »* ». Ce geste était souvent synonyme de soulagement, signant l'aboutissement de l'IVG : (E1) « *j'étais soulagée, comme si j'avais fait une démarche vers la bonne direction* ».

### c. Place du médecin traitant

Plus de la moitié des femmes aurait apprécié que l'IVG soit réalisée par leur médecin traitant (ce qui a été le cas pour deux patientes) de par sa proximité : (E5) « *ça aurait été vachement plus simple quoi. Il était à côté, il était là* », notamment en cas de survenue de complications : (E3) « *si ça s'passait mal en fait [...] j'aurais peut-être eu moins cette inquiétude, j'me serais dit « bon il est à côté »* ». De plus, la relation développée au cours des années était un atout pour elles: (E10) « *j'aurais bien aimé ouais. Comme elle me connaît bien* », (E17) « *on s'dit au moins en face on a quelqu'un qu'on connaît, et qu'on s'ra pas jugée* ». Il assurait donc un rôle de confident et de conseiller : (E2) « *j'lui ai dit un p'tit peu mes ressentis et il m'a dit qu'il fallait que j'en parle avec le conjoint* ».

D'autres femmes en revanche n'auraient pas souhaité le consulter pour l'IVG. Pour certaines ce n'était pas son rôle : (E4) « *j'avais pas très envie de rencontrer quelqu'un que je vais aller voir pour un renouvellement d'ordonnance* », (E14) « *J'aurais préféré que ça soit mon gynécologue [...] j'avais confiance voilà aux deux mais dans deux domaines différents* ». Elles craignaient parfois son jugement ou ressentaient de la honte envers lui : (E1) « *il y a quelque chose de honte par rapport à lui. Parce que lui il me connaît maintenant, il sait que je suis veuve* », (E6) « *c'était un médecin qui nous suivait toute la famille [...] pas forcément à l'aise* ». Cependant plusieurs femmes ont souhaité l'informer de cet acte par la suite car tout antécédent leur semblait important à signaler : (E14) « *c'est important qu'il soit au courant des choses qui touchent à la santé de ses patientes* ».

### d. La conseillère conjugale et familiale

Cet entretien a été réalisé pour deux femmes. Il était soit souhaité : (E7) « *c'était essentiel* », soit imposé: (E14) « *On m'a pas laissé le choix* ». Deux femmes se sont vues refuser la consultation. Dans un cas la conseillère connaissait la patiente : (E15) « *la conseillère m'a dit « bon moi j'te verrais pas hein par contre, parce que on s'connait trop* » ». Dans l'autre cas, cela n'était pas possible car l'IVG n'avait pas été réalisée au sein de l'hôpital. Lorsque la décision était claire, peu de femmes y trouvaient une utilité. Cette consultation pouvait cependant être une aide pour les couples en difficulté ou les femmes fragiles : (E2) « *le fait d'avoir une personne extérieure qui ne connaît ni la femme ni l'homme, euh j'pense que ça peut être pas mal quand même* », (E14) « *pour une jeune femme qui est peut-être dans une phase de doute, qui est peut-être pas soutenue ou qui est peut-être plus faible psychologiquement* ». Les inconvénients énoncés étaient un allongement du délai de l'IVG et le rajout d'un nouvel intervenant :

(E13) « *J'avais envie que tout soit très bref, très rapide [...] J'voulais voir le moins de médecins possible* ». Une femme a eu « *peur qu'on vienne remettre en question* » son choix (E4).

#### e. Vécu de l'échographie

Ce moment a été difficile à vivre pour plus de la moitié des femmes. La principale raison évoquée était l'attitude de l'échographe, manquant d'empathie, et essayant d'imposer ses idées : (E12) « *J'ai eu le droit à tout « c'est bien placé, c'est au bon endroit, développement bien ». Parce que bon il était au courant* ». A l'inverse, d'autres médecins ont su faire preuve de discrétion et rassurer la patiente : (E5) « *je suis tombée sur un monsieur très gentil [...] il m'a demandé si je voulais que l'écran soit éteint ou allumé* », (E15) « *c'était dans la bienveillance* ». Parfois l'échographe n'était pas au courant de l'IVG. Son discours optimiste sur la grossesse à venir pouvait alors être inadapté et mal perçu par la patiente. L'image de la grossesse débutante a également influencé le vécu. Celle-ci a parfois été visualisée de plein gré ou par tentation : (E17) « *on a une curiosité bah malsaine pour le coup, où bah si on sait qu'c'est allumé on regarde quoi* ». Les femmes qui ont choisi de voir l'image voulaient être rassurées sur l'absence de complication : (E15) « *J'étais rassurée d'une part parce que le stérilet était en place [...] Et rassurée du coup qu'il y ait une petite image, que ça soit bien in utero* ». Cela leur a permis de relativiser : (E13) « *il m'a dit « le tout p'tit point c'est ça en fait ». J'me suis dit « ah ouais en fait c'est juste ça »* ». Certaines femmes ont trouvé difficile que l'image leur soit imposée : (E17) « *quand il a vu le sac de grossesse, il a zoomé au milieu (sanglots dans la voix), alors que j'avais demandé à pas voir [...] ça c'est hyper violent* ». De plus, la réalisation de l'échographie avant l'apparition d'une activité cardiaque était importante pour cette femme : (E15) « *Imaginer faire une écho avec un cœur qui bat tout ça, j pense que ça aurait été compliqué* ». Pour une autre, l'activité a été confirmée maladroitement par le médecin : (E4) « *elle m'a quand même dit « y'a un cœur » [...] Mais elle a été gentille, super, elle a caché l'écran et tout mais elle m'a quand même dit ça et j'trouvais que bon, j'ai pas besoin de ça* ». Pour deux femmes cela s'est déroulé dans le service de maternité où elles avaient accouché, augmentant leur malaise : (E17) « *Voir les femmes avec les gros bidons se balader avec le grand sourire et on entend les bébés pleurer*», (E18) « *C'est pas l'endroit où on a envie de ... de revenir. Enfin en tout cas pas pour ça* ». Deux femmes n'ont pas réalisé d'échographie avant l'IVG (difficulté d'organisation pour la patiente, choix du médecin).

#### f. Vécu du parcours et facteurs l'ayant influencé

Les femmes n'ont pas pu toutes donner des chiffres précis concernant le délai de prise en charge mais la plupart ont jugé le parcours plutôt simple et rapide. Il a cependant parfois été long et fastidieux, notamment chez une femme qui s'est heurtée à un CPEF proposant systématiquement une hospitalisation et aux délais trop longs. Une autre femme a mal vécu la redondance des échographies pour confirmer l'évolution intra-utérine de la grossesse : (E17) « *j'ai su de bonne heure, donc euh j'ai dû en faire trois échographies [...] 10 jours à pas dormir la nuit* ». Une femme a rajouté que la difficulté du parcours était nécessaire « *pour ne pas banaliser cet acte* » (E7). La notion d'urgence ressentie était très présente : (E1) « *j'étais stressée, il fallait que ça se fasse le plus vite possible* ». La rapidité de la prise en charge était importante : (E3) « *j'ai bien vécu parce que j pense que ça s'est fait vite* », mais parfois au détriment de la réflexion : (E7) « *j'me suis sentie piégée en fait [...] j'aurais dû dire stop* ».

Le vécu du parcours a donc été influencé par plusieurs facteurs dont la relation avec les professionnels, le moment de l'échographie et le décal de réflexion détaillés ci-dessus.

L'entourage était parfois pourvoyeur de récits d'expériences anxiogènes : (E15) « *j'étais un peu inquiète parce que y'a toujours des gens pour raconter que ça va être atroce quand on prend le Cytotec tout ça* ». Mais sa présence dans toutes les étapes du parcours en tant que confident, conseiller et soutien a été appréciée : (E13) « *mes copines étaient énormément présentes [...] Et puis bah non mon copain m'a soutenue, ma mère prenait des nouvelles régulièrement quand même* », (E17) « *ma mère est passée par là aussi, alors elle y'a 35 ans et du coup finalement ça a été une bonne oreille* ». Cependant l'IVG était parfois gardée secrète par crainte de jugement ou pour protéger ses proches : (E13) « *j pense que dans sa famille ça aurait été mal vu* », (E3) « *j'en n'ai pas forcément parlé pour éviter d'inquiéter les gens* ». Le partenaire, bien que présent, pouvait ne pas être assez soutenant : (E7) « *C'est arrivé à un moment où moi je gérais tout et j'aurais aimé que mon conjoint gère un peu l'truc* ». Parfois un sentiment d'injustice a été retrouvé : (E13) « *en fait j'me sentais d'un côté seule [...] J'me disais en fait, y'a que moi qui souffre alors que on l'a fait à deux, que c'était notre bêtise* ».

L'âge a été mentionné : (E13) « *Après j'me dis est-ce que c'est pas mon âge qui a joué sur euh la façon dont je l'ai pris aussi* ». Le travail et les projets étaient parfois le moyen de penser à autre chose : (E17) « *professionnellement j'ai un projet qui est arrivé [...] j'ai foncé dedans et j'me suis rendue compte que finalement je pensais pas trop* ». Concernant Internet, cela a été une source d'angoisse pour les femmes, mais elles savaient rester critiques : (E3) « *comme tout le monde j'ai été sur Internet et j'ai vu des forums, c'qui faut surtout pas faire (rires). Mais bon comme j'le sais ça va j'y suis pas restée bloquée* ». A l'inverse, (E13) a été très rassurée « *de voir qu'à trois semaines un enfant ça a la taille d'une graine de sésame* ». Parfois des événements intercurrents ont interféré dans le vécu notamment pour cette femme qui a appris le décès du frère de son conjoint lors de son IVG, dans un contexte déjà bien compliqué (E5) « *la semaine d'après y'a eu l'ouragan où sont mes potes à St Martin [...] et puis y'a mon père aussi qui a un cancer du pancréas* ».

### 3) L'IVG au domicile

#### a. Vécu physique

Plus de la moitié des femmes n'a eu que très peu de douleur voire aucune. La présence d'une douleur modérée à forte a souvent été difficile à supporter : (E13) « *l'horreur [...] j'avais l'impression que j'allais y passer* », notamment lorsque cela n'était pas prévu (E14) « *mais des douleurs, mais han, oulala j'ai cru que mon corps se décrochait en deux. Je m'attendais pas à ça. Moi je pensais que c'était bien tout tranquille et pas du tout* ». Cependant pour certaines femmes, les douleurs mêmes intenses ont été supportées car la cause était connue, transitoire : (E3) « *on prend sur soi. On sait pourquoi on a mal [...] j'ai eu les mêmes douleurs, les mêmes pertes que sous stérilet* ». Certaines ont reconnu ne pas être « *très douillette* » (E6) et supporter « *facilement la douleur* » (E9). Un protocole était systématiquement prescrit. Il n'a cependant pas toujours été suivi, notamment en cas d'absence de douleur : (E2) « *j'ai rien pris du tout parce que j'avais pas mal* », pour limiter le plus possible l'ingestion de médicament

« pour éviter 'fin d'manger n'importe quoi entre guillemets » (E14), ou afin d'ancrer ce moment : (E17) « par choix j'ai décidé de pas prendre les anti-douleurs [...] pour m'en souvenir ».

Les saignements ont bien été tolérés sauf chez une femme pour qui la signification était psychologiquement difficile : (E17) « quand j'ai eu les premiers saignements [...] 'fin ça a été dur moralement en fait, psychologiquement surtout, plutôt que physiquement en fait ». L'abondance et la persistance des saignements ont été bien vécues du fait de l'information préalable du médecin : (E12) « j'ai bien eu largement un mois de règles [...] Elle m'avait prévenue hein ». La survenue des saignements avant la prise du Misoprostol a pris au dépourvu cette femme : (E15) « j'me suis mise à saigner, j'avais rien, j'avais pas de protection tout ça ». L'absence de douleur ou saignement a parfois provoqué de l'inquiétude, remettant en cause l'efficacité de l'IVG : (E2) « dans ma tête j'me dis bah est-ce que ça s'est bien passé ou pas parce que vu que j'ai pas eu mal », (E7) « j'ai saigné moins que pour mes règles. Donc moi j'étais sûre que ça n'avait pas fonctionné quoi ». Plus de la moitié des femmes a appréhendé les douleurs et les saignements. Finalement le vécu a été au-dessus des espérances pour une partie d'entre-elles : (E1) « j'ai pas eu de douleur, j'ai pu faire ça chez moi toute seule, c'est incroyable quand même ! », (E2) « ça s'est plus que bien passé ».

Les effets secondaires des médicaments ont également participé au vécu physique, notamment la fatigue et les vomissements, parfois majorés par l'anxiété : (E4) « le Codoliprane j'le tolère pas », (E8) « j'me suis demandée si c'était les anti-inflammatoires ou si c'était aussi majoré par la situation qui m'faisait gerber en fait ».

### **b. Vécu psychologique**

Plus de la moitié des femmes a bien vécu psychologiquement l'IVG au domicile. Cela a parfois été inattendu : (E13) « Psychologiquement j'me suis trouvée assez forte en fait, par-rapport peut-être à c'que j'appréhendais ». Ce vécu était d'autant plus positif que la décision était claire. A l'inverse, ce moment a été difficile pour six femmes : (E1) « Oui ça a été un petit peu dur [...] J'aurais pas voulu vivre ça », (E4) « disons que sur le moment c'était pas [...] 'fin c'était clairement pas bien ». Certaines ont développé des mécanismes de protection : (E8) « j'étais aussi au maximum dans un fonctionnement très neutre et de « faut faire » », (E17) « j'étais plus en mode automate ».

