



HAL
open science

**Expérience vécue de femmes ayant fait une IVG
médicamenteuse en hospitalisation de jour ou à domicile
via le médecin généraliste. Étude qualitative et mise en
perspective auprès de 13 femmes dans le
Languedoc-Roussillon**

Marina Dorier

► **To cite this version:**

Marina Dorier. Expérience vécue de femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste. Étude qualitative et mise en perspective auprès de 13 femmes dans le Languedoc-Roussillon. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02873395

HAL Id: dumas-02873395

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02873395>

Submitted on 18 Jun 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.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marina DORIER

Le

19 Septembre 2019

**Expérience vécue de femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en
hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste.**

Étude qualitative et mise en perspective auprès de 13 femmes dans le
Languedoc-Roussillon

Directrice de Thèse : Dr REBOUL Marie-Catherine

JURY:

Président: Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice

Dr REBOUL Marie-Catherine

Dr MONFORTE Mathilde

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marina DORIER

Le

19 Septembre 2019

**Expérience vécue de femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en
hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste.**

Étude qualitative et mise en perspective auprès de 13 femmes dans le
Languedoc-Roussillon

Directrice de Thèse : Dr REBOUL Marie-Catherine

JURY:

Président: Pr LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Dr FOLCO-LOGNOS Béatrice

Dr REBOUL Marie-Catherine

Dr MONFORTE Mathilde

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHFORT Henri
ROSSI Michel
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGARNBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOU DJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Aux membres de mon jury :

À Mr le Professeur Philippe LAMBERT, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous témoigne de ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

Au Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vous trouverez ici l'expression de ma profonde reconnaissance et mes sincères remerciements.

Au Dr Mathilde MONFORTE, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Merci de m'avoir aidée pour le recrutement dans le service d'orthogénie de la clinique St Roch.

A ma directrice de thèse Marie-Catherine. Merci de m'avoir guidée et accompagnée tout au long de ce travail. Tu m'as transmis ton optimisme et ton soutien tout au long de ces deux dernières années.

A tous ceux qui ont contribué à ma formation :

À toute l'équipe d'infirmier-ères, aide-soignant-e-s et médecins des urgences de Carcassonne.

À Bernard et Christiane qui ont suivi et accompagné mes premiers pas dans la médecine de campagne dans le cadre magnifique du Nord-Lozère. Merci pour tout.

À Jérôme et Marine avec qui j'ai travaillé en rééducation. Merci pour votre relation de confiance et confraternelle grâce à laquelle j'ai pris confiance en moi.

À Huei Yun pour ta gentillesse, pour ton exemple d'empathie envers les patients et pour l'amitié dont tu as fait preuve avec moi.

À Nadia qui m'a généreusement accueillie pendant ses consultations. Merci pour ta gentillesse et ton amitié.

À Anne-Laure et Nadège avec qui j'ai eu le plaisir de travailler depuis plus d'un an. Merci pour les lectures partagées, les petit restau et sushis !

À mes amis

À Pauline ma binôme si gentille et si intelligente grâce à qui j'ai survécu en endocrino et à tous mes co-interne de MME !

À Ève, Julie et toutes mes agréables rencontres du swing !

À Ariane et Minh avec qui j'ai partagé le meilleur semestre de tout mon internat et qui sont devenus des amis très chers.

À Adrien, Caro, et Max qui sont en Guadeloupe et grâce à qui on a passé de très belles vacances. À bientôt dans notre région commune de Bourgogne-Franche-Comté et qui sait, pour des projets communs... ?

À Clémentine, Jihad, Kevin et Louise-Anne.

À Léna à qui je pense fort.

À ma chère Laura et Sergio et à notre futur groupe de rock/ country/ pop/ folk !

À mes amis de lycée, Camille, Claire et Mathieu.

À ma copine Marion qui me connaît depuis notre premier jour de lycée et qui a suivi toutes mes années de médecine de près ou de loin. Nous serons toujours ensemble pour les moments importants.

Et à mes amies de cœur, ma deuxième famille, Diane, Estelle, Leslie et Séverine. Je vous aime.

À ma Famille

À Christine, Christophe, Gérard, mes grands-parents et surtout mes « trois » grands-mères Josette, Nicole et Suzanne qui sont toujours très présentes et qui m'ont donné, chacune à leur manière, un modèle de force et d'émancipation.

À ma belle-famille française et américaine. À Brook et Benoit qui m'ont accueillie et suivie depuis tellement d'années.

À mes chères cousines Caroline, Marie et Marie.

À mes parents et à ma sœur Julia que j'aime.

Et à Blaise, mon grand et unique amour.

« A thing of beauty is a joy forever:
Its loveliness increases. It will never pass
Into nothingness;”

Endymion. John Keats

Aux femmes que j'ai pu rencontrer et à leur courage.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
A. Histoire de l'avortement	2
B. Épidémiologie	4
C. Cadre légal en France de l'IVG médicamenteuse	5
D. IVG dans le Languedoc Roussillon	7
E. Les molécules	8
1. La Mifépristone	8
2. Le Misoprostol	9
F. Effets secondaires et complications	12
1. Effets secondaires	12
2. Complications	13
G. Le protocole	14
II. MATERIEL ET METHODE	17
A. Objectif de l'étude	17
B. Choix de la méthode	17
C. Protocole de l'étude	17
1. Les critères d'inclusion et d'exclusion	17
2. Mode de recrutement des participantes	18
2.1. IVG en hospitalisation de jour	18
2.2. IVG à domicile	18
3. Lieu des entretiens	19
4. Recueil des données	19
5. Confidentialité et anonymat	20
6. Analyse des données	20
III. RESULTATS	22
A. Caractéristiques des entretiens et de la population	22
1. Caractéristiques des entretiens	22
2. Caractéristiques du matériel brut	22
3. Caractéristiques de la population	22
B. Analyse des résultats	24

1.	Accès à l'IVG en hospitalisation de jour : éléments facilitants et freins.....	24
a)	L'accès est facilité par l'exercice coordonné des professionnels de santé.....	24
b)	L'accès est facilité par l'expérience d'une précédente IVG.....	24
c)	L'absence d'information est un frein.....	25
d)	Le frein de la peur du jugement.....	25
2.	Accès à l'IVG à domicile : les éléments facilitants et les freins	27
a)	La connaissance du médecin traitant des médecins conventionnés pour l'IVG à domicile en facilite l'accès.	27
b)	Un parcours parfois plus compliqué si passage par le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier (CHRU).....	27
c)	L'absence d'écoute du médecin est un frein à l'accès à l'IVG à domicile.....	28
3.	Le vécu de l'IVG : Importance du premier contact et de la première échographie	30
3.1.	Le premier contact avec un professionnel de santé : un élément déterminant.....	30
a)	Importance de l'attitude ouverte et non jugeante du professionnel de santé	30
b)	Laisser un temps pour s'exprimer librement.....	31
3.2.	Première échographie : l'image au cœur de l'intimité	31
a)	Une information éclairée avant l'examen	31
b)	Un examen souhaité rapide.....	31
c)	Un geste avec effraction de l'intimité.....	32
d)	Un geste qui donne à voir.....	32
4.	La grossesse au carrefour des ambivalences , méconnaissances et peurs en lien avec la fertilité et la contraception.....	34
a)	La grossesse vient questionner la peur de l'infertilité.....	34
b)	Pilule, aménorrhée et capacités reproductives :	35
c)	L'absence de contraception en réponse aux représentations négatives de la contraception hormonale.....	35
d)	La grossesse face aux méconnaissances de l'utilisation pratique de la contraception	35
e)	L'absence de suivi gynécologique: entre problèmes relationnels et phobie.....	36
5.	Le « pourquoi » avorter : entre pression sociale, conjugale et l'impossibilité d'assumer un enfant.....	38
a)	Une pression sociale et familiale forte	38
b)	Une situation conjugale considérée comme non adaptée	39
c)	Le sentiment de ne pas être prête à avoir un enfant	39
6.	Choix de la méthode de l'IVG	41
6.1.	La méthode de l'IVG en hospitalisation de jour : entre obligation et choix contrasté	41
a)	La méthode médicamenteuse parfois vécue comme imposée	41
b)	Une méthode chirurgicale imaginée comme plus facile par les femmes	41
c)	Méthode médicamenteuse et culpabilité de la prise des comprimés.....	42
d)	La méthode médicamenteuse considérée comme moins dangereuse	42
e)	Prise des comprimés: un moment de dissociation	42
f)	Peur de l'échec	43

g)	Peur des effets secondaires.....	43
6.2.	IVG à domicile :la méthode médicamenteuse est vécue comme non imposée et plus acceptable	
	45	
a)	Peurs de la méthode chirurgicale.....	45
b)	Une méthode conciliable avec le quotidien.....	45
c)	Un impact psychologique moindre.....	46
7.	Le vécu de l'expulsion.....	47
7.1.	Le vécu des saignements.....	47
a)	Les éléments facilitants: présence et information.....	47
b)	La quantité et la longue durée des saignements peuvent être source de peur et de traumatisme	
	48	
c)	Le manque de préparation lors d'une expulsion précoce entre les deux prises médicamenteuses peut être source de traumatisme.....	48
7.2.	Le vécu de la douleur.....	49
a)	Les éléments aggravants: ténesmes et durée prolongée.....	49
b)	La douleur vécue comme une punition.....	49
7.3.	Le vécu autour du produit d'expulsion.....	50
a)	Voir le produit d'expulsion ou la rupture de l'imaginaire de « la forme humaine ».....	50
b)	L'attitude dédramatisante des sages-femmes et des IDE est soutenante.....	50
c)	Rituel en lien avec le deuil : l'enterrement.....	51
d)	Le regard envahissant des soignants.....	51
e)	Des émotions paradoxales : entre la tristesse et le soulagement.....	51
8.	Le vécu de la contraception en post -abortum.....	54
8.1.	En hospitalisation de jour : la pilule oestro-progestative vécue comme imposée.....	54
a)	Le sujet de la contraception abordé trop tôt.....	54
b)	L'absence de prise en compte du choix de la patiente et le manque de dialogue.....	54
c)	La pression d'être seule responsable de la contraception.....	55
d)	Un accès au dispositif intra-utérin (DIU) difficile en pratique.....	55
e)	Le patch contraceptif peut être moins contraignant qu'une contraception orale.....	56
8.2.	IVG à domicile : Un choix de la contraception vécu comme plus libre.....	58
a)	Une liberté de choix possible suite à une information éclairée.....	58
b)	Un choix qui peut être différé.....	58
c)	Un choix préférentiel pour le DIU.....	59
9.	Le vécu de la consultation de contrôle.....	61
9.1.	En hospitalisation de jour.....	61
a)	Une consultation parfois vécue comme inutile.....	61
b)	Une consultation nécessaire pour confirmer la réussite de l'IVG.....	61
c)	Une consultation de réassurance sur la fertilité future.....	62
d)	Des angoisses en lien avec l'échographie de contrôle.....	62

e)	Une attitude bienveillante et un discours clair du professionnel de santé sont des éléments facilitants.....	63
9.2.	IVG à domicile.....	65
a)	Une consultation refusée car perçue comme inutile.....	65
b)	Elle peut être perçue comme un facteur de réminiscence de l'IVG.....	65
c)	La disponibilité du médecin ayant pratiqué l'IVG est rassurante.....	66
d)	Le contrôle du taux de BHCG : un mode de contrôle de la réussite de l'IVG plébiscité.....	66
10.	Vécu de la période du post-abortum.....	68
a)	Un temps de reconstruction physique.....	68
b)	Un temps de reconstruction psychologique et de deuil à ne pas vivre seule.....	68
c)	Des conséquences douloureuses sur la vie de couple : entre colère et sentiment d'injustice.....	69
11.	La place du médecin traitant dans la prise en charge : une expérience très contrastée.....	72
11.1.	Certaines femmes ne donnent aucune place au médecin généraliste.....	72
a)	Un suivi par le médecin généraliste parfois jugé inutile.....	72
b)	L'expertise de la gynécologie réservée au gynécologue obstétricien.....	72
c)	Rejet de la figure d'autorité que représente le médecin de famille.....	73
11.2.	D'autres femmes lui donnent de multiples rôles.....	73
a)	Le médecin généraliste a un rôle d'information, d'orientation et de conseil.....	73
b)	Besoin d'une réévaluation psychologique à distance de l'IVG.....	74
c)	La disponibilité du médecin traitant rassure.....	74
12.	Conception du suivi gynécologique futur.....	76
a)	Choix de garder le même suivi.....	76
b)	Un changement souvent motivé grâce au bon relationnel instauré par le médecin généraliste qui a pratiqué l'IVG.....	77
13.	Outils et perspectives d'amélioration.....	79
a)	L'accès à l'information fiable et accessible autour de l'IVG est à améliorer.....	79
b)	Besoin de plus de personnels formés pour l'IVG.....	80
c)	Facilitation du parcours administratif.....	80
d)	Modifier le regard de la société autour d'un tabou.....	80
IV.	DISCUSSION.....	82
A.	Biais et limites de l'étude.....	82
1.	Biais de recrutement.....	82
2.	Manque d'expérience de l'enquêteur.....	83
3.	Lieu de l'entretien.....	83
4.	Questions rajoutées au guide d'entretien.....	83
5.	Biais d'interprétation.....	83
B.	Discussion des résultats.....	84
1.	Accès à l'IVG.....	84

a)	Exercice en réseau	84
b)	Accès à l'échographie de datation	84
c)	Rôle de plus en plus important des sages-femmes	85
d)	La télémédecine une solution possible?.....	85
2.	Importance du premier contact et de la première échographie.....	85
a)	Le premier contact.....	85
b)	Vécu de l'échographie	86
3.	Entretien pré IVG et prise en considération du contexte.....	86
a)	Ambivalence face au désir de grossesse.....	86
b)	Difficultés avec la contraception	87
4.	Choix de la méthode	88
a)	Une méthode médicamenteuse parfois vécue comme imposée	88
b)	Motifs évoqués pour les femmes demandant une IVG chirurgicale.....	89
c)	Les motifs évoqués par les femmes désirant une IVG médicamenteuse	89
5.	Le vécu de l'expulsion	89
a)	Le vécu du domicile	90
b)	La douleur comme punition.....	90
c)	La question du produit d'expulsion	91
6.	Choix de la contraception post-abortum	91
a)	Laisser le libre choix de la contraception.....	92
b)	Contraception réversible à longue durée d'action ou Long active reversible contraception (LARC) et IVG répétées.....	92
7.	Consultation de contrôle.....	93
a)	Une différence de pratiques	93
b)	Un moyen de se rassurer et de faire le point sur la contraception	94
8.	Période post-abortum	94
a)	IVG et risque de troubles psychiques.	94
b)	Remise en question du couple et place du conjoint.....	95
c)	IVG et violences conjugales	95
9.	Place du médecin traitant dans la prise en charge.....	96
a)	Un rôle de conseil et d'orientation avec un interlocuteur plus disponible.....	96
b)	Évaluation psychologique à distance	96
10.	Outils et perspectives d'amélioration : Présentation du réseau interruption volontaire Occitanie (REIV OC) et extension dans le Languedoc-Roussillon	97
a)	Financement et adhésion au REIV-OC	97
b)	Formation des professionnels de santé et méconnaissance du réseau	97
c)	Évaluation des pratiques et formation continue	98
d)	Organigramme.....	99
e)	Le site internet.....	99
f)	Évaluation de l'impact	100

g) Prochaines études.....	101
V. CONCLUSION.....	102
VI. BIBLIOGRAPHIE	104
VII. Annexes.....	113
VIII. Serment d'Hippocrate.....	123

Liste des abréviations utilisées

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif intra-utérin

DOM-TOM : Départements d'outre-mer et Territoires d'outre-mer

FIGO : Federation of Gynecology and Obstetrics

GNP: Grossesse Non Prévues

HAS: Haute Autorité de Santé

ICM : International Confederation of Midwives

IVG : Interruption volontaire de grossesse

NIR: Numéro d'inscription au répertoire

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

RCOG: Royal College of Obstetrics and Gynecology

SA: semaine aménorrhée

TM : télémédecine

I. INTRODUCTION

Le recours à la méthode médicamenteuse pour l'IVG s'est diffusé au sein de la population à partir des années 1990, et a été rendu accessible dans les cabinets de ville de gynécologie ou de médecine générale en 2002.