Malgré l'obligation d'un accompagnant, quelques femmes se sont retrouvées seules par choix ou à cause des circonstances : (E11) « Cette année j'étais toute seule comme une grande (rires) [...] Positive attitude (rires) », (E13) « mon copain commençait son stage, mes copines commençaient leur stage, ma grand-mère habite à côté mais n'était pas au courant, mes parents habitent à 45 minutes, donc j'avais vraiment personne quoi ». Son absence a souvent été vécue sans difficulté sauf pour ces deux femmes en panique devant leur douleur, recherchant activement un soutien : (E4) « mon conjoint est resté jusqu'à 10h30 et puis il est reparti au travail [...] il est revenu une demi-heure après parce que moi je tenais pas toute seule en fait », (E13) « Donc j'appelle ma mère, au travail [...] j'étais en détresse, je criais, je disais « j'ai trop mal, faut que quelqu'un vienne, je peux pas rester toute seule, j'vais tomber quoi ». J'avais vraiment peur. Et du coup bah elle me dit « j'appelle ton père, j'le réveille tant pis », parce

que mon père bosse de nuit, donc elle me dit « bah tant pis j'le réveille, il va v'nir au plus vite et tout ça », elle me dit « mais sinon appelle mamie, elle est à 5 minutes » ». La présence du conjoint ou d'un proche a généralement été positive, en adoptant une attitude soutenante et rassurante : (E14) « Il m'a laissée respirer hein. Il m'a pas couvée comme une poule [...] C'était super. Ça fait bizarre de dire ça mais se sentir soutenue dans un moment comme ça ouais. C'est quand même important ». Pour deux femmes cependant, cette présence a été anxiogène du fait de tensions dans le couple ou d'un manque de connaissances du partenaire : (E8) « quand il est arrivé euh pfff ça commençait d'emblée à faire des reproches », (E4) « lui il était inquiet, il voulait appeler le SAMU parce que il comprenait pas pourquoi je douillais comme ça, et surtout il se sentait impuissant, il savait pas quoi faire ». Certaines femmes ont choisi d'être accompagnées « parce que c'est obligatoire » (E5), ou par utilité (E8) « le soir il a été cherché A. (sa fille). Heureusement, parce qu'en fait je ... [...] j'me sentais pas du tout de bouger ».

Le lieu de l'IVG est également intervenu dans le vécu, notamment chez cette femme qui a pu la réaliser en dehors de son domicile, ce qui lui a permis de ne pas associer cet acte à son environnement habituel : (E16) « j'ai fait ça tranquillement voilà, dans un studio à la montagne [...] de pas avoir ces souvenirs-là chez moi et bah du coup j'en suis bien contente ».

### c. L'expulsion

Les femmes avaient des termes assez variés pour parler de l'expulsion : (E5) « la chose », (E2) « un tout p'tit truc », (E10) « une sorte de gros caillot », (E16) « un œuf », les professionnelles de santé étant plus précises avec les termes : (E4) « morceau de trophoblaste », (E15) « débris ». Bien que la vision de l'expulsion ait pu rassurer plusieurs femmes sur l'efficacité de l'IVG, cela a parfois été traumatisant : (E15) « y'a quand même des débris [...] c'est assez violent ». Pour deux femmes, l'expulsion a été jugée longue : (E18) « Dans les semaines qui ont suivi en fait. 'Fin voilà j'avais toujours des saignements et puis un jour je suis allée aux toilettes et « han » ». Parfois l'œuf n'était pas visualisé, ne sachant pas à quoi s'attendre.

## V - Après l'IVG

### 1) La consultation post-IVG

Cette consultation n'a pas été réalisée pour quatre femmes soit par commodités : (E3) « je l'ai appelé juste pour qu'il me confirme comme le taux était bien descendu que c'était bon », (E12) : « je partais en vacances, d'ailleurs c'est pour ça qu'j'ai pas pu faire le dernier » ou parce qu'elle n'a pas été proposée par le médecin, ce qui a été mal vécu pour cette patiente : (E7) « il dit qu'ça peut n'pas marcher, qu'il y a pas besoin de visite de contrôle, c'était vraiment pas drôle quoi ».

La nécessité du contrôle post-IVG a majoritairement été soulignée. Son objectif premier était la réassurance en confirmant la réussite de l'IVG et l'absence de complications : (E12) « ça permet d'acter le fait que c'est terminé, c'est bon, c'est fini », (E14) « pour être sûr que tout roule hein quoi. Que, et que pour la suite des choses euh, bah j'ai pas de ... de souci, une complication quelle qu'elle soit pour euh ma vie d'femme en fait ». Ce moment permettait de raconter son vécu et de poser les dernières questions : (E1) « Oui c'est important, parce qu'il fallait que je lui dise euh comment ça s'est passé »,

(E8) « pour voir bah oui le vécu de la personne, ça m'apparaît euh ... c'est indispensable », (E6) « ça peut être utile quand même parce qu'après fin certaines personnes ont peut-être aussi des questions à poser ». C'était aussi l'occasion d'évaluer l'état psychologique et de proposer un suivi si nécessaire : (E8) « Faut quand même vérifier que tout est bon, que ... et puis que la nana elle est pas complètement euh en détresse quoi ». Un point était également fait sur la contraception.

Une femme seulement a trouvé la consultation inutile pour elle, surtout faite pour rassurer le médecin : (E5) « c'est bien pour d'autres femmes si elles en ont besoin et tout [...] j'vois aussi que ça rassure le doc' honnêtement, parce que moi j'pense que j'étais plus rassurée qu'elle hein ».

## 2) Les complications

La plupart des femmes n'ont eu aucune complication suite à l'IVG. Sur le plan physique, une infection est survenue chez une femme : (E10 - Mail envoyé quelques jours après l'entretien) « Cela fait près d'un mois que j'ai cette douleur/lourdeur/ballonement du ventre apparus 2 jours après la prise du 2<sup>ème</sup> comprimé le samedi [...] A priori c'est une infection liée à des résidus dans l'utérus qui "pourrissent" ».

## 3) Contraception post-IVG

Plusieurs femmes ont changé de comportement vis-à-vis de leur contraception, redoutant une nouvelle grossesse : (E1) « Mais maintenant j'ai compris ! Et du coup j'ai pris l'anneau vaginal », (E3) « Mais je reprends la pilule du coup, même si je suis célibataire sans relation, je reprends la pilule ».

La contraception a le plus souvent été débutée dès la consultation de contrôle, parfois même avant. Trois femmes sont dans le projet d'une ligature des trompes. La méthode naturelle a été maintenue pour une femme : (E7) « finalement on a repris Billings, voilà mais euh du coup avec plus de rigueur ... fin en retrouvant la rigueur initiale ». Deux femmes n'ont pas souhaité reprendre une contraception, cela étant justifié par l'absence de relation.

## 4) Situation actuelle

L'IVG a été un passage plus ou moins marquant dans la vie de ces femmes : (E3) « Maintenant je ferai en sorte de pas le revivre une deuxième fois », (E14) : « J'espère que ça se reproduira pas quoi, fin hypervigilante ». Certaines en ont parlé sans barrière, d'autres préféreraient ne plus y revenir par la suite : (E3) « C'est fini, c'est fini, j'veux dire y'a pas de raison d'en parler, d'en reparler », (E13) « j'ai même plus l'impression de l'avoir vécu quoi. C'est déjà loin en fait et je préfère ne pas y penser ».

Au moment de l'entretien certaines femmes étaient dans une phase de deuil difficile, notamment avec la sensation d'avoir « perdu un enfant », « j'ai eu trois grossesses, ça ça changera pas » (E1). En effet, la douleur psychologique souvent rangée dans l'inconscient se ravivait lors d'une parole ou d'un geste : (E9) « T'y penses toujours et à un moment donné où t'es calme voilà tu penses toujours à ça en fait », (E15) « Là je comptais, j'me dis « ah tiens je serai à 4 mois », voilà donc j'me dis « ah c'est quand même que tout n'est pas euh si clair quoi » », (E17) « Une amie m'a annoncé qu'elle était enceinte. Et là ça a fait effet boomerang, c'est revenu. [...] Et donc là j'me suis dit qu'en fait non qu'j'avais pas oublié, qu'c'était encore euh bien présent et qu'il fallait que j'm'occupe de ça ». Une vision déformée du corps avec la sensation d'être « grosse » (E8) a également été verbalisée ainsi que l'appréhension des futurs



rapports sexuels (crainte d'une nouvelle grossesse) : (E13) « *J'voulais pas euh r'avoir de rapports euh rapidement, j'avais toujours peur en fait. Même maintenant, j'appréhende énormément* ». De plus, l'IVG a eu des répercussions négatives sur un couple, au bord de la rupture lors de l'entretien : (E16) « *Bah c'est possible que cet euh, cet évènement sonne la fin euh bah de notre relation* ».

Une seule femme est revenue sur son choix ayant confié son regret d'avoir réalisé cette IVG : (E7) « *Maintenant c'est fait faut aller de l'avant. Mais je regrette profondément mon choix* ». Une autre femme continuait d'entretenir une certaine culpabilité : (E17) « *j'm'en veux encore hein* ».

La majorité des femmes recommanderait cette méthode à d'autres patientes tout en expliquant les avantages et inconvénients cités.

## VI - Améliorations proposées par les femmes

Elles étaient nombreuses à ne souhaiter aucune amélioration : (E16) « *difficile de faire beaucoup mieux* ».

### 1) Le parcours

Quelques femmes auraient aimé rendre le parcours plus accessible en augmentant le nombre de médecins généralistes conventionnés et par une meilleure information: (E3) « *qu'il y ait plus de généralistes à pouvoir la proposer. Ça pourrait être quelque chose à améliorer parce que je pense qu'un généraliste est tout à fait apte à suivre une patiente* », (E4) « *faciliter l'accès à ces noms là en fait. Savoir qu'on peut consulter et qui, quoi, comment.* ».

Deux femmes ont souhaité un accueil téléphonique plus empathique dont (E13) « *Bon alors par contre l'accès par la secrétaire, j'étais vexée quoi [...] voilà, après c'est juste ça que j'ai trouvé dommage* ».

De plus, la rapidité de la prise en charge étant souvent importante, il a été souhaité un allègement des examens inutiles, ainsi que des tâches administratives : (E2) « *Moins de papiers ! (rires)* », (E4) « *on (le CPEF) m'a dit « non, il faut que le médecin du Planning refasse une écho ». Du coup je vois pas l'intérêt puisque je l'ai, l'écho. Donc ça j'trouvais que c'était une lourdeur énorme dans le parcours* ».

Plusieurs femmes auraient aimé que le médecin généraliste soit formé à l'échographie afin de diminuer le nombre d'intervenants, de coordonner la prise en charge et d'éviter tout jugement d'une tierce personne : (E10) « *qu'on n'ait pas à aller voir encore quelqu'un d'autre et qui vous connaisse pas* ». En effet, réexpliquer son histoire était souvent difficile : (E14) « *aller quelque part passer devant quelqu'un puis l'expliquer devant quelqu'un d'autre. On retourne trois semaines après c'est encore quelqu'un d'autre. [...] Mais en fait c'est ces allers-retours et cet inconfort à avoir un peu à raconter sa vie. [...] Juste ça, cette amélioration-là de pouvoir tout faire au même endroit* ». Elles ont également insisté sur le respect de leur choix et de leur demande de ne pas montrer ou expliquer les images : (E17) « *j'pense c'est quelque chose qui devrait p't-être « bon bah ok cette personne-là elle vient pour une IVG donc euh l'écran on l'allume pas, point barre » [...] et on détaille pas* ».

Il a également été suggéré que le médecin ait les coordonnées de la personne accompagnante pour s'assurer de sa présence ou en cas de difficulté pour joindre la patiente : (E8) « *Parce qu'on sait jamais*

*si la nana elle fait un malaise [...] Et qu'il y ait une vérification qu'il y ait bien une deuxième personne ». L'information de l'accompagnant était nécessaire pour (E4) « fin s'il avait été là quand j'ai pris la Mifégyne, le Dr X l'aurait briefé, lui aurait dit « bah elle va avoir mal et c'est normal quoi » ».*

La consultation de contrôle devrait être obligatoire selon une femme : (E7) « *c'est le respect de ce qu'il y a écrit dans le livret. Nan mais c'est clair, ça c'est sûr* ». Une consultation intermédiaire facultative a également été proposée, ainsi qu'un entretien téléphonique durant ou après l'IVG, la consultation de contrôle étant jugée trop lointaine : (E18) « *juste de pouvoir en échanger avec le professionnel qui nous a accompagné* », (E8) « *peut-être un coup de fil au médecin dans la journée. [...] juste voir que tout va bien, euh ... poser quelques questions* ». D'autres femmes auraient également souhaité un suivi psychologique obligatoire : (E1) « *c'est toujours nécessaire* », (E17) «  *finalement un suivi psychologique aussitôt et obligatoire derrière* ».