L'IVG médicamenteuse pratiquée dans les délais requis est comparable à la méthode par aspiration en terme d'efficacité et de sécurité. (1)

Il y a peu d'études qualitatives centrées sur le vécu des patientes, la majorité explorent celui des praticiens.

Une étude réalisée à l'hôpital Arnaud de Villeneuve du CHRU de Montpellier en 2015 montrait que l'IVG médicamenteuse était vécue comme une méthode imposée, avec un manque d'information sur les différentes possibilités.(2)

Des études montrent que la prise en charge de la douleur doit également être améliorée.(3) (4)

Une autre thèse a été réalisée dans le Gard en 2017 interrogeant les 5 médecins pratiquant l'IVG à domicile. Ils pensent que les patientes sont satisfaites de cette prise en charge mais le vécu des patientes n'a pas été exploré. (5)

Une étude qualitative de 2014 à Paris, sur le vécu de l'IVG en ambulatoire montre qu'il y a des progrès à faire dans les pratiques mais que les patientes recherchent un interlocuteur privilégié en consultant en ville et que le vécu dépend beaucoup de la relation médecin-patient. (6)

Le vécu des patientes ayant pratiqué une IVG médicamenteuse a été peu ou partiellement étudié se concentrant majoritairement sur l'exploration de l'expérience des praticiens.

Une thèse explorant le vécu de ces femmes permet d'explorer de nouvelles pistes de recherche et de réflexion. De plus, notre travail va explorer de façon comparative l'expérience vécue selon que l'IVG est pratiquée en ambulatoire à domicile ou en hospitalisation.

A. Histoire de l'avortement

Vers 400 ans avant JC, Hippocrate élabore une première théorie sur le mélange des semences de l'homme et la femme.

Dans le siècle qui suit Aristote considère que c'est l'homme qui fournit la forme et le principe du mouvement et la femme qui apporte la matière, le corps et la nourriture. (7)

Au début de notre ère, l'Église catholique débat sur le moment où l'âme est insufflée. Alors que les romains voyaient l'avortement comme un délit contre l'autorité du père ou du mari, la morale chrétienne considère que la vie est sacrée et qu'il faut protéger l'enfant à naître car il n'a pas reçu le baptême.(8)

Au XVIIIe siècle naît la théorie cellulaire grâce à Schwann et Schleiden qui mènera au début du XIXe siècle à l'embryologie moderne. (9)

En 1852 l'académie de médecine se prononce et reconnaît l'avortement thérapeutique donnant lieu à la création en 1810 de l'article 317 du code pénal qui punie de réclusion les femmes qui se sont livrées à des manœuvres abortives et aux travaux forcés les médecins qui les ont aidées. Cette loi condamne l'avortement mais tolère les avortements thérapeutiques laissés au jugement des « hommes de l'art ».(10)

De la fin du XIXe siècle au début du XXe, s'opposent le mouvement néo-malthusien et les « repopulateurs ». Les premiers présentent une maternité imposée comme un fardeau, un élément d'oppression de la société capitaliste et prônent la liberté de la femme à disposer de son corps.

Les seconds déclarent l'avortement péril national en stigmatisant la dénatalité française face à l'Allemagne et trouvent écho dans les guerres qui s'annoncent. (8)

C'est après la libération que la répression envers les femmes ayant pratiqué un avortement voit son apogée mais se heurte néanmoins à des avortements de plus en plus auto-pratiqués grâce à une amélioration de la connaissance des femmes de leur anatomie et les progrès de l'hygiène. (8)

En 1960 le « mouvement pour une maternité heureuse » devient le « Mouvement français pour le planning familial ».

En 1965 la loi Neuwirth libéralisant la contraception est adoptée et va créer un climat favorable pour l'avortement contrairement à ce qu'espéraient ses défenseurs qui la voyaient comme une prophylaxie de l'avortement.

Le grand tournant a lieu en 1971, lors de la mobilisation de l'opinion publique par le « manifeste des 343 » signé par 343 femmes, dont des personnalités de l'époque comme Simone de Beauvoir, Marguerite Duras, Françoise Sagan et Catherine Deneuve, qui affirment avoir avorté.(11)

Le 17 janvier 1975, après de nombreux débats passionnés, la loi Simone Veil décriminalisant l'avortement jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée est promulguée au journal officiel et son remboursement sera voté en 1982.

En 1980, le laboratoire Roussel-Uclaf découvre une anti-hormone le RU 486. C'est grâce à l'insistance du Pr Baulieu que les essais cliniques sont poursuivis et que la Mifépristone obtient l'autorisation de mise sur le marché en 1988.

Il est soutenu par des personnalités politiques comme Claude Évin qui déclare que « le RU 486 est propriété morale des femmes ».

Le groupe Hoechst décide d'abandonner sa fabrication devant des boycotts des groupes anti-avortement au profit du Dr Sakiz qui crée alors le laboratoire Exelgyn en 1992.(12)(13)

La France devient donc le deuxième pays après la Chine à l'utiliser.

En 1992, devant une recrudescence de l'opposition à l'avortement le délit d'entrave à l'avortement est voté.

En 2001, la loi Aubry-Guigou augmente le délai pour avorter à 14 semaines d'aménorrhée et la dispense de l'autorisation parentale pour les mineurs ancrant le droit à l'avortement pour toutes les femmes.

B. Épidémiologie

Entre 1990 et 2011 l'âge moyen des IVG est passé de 28,5 à 27,5 ans et l'âge de la maternité de 28,3 à 30,1 ans.

En 2011, 20% des femmes ayant fait une IVG étaient étudiantes et 50% avaient un emploi ; 42% n'avaient pas d'enfants et plus de 60% avaient déjà fait une IVG avant. (14)

Une étude Française de 2016 définit le terme de grossesse non prévue (GNP) comme étant le résultat de rapports sexuels sans utilisation de moyen de contraception pour éviter une grossesse ou suite à un échec de contraception alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes.(15)

La grande majorité des GNP en France aboutit à une IVG soit près de 6 femmes sur 10.

Les femmes ayant une GNP qui poursuivent leur grossesses sont plus à risque de complications obstétricales telles que la prématurité et un petit poids de naissance.(16)

En 2015, en France métropolitaine 80% des IVG sont réalisées en hospitalisation de secteur public, 18% sont réalisées en cabinet (5% en 2005) et 1,5% au centre de planification ; 57% des IVG réalisées sont médicamenteuses (15)

L'étude sur l'épidémiologie de 2016 constate un phénomène appelé le « paradoxe français » : le nombre d'IVG reste stable alors que la natalité (indice de fécondité à 1,95 en 2015) et le taux de couverture contraceptive sont très élevés.(15)

Le nombre d'IVG n'a pas baissé depuis 40 ans, il reste identique autour de 220 000 actes par an mais le nombre d'IVG répétées augmente.

Selon les conditions observées en 2011, on considère que 33% des femmes ont recours à une IVG dans leur vie et celles qui y ont recours le font 1,5 fois.(14)

Disparités inter-régionales (15)

En 2015, le taux annuel d'IVG est de 15 pour 1000 femmes en France.

Il persiste des écarts régionaux avec un taux à 17‰ en île de France, PACA et Corse.

Il est de 25,6‰ dans les DOM-TOM (21‰ à la Réunion, 26‰ en Martinique et 40 ‰ en Guadeloupe).

C. Cadre légal en France de l'IVG médicamenteuse

Tableau comparatif des délais légaux de l'IVG dans quelques pays européens en semaines d'aménorrhée (SA). (17)(18)(19)(20)

Pays	IVG instrumentale	IVG médicamenteuse
Allemagne	14 SA	9 SA
Belgique	14 SA	7 SA
Espagne	16 SA	16 SA
France	14 SA	9 SA
Irlande	14 SA	11 SA
Pays-Bas	24 SA	24 SA
Royaume-Uni	26 SA	26 SA
Suisse	12 SA	9 SA

Depuis la loi de 2001, la réalisation des IVG est possible en dehors des établissements de santé par les médecins gynécologues et généralistes jusqu'à 7 SA.

Depuis 2016 :

- Cette autorisation est élargie pour les sages-femmes.(21)
- Le délai de l'IVG pour réaliser une IVG médicamenteuse est allongé à 9 SA pour les établissements de santé publics ou privés selon les recommandations de la HAS.
- L'échographie de datation doit être encouragée mais l'absence d'accès à celle-ci ne doit pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée.(22) (23)
- La prise de mifépristone peut se faire à domicile. (22)

Les professionnels de santé qui souhaitent réaliser des IVG hors établissements de santé doivent signer une convention avec un centre hospitalier renouvelée tous les ans.

Ils doivent proposer une consultation préalable à l'IVG et recueillir le consentement écrit de la patiente après un délai minimum de 2 jours. (24)(25)(26)

Lorsqu'une femme mineure souhaite avorter, le professionnel de santé doit s'efforcer de convaincre la patiente de recueillir le consentement du représentant légal et il devra en fournir la trace écrite dans le dossier.

Le cas échéant, la femme mineure pourra avoir accès à l'IVG accompagnée de la personne majeure de son choix.(27)

L'entretien social est obligatoire pour la femme mineure.

La tarification de l'IVG médicamenteuse est différente entre les établissements privés et publics et est remboursé à 100% par la sécurité sociale.(28)

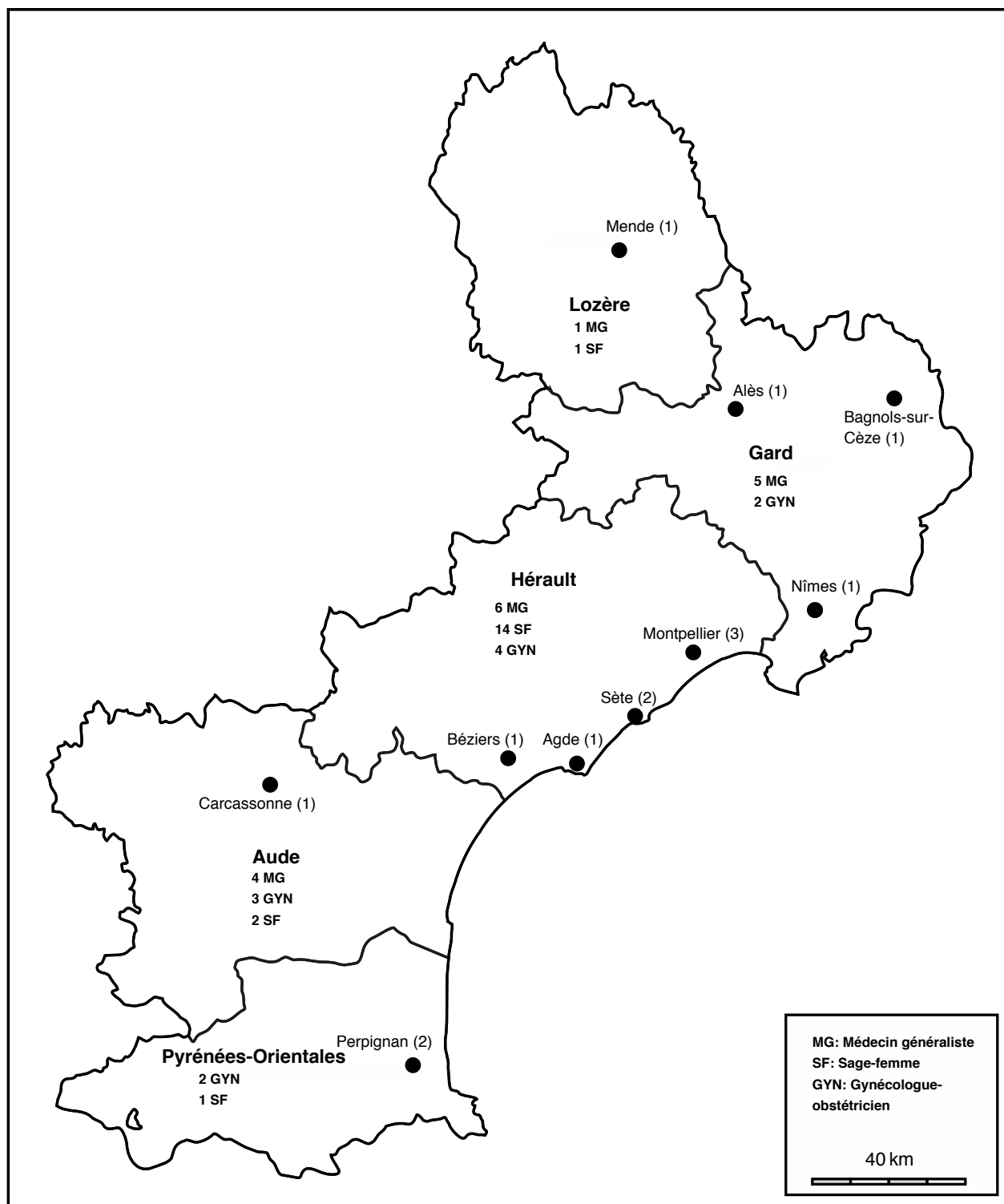
La tarification en ville est divisé en 3 phases soit différées, soit concomitantes, remboursées à 100% par la sécurité sociale et le tiers payant intégral est possible lors de la télétransmission.

Tous les examens relatifs à l'IVG (biologie, échographie) sont pris en charge à 100%.(28)

L'anonymat pourra être assuré pour la femme mineure qui ne souhaite pas prévenir ses parents par une feuille de soins papier avec un NIR (numéro d'inscription au répertoire) spécifique.

L'anonymat ne pourra être assuré pour la femme majeure qu'en établissement de santé et elle devra en être avertie au préalable.(28)

D. IVG dans le Languedoc Roussillon



Nombre de centres d'Orthogénie par ville et de professionnels de santé conventionnés pour l'IVG par département dans le Languedoc-Roussillon. (source ivg.gouv.fr ivglesadresses.org et les centres contactés)

E. Les molécules

1. La Mifépristone (29) (30)

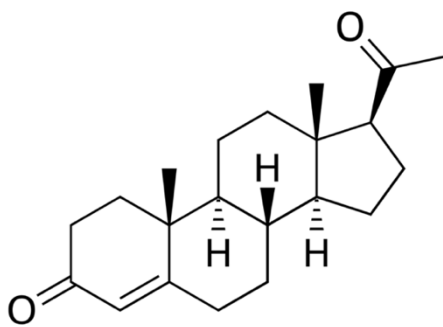
La mifépristone (RU 486) est un stéroïde de synthèse dérivé de la progestérone, puis de la noréthindrone auquel est rajouté un radical sur les carbone 17 et 11. Son nom chimique est le 17 β -hydroxy-11 β (4-diméthylaminophényl)-17 α (propinyl)-estra-4,9-dien-3-one.

Elle a une activité antagoniste compétitive de la progestérone. En effet la mifépristone a une affinité pour les récepteurs de la progestérone cinq fois plus forte mais contrairement à elle, elle ne peut les activer entraînant une altération de l'endomètre et une nécrose décidual entraînant une chute de l'HCG et l'expulsion du produit de conception. Cela stimule la production de prostaglandine déclenchant les contractions du muscle utérin.

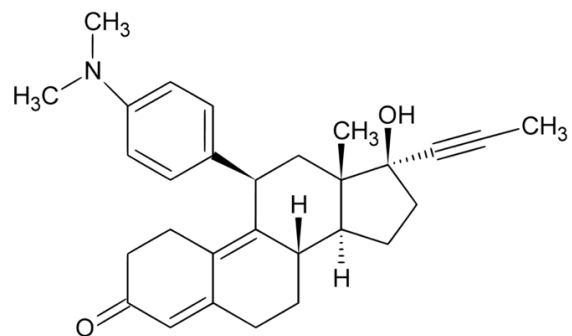
La Mifépristone a une affinité moindre et plus courte pour les autres stéroïdes ce qui n'a pas de traduction clinique.

Similarité entre Mifépristone et Progestérone

Progestérone :



Mifépristone :



La pharmacocinétique de la mifépristone est la même quelle que soit la dose au-dessus de 100mg administrés. (31)

La demi-vie est de 30h et le pic maximal est atteint environ 2h après la prise.

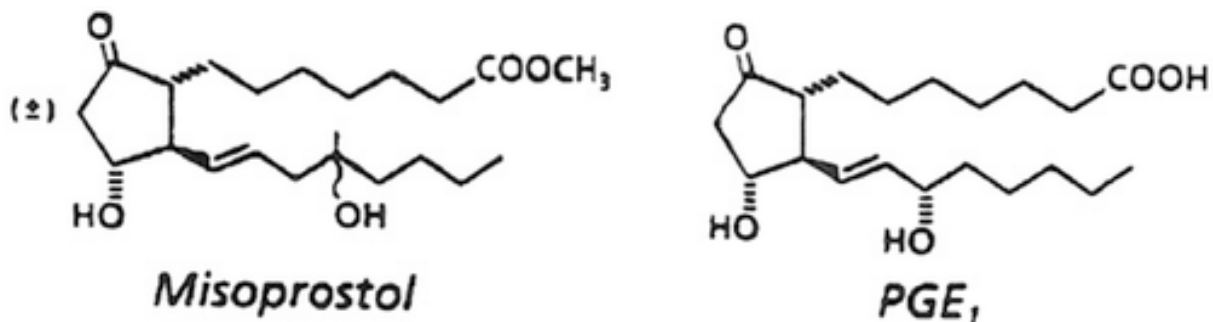
Administrée seule, la mifépristone induit une interruption de grossesse dans 80 à 85% des cas chez la femme enceinte de moins de 49 jours. L'ajout conjoint d'une prostaglandine 36 à 48h après, permet d'augmenter le succès de 92 à 98% des cas.

2. Le Misoprostol (30), (28)

Le Misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 (PGE1). Sa structure chimique diffère de la PGE1 par la présence d'un méthylester en C1 et le transfert du groupement hydroxyle du C15 au C16 avec l'ajout d'un méthyl.

Les prostaglandines sont des eicosanoïdes, synthétisées à partir de l'acide arachidonique relargué par la membrane cellulaire en réponse à divers stimuli physiques, chimiques et neuro-hormonaux. Malgré leur homogénéité structurale, les prostaglandines (PG) ont des effets différents. Elles peuvent diffuser dans les cellules voisines de celles qui les ont émises. Selon leur nature, les prostaglandines stimulent ou relâchent les fibres musculaires lisses (systèmes cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, génito-urinaire).

Misoprostol et PGE1



Le Misoprostol a une action anti-sécrétoire et cytoprotectrice. Il entraîne également une contraction des fibres musculaires lisses du myomètre et un relâchement du col utérin.

En France, le Misoprostol est commercialisé sous le nom de Gymiso® ou MisoOne® en gynécologie et l'était sous le nom de Cytotec® en gastro-entérologie en curatif et en prévention des ulcères gastro-duodénaux avant d'être retiré du marché en mars 2018.

Sa biodisponibilité dépend de sa voie d'administration. (32) Seules les voies orales, sublinguales et trans-jugales ont l'AMM en France.

Voie orale :

Par voie orale, l'absorption de Misoprostol est rapide et presque complète. Il est rapidement métabolisé au niveau du tube digestif en sa forme active l'acide de Misoprostol (MPA).

Pour une dose de 400mg de Misoprostol, le pic plasmatique de MPA est de 30 min et la demi-vie d'élimination est rapide entre 20 à 30 min.

L'absorption simultanée d'aliments diminue sa biodisponibilité.

Voie sublinguale :

Les comprimés sont très solubles dans l'eau et se dissolvent complètement en 15-20 min sous la langue.

Le pic plasmatique est également de 30 min mais est 2 à 5 fois plus élevé que par voie orale ou vaginale.

L'exposition est beaucoup plus importante et est associée à plus d'effets indésirables.

Voie « buccale » ou trans-jugale :

Le comprimé est placé entre la gencive et la joue.

Le pic plasmatique à 30 min est 5 fois moindre que la voie sublinguale et 2 fois moindre que la voie vaginale.

La décroissance est plus lente.

Voie vaginale :

L'administration de Misoprostol par voie vaginale en prise unique conduit à un pic plasmatique plus retardé (70-80 min) et moins élevé mais à une exposition 2 à 3 fois plus importante donc à une biodisponibilité relative supérieure.

La voie vaginale est associée à de plus fortes variations interindividuelles de la concentration que la voie orale qui sont liées à la quantité des sécrétions vaginales et du PH. La présence d'un saignement vaginal semble également diminuer l'absorption.

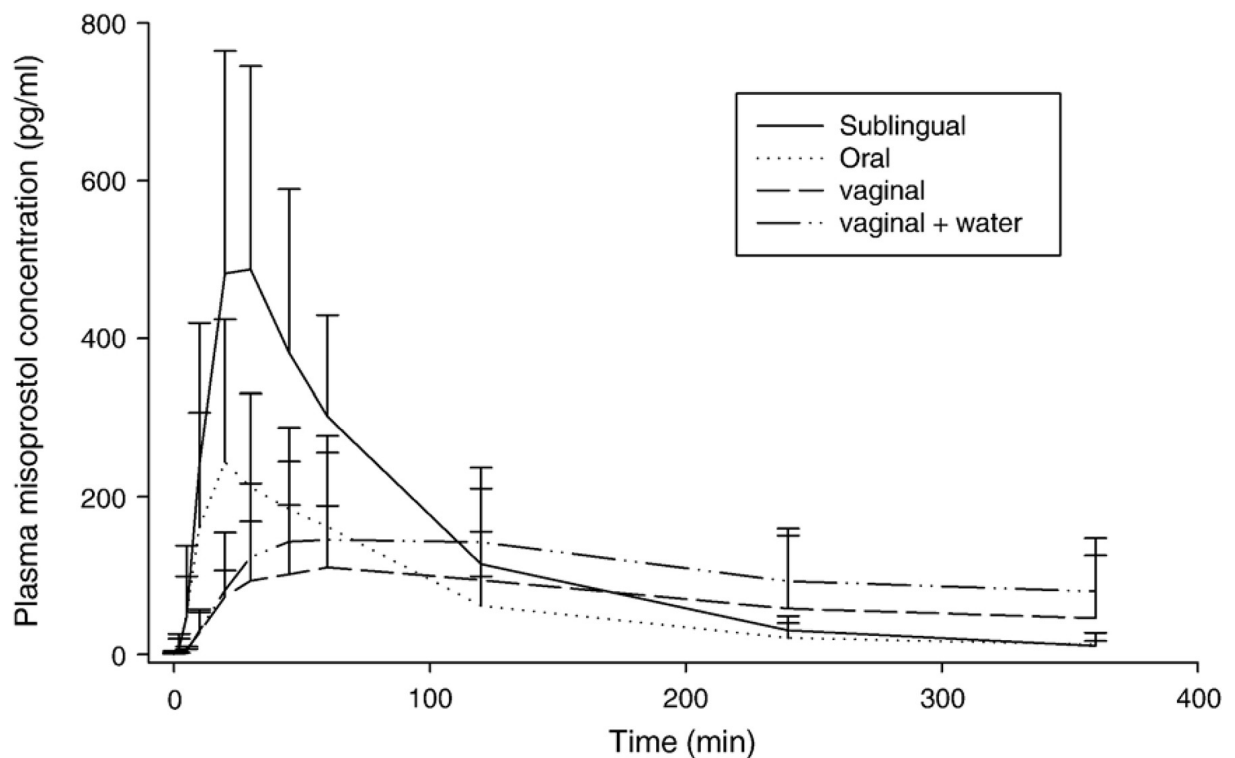
La voie vaginale été abandonnée en France en raison d'accidents infectieux aux Etats-Unis.

Voie rectale :

Le pic plasmatique est similaire à la voie buccale.

Cette voie est en cours d'étude pour la prévention et la prise en charge des hémorragies de la délivrance mais elle n'a pas été étudiée pour les IVG médicamenteuses.

TANG. O. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. Hum Reprod 2002.



F. Effets secondaires et complications

1. Effets secondaires

Douleur

La douleur est directement corrélée à la voie d'administration et à la dose de Misoprostol. La voie vaginale semble plus douloureuse que la voie orale ou sublinguale. (33)(34)

Elle est proportionnelle au terme de la grossesse et est plus importante entre 7 et 9 SA.(35) Elle diminue de manière progressive dans les jours après l'expulsion.

Il n'y a pas de recommandation spécifique de la prise en charge de la douleur par la HAS mais le FIGO, CNGOF et RCOG recommandent la prescription systématique d'un AINS tel que l'ibuprofène associé au paracétamol. (36)

L'association codéine-paracétamol n'est pas plus efficace que l' Ibuprofène.(28)

Les AINS bloquent la synthèse endogène des prostaglandines mais pas un analogue de prostaglandine exogène. Il n'y a donc aucune interférence entre les AINS et l'action du Misoprostol.

Saignement

Il doit être évalué systématiquement lors de la surveillance.

Le saignement peut débuter dans l'heure suivant la prise de mifépristone et l'expulsion peut se faire dans 5% des cas avant la prise de Misoprostol. (28)

La période de saignement abondant ne doit pas dépasser 2 à 4 heures et est en général accompagnée de caillots lors de l'expulsion du sac gestationnel.

Les saignements peuvent persister jusqu'à 60 jours.(28)

Troubles gastro-intestinaux

La fréquence des vomissements et de la diarrhée est très variable d'une étude à l'autre.(33)

Ils sont directement reliés à l'action du Misoprostol sur les fibres intestinales.

Troubles de la thermorégulation

La fièvre et les frissons sont dus à la prise du Misoprostol et sont de courte durée (1-3 heures).

Autres

Des malaises et des céphalées sont décrits et sont spontanément résolutifs. (33)

2. Complications

	Avortement médicamenteux (n=22 368)	Avortement chirurgical (n= 20 251)	p
Hémorragie	3487 (15.6%)	433 (2.1%)	< 0.001
Hémorragie avec (re)aspiration	645 (2.9%)	173 (0.9%)	< 0.001
Infection	383 (1.7%)	342 (1.7%)	0.85
Avortement incomplet avec (re)aspiration	1320 (5.9%)	77 (0.4%)	< 0.001

Fréquence des complications de l'IVG médicamenteuse en comparaison de l'IVG instrumentale d'après une étude réalisée en Finlande. (28)(37)

Hémorragie

La forte prévalence de l'hémorragie après une IVG médicamenteuse peut s'expliquer par le fait que les saignements durent plus longtemps après un avortement médicamenteux. Le taux d'hémorragie avec nécessité de ré-aspiration serait plus proche du taux réel d'hémorragie. (37)

Une étude française de 2014 montre un risque hémorragique grave inférieur à 1%. (1)

Les hémorragies nécessitant une transfusion sont plus souvent dues à la persistance de saignements qu'à une vraie hémorragie aiguë. Ainsi il n'est pas recommandé d'hospitalisation systématique.

La patiente est informée de l'ordre de grandeur pour quantifier les saignements et des signes devant la faire consulter en urgence.

Infection

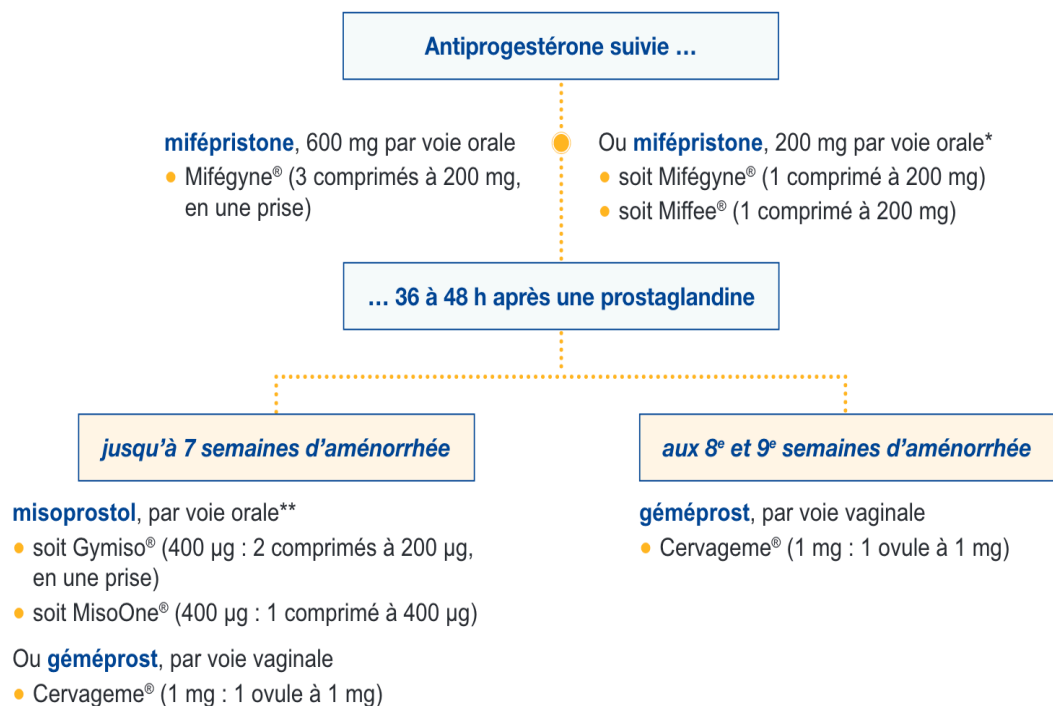
L'infection est une complication rare (< 1%) (15) et est mal documentée dans la littérature. Il s'agit généralement d'une endométrite.

Dans une étude entre 1998 et 2010 aux USA, 9 femmes décédées après une IVG médicamenteuse ont été victimes d'une infection à *Clostridium* dont 7 à *Clostridium Sordellii* et 2 à *Clostridium Perfringens*.(38)

La CGNOF ne recommande pas d'antibioprofylaxie systématique.

G. Le protocole

Recommandations HAS 2018 (39)



* Lorsque la mifépristone 200 mg est utilisée, seul le géméprost peut être associé.

** Cytotec (misoprostol indiqué en gastro-entérologie, mais qui n'a pas l'AMM dans l'IVG médicamenteuse) n'est plus commercialisé.

Deux études de l'OMS, multicentriques ont montré que la dose de mifépristone diminuée à 200mg ne diminue pas l'efficacité de l'IVG par rapport à la dose de 600mg, seul le terme la modifie.(28)

Ces études sont confortées par une méta-analyse de 2009. (40) C'est d'ailleurs cette dose qui est maintenant recommandée par l'OMS et le CGNOF. (22)

Par ailleurs, depuis 2016, le CGNOF ne limite plus la méthode médicamenteuse à 9 SA, elle peut être proposée jusqu'à 14 SA contrairement aux recommandations de la HAS.

Elle a publié ses propres recommandations du protocole médicamenteux en fonction du terme. (22)

Âge gestationnel	Mifépristone	Misoprostol dose	Misoprostol voie	Grade
Avant 7 SA	200 mg 24 à 48h avant	400 µg +/- 2e dose 3h après	orale, buccale, sublinguale, vaginale	A
7 à 9 SA		800 µg +/- 2e dose 3h après	vaginale, buccale, sublinguale	A
9 à 12 SA		800 µg puis 400 µg toutes les 3h (max 5 doses)	vaginale, buccale, sublinguale	B
> 12 SA		800 µg puis 400 µg toutes les 3h (max 5 doses)	vaginale pour la 1e dose puis sublinguale, buccale ou vaginale	B

Recommandations de protocoles en fonction de l'âge gestationnel (CGNOF 2016) (28)

(22)

L'injection intramusculaire des γ -globulines anti-D pour la prévention de l'allo-immunisation materno-fœtal devra être faite dans les 72h après la prise de Mifépristone pour les femmes à rhésus négatif.

Le contrôle de l'efficacité peut se faire selon 2 modalités :

-Le dosage des β -HCG à environ J14 qui devra être inférieur à 1000mUI/mL (41)

-La réalisation d'une échographie pelvienne de contrôle entre J14 et J21. Elle retrouve souvent un endomètre épais.

Les deux méthodes sont équivalentes pour diagnostiquer une grossesse évolutive persistante mais l'échographie reste opérateur dépendante.(28)

II. MATERIEL ET METHODE

A. Objectif de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de recueillir et d'analyser l'expérience vécue des femmes réalisant une IVG médicamenteuse à domicile en passant par un cabinet de médecine générale agréé ou en hospitalisation de jour en service d'orthogénie en essayant de mettre en perspective ces deux pratiques.