Enfin, une femme aurait voulu que la fiche d'informations sur le déroulement de l'IVG soit plus précise en terme d'évolutions possibles : (E10) « *Faut p't-être mettre « dans quelques rares cas il est possible qu'une expulsion se fasse au bout de 10 jours » [...] on n'insiste pas sur le fait que si ça s' passe pas comme ça, qu'est-ce qu'il s' passe quoi [...] Ça on le dit c'est de bien reprendre le médicament on est d'accord. Euh ... et après vous voyez ça s'arrête là, y'a pas « si l'expulsion se fait pas... »* », et que d'autres études identiques à celle-ci soit réalisées : (E10) « *peut-être c' que vous faites en fait. Faire une sorte d'enquête à chaque fois sur le ressenti des femmes aussi, et pour à chaque fois essayer de ... d'adapter. Ça serait intéressant aussi* ».

## **2) Informations autour de l'IVG**

Concernant les connaissances sur l'IVG dans la population générale, l'idée retenue était d'augmenter les informations sur la méthode médicamenteuse mais sans la mettre en avant comme moyen de contraception : (E13) « *Euh moi j'trouve dommage que ... on n'ait pas plus d'informations sur ça euh à l'école ou des prospectus* », (E1) « *Mais bon ça court le risque aussi que les personnes ne se protègent pas ... ils disent « bon après je vais faire une IVG, c'est bon* » ». Les femmes soulignaient surtout l'importance d'axer l'information sur la prévention : (E10) « *Pas tant l'IVG en fait c'est plutôt la pilule du lendemain qui doit passer comme méthode contraceptive [...] j'ai été une fervente toujours défenseuse de la prévention, j'pense qu'il n'y en a pas suffisamment et qu'il faudrait vraiment qu'on axe là-dessus* ».

## DISCUSSION

### I – Forces et limites de l'étude

Cette étude a inclus 18 femmes sur l'ensemble des quatre départements bretons. Il était important de recueillir leur parole sur les différents parcours proposés. En effet, les réseaux de médecins généralistes conventionnés avec les CPEF n'ont pas tous le même mode de fonctionnement notamment sur la consultation avec la conseillère conjugale et familiale ainsi que sur l'échographie. Cela a donc permis d'avoir des témoignages variés en terme de parcours et d'intervenants. De plus, les participantes ont apprécié ce temps de parole qui leur a été donné, certaines n'ayant pas vraiment pu s'exprimer depuis leur IVG. La plupart d'entre-elles m'ont accueillie dans l'intimité de leur domicile, ce qui a été propice aux confidences.

Cependant l'aspect qualitatif de l'étude et le nombre de femmes recrutées ne permettent pas d'être représentatifs. Certains praticiens ont été plus réactifs pour proposer des patientes, notamment dans le Morbihan où la moitié des entretiens se sont déroulés. Ils ont parfois réfuté des femmes qu'ils jugeaient inaptes psychologiquement à participer à cette rencontre. De plus, des oublis d'inclusion ont été relevés. Tous ces éléments sont donc en faveur d'un biais de sélection. Le fait d'être la seule enquêtrice à interroger et à analyser les données ainsi que le manque d'expérience ont induit un biais d'interprétation. Cela aurait pu être amélioré par une triangulation des données.

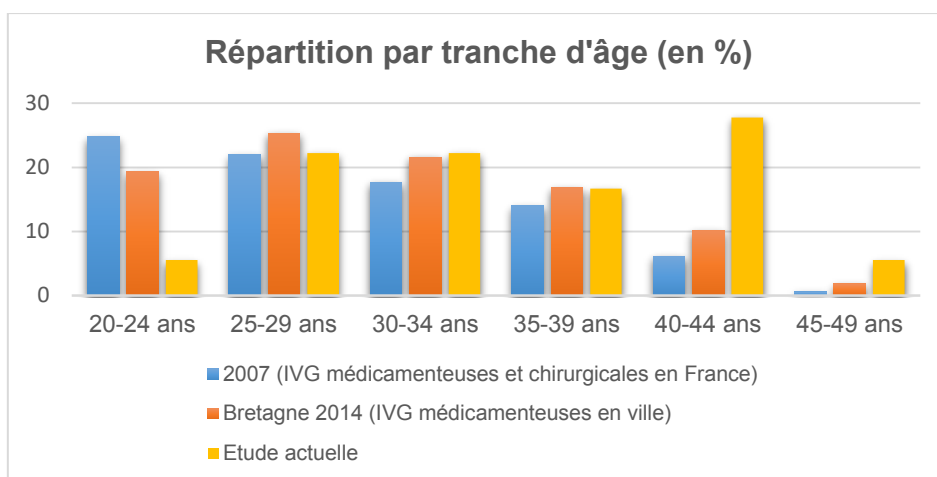
Le recueil des données a parfois été perturbé. En effet, dans deux cas, il a fallu raccourcir le temps de parole, suite à des contraintes professionnelles ou personnelles des participantes. La présence de colocataires chez une autre femme a également été déstabilisante pour mener l'entretien. Parfois, des difficultés de remémoration ont été ressenties pour celles dont l'IVG était lointaine, altérant ainsi certaines informations (notamment sur la chronologie du parcours).

Pour finir, deux entretiens ont été réalisés alors que la consultation post-IVG n'avait pas encore eu lieu. Pour pallier à ce manque de données, les femmes m'ont recontactée par mail ou téléphone par la suite.

### II – Analyse des résultats

#### 1) Caractéristiques de la population étudiée

La moyenne d'âge des femmes de l'étude était de 34,5 ans (deux tiers de plus de 30 ans). Cela est bien au-dessus de la moyenne nationale de 27,5 ans en 2011 (toutes IVG confondues) (20). Le *tableau 1* concernant la répartition des IVG par tranche d'âge selon différents travaux, montre une représentation majoritaire des femmes de plus de 40 ans (33,3%) dans notre étude. Sur le plan national, les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées avec un taux de recours de 26,7 IVG pour 1000 femmes (12). Cependant cela concerne toutes les IVG sans distinction de méthodes ou de lieux de prise en charge. Les femmes ayant recours aux IVG en cabinet de ville semblent donc avoir des caractéristiques différentes, notamment une moyenne d'âge plus avancée comme cela est retrouvé en Bretagne en 2014 où les 25-29 ans sont les plus représentées (21). Le rapport du REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) rejoint ce constat avec une moyenne d'âge de 30 ans et la catégorie des 25-33 ans nettement majoritaire (49,38%) en 2017 (22). Le Plan régional d'amélioration de l'accès à l'IVG en Bretagne souligne que la part des IVG réalisées en ville progresse avec l'avancée en âge (21).



*Figure 3 (Données 2007 : (23) – Données Bretagne 2014 : (21))*

Concernant les autres caractéristiques des femmes de l'étude, plus de deux-tiers ont au moins un enfant, ce qui est au-dessus de la moyenne bretonne de 2005 (50% étaient mères) (24). Un peu plus d'un quart ont un antécédent d'IVG contre 32% en 2013 en Bretagne (stable depuis 2011) (21). Les femmes au foyer, au chômage ou étudiantes sont peu représentées dans notre étude. En effet, la grande majorité des participantes sont en couple et ont un emploi. En Bretagne en 2005, 46% des femmes ayant eu une IVG occupaient un emploi, 20% étaient élèves ou étudiantes, 11% étaient au foyer et 10% au chômage (24).

Les IVG sont majoritairement réalisées pendant la période de « jeunesse sexuelle » (période allant du début de la sexualité jusqu'à la naissance du premier enfant) qui s'est allongée du fait du recul de l'âge moyen à la maternité (30,1 ans) (11). Selon l'enquête de la DREES de 2007, ce sont les femmes sans activité professionnelle ou célibataires qui sont surreprésentées (23). Or notre étude, qui s'intéresse uniquement aux IVG en ville, montre une proportion de femmes plus âgées et ayant le plus souvent déjà des enfants. Marc Collet a comparé les caractéristiques de ces femmes prises en charge en ville par-rapport à celles vues en établissement de santé : près de la moitié qui ont recours à une IVG en cabinet de ville ont plus de 30 ans (contre un tiers), les deux tiers ont un emploi (contre la moitié) et 50% sont en couple (contre 45%) (25). Ces résultats se rapprochent donc davantage de notre étude où les participantes étaient plus souvent en couple ainsi qu'en emploi, et avaient une moyenne d'âge plus élevée que l'ensemble des femmes réalisant une IVG tous lieux et méthodes de prise en charge confondus en France. Nous avons pu voir également que certaines femmes, par leur expérience, savaient repérer précocement les premiers symptômes de grossesse, déclenchant rapidement la demande d'IVG. Une étude a effectivement remarqué que les femmes plus âgées, en emploi et ayant au moins deux enfants avaient plus tendance à avoir recours à une IVG en début de grossesse (donc éligibles à la méthode médicamenteuse), contrairement aux femmes plus jeunes, sans activité professionnelle, ayant un ou pas d'enfant qui réalisaient l'IVG plus tardivement (11).

## 2) Facteurs intervenant dans le vécu

### a. Cheminement vers l'IVG : l'importance et la réalité du choix

Le cheminement vers l'IVG commence par les connaissances que les femmes en ont, notamment grâce aux antécédents gynéco-obstétricaux, à l'entourage, aux études, à Internet ou aux médias. Bien que les deux méthodes soient majoritairement connues, la pratique au domicile reste pour la plupart une nouvelle notion qui est le plus souvent apportée par les professionnels de santé.

La grossesse non prévue est survenue plus fréquemment dans un contexte d'absence ou d'erreur de contraception, mais également sous DIU. En France, 3% des femmes en âge de procréer ne prennent aucune contraception (26). Parmi celles ayant réalisé une IVG, deux tiers utilisaient un moyen contraceptif (23). Dans 42% des cas, celui-ci était médical et théoriquement efficace (pilule, DIU) (27). Une contraception mal adaptée peut être source de mauvaise utilisation. Le médecin a donc toute sa place dans la prévention des grossesses non prévues, par la prescription d'une contraception correspondant aux souhaits et au rythme de chaque femme, tout en prenant en compte les contre-indications comme le recommande la HAS (Haute Autorité de Santé) (28). De plus, l'attention du praticien doit être renforcée pour les femmes de moins de 20 ans ou de plus de 40 ans (29). Il doit également s'adapter selon les différentes périodes de la vie. Certaines participantes de notre étude pensaient effectivement ne plus pouvoir tomber enceinte à leur âge, expliquant parfois le peu de recours à la contraception d'urgence.

Le fait d'avoir une profession en rapport avec la santé peut également majorer une certaine culpabilité et déception notamment en cas d'erreur de contraception, car ces femmes estiment devoir connaître les moyens de contraceptions (Divay S.) (30).

La découverte de cette grossesse a engendré de la surprise, entraînant des émotions variées, entremêlées (culpabilité, colère, détresse, sidération, déni), et parfois le temps d'un instant, de la fierté ou de la joie. De plus, les symptômes liés à la grossesse peuvent être difficiles à vivre. Tous ces ressentis font naître un sentiment d'urgence pour avorter, le but étant d'arrêter ces signes inconfortables physiquement et psychologiquement pouvant retentir sur le plan personnel et professionnel. Ces éléments sont retrouvés de façon similaire dans plusieurs travaux (31–34).

La décision d'IVG a été claire dès la suspicion de grossesse pour la moitié des femmes de notre étude. La présence d'une ambivalence a tendance à impacter plus négativement leur vécu. Elle peut persister jusqu'à la prise des médicaments voire même au-delà. Il ne faut pas oublier que l'IVG est un droit à part entière (18), or les femmes se sentent souvent obligées de se justifier (35). Les raisons du choix sont surtout personnelles (âge, relation de couple...), familiales (nombre d'enfants notamment en bas âge et écart d'âge) ou professionnelles, avec toujours la notion que ce n'était pas le « bon moment ». Ces raisons sont souvent retrouvées dans la littérature (31–33) notamment sous le nom de « norme procréative » (36,37), c'est-à-dire que le projet d'un enfant ne pourra être envisagé qu'en cas de conditions professionnelles satisfaisantes, de stabilité du couple, et à l'âge désiré. Cette décision est donc influencée par plusieurs déterminants liés à l'âge comme le montrent *Bajos et al* : avant 25 ans les études sont prioritaires avec parfois une situation professionnelle débutante ; entre 25 et 34 ans le

nombre d'enfants et le contexte affectif rentrent en compte ; après 35 ans la profession est toute aussi importante que le contexte affectif (38).

Les femmes étaient quasiment toutes satisfaites du délai de prise en charge et du parcours qualifié de simple et rapide. Lors de disponibilités trop lointaines du CPEF, elles étaient redirigées vers le médecin généraliste qui les recevait dans un temps jugé acceptable par elles. Les critères demandés par la HAS ont donc souvent été respectés (délai recommandé de 5 jours entre la demande et la réalisation des IVG) (14). Ces résultats sont différents selon les régions : même ressenti en Ile-De-France (33), contrairement à un autre travail de thèse en Midi-Pyrénées où le manque d'accès rapide au médecin a été soulevé (34). Le vécu était impacté négativement lorsque la femme ne savait pas comment intégrer le parcours. Celles qui se sont alors renseignées sur Internet ont su rester très critiques face aux informations notamment dans les forums pouvant parfois être anxiogènes. Les sites officiels sont jugés utiles. Plusieurs mesures ont été annoncées pour pallier à l'envahissement des sites anti-IVG et améliorer l'accès au parcours. Ainsi le site [www.ivg.gouv.fr](http://www.ivg.gouv.fr) a été créé suite au plan national d'action (17) qui a permis de faciliter l'accès à l'information des femmes mais aussi des professionnels (notamment grâce au site [www.ivglesadresses.org](http://www.ivglesadresses.org)) (39).

Toute femme souhaitant une IVG doit avoir le choix de la méthode (14,18). Bien que le domicile ait été imposé chez deux femmes du fait d'une hospitalisation impossible dans l'établissement de santé rattaché, quasiment toutes les participantes de notre étude ont le sentiment d'avoir eu le choix. Or dans la littérature cet objectif est loin d'être atteint : en 2007, 44% des femmes affirmaient avoir eu le choix (DREES) (40), et pour celles qui ont contacté un professionnel de santé avant 7 SA ce chiffre monte à 54% (41). Cependant, la proportion est plus importante pour les femmes suivies en ville : 83% ont déclaré avoir eu le choix de la méthode (Collet) (25). L'IVG médicamenteuse est choisie dans 60 à 75% des cas (40,42). Les femmes qui ont le choix de la méthode seraient 4,6 fois plus nombreuses à vouloir l'IVG médicamenteuse que celles n'ayant pas eu ce choix (41).

Le terme précoce de la grossesse contribue souvent au choix (25,41), mais les femmes mettent surtout en avant son côté plus simple, plus rapide, non invasif et plus naturel (physiologique), en comparant souvent avec la méthode chirurgicale. Le critère principal étant d'éviter l'hôpital (peu chaleureux) ou l'aspiration/l'anesthésie (avec leurs risques supposés), le domicile a été une évidence pour la plupart d'entre-elles notamment pour son intimité, la présence d'un entourage familial et soutenant. De plus cette méthode permet de mieux contrôler la situation en donnant une certaine liberté d'organisation sans avoir à se justifier (plus compatible avec leur emploi du temps). L'expérience positive des femmes aux antécédents d'IVG médicamenteuse était un argument de plus pour le choix. Plusieurs travaux ont retrouvés ces critères (31–35,42–46). Il semblerait que la réalisation de l'IVG par un médecin généraliste permette de dédramatiser ce geste, comme l'a souligné une femme de notre étude. Cet aspect n'a pas été retrouvé dans la littérature, cependant d'autres témoignages ont soulevé l'intérêt d'un interlocuteur unique (31,34). Ainsi, même à un âge gestationnel précoce les choix doivent être expliqués que cela concerne les méthodes ou les lieux de réalisation. L'appropriation de ce choix n'en améliorera que mieux le vécu des femmes (27,31,35). Le professionnel doit rester objectif lors de la présentation des choix possibles, et permettre un accès équivalent à chaque méthode (27,35).

D'autres facteurs influençant le vécu ont été relevés dans notre étude : âge, évènements intercurrents et religion. Bien qu'ils soient peu évoqués dans la littérature leur retentissement n'en est pas moindre.

#### **b. Les intervenants et les consultations : neutralité et bienveillance**

Le premier interlocuteur a toute son importance. Dans notre étude il s'agissait souvent du médecin traitant ou généraliste de proximité et du CPEF. Une seule femme a d'abord consulté un gynécologue. Aucune des participantes n'a parlé du numéro vert national créé suite au programme d'action pour améliorer l'accès à l'IVG en 2015 (17). Ces premiers acteurs sont effectivement retrouvés dans la littérature (31,32), mais c'est le gynécologue qui est souvent le premier interlocuteur dans 40% des cas, alors que le généraliste est le premier contact pour 23% des femmes (47). Ces résultats sont à l'opposé de notre travail et d'une autre thèse dans l'Essonne (48) qui retrouve que le médecin généraliste est le premier contact dans 53,3% des cas lors d'une IVG en cabinet de ville (CPEF 45,4%). Il est cependant difficile d'en tirer des conclusions, notre travail n'ayant inclus que des médecins généralistes. De plus, le choix du premier interlocuteur dépend de plusieurs facteurs dont l'âge, le niveau de revenu, le nombre d'enfants, les antécédents d'IVG, le niveau d'études et l'entourage (49). Le médecin généraliste est ainsi plus souvent le premier interlocuteur pour les femmes de plus de 30 ans, déjà suivies par lui. Cela montre l'importance du lien de confiance avec le médecin traitant qui peut orienter même s'il ne pratique pas lui-même l'IVG médicamenteuse.

D'ailleurs, les professionnels contactés ont su orienter correctement leurs patientes même si parfois il a fallu passer par plusieurs interlocuteurs. L'accès est plus direct en cas d'antécédent d'IVG ou grâce aux informations utiles de l'entourage. L'étude de Bajos et al. (49) démontre que la durée du parcours dépend fortement du degré d'implication du premier interlocuteur et non du nombre d'intervenants. Elle rajoute que près de 70% des femmes ont eu un parcours direct (accès directement au médecin réalisant l'IVG sans intermédiaire) et elles ont été nombreuses à trouver un soutien actif chez ce premier contact. Il a été démontré que le délai de prise en charge était plus long lorsque les femmes s'adressaient en premier à un médecin généraliste ou à un centre médico-social (les gynécologues orientant facilement vers le secteur privé) (25). Le généraliste est également plus souvent associé à des filières de soins indirectes. Ces premiers professionnels contactés ont donc un impact sur la durée du parcours et son vécu. De plus, ils participent au choix de la méthode en donnant les premières informations (25).

Plus de la moitié des femmes aurait souhaité que le médecin traitant réalise l'IVG du fait de sa proximité géographique et la relation de confiance établie depuis des années. Selon différents travaux, 30% à 34% des femmes auraient aimé qu'il réalise l'IVG pour ces mêmes raisons (50,51), également retrouvées dans d'autres thèses (31,34). Un travail (50) rapporte que 44% des femmes n'ont pas parlé de cette grossesse non prévue à leur médecin, en ramenant la notion de « médecin de famille » comme argument principal. Dans notre étude seule une minorité de femmes ne voulait pas partager cet épisode avec lui par crainte de jugement, exprimant de la honte face à ce médecin suivant parfois toute la famille (crainte par-rapport au secret médical ?). De plus, pour certaines femmes il doit uniquement réaliser les actes habituels et classiques comme un renouvellement d'ordonnance, le suivi gynécologique n'étant pas son rôle. Ces arguments sont retrouvés dans d'autres travaux (32,34). Ces propos interrogent sur la vision des patients envers leur médecin traitant. Toutefois il semble important que celui-ci soit au

courant de l'IVG pour la plupart des femmes de notre étude, car cela fait dorénavant parti de leurs antécédents et en cas de problème gynécologique futur, ces données leur semblent essentielles.

La consultation précédant l'IVG n'a pas toujours été systématique. Cela a été bien vécu lorsque la femme se sentait dans l'urgence d'avorter. Cependant, des répercussions négatives pouvaient en découler notamment en cas d'ambivalence, avec un sentiment d'être prise au dépourvue. Cette consultation est pourtant obligatoire, le consentement écrit ne pouvant être remis lors de la première consultation de demande d'IVG (8). Une revue de la littérature a retrouvé que les consultations médicales pré-IVG n'influaient pas sur la décision d'IVG, qu'il s'agissait surtout d'un temps d'échange, d'écoute et d'informations. Elle insiste également sur l'importance de la disponibilité du professionnel de santé (35). L'information fournie lors de cette consultation est essentielle pour le choix : 90,2% des femmes ayant choisi l'IVG médicamenteuse ont reçu des informations (41). Comme dans la plupart des travaux (31,32,34), les participantes de notre étude estiment avoir eu toutes les informations nécessaires. Durant cette consultation, les notes écrites sont aussi primordiales, car il est difficile de retenir la quantité des données. En effet, l'anxiété rend les pensées confuses. Pour pallier à cela, la loi indique bien qu'en cas d'IVG médicamenteuse, un document écrit précisant le protocole doit être remis à la femme (52).

Les femmes n'avaient que peu de critiques envers le médecin ayant réalisé l'IVG. Les qualités principales évoquées sont retrouvées dans d'autres travaux notamment : l'empathie, la réassurance, la neutralité, la disponibilité, l'apport d'informations claires, une relation de confiance (31–33,35).

De plus, il doit s'assurer du consentement de la patiente et pouvoir lui laisser un temps de réflexion si nécessaire. Le délai de réflexion a été supprimé le 26 janvier 2016 suite à la deuxième recommandation du Haut Conseil à l'Égalité (HCE) entre les femmes et les hommes (18). La plupart des participantes de notre étude ont trouvé un bénéfice à cette suppression en précisant toutefois qu'il ne fallait pas hésiter à le proposer sans l'imposer. Les critiques concernant ce délai sont les mêmes dans plusieurs travaux (31,32). Il est jugé long et inutile lorsque la décision est claire avec le risque d'installer le doute. À l'inverse, il permet de prendre du recul et de faire la part des choses lorsque les pensées sont altérées par la détresse initiale. Il peut également permettre de changer d'avis. Il faut donc faire attention à certaines demandes parfois trop pressantes des patientes et savoir donner du temps à la réflexion, notamment en cas d'ambivalence. Il est important de déterminer avec elles le temps dont elles ont besoin pour confirmer leur choix (35). Durant ce délai, un entretien psycho-social doit systématiquement être proposé comme l'indique la loi de 2001 (3). Le REVHO rapporte qu'un quart des femmes a eu cet entretien en 2017 (22). Il ne faut pas oublier de le proposer de nouveau après l'IVG lors de la dernière consultation (35). Nous avons constaté des disparités de fonctionnement entre département : entretien psychosocial obligatoire au CPEF rattaché ou même refusé dans un autre centre car l'IVG avait été réalisée à l'extérieur. Dans notre étude, la plupart des femmes ne l'ont pas eu, majoritairement par choix ou car cette consultation n'a pas été proposée. Les inconvénients soulevés étaient le rajout d'un intervenant, l'allongement du parcours et la peur de l'installation du doute face aux questions. Cet entretien était souvent conseillé pour « les autres », lors de situations plus complexes. Cette même vision est retrouvée dans plusieurs travaux (31,32,34). Les femmes ayant tendance à être dans un



procédé psychologique défensif (53), il est important d'être à l'écoute et de pouvoir les laisser s'exprimer notamment lors de la consultation de demande d'IVG. Si ce temps ne peut être donné, l'entretien prend toute sa place (53).

Le partenaire et les accompagnants ont un rôle non négligeable dans le parcours et son vécu. Peu de femmes étaient accompagnées en consultation. L'avis du partenaire peut occuper une place importante dans la décision, influant ainsi sur le vécu de la femme selon ses choix. La décision est mieux vécue si la femme la prend seule ou conjointement avec son compagnon. 41% des femmes font ce choix personnellement, alors qu'une fois sur deux il s'est fait en couple (47). Si la relation affective est stable, la décision sera prise d'un accord commun huit fois sur dix (38). Or, comme le rappelle une étude il est essentiel de rencontrer la femme seule dans un premier temps pour s'assurer de la liberté de son choix mais il est également important d'offrir une écoute au partenaire (35). Un travail décrit les divers positionnements que peut avoir l'homme : absent de la décision, contre l'IVG, pression pour réaliser l'IVG, choix identiques pour les deux partenaires. L'homme peut adopter alors trois postures : s'investir pleinement, assurer son rôle d'accompagnant en restant en retrait, être totalement absent (54). Toutes ces données rejoignent étroitement notre étude. Le conjoint doit donc trouver sa place en fonction du souhait de la partenaire de partager ce moment. En effet, certaines femmes ont exprimé leur volonté de faire leur deuil seule, parfois par pudeur. De plus, l'incompréhension du partenaire face aux douleurs peut impacter négativement le vécu en donnant à la femme un sentiment d'injustice. Les proches sont mis dans la confiance dans un but de soutien, d'aide par leurs expériences. Leurs réactions se répercutent directement sur le vécu. Dans notre étude comme dans d'autres travaux, il a également été noté que certaines femmes choisissent de ne rien dire à leur entourage, pour les protéger ou pour éviter tout jugement (33). L'IVG est souvent considérée comme un sujet tabou, que la femme cache pour ces raisons mais également pour éviter de toucher à sa réputation sur le plan social (Divay S.) (30). Il est donc important de s'entourer de personnes bienveillantes et sans jugement.

L'échographie influence le vécu par trois facteurs : la vision de l'écran, l'attitude du médecin et le lieu de réalisation. Les patientes choisissent de regarder l'écran pour vérifier l'absence de complication et se rassurer par rapport à ce qu'elles s'étaient imaginées (33), mais également par curiosité ou pour confirmer leur décision (55). Une étude grenobloise entre 2002 et 2003, montre qu'une grande majorité de femmes (84,5%) n'a pas souhaité voir l'écran ni même garder la photographie mais qu'une part non négligeable a voulu voir les images (15.5%) (56). Dans une étude américaine, les femmes qui choisissent de regarder trouvent l'expérience positive à 86.3%. De plus, cela n'a pas modifié leur décision (57).