B. Choix de la méthode

L'approche compréhensive de la méthode qualitative est la plus à même de décrire l'expérience vécue et d'ouvrir également des perspectives de réflexions sur nos pratiques.(42)Le paradigme compréhensif permet de caractériser tout ce qui fait sens dans les entretiens.(43) Notre étude cherche à appréhender le vécu de ce femmes qui ont fait une IVG. Une analyse quantitative n'aurait pas de sens car nous ne pouvons pas poser de normes objectives sur ce que les patientes peuvent vivre et ressentir.

Nous avons utilisé la recherche qualitative dans le but de construire rigoureusement un recueil, une description et une analyse de l'expérience des femmes ayant recours à l'IVG médicamenteuse que ce soit au cabinet en ville ou en service de gynécologie.

Une triangulation des données était prévue avec ma directrice de thèse.

C. Protocole de l'étude

1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Femme majeure
- Ayant fait une IVG en 2018 et 2019
- Dans le Languedoc-Roussillon
- Dans un cabinet de médecine générale
- ou en hospitalisation dans un centre d'orthogénie.

Les critères d'exclusion étaient :

- Femmes mineures
- ayant fait une IVG ailleurs que dans un cabinet de médecine générale ou dans un centre d'orthogénie

2. Mode de recrutement des participantes

2.1. IVG en hospitalisation de jour

Nous avons d'abord contacté le centre d'orthogénie du CHRU de Montpellier par téléphone trouvé sur leur site internet. Il nous été demandé d'écrire par e-mail au médecin responsable. Nous n'avons pas eu de réponse même après avoir renouvelé notre e-mail.

Nous avons ensuite contacté le centre d'orthogénie de la clinique St Roch à Montpellier par le biais du Dr Monforte qui en est la responsable. Après un premier refus de la direction, nous avons repris contact 6 mois plus tard avec la nouvelle directrice qui a accepté de proposer aux patientes venant consulter à la première consultation d'orthogénie à la clinique St Roch de participer à notre étude. Il a été convenu que la sage-femme donne la fiche d'information et recueille les coordonnées téléphoniques des patientes ayant accepté de participer.

Enfin nous avons contacté le centre d'orthogénie du Centre hospitalier (CH) de Perpignan dont les coordonnées étaient sur internet. Il nous a été demandé d'écrire un e-mail au médecin responsable de l'orthogénie qui a accepté que nous recrutions dans le service. Il a été convenu que l'investigatrice principale se déplace dans le service pour proposer aux patientes de participer à l'étude au moment de la consultation de contrôle de l'IVG.

2.2. IVG à domicile

La clinique St Roch nous a communiqué la liste des professionnels de santé conventionnés avec le CHRU de Montpellier. Nous avons ensuite recherché les médecins généralistes conventionnés dans le Languedoc-Roussillon en appelant les différents centre d'orthogénie de la région et en recherchant sur internet sur les sites ivglesadresses.org et ivg.gouv.fr.

Nous avons contacté au total 6 médecins généralistes conventionnés pour l'IVG par téléphone dans l'Hérault, 3 dans le Gard et 1 en Lozère. Trois d'entre eux ont répondu et accepté de proposer à leur patientes de participer à l'étude, tous étaient dans l'Hérault.

Un médecin a contacté par téléphone toutes les patientes ayant consulté pour une IVG à domicile durant les douze derniers mois en leur donnant les coordonnées téléphoniques de l'investigatrice principale.

Un médecin a contacté au hasard par téléphone des patientes ayant consulté pour une IVG à domicile durant les douze derniers mois et a communiqué les coordonnées téléphoniques de celles qui ont accepté à l'investigatrice principale.

Enfin le troisième médecin a proposé aux patientes venant à la première consultation pour une IVG médicamenteuse et leur a communiqué les coordonnées téléphoniques de l'investigatrice principale.

12 ont accepté de participer et ont appelé ou ont été rappelées par l'investigatrice principale pour proposer un entretien face à face à leur convenance. Une patiente a refusé car elle ne voulait pas être enregistrée. 9 ne sont pas venues et/ou n'ont jamais répondu au téléphone et aux messages laissés sur leur répondeur par la suite. Une patiente du troisième médecin a appelé l'investigatrice principale et est venue à l'entretien.

Devant les difficultés à recruter, nous avons ensuite participé aux consultations IVG d'un médecin généraliste pour avoir un premier contact direct avec les patientes. 4 patientes sur 6 rencontrées ont accepté de participer à l'étude et sont venues aux entretiens.

3. Lieu des entretiens

Les entretiens des patientes recrutées au CH de Perpignan se sont déroulés dans une salle de consultation le jour où elles revenaient pour leur consultation de contrôle.

Les entretiens des patientes recrutées à la clinique St Roch et celles recrutées en libéral se sont déroulés à leur convenance. Toutes ont choisi un lieu public comme un café ou un jardin.

4. Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés entre août 2018 et avril 2019.

Une relance téléphonique ou par sms pour l'entretien a été systématiquement réalisée 24 heures avant.

Nous avons présenté le thème et le but de l'étude aux participantes ainsi que le déroulement des entretiens. Les participantes ont aussi été informées qu'elles pouvaient interrompre l'investigation à tout moment.

Leur accord a été recueilli par consentement écrit.

Annexe 1. Formulaire de consentement.

Les données telles que l'âge, la profession, le niveau d'étude, le régime social, les antécédents d'IVG, les antécédents gynécologiques, l'utilisation d'une contraception au moment de la grossesse, la situation maritale et le terme de la grossesse au moment de l'IVG ont été recueillis à l'aide d'une fiche d'information.

Annexe 2. Fiche d'information

Le recueil des données a été fait par l'investigateur principal par entretiens semi-directifs, à partir d'un guide d'entretien de type questionnements phénoménologiques.(44)

Le guide d'entretien a été réalisé selon les données de la littérature et comportait des questions ouvertes afin d'obtenir des réponses individualisées.

Ce guide a été remanié et enrichi au cours de l'étude en fonction des réponses recueillies.

L'inclusion des patientes a été arrêtée au moment de l'obtention de la saturation des données, moment où aucune idée nouvelle n'émergeait des entretiens

La retranscription des entretiens a été réalisée de manière fidèle mot-à-mot.

Annexe 3. Guide d'entretien

5. Confidentialité et anonymat

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone retranscrits intégralement sous Word de façon anonyme et numérotés de 1 à 13 (Verbatim).

La retranscription des entretiens a été réalisée de manière fidèle mot-à-mot, les propos qui auraient permis une identification ont été anonymisés eux aussi.

6. Analyse des données.

Nous avons réalisé une analyse thématique à partir des verbatim. (45)

Une première lecture flottante de type intuitive a été réalisée.

Puis chaque entretien a été analysé de manière indépendante une première fois afin d'en faire la réduction en dégagant des thèmes en lien avec la question de recherche. Cette étape correspond à l'encodage.

Nous avons ensuite réalisé un arbre thématique à partir de l'encodage qui est développé dans la partie résultats.

Nous avons fait le choix de faire une analyse en parallèle des femmes ayant fait une IVG à domicile lorsque les thèmes différaient de ceux des femmes ayant une IVG en hospitalisation de jour ou alors nous l'avons intégrée lorsque les thèmes étaient similaires.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques des entretiens et de la population

1. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données en hospitalisation de jour. La difficulté à recruter en libéral nous a fait arrêter l'inclusion plus tôt que prévu (5 femmes incluses) mais la saturation des données était néanmoins présente.

Au total, pour les IVG à domicile, sur 18 patientes qui ont accepté de participer, 5 sont venues aux entretiens : 4 du cabinet où nous avons participé aux consultations et 1 d'un autre cabinet de l'Hérault.

Sur 12 patientes qui ont accepté de participer en hospitalisation de jour, 8 d'entre elles sont venues aux entretiens.

2. Caractéristiques du matériel brut

Le matériel brut issu des treize entretiens représente 6 heures et trente-six minutes d'enregistrement.

La durée la plus courte était de 18 minutes et la plus longue de 44 minutes.

L'analyse est basée sur le verbatim retranscrit.

3. Caractéristiques de la population

L'échantillon se compose de 9 femmes vivant dans l'Hérault de 3 femmes vivant dans les Pyrénées orientales et d'une femme vivant dans les Yvelines.

L'âge moyen des participantes était de 29 ans, 19 ans pour la plus jeune et 43 ans pour la plus âgée.

3 étaient étudiantes, 1 enseignante-étudiante, 1 cadre, 4 travaillaient dans la santé, 2 dans l'enseignement, 1 dans l'hôtellerie, 1 dans la gestion et 1 était sans emploi.

Le niveau d'étude moyen est de BAC+2 allant du CAP cuisine au BAC +5.

9 étaient à la CPAM, 1 à la sécurité sociale étudiante et 3 à la MGEN.

7 avaient déjà fait une IVG auparavant, toutes médicamenteuses.

6 ont déjà eu des enfants.

3 ont utilisé une contraception d'urgence de type progestatif pour la grossesse concernée par cette IVG.

8 sont en couple ou mariées.

Le terme moyen pour l'IVG était de 6 semaines d'aménorrhées allant de 5 à 9 semaines d'aménorrhée.

Annexe 4. Caractéristiques de la population

B. Analyse des résultats

1. Accès à l'IVG en hospitalisation de jour : éléments facilitants et freins

a) L'accès est facilité par l'exercice coordonné des professionnels de santé

Dans le groupe des femmes ayant fait une IVG en HDJ, l'exercice des professionnels de santé en **circuit coordonné** a facilité l'accès à l'IVG.

Les femmes ont trois différents moyens pour accéder à l'IVG : par leur **médecin traitant**, leur **gynécologue** ou par leurs **propres moyens**.

Lorsqu'elles ont un **suivi régulier** par un médecin généraliste ou par un gynécologue, et que le gynécologue est en **lien avec un centre d'orthogénie** les rendez-vous sont facilités et plus rapides.

« Et bien du coup j'ai contacté un gynécologue à Montpellier, et comme je l'avais vu pour la première fois pour ma fausse couche et bien du coup je l'ai recontacté. (...)C'est lui quand il les a eu au téléphone qui a pris rendez-vous pour moi » P6

« Ah j'ai appelé mon gynéco de suite. Et bien j'ai eu à faire avec la secrétaire qui lui a posé toutes les questions que j'avais à poser et puis il m'a rappelée de suite quand même ça a été rapide oui. »

P4

À l'inverse, lorsqu'il n'y a pas de suivis réguliers par un gynécologue ou un médecin généraliste ou que le gynécologue n'est pas en relation avec un centre d'orthogénie, les appels et les rendez-vous sont multipliés.

« celle-ci, j'ai contacté directement mon gynéco à St Jean qui ne faisait plus les IVG et donc j'ai été redirigée vers un autre gynéco. J'ai trouvé ça... un peu compliqué ». P7

b) L'accès est facilité par l'expérience d'une précédente IVG

Lorsqu'elles ne sont pas passées par leur médecin généraliste ou par leur gynécologue, l'accès était facilité par l'expérience d'une première IVG ou le référencement du centre d'orthogénie sur Internet.

« Effectivement le centre IVG me semblait le plus simple sachant que j'ai regardé aussi sur internet l'information. Donc je me suis dit donc, ben il y a un centre pour ». P1

« Ben en fait vu que j'en avais déjà fait une avant je savais les procédures. Je savais qu'il fallait faire une prise de sang, qu'il fallait faire une échographie avant d'aller prendre rendez-vous pour une IVG du coup enfin j'ai fait tout en même temps en fait ».P2

c) L'absence d'information est un frein

Cependant, l'absence d'**information** dans le milieu scolaire ou de l'existence d'une source centralisant les centres d'orthogénie ou les médecins conventionnés pour pratiquer l'IVG est un obstacle.

« Alors, oui. Au lycée, on nous a souvent fait des... reportages .Après, on était pas beaucoup plus informés que ça »P5

« Peut-être quelque chose un peu mieux qu'internet, quelque chose de plus concret, de moins violent aussi. » P7

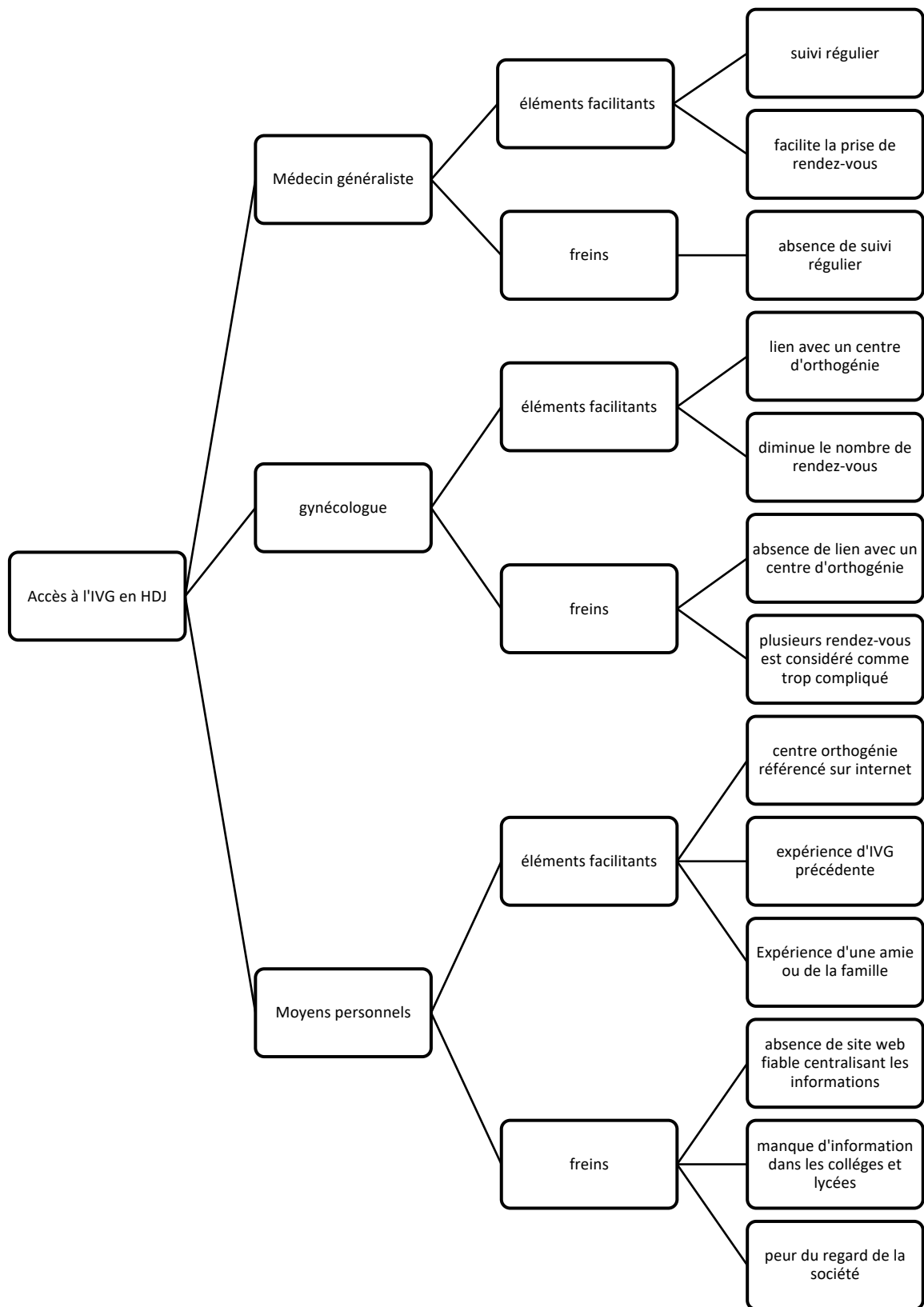
d) Le frein de la peur du jugement

De même la **peur du jugement** de l'entourage et de la société est souvent cité comme un frein.

« j'étais assez honteuse en fait...enfin surtout en ce moment, parce que c'est vraiment tombé à un moment politique. C'est... on avait le gars gynéco qui s'est exprimé en disant.. sur la clause de conscience c'est assez ... c'était vraiment le mauvais moment en fait. Du coup c'est aussi pour ça que j'avais peur aussi d'aller voir le gynéco au début, que je n'allais pas très bien

» P2

« Mais j'ai eu une certaine pression parce que quand on dit aujourd'hui, j'ai des enfants, je viens avorter mais je n'ai pas de de contraception, on pourrait croire que c'est un peu aussi du « foutage de gueule » » P7



L'accès à l'IVG en hospitalisation de jour (HDJ) : les éléments facilitants et les freins

2. Accès à l'IVG à domicile : les éléments facilitants et les freins

a) La connaissance du médecin traitant des médecins conventionnés pour l'IVG à domicile en facilite l'accès.

Chez les femmes ayant fait une IVG à domicile, trois sont passées par leur médecin traitant. Celui-ci connaissait le médecin conventionné pour faire l'IVG et a facilité la prise de rendez-vous et la réalisation des examens à faire avant.

« Je suis allée chez mon médecin traitant généraliste et c'est elle qui m'a donné l'adresse de médecins et ce Dr X. et voilà » P9

« Ben du coup mon médecin traitant à Montpellier, mon médecin référent qui m'a conseillé du coup son ancien tuteur lorsqu'il était en étude de médecine qui pratiquait l'IVG médicamenteuse chez soi voilà. Donc il m'a conseillé directement en fait donc j'ai pris rendez-vous directement avec ce monsieur. » P11

b) Un parcours parfois plus compliqué si passage par le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier (CHRU)

Deux autres patientes sont directement allées au CHRU. La première s'est vue orientée directement chez le médecin réalisant les IVG à domicile :

« Et l'hôpital, ils m'ont proposé une date et il m'ont dit aussi que je pouvais le faire avec un médecin de ville et que peut être ça allait se faire plus vite selon les dates et même que c'était aussi vite avec eux aussi mais bon voilà. » P10

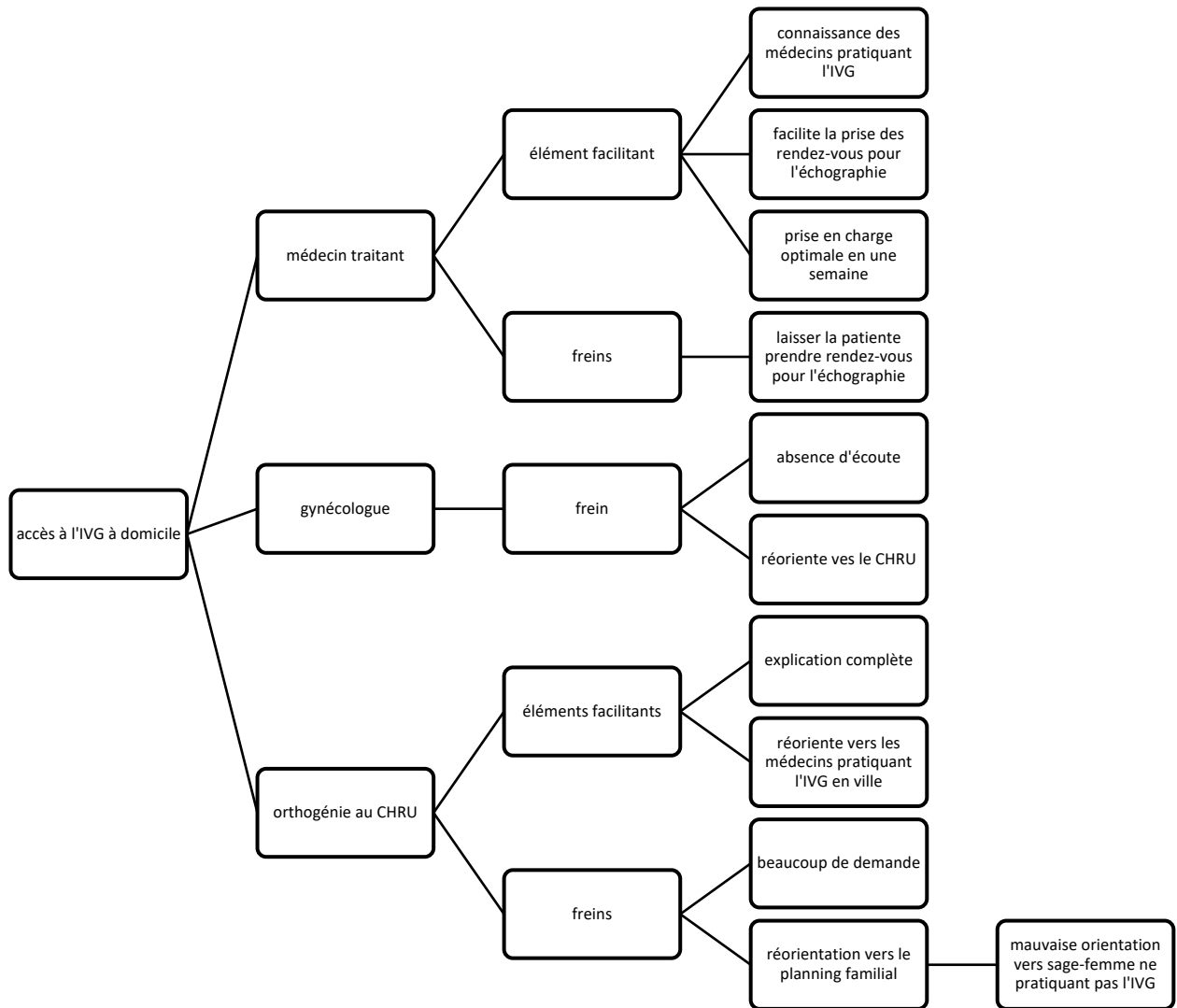
La deuxième patiente qui s'est rendue au CHRU a été mal orientée ensuite vers le planning familial qui l'a réorientée vers une sage-femme libérale qui ne pratiquait pas d'IVG. Celle-ci a fini par la diriger vers un médecin pratiquant les IVG après un entretien jugé long et difficile par la patiente.

« si j'avais su que cette bonne femme le Dr X existait et pratiquait des IVG médicamenteuses, j'aurais... je serais directement passée par elle quoi. C'est vrai que ça reste un sujet tabou et du coup on ne sait pas trop finalement vers qui se diriger et ça c'est dommage quoi. » P8

c) L'absence d'écoute du médecin est un frein à l'accès à l'IVG à domicile.

Une dernière patiente a consulté sa gynécologue habituelle et ne s'est pas sentie à l'**écoute**. Celle-ci l'a réorientée vers le Centre hospitalier régional universitaire de Montpellier sans que l'IVG à domicile ne lui soit proposée.

« Et donc elle, comme je portais un stérilet m'a dit que ce n'était certainement pas possible que je sois enceinte hors j'en étais convaincue et donc elle m'a prescrit une prise de sang et une échographie que j'ai pu faire rapidement. J'ai pu avoir une place rapidement et heu...quand je l'ai rappelée elle m'a dit qu'il fallait que j'aille la voir pour faire le dossier mais qu'il fallait quand même que je me présente à Arnaud de Villeneuve pour prendre rendez-vous pour limiter les délais. » P13



Accès à l'IVG à domicile : les éléments facilitants et les freins

3. Le vécu de l'IVG : Importance du premier contact et de la première échographie

3.1. Le premier contact avec un professionnel de santé : un élément déterminant

Que ce soit pour les femmes ayant fait une IVG en hospitalisation de jour ou à domicile, le premier contact est déterminant du déroulement de l'IVG.

a) Importance de l'attitude ouverte et non jugeante du professionnel de santé

En premier lieu nous retrouvons l'instauration du **dialogue**.

Une attitude **ouverte** et **bienveillante**, avec un **discours dédramatisant** lors du premier rendez-vous avec un soignant sont essentiels.

Le dialogue est facilité lorsque l'interlocuteur est une **sage-femme jeune** qui offre une proximité qui rend plus facile pour les patientes de se confier.

« Ça s'est super bien passé. J'avais super peur de ce rendez-vous. Je pensais que ça allait être une sage-femme plutôt vieille qui allait me passer un savon et tout (rires) et je suis tombée sur 2 nénettes. Une très jeune étudiante qui faisait probablement son stage et une autre qui était jeune aussi qui était super sympas. Les deux ont été super gentilles, franchement, elles m'ont mise tout de suite en confiance. Elles étaient super drôles aussi donc c'est pas... Il n'y avait pas... Ça m'a complètement désinhibée en fait. Je leur ai parlé de plein de choses (rires). C'était super. Je trouve ça intéressant. » P2

Lorsque l'interlocuteur émet un jugement ou qu'il ne prend pas en compte la barrière de la langue lors de ses explications cela peut faire obstacle à l'instauration du dialogue.

Il y a aussi parfois de l'appréhension de faire face à quelqu'un de plus âgé ou masculin.

« tout le monde n'est pas d'accord dans le milieu médical et ça donne lieu à des remarques et notamment des collègues masculins » P1

« Si j'avais peur un petit peu. Ben je ne sais pas ce que je bois. J'ai même pas lu... Parce que d'habitude c'est lui qui me lit toutes les notices de médicaments mais là je ne savais pas ce que c'était.(...) moi je ne comprends pas très bien le français ». P3

b) Laisser un temps pour s'exprimer librement

Il est considéré important qu'on leur accorde **le temps** nécessaire pour qu'elles puissent comprendre, exprimer les doutes et poser des questions.

« Et elle a répondu à mes questions aussi car j'en avais. Donc ça c'est aussi important de pouvoir poser ces questions en fait librement et qu'on ait des réponses très claire » P1

3.2. Première échographie : l'image au cœur de l'intimité

a) Une information éclairée avant l'examen

Le deuxième thème retrouvé est le vécu de la première échographie.

Parmi les facteurs facilitants, une **explication** au préalable du déroulement de l'échographie en prévenant de la sonde endovaginale ainsi qu'un examen le plus rapide possible améliorent le vécu.

« Là c'était par voie vaginale, c'était une dame et elle s'y est bien pris. C'était rapide, efficace, ça n'a duré même pas une demi-heure, et voilà. » P9

b) Un examen souhaité rapide

« Alors c'était une femme, elle était agréable, très rassurante, et voilà. Elle m'a expliquée.. ouais non en fait c'est allé très vite. (rires) je n'en avais jamais fait avant.(...) une sonde endovaginal voilà, dans le vagin. Voilà elle m'avait mis la petite crème sur le ventre etc... et puis elle m'a demandé si je voulais voir à l'écran » P11

De plus les femmes qui ont déjà eu des enfants appréhendent mieux l'examen.

« moi personnellement ayant eu en plus 2 enfants, si vous voulez...c'est pas un stade de grossesse où...C'est horrible peut-être ce que je vais vous dire mais c'est pas un stade de grossesse...clairement, c'est gros comme une tête d'épingle... » P7

c) Un geste avec effraction de l'intimité

Cependant, parfois la sonde endovaginale peut être vécue comme une **intrusion** dans le corps, une effraction.

en plus une échographie c'est endovaginal, moi je... je ne sais pas c'est pas... pour l'intimité... voilà même si c'est le corps humain voilà dans les hôpitaux on a l'habitude de ce genre de choses. Voilà ça reste que je suis quand même une personne différente, je suis un individu à part entière j'ai aussi ma... mon intimité ma pudeur. P1

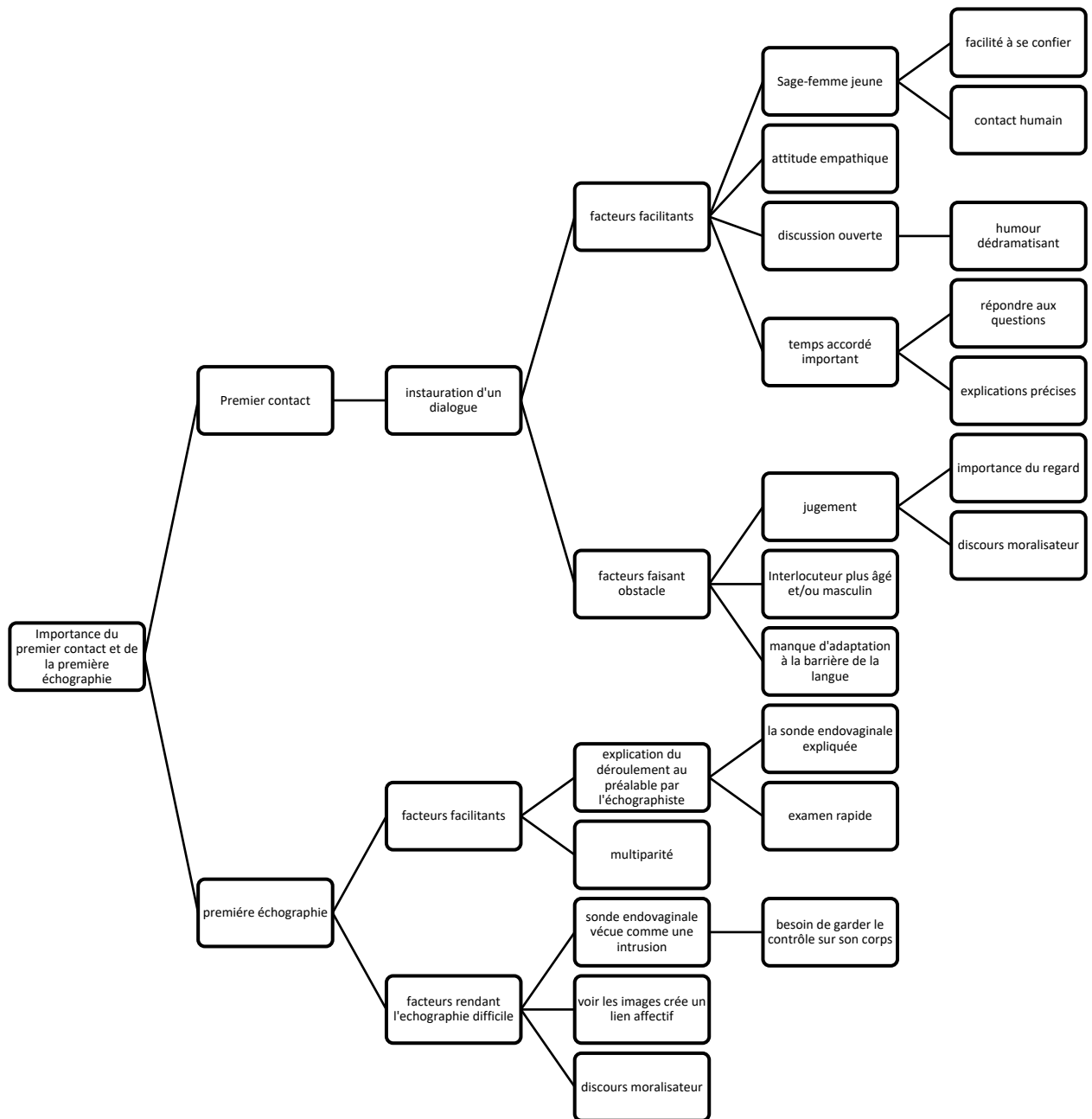
d) Un geste qui donne à voir

Voir l'image à l'écran de l'embryon peut créer aussi un **lien affectif** difficile à gérer.

« Mais non ça c'est destructif., niveau psychologie c'est juste l'horreur. L'échographie c'est vraiment là qu'on voit qu'on porte la vie quoi. Donc non c'est assez destructeur. » P8

Enfin le **discours moralisateur** lors de cet examen est très mal vécu.

« Hum... Méchant. Enfin méchant... On a posé des questions. Il m'a dit » De toute façon si vous ne voulez pas le garder ça ne sert à rien de poser ces questions ». donc du coup aucune empathie » P8



4. La grossesse au carrefour des ambivalences , méconnaissances et peurs en lien avec la fertilité et la contraception.

La prise en considération par les professionnels de santé de la complexité des facteurs de survenue de la grossesse non prévue est souhaité par les patientes et permet une meilleure prise en charge.

« Enfin une bonne prise en charge quoi. Je ne sais pas parce que j'ai... voilà il m'a posé des questions auxquelles je n'aurais pas pensé qui je pense étaient importantes sur ben comment c'était arrivé, comment je m'en étais rendu-compte etc... » P13

« Ça s'est plutôt bien passé. Il ne m'a pas... , enfin il ne m'a pas jugée. En fait moi j'avais très peur du jugement déjà vu que c'était le 2eme. » P2

a) La grossesse vient questionner la peur de l'infertilité

Nous avons identifié deux principaux contextes de survenue de la grossesse que ce soit dans le groupe hospitalisation de jour ou IVG à domicile.