Les paroles et mimiques de l'échographiste impactent également le ressenti des femmes (plus de la moitié des femmes de notre étude l'exprime). Il est important d'écouter, de respecter leur choix et d'adopter une attitude neutre (56). En effet, cette attitude culpabilisante est encore retrouvée dans d'autres travaux (31,34). Une charte pour les échographistes a été rédigée par le REVHO pour remédier à ces difficultés (annexe n°5). Une étude rappelle que l'échographie devrait être réalisée dans un lieu distinct des services de gynécologie et obstétrique (58). En effet, les femmes vivent souvent mal le fait de partager les mêmes lieux d'examen que les femmes enceintes (32).

Les grossesses de localisation indéterminée ne contre-indiquent pas l'IVG médicamenteuse si plusieurs critères sont respectés (taux d'hCG plasmatique inférieur à 1500 ou 2500 UI selon la méthode d'échographie, absence de facteurs de risque et de symptômes de GEU, information et éducation des patientes) (accord professionnel). Dans ce cas, un dosage plasmatique de l'hCG est recommandé avant et après la procédure (44). Cette solution permettrait dans certains cas d'éviter la redondance des échographies souvent mal vécue.

Dans notre étude, deux tiers des femmes se sont présentées à la consultation post-IVG. Celle-ci semble essentielle pour l'ensemble des participantes, notamment pour vérifier l'efficacité de l'IVG et l'absence de complications. Elle permet de clôturer cet épisode, de proposer un suivi psychologique et de refaire le point sur la contraception comme cela est retrouvé dans les autres thèses réalisées (32–34). Dans la littérature, le taux de participation est de l'ordre de 70% (59) et 53% dans le rapport du REVHO en 2017 (22). L'HAS rappelle que cette consultation est obligatoire et a pour but d'identifier les grossesses persistantes. Elle doit comprendre un examen clinique et un dosage de  $\beta$ -hCG plasmatiques ou une échographie pelvienne (14).

Tous les intervenants doivent donc faire preuve de neutralité. Or, comme cela a été vu dans notre étude, plusieurs rapports notent que les patientes restent confrontées à des attitudes culpabilisantes de la part de certains personnels d'accueil ou soignants (27,30,34). Nous avons pu remarquer également l'accueil parfois maladroit de la secrétaire amplifiant la détresse des femmes. La formation des secrétaires à cet accueil spécifique est importante.

### **c. L'IVG au domicile : un moment parfois redouté**

La majorité des femmes estime avoir bien vécu ce moment, parfois même de façon inattendue. Certaines s'y sont préparées mentalement et ont mis des mécanismes de protection en place. Les femmes vivent mieux leur IVG lorsque la décision est claire. Les facteurs intervenant dans le vécu sont surtout physiques (douleur, saignement, expulsion), mais comme nous l'avons vu l'accompagnant a un rôle non négligeable, de par son comportement. Il faut noter qu'une femme a préféré réaliser l'IVG en dehors de son domicile pour ne pas y associer les souvenirs. Cette notion n'a pas été retrouvée dans d'autres travaux. La fiche d'informations détaillées remise à la première consultation permet de mieux appréhender les événements au domicile, notamment les douleurs, les saignements et l'expulsion.

La douleur a été vécue de façon différente. Pour une partie des femmes, elle s'est atténuée grâce aux antalgiques mais également du fait de la présence d'un entourage soutenant et de la disponibilité du médecin en cas de questions. Des femmes considèrent la douleur comme un gage d'efficacité de l'IVG, mais pour certaines il était important d'avoir mal afin de ne pas oublier cet acte « non anodin ». Cette notion est retrouvée dans une thèse (32) où il est noté que la douleur permet la réalisation physique de l'IVG et où se pose également la question de la douleur « punition ». Nous remarquons également dans notre étude que les femmes sans enfant et sans antécédent d'IVG ont eu plus de difficultés à supporter la douleur, en étant même parfois surprises de son intensité. Il s'agissait notamment des femmes les plus jeunes. Des études réalisées en 2004 et 2014 ont montré que la douleur dépendait de l'âge, de la

gestité et parité. Les jeunes femmes, plus souvent nulligestes, ont un utérus plus contractile, ce qui augmenterait l'intensité des douleurs (43,60). En revanche les antécédents d'IVG et la qualité du soutien de l'entourage n'ont pas d'incidences (60). Cependant, nous voyons dans notre étude que la part psychologique de la douleur est influencée par l'accompagnant dont la présence agit sur l'intensité. De plus, certaines femmes l'ont sous-estimée. Or la douleur est souvent la première raison donnée pour ne pas recourir de nouveau à la méthode médicamenteuse (60). Il est donc important d'anticiper et d'informer correctement les patientes sur la douleur sans la minimiser.

Concernant les saignements, 67% des femmes les considèrent comme normaux selon la littérature (60), ce qui a été le cas pour la majorité de nos participantes. L'information claire et adaptée permet d'anticiper cette inquiétude. De plus, la présence de saignements est également synonyme d'efficacité. L'expulsion est vécue différemment selon les femmes comme retrouvé dans d'autres travaux (31,33,34). A ce stade de la grossesse il est souvent difficile d'analyser quoique ce soit, comme le prouve les différents termes assez vagues des femmes. Il faut savoir l'anticiper avec elles, mettre des mots dessus (35). La vision du produit d'expulsion intervient sur le vécu par la représentation que les femmes peuvent s'en faire. Elle est surtout elle aussi synonyme d'efficacité et de fin de l'IVG.

Les effets secondaires des médicaments participent également au vécu, notamment les nausées, vomissements et asthénie. Selon une étude multicentrique de 2014, 94% des femmes ont eu un effet secondaire (autre que la douleur) dans les cinq jours suivant l'IVG, avec la fatigue pouvant persister au-delà (60).

Les complications ont été quasi-inexistantes puisqu'une seule patiente a dû consulter suite à une infection. Dans la littérature, le risque d'infection de la méthode médicamenteuse est effectivement rare, de l'ordre de 0,9% (61), alors que l'HAS parle plutôt d'un risque aux alentours de 4 à 5% (42). Les saignements prolongés aboutissent souvent à une déglobulisation progressive plutôt qu'à une hémorragie aiguë massive, d'où la possibilité de pouvoir réaliser la deuxième prise des comprimés au domicile (61).

#### **d. Et après : les retentissements au quotidien**

Sur le plan psychologique, la plupart des femmes sont passées à autre chose et ont choisi de mettre cet événement de côté. Parfois le deuil est encore difficile, avec une projection de la grossesse si elle avait été gardée. Lorsque les regrets sont présents, la reconstruction est encore plus difficile. Ces mêmes notions sont retrouvées dans une thèse (34) et peuvent être résumées sous deux réactions : le soulagement que l'IVG soit faite et le déni comme si cela n'avait jamais eu lieu (62). Il peut exister un retentissement à distance (notamment à la date d'anniversaire de l'IVG ou la date présumée de l'accouchement, ou encore en cas de nouvelle IVG) avec des symptômes dépressifs (inappétence, insomnie, perte de la libido), une crainte de stérilité ou un désir de vengeance envers le partenaire si celui-ci a été pesant sur la décision (62). Il est donc important de préciser lors de la dernière consultation la possibilité d'un entretien psycho-social qui sera toujours possible à n'importe quelle étape de leur vie.

### **3) Acceptabilité et apports de l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral**

La quasi-totalité des femmes était satisfaite de la méthode médicamenteuse en ville et la recommanderait en insistant sur certaines conditions : présence et information de l'accompagnant,

anticipation de la douleur. Elles sont toutes d'accord sur le fait que le médecin doit s'adapter aux souhaits et craintes de la patiente renforçant la relation de confiance. Comme dans un autre travail de thèse (32), les femmes plus âgées trouvaient cette méthode moins adaptée pour les plus jeunes, mais cela n'a pas été retrouvé lorsqu'on interroge celles-ci. Notre étude rejoint donc plusieurs travaux qui montrent un excellent taux d'acceptabilité du misoprostol à domicile de l'ordre de 98-98,5% (78,8 à 91,1% referaient la même méthode si elles devaient avoir une nouvelle IVG et 77,5 à 89,1% la recommanderaient) (43,63). Une autre étude multicentrique de 2014 retrouve des taux similaires avec 81% des femmes qui choisiraient la méthode médicamenteuse si une IVG devait de nouveau être réalisée (60). Les effets secondaires des médicaments, les saignements et la durée de l'IVG sont jugés acceptables par plus de 80% de femmes (59). De plus, celles qui ont déjà connu les deux méthodes, choisiraient pour les trois quarts l'IVG médicamenteuse (42). Cette méthode au domicile, bien que majoritairement approuvée, présente toutefois des inconconvénients comme le soulignent les participantes : des conséquences psychologiques parfois plus lourdes, des symptômes plus longs et l'aspect « chimique » et donc néfaste du médicament. Pour certaines femmes, un personnel soignant à qui se confier et pouvant les rassurer serait un avantage. En effet, elles ont parfois ressenti de la solitude lorsque la présence du partenaire était peu bénéfique. De plus, selon la littérature, les douleurs et hémorragies sont plus importantes lors de la méthode médicamenteuse (42,46), pouvant de ce fait modifier l'opinion de la patiente qui choisirait une méthode différente pour une IVG ultérieure. En revanche, le retentissement psychologique n'est pas différent selon les deux méthodes (42).

En France métropolitaine en 2017, 67,5% des IVG étaient médicamenteuses, soit deux IVG sur trois, et 19,2% ont été réalisés en cabinet libéral (12). Le développement de cette méthode en ville prend progressivement de l'ampleur au fil des années mais reste très hétérogène selon les régions. En 2017, la Bretagne avait le 3<sup>ème</sup> taux d'IVG médicamenteuse à domicile en cabinet libéral le plus faible (8,38% des IVG contre 27,78% en Ile-De-France et 19.25% en Métropole) (12). Ce constat est retrouvé dans le plan régional breton qui observe une progression de la méthode médicamenteuse (53,9% en 2014 contre 49,8% en 2011) mais son accès reste limité en ville alors qu'elle est concentrée dans certains établissements (21). L'enquête de la DREES en 2007 le montre (13) : 75% des médecins pratiquent en moyenne moins de 5 IVG par mois en ville alors que 68% en font plus de 5 par mois en établissement. Même si selon la cartographie bretonne (21), il n'existe pas de véritables zones blanches en termes d'accès à l'IVG (à plus de 30 minutes d'un CIVG), la médecine de proximité serait un bénéfice pour les femmes. En effet, certaines participantes de notre étude ont dû aller au CPEF (conventionné avec le médecin généraliste, donc pas toujours le centre le plus proche de leur domicile) rencontrer la conseillère conjugale et familiale ou réaliser les échographies, parfois à plusieurs reprises. D'autres femmes ont été suivies par un médecin généraliste à plus d'une demi-heure de chez elles. Dans tous ces cas, elles ont rapporté qu'il était souvent contraignant et chronophage de devoir consulter loin de leur domicile, notamment en cas de difficultés financières ou de contraintes professionnelles.

De plus, le développement de la méthode médicamenteuse en cabinet libéral a permis de raccourcir les durées de grossesse (11,20). Le REVHO montre également dans son rapport de 2017 que les IVG sont prises en charge plus précocement qu'avant notamment du fait de la suppression de l'obligation du délai de réflexion (22). En effet, nous avons pu voir dans nos résultats que les symptômes liés à la

grossesse pouvaient parfois être difficiles à vivre et la rapidité d'intervention était alors la bienvenue. Marc Collet (25) montre dans son étude que les parcours sont plus rapides, directs et individualisés lors des IVG médicamenteuses (84% des patientes ont obtenu leur premier rendez-vous en ville en moins de 5 jours). Les délais d'attente pour consulter en libéral étant plus courts qu'en établissement de santé. Ainsi, cette méthode permet de s'adapter plus facilement au rythme et à l'emploi du temps des femmes, et de proposer l'IVG à une date choisie par la patiente et non imposée par le professionnel.

Le bilan IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2009 (64) montre l'amélioration des délais d'accès à l'IVG. Cependant, il persiste des goulots d'étranglement dans certaines zones de fortes demandes (notamment en période estivale) insuffisamment absorbés par la médecine libérale (64,65). La pratique en ville a donc pour but de désengorger les établissements de santé réalisant les IVG où les listes d'attente sont parfois longues. Cela est principalement lié à la fermeture croissante de ces établissements (plus de 130 centres ont fermé en 10 ans (11)), mais également aux départs en retraite des gynécologues risquant d'altérer davantage les conditions d'accès à l'IVG (11,18,64). Le rapport de l'IGAS montrait que 42% des médecins conventionnés étaient des généralistes et 57% des gynécologues (64). L'intérêt de l'implication des médecins généralistes, ainsi que des sages-femmes est donc important.

Cependant la diminution progressive des établissements de santé pratiquant l'IVG, notamment la méthode chirurgicale, risque d'entraîner un manque d'égalité des choix avec une méthode médicamenteuse se développant de plus en plus (18,27,59).