Le premier est **l'ambivalence face au désir de grossesse** qui est expliqué par une peur de l'infertilité dans un contexte de spanioménorrhées et d'une longue période de rapports non protégés sans grossesse.

« De tout ça, la bonne nouvelle c'est que je...je, je n'ai pas de problème pour ça quoi. Moi je pensais avoir beaucoup de soucis pour tomber enceinte. Parce que avant j'avais des soucis, j'avais pas de règles mais j'avais pas de rapports. » P4

« on s'est mis d'accord pour arrêter la pilule tous les deux et depuis ça fait 3 ans que je prenais plus rien.et euh avec mon ex, je suis restée 2 ans avec lui, et je suis jamais tombée enceinte alors que j'avais que des rapports non protégés. Au final, je croyais que j'étais stérile. » P9

b) Pilule, aménorrhée et capacités reproductives :

L'absence de règles sous contraceptif microprogestative contribue à **douter des capacités reproductives** à l'arrêt du contraceptif.

« *suspension de règles ça c'est sure mais protection aussi! parce que là je l'arrête au bout de 4 ans je tombe enceinte de suite alors là franchement j'y croyais pas.* » P4

c) L'absence de contraception en réponse aux représentations négatives de la contraception hormonale

Le deuxième concerne les difficultés rencontrées avec la contraception.

Nous avons retrouvé tout d'abord une « **peur des hormones** » liée en particulier au scandale des pilules de troisième génération, à une peur d'accumulation et à une idée générale que les cycles naturels sont mieux que des hormones qui auraient un effet « dérégulateur ».

« *c'est la nature quoi, quelque part et donc je n'ai pas envie de dérégler cette machine avec des hormones* » P1

« *Je suis bien sans contraception et puis je... moi je dis que la pilule c'est pas bon. C'est vrai c'est pas bon pour le corps d'une femme.* » P6

d) La grossesse face aux méconnaissances de l'utilisation pratique de la contraception

Par ailleurs, beaucoup étaient en **changement de contraception** avec souvent une attente d'un nouveau cycle pour commencer la suivante sans prendre forcément un contraceptif local.

Nous avons retrouvé aussi des patientes qui ont essayé de manière insatisfaisante beaucoup de contraceptions en peu de temps. Elles ont subi de nombreux effets secondaires, prise de poids, trouble de l'humeur, baisse de la libido, douleurs pelviennes, ménorragies...

« J'ai essayé tellement de contraceptions qui sont... Je voulais essayer ça du coup le stérilet parce que j'en avais marre de bouffer des hormones chaque jour et en fait le stérilet ça m'a fait trop de mal psy...et physiquement donc j'ai arrêté. J'ai pris une fois l'implant puis j'ai pris 15 kilos et j'ai préféré arrêter. » P2

« alors oui parce que j'avais déjà essayé trois pilules, et les trois ne m'allaient absolument pas. Il y en a une ou j'avais mes règles sur la longue durée, une ou j'étais très malade et une ou j'ai perdu beaucoup de poids donc j'ai préféré arrêter. » P5

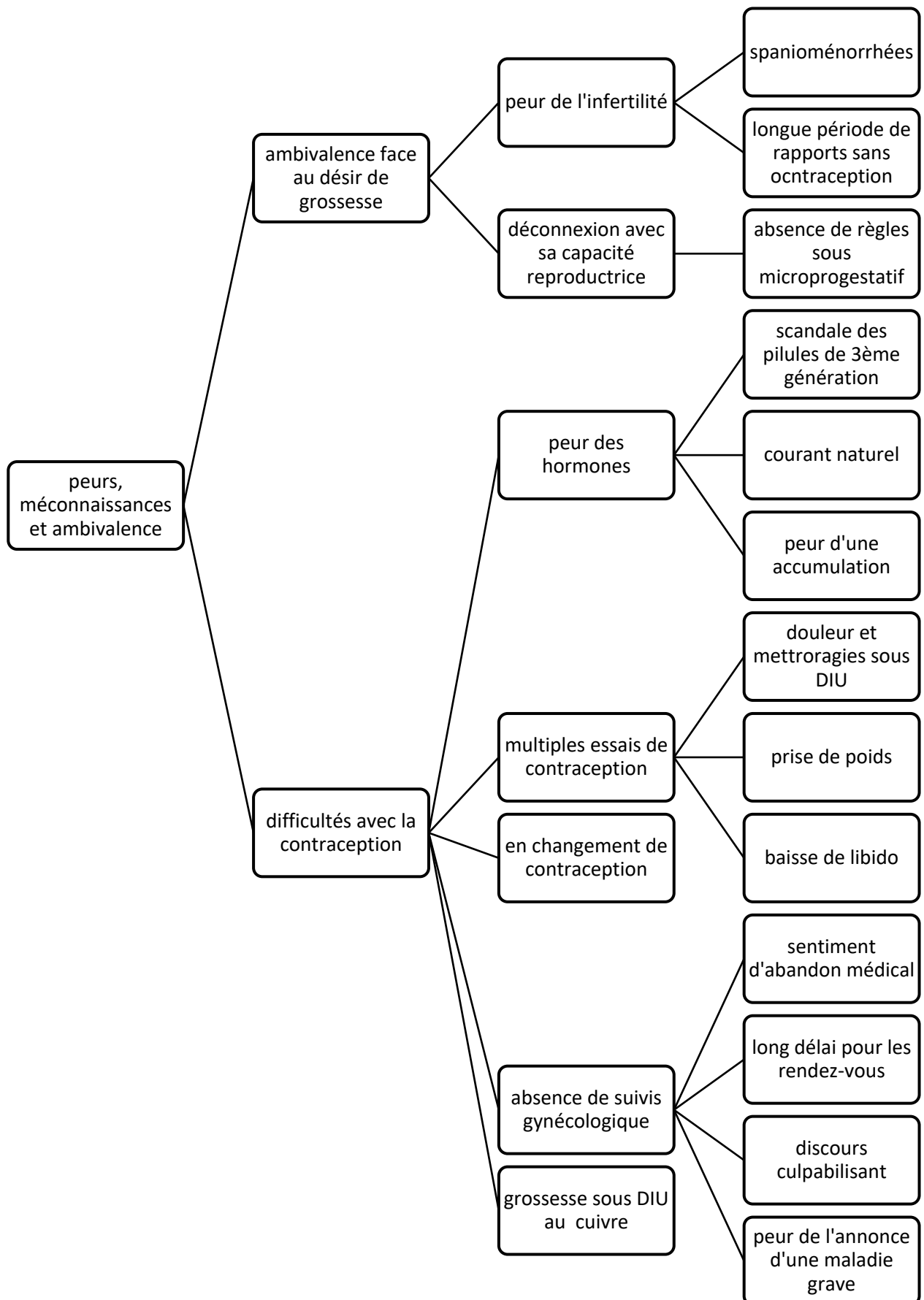
e) L'absence de suivi gynécologique: entre problèmes relationnels et phobie

Dans les difficultés à prendre une contraception, il est retrouvé une absence de suivi gynécologique. Ce manque de suivi est décrit comme lié aux difficultés à avoir un rendez-vous rapidement avec un gynécologue, à des problèmes relationnels (soit par sentiment d'abandon médical soit par des discours moralisateurs) et à la peur de l'annonce d'une maladie grave.

« les problèmes de santé qui me touchaient parce que ça les gynéco, clairement...ça a été un abandon médical toujours par exemple pour la prise de poids, les hormones » P7

« J'ai pris une fois l'implant puis j'ai pris 15 kilos et j'ai préféré arrêter. Quoique la gynéco m'a dit que ce n'était pas de la faute de l'implant mais plutôt de ma faute. C'est rigolo parce que quand je l'ai enlevé après j'ai reperdu mes kilos ». P2

« Je crois que déjà de base j'ai un peu peur d'aller au gynéco parce que j'ai peur qu'on m'annonce une mauvaise nouvelle. En me faisant des analyses...à moi. Enfin surtout tout ce qui est cancer tout ça de l'utérus chez moi ça me fait peur. Donc c'est vrai que j'évite, je fuis quoi » P11



Peurs , méconnaissances et ambivalence autour de la contraception et de la grossesse

5. Le « pourquoi » avorter : entre pression sociale, conjugale et l'impossibilité d'assumer un enfant.

Que ce soit dans le groupe des IVG hospitalisation de jour ou à domicile, les patientes évoquent systématiquement les raisons qui les ont poussées à avorter.

a) Une pression sociale et familiale forte

La première est la **pression sociale** exercée d'une part par leur travail lorsqu'elles ont peur d'être jugées si c'est un nouvel emploi ou si elles ont obtenu un poste à responsabilité et d'autre part par leur famille ou le milieu scolaire.

« Et moi je viens de commencer à travailler et c'était compliqué pour moi, Si je tombais enceinte après je vais devoir arrêter ma formation et il y a beaucoup de choses qui sont en route. » P3

« Dans le travail je suis hyper... je suis très carrée et je suis très perfectionniste et je ne dis pas qu'un bébé allait... entraver tout ça, c'est juste que je me suis fait un film sur le fait de comment ça pouvait être réceptionné en entreprise un an après une signature de contrat. Et je suis restée que là-dessus en fait » P7

Certaines patientes décrivent en effet y être poussées par leur parents, ou devant la peur de perdre un équilibre familial précaire ou difficilement obtenu avec déjà des enfants à charge.

« Après, on a pas le choix. J'ai pas le choix. Et après lui, il voulait le bébé mais moi je peux pas. X a 2ans et demi, j'ai Y qui a 4 ans et déjà j'avais les deux rapprochées, les accouchements rapprochés, c'est fatiguant. On est tous seuls tous les deux.(...) Et on voulait autre chose dans notre vie pas que les enfants, les enfants, les enfants jusqu'à qu'on se retrouve... » P3

« Parce que je me dis dans mon couple, il y a des moment où ça n'a pas été forcément facile. Que là tout se passe bien. Que avec mes enfants ça se passe bien. Que maintenant ils sont grands donc on est dans une période de notre vie, ou on va ben voyager » P13

b) Une situation conjugale considérée comme non adaptée

En second, on retrouve des situations amoureuses jugées non idéales pour avoir une grossesse , comme une vie séparée avec un conjoint à l'étranger ou une rupture amoureuse récente avec le père.

« si j'avais gardé l'enfant que si ça se passait bien ben...qu'aurait fait son père ? Ou alors avec 2 parents séparés, j'aurais fait quoi ? » P6

Une patiente évoque aussi la peur que son compagnon reproduise un schéma précédent, ayant déjà eu un enfant d'une autre union et quitté la mère qui s'est retrouvée seule pour l'élever.

« En plus lui il en a déjà une et c'est déjà comme ça, déjà séparé, elle était toute petite la gosse alors du coup.. l'histoire ne se répètera pas quoi, enfin pas avec moi. » P4

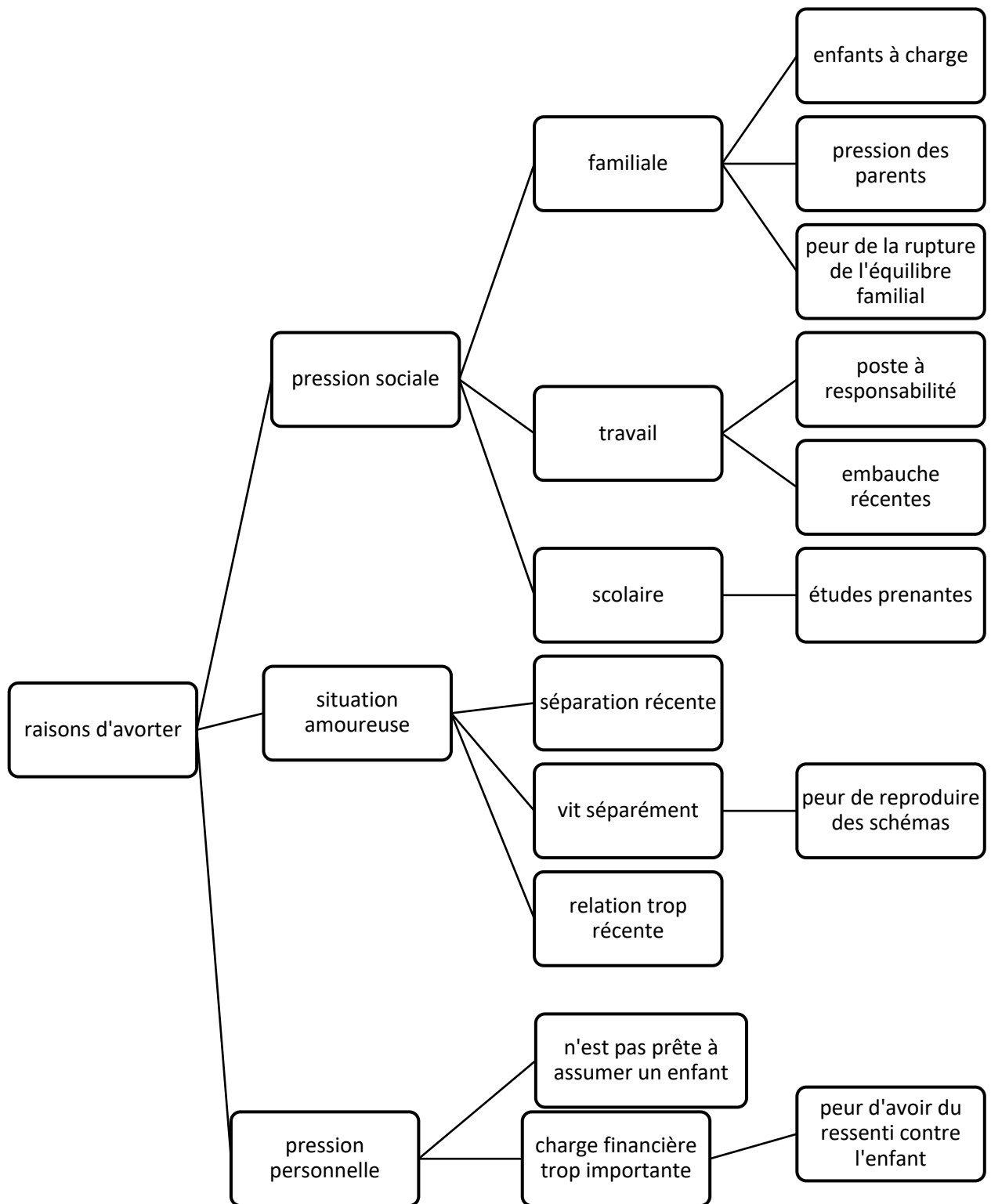
c) Le sentiment de ne pas être prête à avoir un enfant

Enfin une pression personnelle avec le sentiment de ne pas être encore prête à **assumer un enfant** ainsi qu'une charge financière trop importante qui entrainerait un ressentiment contre cet enfant sont des thèmes retrouvés.

« Je ne me vois pas avoir d'enfant. Déjà que moi-même j'ai du mal à m'occuper de moi, alors avoir un enfant. » P9

« (...) et qu'en plus financièrement on ne pourrait pas l'assumer et que je ne projetais absolument pas avec un troisième enfant. » P8

« je pense que j'aurais eu beaucoup de colère contre cet enfant qui serait arrivé » P8



Le « pourquoi » avorter : entre pression sociale, conjugale et l'impossibilité d'assumer un enfant.

6. Choix de la méthode de l'IVG

6.1. La méthode de l'IVG en hospitalisation de jour : entre obligation et choix contrasté

Une partie importante des patientes en hospitalisation de jour expriment ne pas avoir eu le choix de la méthode médicamenteuse ou chirurgicale.

En effet pour celles qui ont vécu ce choix comme imposé nous retrouvons deux thèmes principaux.

a) La méthode médicamenteuse parfois vécue comme imposée

Le première étant que pour des raisons opérationnelles soit par manque de place soit de sécurité on leur imposait d'attendre plusieurs semaines, en moyenne quatre, pour avorter si elles désiraient avoir recours à la méthode chirurgicale.

Devant cette situation, beaucoup expriment le **besoin d'avorter rapidement** car repousser rendrait le vécu beaucoup plus difficile et parfois remettrait en question leur décision d'avorter.

moi ça m'aurait arrangée d'être endormie et que ça se passe tout seul mais attendre un mois de plus non. Déjà j'étais malade, donc je ne voulais pas rester un mois de plus malade et en plus à trois mois (soupir) j'aurais peut-être tiqué quoi.

J'aurais peut-être pu encore plus me dire « c'est pas possible ».» P4

« Non parce que en fait quand j'ai vu le Dr X je lui ai dit il faut me faire une aspiration comme la première fois. Il m'a dit, « non c'est trop tôt, c'est mieux de faire une IVG », voilà. » P6

b) Une méthode chirurgicale imaginée comme plus facile par les femmes

Le deuxième thème est que pour ces patientes, la méthode chirurgicale serait plus acceptable car elle permettrait de ne pas subir la douleur des contractions et les saignements liées à la méthode médicamenteuse. Elle préféreraient **ne pas voir** et se réveiller soulagées après l'intervention.

« Je pense que si on m'avait laissé le choix, j'aurais pris l'aspiration. Parce que... alors la sage-femme, je lui en ai parlé, elle m'a dit que c'était pour faire son deuil que c'était peut-être plus facile. Mais bon je lui avais dit, plus facile ?, je trouve pas moi. (...)on est conscient, on sait ce qu'il se passe. C'est dur, c'est très dur. » P12

c) Méthode médicamenteuse et culpabilité de la prise des comprimés

Cette même patiente décrit le moment de la première prise médicamenteuse comme trop **culpabilisant**.

« (...)elle se dit que quand elle prend ces médicaments, elle arrête la grossesse donc en image, mais, on est en train de tuer un bébé quoi. Enfin, bébé, l'enfant qu'on porte. Donc le fait de prendre les médicaments, c'est quand même un geste ultra-fort et qui a mon avis est traumatisant. » P12

d) La méthode médicamenteuse considérée comme moins dangereuse

Pour celles qui ont fait le choix éclairé de la méthode médicamenteuse, les motivations principales étaient la **peur de l'anesthésie**, la peur d'un geste invasif et la peur que l'IVG par aspiration aurait des conséquences irréversibles anatomiquement et donc leur **fertilité future**.

« Oui, tout à fait mais j'ai opté pour la médicamenteuse parce voilà moins invasive même si plus pénible à certains égards. » P1

« Et puis j'ai voulu surtout prendre la méthode la plus simple pour éviter de m'abimer de l'intérieur. Parce que les médicaments ça abime quand même un peu, mais beaucoup moins que si c'était par opération je pense. » P5

e) Prise des comprimés: un moment de dissociation

Malgré leur volonté d'utiliser la méthode médicamenteuse, elles décrivent certains aspect négatifs.

La première prise médicamenteuse est vécu comme le moment **du passage à l'acte**. Pour pouvoir le faire, un mécanisme de **dissociation** entre l'acte et la pensée est souvent retrouvé. La décision est prise et il n'est plus le moment de réfléchir.

« et donc heu on se dit « oui enfin c'est plus trop le moment de se poser la question quoi ». Donc on y est et voilà on le prend. Enfin après moi je decorèle, en fait, à un moment je fais une séparation dans ma tête » P1

f) **Peur de l'échec**

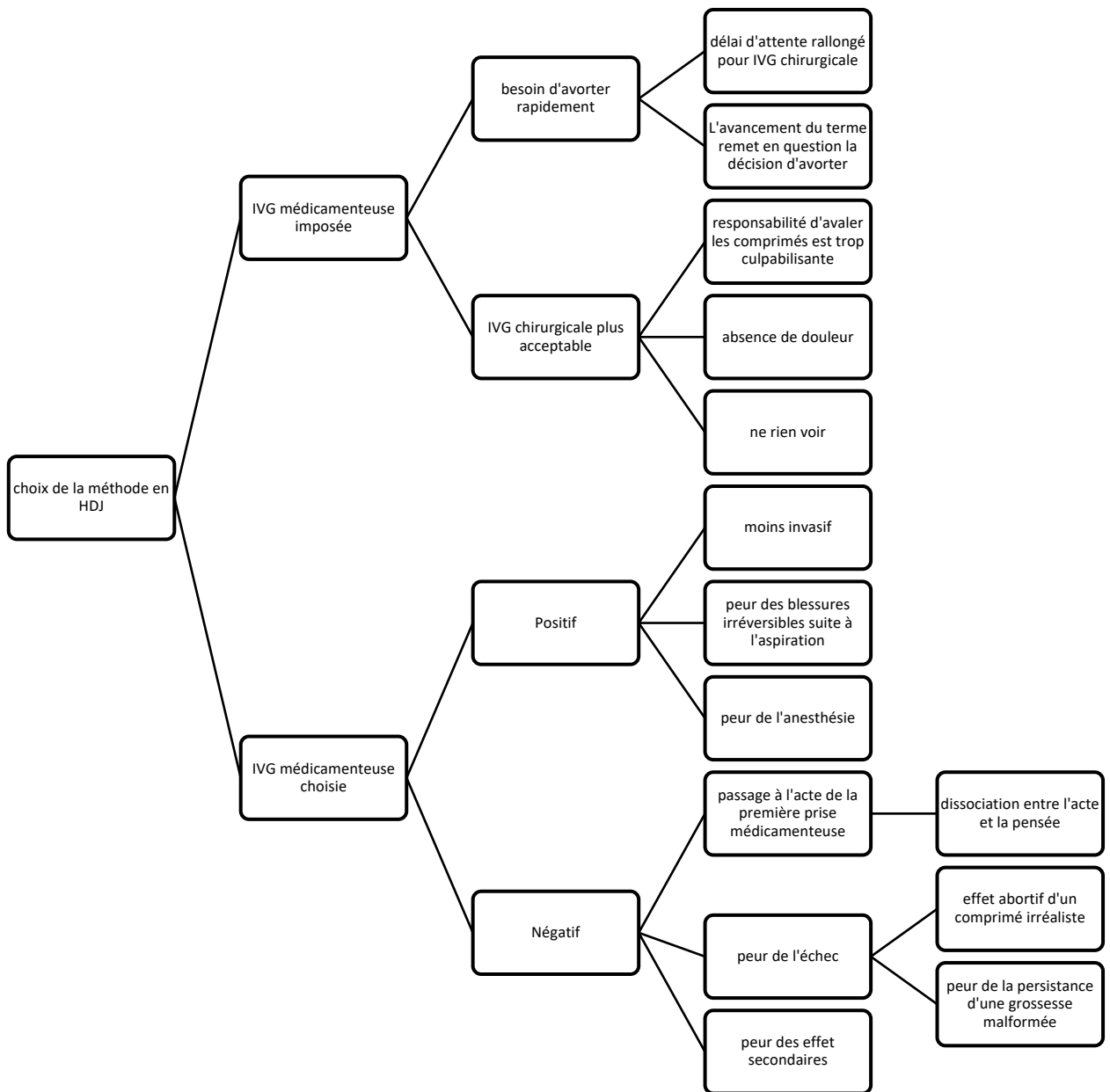
Ensuite il y a la **peur de l'échec** de la méthode. Le fait que des comprimés puissent déclencher l'avortement peut paraître irréaliste.

« Il y a quand même un moment où se dit « non vraiment on en veut pas », « est ce que ça va marcher ? » « c'est des médicaments ». Oui, c'est vrai que c'est un médicament en soi... » P2

g) **Peur des effets secondaires**

Enfin, la peur des effets secondaires est aussi présente.

« Moi je n'avais qu'une crainte, c'était la prise de médicament. J'ai été hypochondriaque à une période de ma vie avant d'être en pharmacie. (...)Je lui ai posé la question. S'il y avait un réel risque vital lié à la prise du médicament. » P7



La méthode de l'IVG en hospitalisation de jour (HDJ) : entre obligation et choix contrasté

6.2. *IVG à domicile : la méthode médicamenteuse est vécue comme non imposée et plus acceptable*

Pour les femmes qui ont réalisé l'IVG à domicile par le médecin généraliste, toutes ont fait le choix libre de la méthode.

« Q : Est-ce que vous vous êtes sentie libre du choix de la méthode d'IVG ?

P11 : Oui. clairement oui. Oui Il m'a tout exposé, il m'a dit « qu'est-ce que vous préférez ? » P11

a) **Peurs de la méthode chirurgicale**

La première raison est le **rejet du milieu hospitalier** soit par le refus d'être entouré par le corps médical, soit par la peur de l'anesthésie, du gynécologue ou de la stigmatisation.

« Je ne sais pas je me suis dit dans ma tête que c'était moins stigmatisant » P11

« mais les hôpitaux surtout , en fait, si je pouvais éviter l'hôpital.(...) Oui, vraiment j'aime pas , j'ai toujours une mauvaise expérience avec les hôpitaux » P9

« je ne voulais pas aller à l'hôpital et être endormie alors qu'il y avait d'autres possibilités : rester chez moi à la faire. » P10

b) **Une méthode conciliable avec le quotidien**

La deuxième raison est le besoin que la procédure se fasse **le plus rapidement possible** pour permettre de passer à autre chose.

« je voulais vite en finir pour passer à autre chose quoi » P8

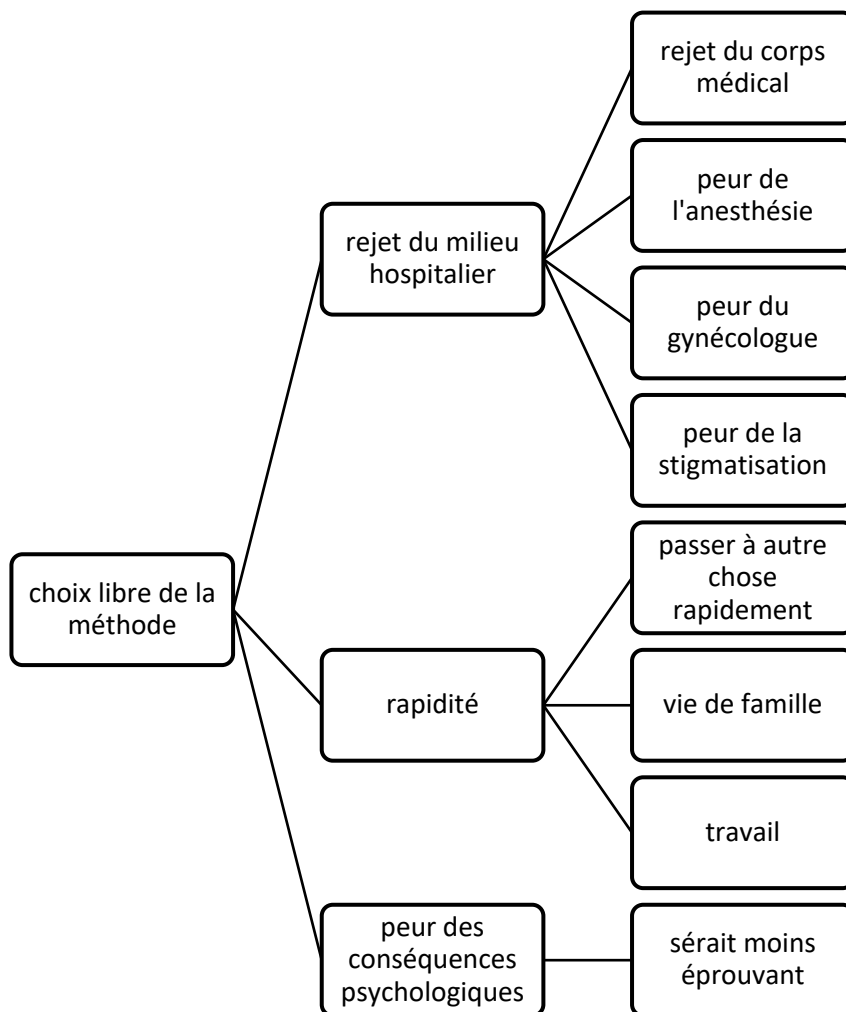
Il est aussi plus facile d'arriver à concilier l'IVG avec la vie de famille, en particulier quand il y a des enfants jeunes et avec le travail lorsque tout se fait rapidement sans devoir trop se déplacer. L'optimal est une semaine pour la prise en charge totale.

« pour moi c'était moins contraignant. Parce que voilà j'ai un travail, en plus en ce moment comme j'ai repris mes études c'est hyper prenant et puis j'ai une famille avec des enfants et que je ne me voyais pas... enfin voilà je voulais passer le moins de temps possible à l'hôpital ou en rendez-vous ». P13

c) Un impact psychologique moindre

La dernière raison est l'idée chez ces femmes qui font une IVG à domicile que la méthode médicamenteuse serait moins difficile psychologiquement que la méthode chirurgicale.

« je pensais que psychologiquement c'était peut-être un peu moins éprouvant quoi. » P13



IVG à domicile : Le choix de la méthode médicamenteuse vécue comme non imposée

7. Le vécu de l'expulsion

L'expulsion reste un moment difficile mais nécessaire.

Nous retrouvons trois thèmes principaux liés à l'expulsion : les saignements, la douleur et la gestion du produit d'expulsion.

7.1. Le vécu des saignements

a) Les éléments facilitants: présence et information

Les éléments qui facilitent la gestion des saignements sont les passages réguliers des **infirmières** ou des **sages-femmes** lorsqu'elles sont en hospitalisation et l'**information** donnée au préalable sur la quantité de saignement attendue avec un ordre d'idée du nombre de change par trente minutes lorsqu'elles le font à domicile.

« Oui elle est venue tout le temps, presque tous les quart d'heure pour voir si j'allais bien. Après c'était super, franchement elle était super sympa. Toujours là quoi qu'il arrive, du coup si j'avais un problème, une question franchement elle venait de suite. » P6

« Je m'attendais à beaucoup plus. Vraiment, parce que...enfin c'est normal le Dr X m'avait dit que ça pouvait être très abondant. Il m'avait des donné des limites à partir de tel stade ça peut devenir inquiétant du coup il faut aller aux urgences etc... Donc je m'étais préparée » P13

La **multiparité** est aussi évoquée plusieurs fois comme facilitant car il est plus facile de ne pas avoir peur face à la quantité importante lorsque l'on a déjà eu des accouchements et les lochies qui les suivent.

« Après, c'est vrai que les saignements m'ont fait pensé à mes saignements après mes accouchements quoi. (...)Là je me suis retrouvée chez moi dans cette situation-là, je me suis dit, un truc comme qui m'arrive jeune sans avoir accouché, savoir qu'on peut saigner comme ça sans mourir, peut être que je ne l'aurais pas supporté. » P13

b) La quantité et la longue durée des saignements peuvent être source de peur et de traumatisme

Parmi les éléments aggravant le vécu des saignements, ceux-ci sont considérés comme étant **très abondants**.

« J'ai énormément saigné, je reviens là-dessus car j'ai énormément saigné et la première fois j'avais pas tant saigné que ça je me rappelais que j'avais acheté un paquet de serviettes en me disant « bon, si ça se trouve il faut en prendre un deuxième alors que je n'en avais utilisé que 2 mais là par contre j'ai fait un truc mais.... Je suis rentrée chez moi limite en courant parce que ça saignait trop en fait mon pantalon il était tout taché et c'était horrible et en fait... » P2

« On change de couche chaque demi-heures, on pisse du sang vraiment. C'est horrible. On se dit on perd beaucoup de sang quoi. C'est impressionnant, je pense que ça il faut y être préparée. » P8

Ils sont aussi moins bien vécus lorsque la **durée** des saignements dépasse les 14 jours.

« Le retour à la maison par contre a été compliqué.
Ça fait deux jours que j'ai arrêté de saigner et ça date du 18 janvier donc là par contre depuis un mois... » P7

« (...)parce que je me dis ces saignements finalement, est ce que c'est normal ? Là, je suis en train de me dire ça. Là il faut que je passe au labo parce que je ne sais pas si ces saignements c'est mes règles, ça fait un mois, ou alors c'est peut être des résidus... »

c) Le manque de préparation lors d'une expulsion précoce entre les deux prises médicamenteuses peut être source de traumatisme

Une patiente a expulsé entre les deux prises médicamenteuses, la veille de l'hospitalisation de jour. Elle a vécu les saignements de manière traumatisante car elle n'était pas préparée.

« On ne m'a pas dit que je risquais de le perdre avant. Ça on ne me l'a pas expliqué. Du coup, j'avoue que c'est assez traumatisant. . (...) Et ben déjà j'ai perdu beaucoup beaucoup de sang. J'ai perdu des caillots tout ça et j'ai énormément paniqué » P5

7.2. Le vécu de la douleur

a) Les éléments aggravants: ténésmes et durée prolongée

La deuxième composante de l'**expulsion** est la **douleur**. Celle-ci est à type de contractions douloureuses régulière et très variable d'une patiente à l'autre.