### III – Perspectives d'amélioration

Plusieurs améliorations citées par les patientes ont également été retrouvées dans différents rapports notamment dans le plan d'action visant à améliorer l'accès à l'IVG en Bretagne (21) établi suite à la demande du programme national d'action (16,17). Certaines améliorations ont également été citées dans d'autres études.

- Augmenter les informations concernant l'accès à l'IVG en diffusant par exemple le numéro vert national gratuit et anonyme 0800 08 11 11 (notamment sur les prospectus concernant la santé sexuelle et la vie affective, en les disposant dans les cabinets et centres de santé) mais également en organisant des campagnes d'information sur la sexualité, la contraception et l'avortement (18,21). De plus, il a été noté dans une étude que les étudiantes, représentant 4% des IVG par an, sont peu ciblées par les programmes nationaux d'information sur la contraception et l'IVG (11). Or, d'après les témoignages de notre étude, les femmes estiment avoir eu peu d'informations dans leur cursus (collège, lycée). Un rappel sous forme d'interventions lors des études supérieures ne serait pas inutile d'autant plus que cette période est parfois le début de la « jeunesse sexuelle ».
- Diffuser et rendre accessible une liste des structures et professionnels en capacité de prendre en charge les IVG auprès de tout acteur de santé pouvant accueillir une femme ayant cette demande (18,32), notamment par la mise à jour du site [www.ivglesaddresses.org](http://www.ivglesaddresses.org).
- Continuer et renforcer la formation des professionnels de santé qui peuvent être amenés à accueillir une femme en demande d'IVG, et ce dès leur formation initiale (externat, internat ...) (18,32,50,51). La formation médicale continue, doit également y contribuer (exemple du groupe

ARMORIC en Bretagne), ainsi que les diplômes universitaires pour les médecins qui le souhaitent. En effet, un travail de thèse montre une meilleure information pratique et administrative sur l'IVG lorsque les généralistes possèdent ce diplôme (66). Cette nécessité de formation est la conclusion de plusieurs études montrant un manque d'information des médecins généralistes sur le parcours des femmes pour une IVG (49,66). Une thèse souligne que 65% des médecins de leur étude ne connaissaient pas la loi concernant l'IVG médicamenteuse en cabinet libéral et 70% ne pratiquaient pas l'IVG par manque de formation (50). Il est donc difficile de proposer ce choix à la patiente. Le groupe ARMORIC de Bretagne dispense depuis 2014 des formations aux professionnels de santé concernant l'IVG, à l'image du REVHO qui montre dans son dernier rapport un bénéfice de ces formations pour étendre l'IVG médicamenteuse dans les lieux les moins accessibles (22).

- Les sages-femmes commençant à réaliser cet acte, il faut augmenter le nombre de conventions, car celles-ci restent insuffisantes (65). En 2007, environ 40% des établissements avaient établi des conventions avec des médecins de villes, avec une moyenne de 5 médecins par établissement (13). Augmenter le nombre de praticiens (y compris des sages-femmes) permettrait de garantir des soins de proximité dans les zones les plus éloignées. Pour cela il faut également créer de nouveaux réseaux « ville-hôpital », renforcer la communication et les coordonner à l'image du REVHO qui permet de favoriser l'accès des femmes à l'IVG médicamenteuse hors hospitalisation (65). En effet en Bretagne, au moment de l'étude, seulement cinq centres sont conventionnés avec des professionnels de santé. Des projets sont en cours actuellement.
- Augmenter les conventions avec les échographistes de ville acceptant d'être inclus dans le parcours de l'IVG. En Bretagne, pour pallier aux difficultés d'accès à l'échographie, certains centres ont développé ces conventions de partenariat (21). Cependant, les femmes ne devraient pas être adressées à des praticiens dont le comportement anti-IVG a déjà été noté. Le manque d'échographistes dans certains territoires ne permet pas toujours de pouvoir choisir l'intervenant. L'échographie pratiquée par le médecin généraliste directement au cabinet serait alors un atout non négligeable en termes de proximité et de diminution du nombre d'intervenants dans le parcours. Durant 2018, des médecins ont investi dans un appareil d'échographie après s'être formés. Cela a un coût, mais l'exercice en groupe pourrait rendre cet examen plus attractif. Le protocole en cas de grossesses de localisation indéterminée (44) pourrait être proposé afin d'éviter la redondance de l'imagerie.
- L'exercice pluridisciplinaire en maison de santé, notamment avec un psychologue formé dans ce domaine et la diminution de la charge administrative pourraient rendre cette activité plus attractive pour les médecins et permettre aux patientes de tout faire sur place. Il était en effet parfois fastidieux de devoir se déplacer pour consulter la conseillère conjugale et familiale rattachée au CPEF, le domicile n'étant pas à proximité. De plus, une patiente a trouvé la partie administrative des consultations chronophage pour elle comme pour le médecin. Cet aspect est souvent vécu comme un frein pour le praticien (27,50,67).
- Prêter attention à l'accueil téléphonique lors des demandes d'IVG. Cela pourrait être rajouté à la note à l'intention du secrétariat (annexe n°6) rédigée par le groupe ARMORIC, à l'image de la chartre pour les échographistes.

- Savoir écouter la patiente et sa demande, reconnaître son ambivalence et savoir repousser le moment de l'IVG si besoin (35). Rester bienveillant, empathique, neutre et sans jugement.
- Etre objectif dans la proposition des choix, bien détailler les avantages et inconvénients de chaque méthode pour en garantir l'accès de façon équivalente. (27,35)
- Respecter un temps d'information avant la consultation dédiée à la prise de mifepristone.
- La proposition d'un contact téléphonique non obligatoire avant la consultation de contrôle afin de répondre à certaines questions survenant par la suite de l'IVG et de repérer plus précocement des signes de souffrance psychologique.
- Donner si possible les informations nécessaires à l'accompagnant sur le déroulement de l'IVG au domicile, si la femme le souhaite.
- Continuer les études qualitatives sur le vécu de l'IVG par les femmes, notamment en fonction des méthodes, comme l'a souligné une participante mais également le rapport de l'IGAS en 2009 et celui de l'HAS (27).

## CONCLUSION

Tout au long du parcours, les femmes sont confrontées à divers facteurs pouvant améliorer ou altérer leur vécu dès la découverte de la grossesse et la décision de l'IVG. Certains ne peuvent être modifiés (âge, expériences personnelles, religion...). Pour le reste, tous les acteurs rencontrés ont un rôle prépondérant dans ce vécu, notamment par leur attitude qui se doit d'être bienveillante et neutre. De plus, l'appropriation du choix est toute aussi importante.

Concernant l'accès à l'IVG, il faut poursuivre les efforts du côté de l'offre de soins (augmentation des conventions, formation des professionnels...) afin d'agrandir les réseaux pour parfaire le maillage du territoire en Bretagne. L'amélioration de la communication entre les centres d'IVG et les professionnels de santé libéraux est donc essentielle.

Le médecin généraliste a toute sa place dans ces réseaux permettant une médecine de proximité notamment dans les zones rurales et un accès à l'IVG plus rapide et personnalisé. Même s'il ne réalise pas cet acte, il est souvent l'interlocuteur privilégié des femmes et le premier contacté. La mise en place du parcours en est donc dépendante. De ce fait, il doit avoir toutes les informations nécessaires pour orienter la patiente (liste à jour des centres et professionnels réalisant l'IVG). Il peut également être sollicité pour le suivi à distance notamment des complications psychologiques.

Le professionnel de santé a pour rôle d'apporter les informations nécessaires lors de la première consultation, de repérer l'ambivalence de la patiente et d'évaluer son état psychique. Il pourra si nécessaire être amené à donner un délai de réflexion quitte à repousser la prise des médicaments ou à changer de méthode.

Du côté des femmes, différents supports d'information ont été retrouvés (entourage, internet, professionnels ...). Il faut toutefois intervenir en amont. Bien que l'IVG soit un droit à part entière, elle n'en reste pas moins un sujet encore tabou. Il est donc nécessaire de l'évoquer lors des interventions scolaires (y compris pour les étudiants) et de multiplier les campagnes d'information.

La poursuite du recueil de l'expérience de ces femmes permettra de continuer à mieux adapter nos prises en charge. Un questionnaire de satisfaction avec commentaires libres pourrait être intégré dans les documents remis à la patiente.

La méthode médicamenteuse à domicile, qui a fait ses preuves depuis de nombreuses années et ayant une excellente acceptabilité, mérite donc de poursuivre les efforts pour la rendre plus accessible.

Il serait intéressant d'étudier les moyens pouvant être mis à disposition auprès des centres d'IVG, afin de leur permettre d'étendre et surtout d'organiser les réseaux.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
2. Arrêté du 28 décembre 1988 relatif à la détention, la distribution, la dispensation et l'administration de la spécialité Mifégyne 200 mg, comprimés.
3. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
4. Décret n°2004-636 du 1 juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire). 2004-636 juill 1, 2004.
5. Le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale. Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé. nov 26, 2004.
6. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
7. Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures. 2013-248 mars 25, 2013.
8. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
9. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.
10. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination | Legifrance [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>
11. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365-98.
12. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. sept 2018;Etudes et Résultats(1081).
13. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. déc 2009;Etudes et Résultats(712). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er712.pdf>
14. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Recommandations de bonnes pratiques. 2010.
15. Le guide IVG | IVG.GOUV.FR [Internet]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>
16. La ministre des affaires sociales et de la santé. CIRCULAIRE N°DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux. juill 28, 2016.
17. Touraine, Boistard. Améliorer l'accès à l'IVG-Programme national d'action [Internet]. janv 16, 2015. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115\\_-\\_dp\\_-\\_programme\\_national\\_d\\_action\\_ivg.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115_-_dp_-_programme_national_d_action_ivg.pdf)
18. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires. 2013 nov p. 110. Report No.: 2013-1104-SAN-009.
19. 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.
20. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Popul Sociétés*. janv 2015;(518):1-4.
21. Quemeneur E, Bernicot M-P. Plan régional d'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse en Bretagne 2017-2022. 2016 déc.
22. REVHO. Rapport d'activité 2017 du Réseau REVHO [Internet]. Revho. 2018. Disponible sur: <http://revho.fr/rapport-dactivite-2017-reseau-revho/>

23. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. 2010;L'état de santé de la population de la France(Rapport 2009-2010):51-62.
24. DRASS de Bretagne. Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 en Bretagne. 2007 mars. Report No.: 10.
25. Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;(1):86-115.
26. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? mai 2014;Population et Sociétés(511):4.
27. Aubin C, Jourdain Menninger D. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Inspection générale des affaires sociales; 2009 oct. Report No.: RM2009-098A.
28. HAS. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Mise à jour octobre 2017. 2013.
29. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2016;45(10):1462-76.
30. Divay S. L'ivg : un droit concédé encore à conquérir. Trav Genre Sociétés. 2003;N° 9(1):197-222.
31. Lim-Bougherra F. Vécu de femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse en cabinet de médecine générale : approche qualitative. [Thèse d'exercice]. Rouen; 2014.
32. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire [Internet] [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01115735/document>
33. Gorioux H. Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire [Thèse d'exercice]. [Créteil]: Université Paris Est Créteil; 2017.
34. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires : une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III; 2015 [cité 19 janv 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/959/>
35. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1552-67.
36. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. Sociétés Contemp. 1 sept 2006;no 61(1):91-117.
37. Bajos N. Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre. La santé des femmes en France. 2009;43-54.
38. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé depuis 30 ans. déc 2004;(407).
39. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet. 2013 p. 36. Report No.: 2013-0912-HCE-008.
40. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;(1):116-47.
41. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. Contraception. sept 2011;84(3):224-9.
42. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique – décembre 2010 - Argumentaire. déc 2010;
43. Dagousset I, Fourrier E, Aubény E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Gynécologie Obstétrique Fertil. janv 2004;32(1):28-33.
44. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1490-514.
45. Roblin P, Shojai R. Les avantages de l'IVG médicamenteuse. Rev Générales Gynécologie. avr 2011;(153).

46. Pheterson G, Maury H. Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du « choix ». *Cah Genre*. 2001;31(2):221.
47. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. févr 2005;34(1):53-61.
48. Msika S. Parcours des femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse : accès et déterminants [Thèse d'exercice]. Créteil (Paris Est Créteil); 2016.
49. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative. 2003;Revue Epidémiologie Santé Publique(51):631-47.
50. Chefeg Ben Aissa R, Brocaïl P-E, Cottet J, Rougeron C. L' Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi: quels sont les freins chez les médecins généralistes ? : Existe-t-il une demande de la part des patientes ? [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université de Tours; 2013.
51. Delmont A. Évaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220010/document>
52. Fournet P. Interruption volontaire de grossesse : le cadre juridique français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2016;45(10):1577-95.
53. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 avr 2004;33(2):125-30.
54. Divert N. Des hommes et l'expérience de l'IVG. *Rev Sage-Femme*. mai 2016;15(2):69-72.
55. Kimport K, Johns NE, Upadhyay UD. Women's experiences of their preabortion ultrasound image printout. *Contraception*. 1 avr 2018;97(4):319-23.
56. Vendittelli F, Lachcar P. Femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse et image échographique. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 nov 2004;32(11):965-8.
57. Wiebe DER, Adams L. Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 janv 2009;14(2):97-102.
58. Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 déc 2016;45(10):1477-89.
59. 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):220-7.
60. Opatowski M, Saurel-Cubizolles M-J, INSERM Unité 1153, Equipe EPOPE. Douleurs lors d'une IVG médicamenteuse - Enquête multicentrique en France en 2014. 2014.
61. Faucher P, Madelenat P. Interruption volontaire de grossesse. *Rev Prat*. 30 sept 2006;56(14):1573-7.
62. Morrier C. Patientes et soignants face à l'interruption volontaire de grossesse. In: *Interbloc*. Elsevier Masson. 2006. p. 17-21.
63. Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. nov 2009;37(11-12):850-6.
64. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charges des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. IGAS; 2009 oct. Report No.: RM2009-112P.
65. Brival M-L. État des lieux de l'accessibilité à l'IVG en France. *Médecine Reprod*. 1 janv 2012;14(1):14-21.
66. Ferré D, Boghina C. Identification des freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville en Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [Limoges, France]: Université de Limoges; 2012.
67. Soufflet H. Impact d'une formation des professionnels de la santé à l'IVG médicamenteuse, sur la prise en charge et l'orientation des patientes en Midi-Pyrénées [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1283/>

**GLOSSAIRE**

AVB : Accouchement par Voie Basse

$\beta$ -hCG : Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine

CPEF/CIVG : Centre de Planification et d'Education Familiale/Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FCS : Fausse Couche Spontanée

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SA : Semaines d'aménorrhée

**ANNEXES**

**Annexe 1 : Exemple fiche de liaison (inclue dans le livret d'information de 2015 « IVG hors établissement de santé » à l'attention des médecins, publié par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes).**

Date de la convention :

**1re partie : consultations comportant une prise de médicament**

Nom de la patiente : \_\_\_\_\_ Médecin : cachet  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Âge : \_\_\_\_\_  
 Groupe Rhésus : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Date des dernières règles : \_\_\_\_\_  
 Terme (en semaines d'aménorrhée) : \_\_\_\_\_  
 Début de grossesse – date présumée : \_\_\_\_\_  
 Métrorragies : \_\_\_\_\_  
 Dosage  $\beta$ HCG – date : \_\_\_\_\_ taux : \_\_\_\_\_  
 (résultat à joindre)

Et/ou

Échographie – date : \_\_\_\_\_ terme : \_\_\_\_\_  
 (compte rendu à joindre)

**Antécédents gynéco-obstétricaux :**

Grossesses : \_\_\_\_\_  
 FCS (fausse couche spontanée) : \_\_\_\_\_  
 IVG : \_\_\_\_\_ instrumentale : \_\_\_\_\_ médicamenteuse : \_\_\_\_\_  
 GEU : \_\_\_\_\_  
 Infections : \_\_\_\_\_  
 Autres : \_\_\_\_\_

**Antécédents médico-chirurgicaux :**

Cardio-vasculaires : \_\_\_\_\_  
 Tabac : \_\_\_\_\_  
 Traitements en cours : \_\_\_\_\_  
 Allergies : \_\_\_\_\_  
 Autres : \_\_\_\_\_

**Examen clinique gynécologique :**

Date de prise de la MIFEPRISTONE \_\_\_\_\_  
 au terme de : \_\_\_\_\_ SA  
 Date de prise du MISOPROSTOL : \_\_\_\_\_  
 Incompatibilité Rhésus – date de l'injection d'immunoglobuline anti-D : \_\_\_\_\_  
 Date prévue pour la visite de contrôle : \_\_\_\_\_

**2<sup>ème</sup> partie : consultation de contrôle**

Nom de la patiente : \_\_\_\_\_ Médecin : cachet  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Date de la visite de contrôle : \_\_\_\_\_

**Réussite de la méthode : oui non**

Date du dosage  $\beta$ HCGHG \_\_\_\_\_ Taux : \_\_\_\_\_  
 Date de l'échographie : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

**Nécessité d'un geste chirurgical :**

Date : \_\_\_\_\_  
 Cause : \_\_\_\_\_  
 Lieu : \_\_\_\_\_

**Nécessité d'un traitement médical complémentaire :**

Date : \_\_\_\_\_  
 Cause : \_\_\_\_\_  
 Type de traitement : \_\_\_\_\_

**Prescription d'une contraception :**

\_\_\_\_\_

**Annexe 2 : Fiches explicatives à destination des médecins et des patientes. Fiche de recueil de consentement.**

« Chères Consœurs, chers Confrères,

Je suis actuellement en dernière année de Médecine Générale de la Faculté de Rennes. Je réalise une thèse qualitative sur le vécu des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse auprès d'un Médecin Généraliste en ville. Ce travail est validé par le DMG de Rennes et dirigé par Dr RAULT Alexandra, Médecin Généraliste travaillant au CPEF/CIVG du CHBA de Vannes.

J'ai de ce fait besoin de rencontrer des femmes qui réalisent une IVG auprès de vous. Il s'agit de faire des entretiens semi-dirigés dont le but sera de déterminer les facteurs influençant le vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse en ville par un médecin généraliste et de rechercher les critères du choix et les améliorations à apporter à la prise en charge selon les femmes.

Je garantis préserver l'anonymat des femmes et des médecins participant à cette étude.

Pour cela, je rencontrerai les femmes à l'endroit et au moment où elles le souhaitent. Elles seront libres d'arrêter l'étude à tout moment.

Si une de vos patientes est d'accord pour participer à cette étude, pouvez-vous noter ses coordonnées et lui remettre la lettre d'information et de consentement que je vous ai adressée en pièce jointe ? Je les contacterai par la suite.

Vous pouvez leur proposer cette étude à tout moment du parcours, ou dans les 6 mois qui suivent l'IVG si vous continuez de les suivre.

Je reste à votre disposition pour toutes questions concernant ce travail.

Comptant sur votre participation, je vous remercie très sincèrement par avance. Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées. »

Céline PRUDHOMME



**Titre du projet de thèse : « Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse chez le médecin généraliste en cabinet libéral en Bretagne ».**

**Responsables du projet :**

PRUDHOMME Céline

Directrice de thèse : Dr RAULT Alexandra

Madame,

Je me présente, je suis Céline PRUDHOMME, terminant actuellement ma formation en Médecine Générale à la Faculté de Rennes. Lors de mon stage de Gynécologie-Obstétrique, j'ai découvert les consultations réalisées lors d'IVG. J'ai ainsi appris que les médecins généralistes avaient la possibilité de réaliser les IVG médicamenteuses sous certaines conditions, grâce à la loi de 2001, avant 7 semaines d'aménorrhée.

Le suivi de la femme dans les différentes étapes de sa vie, notamment lorsqu'elle a besoin d'une prise en charge gynécologique ou pendant une grossesse m'intéresse beaucoup. J'ai de ce fait, réalisé un stage supplémentaire dans le Centre de Planification Familiale et Centre d'IVG de Vannes. Cette expérience m'a permis de me familiariser avec la procédure de l'IVG en particulier médicamenteuse.

Etant future Médecin Généraliste, je souhaiterais par la suite accompagner des femmes qui passent par cette étape au cours de leur vie. S'intéresser, pendant nos études à ce sujet nous aidera, nous les soignants, à toujours améliorer notre pratique pour vous accompagner au mieux dans votre parcours.

L'idée de mon travail de thèse m'est alors venue. Dans ce cadre, j'aimerais vous rencontrer lors d'un **entretien individuel et anonyme**. Il s'agira d'un échange entre vous et moi uniquement, à partir de quelques questions auxquelles vous serez libre de répondre ou non. Le lieu et le moment seront définis selon votre préférence. L'entretien dure 30 minutes à 1 heure. Après votre accord, celui-ci sera enregistré en garantissant l'anonymisation et la confidentialité des données. En effet l'enregistrement permet une meilleure retranscription pour faciliter l'analyse, il sera détruit à la fin de cette étude.

Si vous êtes d'accord pour cet entretien, merci de signer le formulaire de consentement associé et de me laisser vos coordonnées. Je vous recontacterai par la suite pour fixer le rendez-vous ensemble.

En vous remerciant,

PRUDHOMME Céline



## **Formulaire de Consentement :**

**Titre du projet de thèse : « Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse chez le médecin généraliste en cabinet libéral en Bretagne ».**

### **Responsables du projet :**

PRUDHOMME Céline

Directrice de thèse : Dr RAULT Alexandra

Je soussignée \_\_\_\_\_ déclare :

- Avoir lu et compris la lettre d'information concernant le travail de thèse.
- Avoir pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et avoir reçu des réponses claires et précises.
- Etre d'accord pour participer à ce travail de façon anonyme.

Je sais que :

- Je suis libre de poser toutes les questions nécessaires pour la bonne compréhension de l'entretien.
- Je peux interrompre l'entretien à tout moment si je le souhaite, sans devoir justifier ma décision.
- Les informations recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer à ce projet de thèse en tant que sujet.

Numéro de téléphone :

ou

Adresse mail :

Date et signature (précédées de la mention « lu et approuvé »)



### **Annexe 3 : Guide d'entretien**

***Bonjour, je suis Céline Prudhomme, je finis ma formation en médecine générale et réalise une enquête sur les IVG à domicile par les médecins généralistes. Si vous me le permettez je souhaiterais enregistrer notre échange pour faciliter l'analyse et retranscrire au mieux vos propos. Cet entretien est anonyme, ne sera pas diffusé et tous les enregistrements seront supprimés. Vous pouvez refuser de répondre aux questions et arrêter l'entretien sans vous justifier.***

**1/ Caractéristiques de la patiente : « Tout d'abord j'aimerais tout d'abord en savoir plus sur vous » :**

- Age, situation personnelle, catégorie socio-professionnelle (études, emploi...), antécédents gynéco-obstétriques, psychiatriques, chirurgicaux, traitements, culture/religion, couverture sociale
- Comment est votre cycle menstruel habituel ? (âge 1ères règles, dysménorrhées), avez-vous un suivi gynécologique ?

**2/ Connaissances autour de l'IVG :**

- Avez-vous eu une éducation à la vie sexuelle et affective au cours du cursus scolaire ?
- Que connaissiez-vous sur l'IVG avant d'avoir vécu cet épisode ?

**3/ Parcours de l'IVG :**

- Racontez-moi le moment où vous découvrez la grossesse
- Décision de l'IVG : comment est arrivée cette décision ? Etait-ce votre décision initiale ? Avez-vous parlé de votre situation à votre conjoint ou à un proche ? Cela vous a-t'il aidé dans votre vécu ?
- Par quel intermédiaire vous êtes-vous renseignée pour l'IVG ? Qui a été votre premier contact ? Comment avez-vous appris que la méthode médicamenteuse pouvait être réalisée par un médecin généraliste? Auriez-vous aimé que votre médecin traitant fasse l'IVG ? Pourquoi ?
- Quel a été le délai entre la découverte de la grossesse et le premier rendez-vous médical ?
- Racontez moi la première consultation avec le médecin généraliste : votre ressenti ? si vous étiez seule ou accompagnée ? vous êtes-vous sentie libre de poser les questions que vous souhaitiez ? Pourquoi le choix de cette méthode et du domicile ?
- La loi impose au médecin de proposer de voir une conseillère conjugale et familiale, qu'en pensez-vous ?
- Comment avez-vous vécu les examens liés à cette grossesse (échographie, prise de sang) ?
- Racontez-moi la consultation avec la prise du premier médicament : comment l'avez-vous vécu ? Avez-vous eu la conduite à tenir en cas d'effets indésirables ? Un protocole pour la douleur ? A-t'il été satisfaisant ?
- Comment cela s'est passé au domicile (vécu physique et psychique)? Attitude de la personne accompagnante?
- Que pensez-vous de la disponibilité de votre médecin ? Avez-vous eu la réassurance que vous souhaitiez ? Avez-vous eu besoin de consulter aux urgences gynécologiques ou d'appeler le 15 ?
- Selon vous, y-a-t-il eu des complications liées à l'IVG ? Lesquelles ?

**4/ Et après :**

- Consultation post IVG : réalisée ? points positifs et négatifs ?
- Comment imaginiez-vous que ça allait se passer ?
- Avez-vous eu besoin de consulter une psychologue ou une conseillère conjugale et familiale ?
- Avec du recul, utiliseriez-vous la même méthode ? Pourquoi ? La conseillerez-vous à d'autres patientes ?
- Avez-vous changé, continué ou commencé une contraception ?

**5/ « Quelles améliorations pourriez-vous proposer dans la prise en charge des IVG médicamenteuses à domicile »**

**Annexe 4 : Tableau des caractéristiques de la population étudiée et des entretiens**

Entretien	Age	Situation personnelle	Situation professionnelle	Religion	ATCD gynécologiques	Durée entretien	Lieu entretien	Délai IVG/entretien	Département	Médecin IVG
E1	37 ans	Veuve 2 enfants (2 et 4 ans)	Professeur d'Espagnol Etudes de musicothérapie	Catholique non pratiquante Originnaire d'Argentine	2 AVB	53 min.	Domicile de la patiente	4 mois	56	M1
E2	34 ans	En couple Fille 2 ans	Serveuse et Assistante administrative	Aucune	1 FCS 1 AVB	50 min. 30s	Domicile de la patiente	15 jours	35	M2
E3	32 ans	Séparée Fils 3 ans <sup>1/2</sup>	Auxiliaire de vie en arrêt	Aucune	1 FCS 1 AVB	37 min.	Jardin public	2 mois	56	M1
E4	26 ans	En couple Sans enfant	Sage-femme	Aucune	0	40 min. 28 s	Domicile de la patiente	1 mois <sup>1/2</sup>	56	M1
E5	33 ans	Séparée Fille 3 ans	Serveuse en reconversion secrétaire comptable	Aucune	1 FCS (curetage) 1 AVB	50 min. 26 s	Domicile de la patiente	1 mois	56	M3
E6	43 ans	Mariée 3 enfants (6-11-14 ans)	Infirmière reconverte boulangère	Aucune	1 GEU 3 AVB	26 min. 52 s	Lieu de travail	20 jours	56	M1
E7	27 ans	Mariée Fils 1 an	Enseignante en congé parental	Catholique pratiquante	1 AVB	56 min. 55 s	Domicile de la patiente	3 mois	56	M1
E8	39 ans	Séparée Fille 5 ans <sup>1/2</sup>	Infirmière	Aucune	3 IVG (1 chirurgicale – 2 médicamenteuses) 1 AVB	50 min. 21 s	Domicile de la patiente	1 mois	35	M4

E9	25 ans	Mariée 3 enfants	Restauration Cours du soir pour BTS MUC	Catholique pratiquante	2 FCS 1 IVG (méd. puis chirurgicale) 3 AVB	40 min. 14 s	Domicile de la patiente	1 mois	35	M2
E10	40 ans	En couple Pas d'enfant	Infirmière	Aucune	2 IVG (1 chir. - 1 méd.)	42 min. 17 s	Bar	25 jours	56	M5
E11	40 ans	Pacsée 2 garçons (8- 13 ans)	Chef d'entreprise (co- gérante)	Aucune	2 FCS (2 curetages) 1 IVG méd. 2 AVB	35 min. 40 s	Lieu de travail	5 mois	56	M5
E12	46 ans	Mariée 2 filles (11-14 ans)	Immobilier social	Catholique non pratiquante	1 GEU sur DIU 2 AVB	30 min. 14 s	Lieu de travail	6 mois	35	M4
E13	20 ans	En couple Pas d'enfant	Etudes d'infirmière	Catholique non pratiquante	0	56 min.	Domicile de la patiente	2 mois <sup>1/2</sup>	22	M6
E14	28 ans	Mariée Pas d'enfant	Militaire	Aucune	1 FCS	49 min. 22 s	Bar	3 mois <sup>1/2</sup>	29	M7
E15	40 ans	Union libre 2 enfants (6- 11 ans)	Sage-femme libérale	Aucune	1 FCS 2 césariennes	34 min.	Lieu de travail	3 mois	29	M8
E16	38 ans	En couple Fils 10 ans <sup>1/2</sup>	Photographe	Aucune	1 IVG méd. 1 AVB	31 min. 45 s	Bar	1 mois <sup>1/2</sup>	56	M5
E17	32 ans	Pacsée 2 enfants (13 mois-2 ans <sup>1/2</sup> )	Mère au foyer Coiffeuse	Aucune	2 AVB	49 min.	Domicile de la patiente	3 mois	22	M9
E18	41 ans	Pacsée 2 enfants (9- 11 ans)	Responsable de service d'une structure médico-sociale	Catholique non pratiquante	2 AVB	38 min.	Bar	3 mois	22	M10

## **Annexe 5 : Charte pour les échographistes**



Réseau entre la Ville et l'Hôpital  
pour l'orthogénie

### **CHARTRE POUR LES ECHOGRAPHISTES PRATIQUANT DES ECHOGRAPHIES DE DATATION POUVANT PRECEDER UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**

*La présente charte a pour objet de définir le cadre dans lequel peuvent être pratiquées les échographies de datation pouvant précéder une IVG.*

1. Connaître les médecins prescripteurs de son réseau et leur expliquer ses modalités de travail.
2. Codifier l'acte IPE
3. Pouvoir gérer les demandes de rdv d'échographie de datation comme des urgences, en donnant un rendez-vous sous 48h
4. Former les personnes assurant l'accueil physique et téléphonique dans le cabinet :
  - à accueillir les demandes d'échographie de datation en vue d'une IVG
  - à la nouvelle prise en charge à 100% des actes afférents à l'IVG depuis le 1er avril 2016 avec possibilité de dispense d'avance des frais en télétransmission et d'anonymat pour les mineures
5. En l'absence de précision sur la prescription, s'enquérir du motif de réalisation de l'échographie et de l'intention de poursuivre ou non la grossesse
6. S'organiser pour que l'écran de l'échographe ne soit pas visible sauf si la femme le souhaite
7. Ne pas faire écouter les bruits du cœur de l'embryon
8. Ne pas décrire la morphologie
9. Respecter le choix de la femme et ne pas émettre de jugement moral sur l'IVG
10. Être attentif à la cohérence du discours et de la communication non verbale
11. Pratiquer systématiquement en 1<sup>er</sup> temps une échographie par voie sus-pubienne. Si cela n'est pas suffisant, expliquer à la femme les modalités de l'échographie endovaginale et la pratiquer avec son accord
12. Limiter l'examen au strict nécessaire pour juger de la localisation, de l'âge et de l'évolutivité de la grossesse
13. Dater la grossesse en mesurant le sac gestationnel, le diamètre et le BIP puis dès que c'est réalisable la longueur craniale et le diamètre bipariétal
14. Question de la gémellité et de la grossesse arrêtée (bonne ou mauvaise nouvelle selon les situations). Adapter la démarche à suivre selon la patiente.
15. Rédiger un CR en accord avec les principes de la charte, qui précise localisation, datation et éventuellement évolutivité de la grossesse sans élément de description morphologique. La datation doit s'accompagner de la fourchette d'imprécision en fonction du terme de la grossesse (+ ou- x jours). Limiter la production d'images aux clichés avec les mesures. Toute information contenue dans le compte-rendu doit avoir été indiquée à la patiente.

## Annexe 6 : Note à l'intention du secrétariat

### Mise en place de l'IVG en Ville

N°19

#### Note à l'intention du secrétariat

L'IVG médicamenteuse est une « véritable » interruption volontaire de grossesse : ce n'est pas magique (« prendre des comprimés qui vont faire revenir mes règles... ») : Cela peut être douloureux, il y a des saignements qui peuvent durer plusieurs semaines (en général 10 à 20 jours).  
Néanmoins, c'est une possibilité supplémentaire qui peut être proposée aux femmes qui ne souhaitent pas se rendre à l'hôpital ou qui préfèrent s'adresser au médecin de leur quartier. Attention, cette méthode n'est possible que pour les grossesses très récentes (moins de 7 semaines depuis le premier jour des dernières règles).

Questions à poser aux femmes qui demandent un RDV pour une IVG médicamenteuse :

- Quelle est la date de vos dernières règles ? (la prise des médicaments doit avoir lieu au plus tard 7 semaines après le premier jour des dernières règles).
  - Est-ce que vous avez déjà une échographie ?
  - Connaissez-vous les différentes méthodes possibles ? (il est important d'en parler avec un professionnel compétent, parfois les femmes auront plutôt besoin d'un accompagnement hospitalier)
  - Avez-vous prévu de voyager à l'étranger dans le mois qui vient ? (dans ce cas la méthode médicamenteuse est déconseillée). Il est important de noter qu'il y a une **consultation indispensable**
- 15 jours à 3 semaines plus tard pour contrôler l'efficacité (la méthode médicamenteuse est efficace à 95-98 %, ce qui signifie que dans 2 à 5 % des cas il faudra une aspiration chirurgicale).

Prise et organisation des rendez-vous :

En pratique, les rendez-vous auront été planifiés à l'avance. **COMPTER UN TEMPS SUFFISANT POUR LES 2 PREMIERS RENDEZ-VOUS**, et leur dire d'apporter échographie et carte de groupe sanguin si elles les ont déjà.

Quelques points qu'il vaut mieux connaître :

1. **L'IVG médicamenteuse au cabinet de ville est déconseillée :**
  - Aux femmes qui ne disposent pas d'un logement confortable avec téléphone toilettes et salle d'eau ou qui habitent à plus d'une heure d'un hôpital.
  - Aux personnes isolées : l'accompagnement d'un(e) proche est nécessaire pour le jour de 2. prise des médicaments (3+rendez-vous).
  - Aux personnes pour lesquelles la méthode ne paraît pas adaptée.
  - Aux femmes ne comprenant pas les explications (langue).
  - Aux femmes n'ayant pas de couverture sociale (par contre CMU et A.M.E. possibles).
  - Aux jeunes filles mineures isolées
  - Aux femmes majeures qui souhaitent garder le secret car l'anonymat est impossible en ville.
2. **Les conditions légales d'une IVG médicamenteuse**
  - Un entretien avec une conseillère conjugale et familiale, un(e) psychologue ou un(e) assistant(e) social(e) ayant été formé(e) doit être systématiquement proposé. Il n'est pas obligatoire sauf pour les mineures.
  - Le délai de réflexion de 7 jours a été supprimé mais pour toutes les mineures et certaines majeures qui souhaitent avoir un entretien psychosocial, un délai de 48h est toujours obligatoire entre l'entretien psychosocial et la réalisation de l'IVG.
  - Les mineures n'ayant pas obtenu l'autorisation d'un des deux parents pour faire l'IVG, doivent être accompagnées d'un adulte majeur référent de leur choix qui les accompagnera dans leur démarche.
3. **Ce que comprend le forfait**  
L'arrêté du 23 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption Volontaire de Grossesse a modifié la prise en charge et le tarif des IVG réalisées en ville notamment et ce, depuis le 1er avril 2016.

Réseau REVAO - Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie - 75006Paris

Le forfait global de 187,92, est découpé en trois phases pour le médecin : Recueil de consentement - Réalisation de l'IVG - Consultation de contrôle de l'efficacité de la méthode.  
La prise en charge des actes associés à l'IVG est étendue aux investigations biologiques et échographiques préalables à l'IVG et de contrôle.

Les échographies peuvent être réalisées par le médecin qui effectue l'IVG, ou par un autre médecin

La facturation est faite par le médecin ayant effectué l'IVG et le paiement se font en une seule fois avec les codes prestations suivants : **IC ou ICS +FHV + FMV +IC ou ICS soit 187,92 euros**

L'IVG est remboursée par la sécurité sociale à 100%. Il y a une possibilité de gratuité et d'anonymat pour les mineures ne souhaitant pas en parler à leurs parents.

**Précision concernant la possibilité de découpage en trois phases de la facturation lorsque les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel.**

Le forfait global est découpé en trois phases pour le médecin : recueil de consentement, réalisation de l'IVG, consultation de contrôle. Ce découpage en trois phases offre une souplesse supplémentaire pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel ; pour autant, ce découpage n'a pas d'incidence sur la facturation, qui peut être faite en une seule fois.

*C. Laminez-Amélie*

**PRUDHOMME, Céline - Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse à domicile. Enquête qualitative en Bretagne auprès de femmes suivies par des médecins généralistes libéraux conventionnés.**

60 feuilles, 3 graphiques, 1 tableau, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N°

**Résumé**

**Contexte :** L'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse à domicile est en progression. **Objectif :** Définir les facteurs influençant le vécu des femmes et les critères de choix de cette méthode. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile par un médecin généraliste. Echantillonnage raisonné. Analyse par théorisation ancrée. **Résultats :** 18 femmes ont participé à l'étude. Le vécu a notamment été influencé par le contexte de vie, les connaissances sur l'IVG, les professionnels de santé et l'entourage. Le choix de la méthode reposait sur son aspect simple, rapide, pratique et intime. La majorité des femmes a été satisfaite de l'IVG à domicile par le médecin généraliste. **Conclusion :** Afin de garantir le choix et de permettre des soins de proximité il faut étoffer le maillage du territoire breton, accentuer la formation des soignants et multiplier les supports d'information pour la population.

**Abstract**

**Background :** Medical abortion at home is progressing. **Objective :** To define the factors influencing the women's experience and the criteria for choosing this method. **Methods :** Qualitative study by semi-structured individual interviews with women who performed a medical abortion at home by a general practitioner. Reasoned sample. Analysis according to the grounded theory. **Results :** 18 women participated in the study. The lived experience was influenced by the context of life, the knowledge on the abortion, the health professionals and the entourage. The choice of the method rested on its simple, fast, practical and intimate aspect. The majority of women were satisfied with abortion at home by the general practitioner. **Conclusion :** In order to guarantee choice and assure local health care, it is necessary to increase the networks in Brittany, the training of the health professionals and the information materials for the population.

Rubrique de classement : GYNECOLOGIE

Mots-clés : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ; au domicile ; Médecine générale ; Recherche qualitative ; Vécu des femmes ; Bretagne

Mots-clés anglais MeSH : Medical abortion ; At home ; General practice ; Qualitative research ; Women's experience ; Brittany

Président : Monsieur LAVOUE Vincent

JURY :

Assesseurs : Madame RAULT Alexandra [directrice de thèse]  
Monsieur GARLANTEZEC Ronan  
Madame CHHOR-QUENIART Sidonie  
Madame DENOEL Sylvie