Elle est moins bien supportée lorsqu'elle est accompagnée de **ténésmes** et lorsque le travail dure **plus de trois heures**.

« Heu c'était long. Cinq heures pour la première. Pour la deuxième moins long, trois heures. Donc la première c'était très long. On se dit quand est-ce que ça va terminer les contractions, les machins, c'est désagréable en fait. » P8

« Et par contre ça m'a carrément ben détruite de l'intérieur parce que j'ai eu la diarrhée en même temps que l'évacuation. Je ne l'ai pas vu venir en fait je suis partie vite aux toilettes et j'ai tout évacué. » P6

Ces douleurs lors du travail sont souvent bien calmées par les antalgiques de palier 1, en particulier **les anti-inflammatoires non stéroïdiens**.

« Bien, j'ai pris les cachets qu'il m'a donné, paracétamol et ibuprofène. Après ça a été, c'est comme les douleurs de règles. C'était gérable. » P10

b) La douleur vécue comme une punition

Pour la gestion de ces douleurs, nous retrouvons souvent un retard à la prise des antidouleurs. Il y a une **résignation** liée à l'idée qu'il faut assumer jusqu'au bout son choix. La douleur est acceptée comme un moyen d'expier la faute et se rajoute à la **culpabilité**.

« Moi j'attendu d'avoir très très mal pour leur dire quoi que ce soit mais heu ouais les deux premiers cachets.. enfin le premier et il y a eu un moment d'attente, ensuite le deuxième. Heu là les douleurs elles commencent à arriver et j'ai continué jusqu'à ce que j'en puisse plus mais bon moi... »

« Donc ouais là, ça a été compliqué, quand on a mal. Bon après, je l'ai accepté, vu que je culpabilisais déjà.

Vu que je culpabilisais déjà, j'ai accepté d'avoir mal. » P7

7.3. Le vécu autour du produit d'expulsion

Le dernier élément de l'analyse est le vécu autour du produit d'expulsion.

a) Voir le produit d'expulsion ou la rupture de l'imaginaire de « la forme humaine »

Dans les facteurs facilitants, certaines femmes trouvent rassurant de visualiser l'œuf pour se rendre compte qu'il n'y a pas du tout une forme humaine. Cela leur permet de **déculpabiliser**.

« moi j'ai voulu voir ce qui se passait en fait. On est toutes différentes mais j'ai voulu visualiser pour voir que finalement, pas que finalement ce n'était rien, mais peut-être si quoi, que finalement ce n'était pas un bébé encore, et que c'était juste un petit truc, que pour l'instant ça avait une vie, mais pas tellement quoi. » P12

b) L'attitude dédramatisante des sages-femmes et des IDE est soutenante

Nous retrouvons aussi que la **dédramatisation** de l'expulsion par les sages-femmes ou infirmières en hospitalisation permet de diminuer l'angoisse des femmes par rapport à ce moment particulier.

« Même si parfois on hésite un petit peu et on les appelle. Mais elles nous expliquent. Elles sont disponibles. Je pense que quand on installe un climat...pas de le banaliser mais moi je regardais tout ce qu'elles regardaient. À nous expliquer voilà c'est censé être comme ça etc.. » P7

c) Rituel en lien avec le deuil : l'enterrement

Enfin, une femme a ressenti le besoin d'enterrer son produit d'expulsion pour pouvoir en faire le **deuil**.

« Et donc nous on l'a enterré. On ne voulait pas que ça parte dans les toilettes... » P8

d) Le regard envahissant des soignants

Dans les éléments rendant le vécu plus difficile nous retrouvons chez les femmes faisant l'IVG en hospitalisation de jour une **gêne** de devoir montrer régulièrement le mélange des selles et des saignements dans le bassin aux sages-femmes ou aux infirmières ainsi que de se faire faire la toilette par elles.

« Je vais nettoyer le sang ». J'aime pas moi que quelqu'un nettoie à ma place Elle n'a pas voulu. Elle m'a dit « Non, vous vous asseyez, je m'occupe de vous ». » P3

« Par contre j'étais un peu gênée parce qu'elle venait à chaque fois... il fallait que je l'appelle à chaque fois que j'allais aux toilettes pour vérifier ce qu'il y avait. Parce que je n'avais pas le droit d'aller aux toilettes toute seule... Il fallait toutes les heures, je ne sais pas quoi, il fallait qu'elle regarde...

(grimace) » P6

e) Des émotions paradoxales : entre la tristesse et le soulagement.

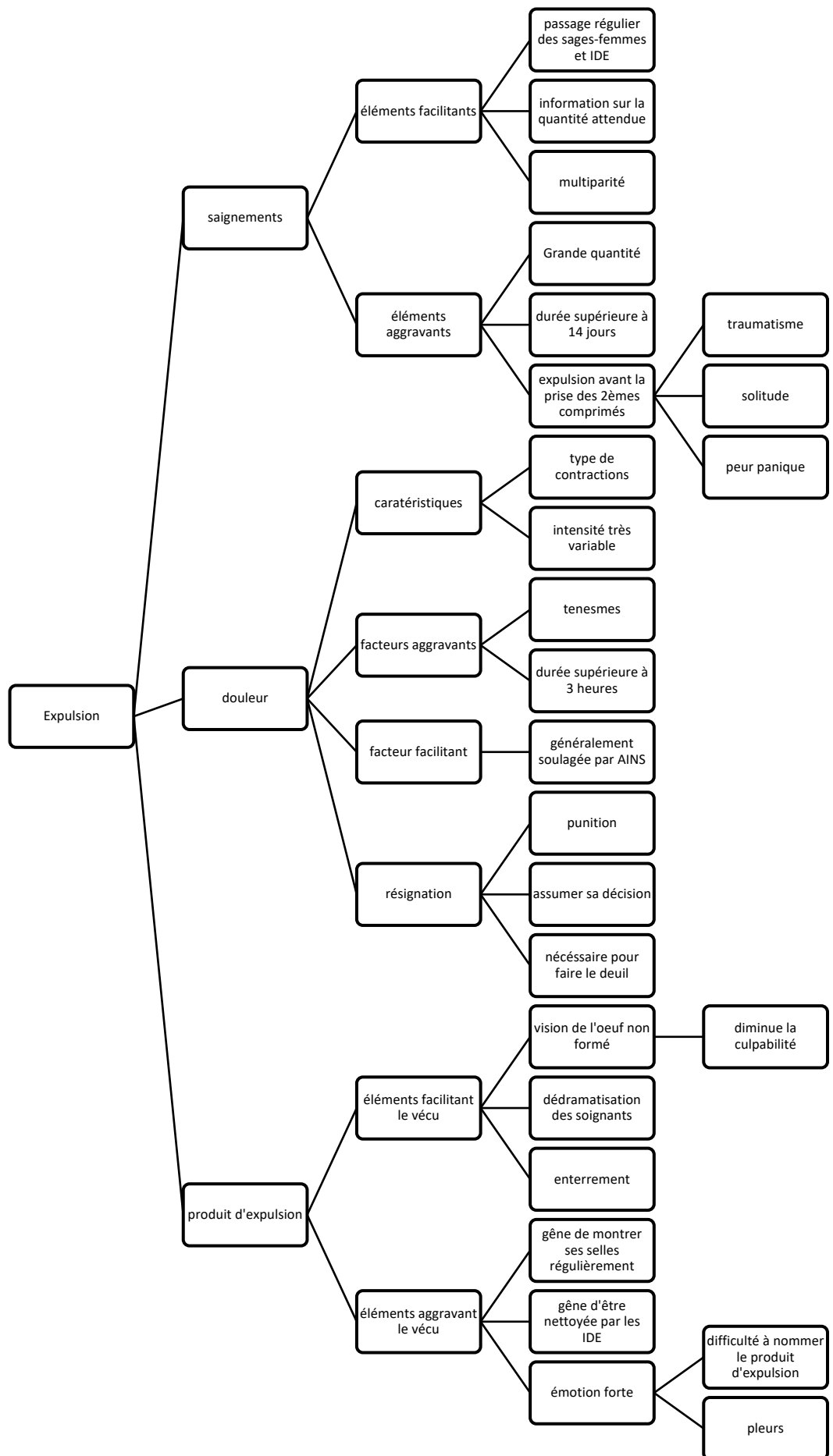
Enfin, le moment de l'expulsion est un moment d'une forte émotion qui se traduit parfois par la difficulté à regarder le produit d'expulsion. Les pleurs qui y sont associés reflètent que la grossesse est terminée.

« Soulagée d'avoir fait ce qu'il fallait et d'être enfin libérée psychologiquement et physiquement de cette qui n'était pas désirée. Fatiguée et émue aussi. Ouais j'ai un peu pleuré quand j'ai expulsé » P8

« (pleurs) Ben ça fait bizarre. De sortir le caillot comme ça. De dire bon ben ça y est là c'est la fin. (soupir) c'est compliqué franchement » P4

Cette émotion est à nouveau traduite dans la **difficulté à nommer** le produit d'expulsion.

« Après j'ai expulsé le... le.. le truc. Je ne sais pas comment l'appeler (rire nerveux) » P2



Le vécu de l'expulsion

8. Le vécu de la contraception en post -abortum

8.1. *En hospitalisation de jour : la pilule oestro-progestative vécue comme imposée.*

a) Le sujet de la contraception abordé trop tôt

Pour la choix de la contraception en post-abortum, lorsque le sujet est abordé d'emblée pendant la première consultation, les femmes interrogées ont le sentiment que le sujet a été abordé trop tôt et il en résulte une **pression culpabilisante**.

« On passe tout de suite à la contraception. Ça met une telle pression d'être une femme franchement. (...) Je pense que c'est bien de discuter d'autre chose que tout de suite la contraception. » P7

Essentiellement, les femmes recherchent un **accompagnement** éclairé dans le choix de leur contraception.

Lorsque le choix ne leur est pas laissé c'est au profit de la pilule oestro-progestative.

« Q : Vous avez eu le choix pour la contraception ?

P3 : non elle m'a dit que la pilule après l'avortement. » P3

b) L'absence de prise en compte du choix de la patiente et le manque de dialogue

Cette restriction associée à une discordance des justifications entraîne une **perte de confiance** dans les professionnels de santé et le sentiment que les médecins et les sages-femmes ont un parti pris pour la pilule en général. Dans ce cas-là la patiente décide par elle-même qu'elle ne prendra pas la contraception prescrite.

« Un parti pris « alors oui il y a ça ou il y a ça » Ben ouais et ben en même temps j'ai vu un panneau. J'ai l'impression qu'il y en a plein des moyens de contraception.(...). Et je trouve que aujourd'hui j'ai l'impression que le corps médical ne se casse pas la tête « la pilule c'est le mieux ».

P1

« de toute façon je ne vais pas les prendre. Si j'ai mes règles pendant ben tant mieux mais sinon je vais reprendre la mienne après. » P4

c) La pression d'être seule responsable de la contraception

Par ailleurs, le manque de dialogue autour de la contraception renforce le **sentiment d'injustice** lié au fait que la contraception incombe entièrement aux femmes et donc la responsabilité de la grossesse éventuelle.

Il y a une grande déception en particulier du côté de la contraception masculine.

« c'est voilà et après je me dis « quand est ce qu'il y aura une pilule pour homme ? » Parce qu'au bout d'un moment ben voilà c'est à la femme de supporter ça mais ouais il y est aussi pour quelque chose » P1

« on lui a demandé s'il y allait y avoir par hasard une pilule pour les hommes.(...) Il a dit qu'il ne fallait pas rêver. Que les femmes portaient les bébés et pas les hommes mais que de coup il n'y aurait pas de contraception pour les hommes à part les préservatifs. » P2

d) Un accès au dispositif intra-utérin (DIU) difficile en pratique

Lorsque les femmes ont un choix libre et éclairé, il y a une forte demande du **DIU** en particulier celles qui ont essayé beaucoup de contraception. Cependant elles expriment la difficulté qu'elles ont à pouvoir le poser rapidement car il leur est demandée de le poser aux prochaines règles.

En effet leurs règles peuvent mettre du temps à revenir ou être confondues avec les saignements post-IVG et surtout les gynécologues ne sont pas toujours disponibles par la suite pour le faire.

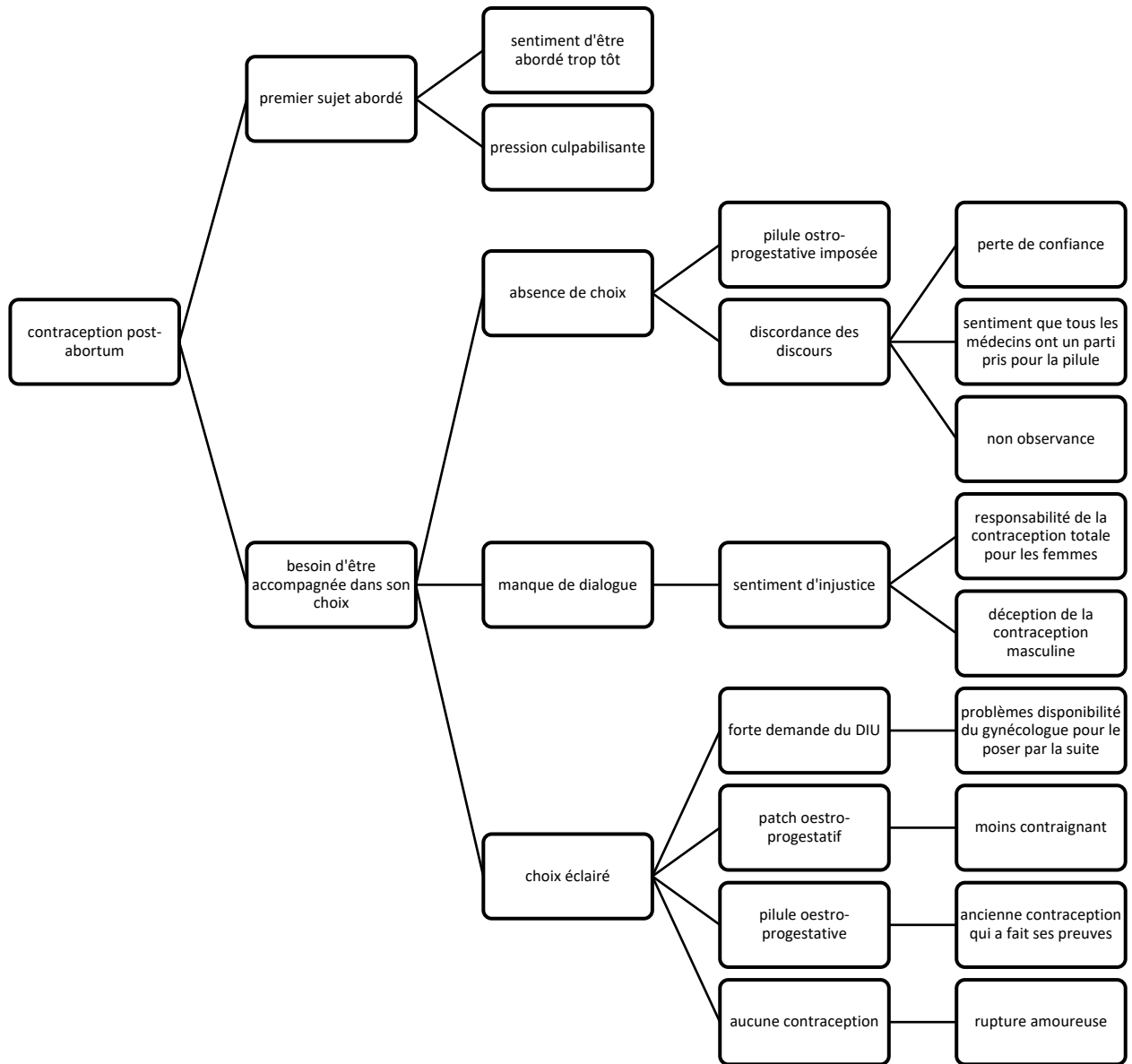
« mais je ne l'ai toujours pas. Parce que je ne sais pas exactement à quel moment j'ai eu mes règles et ça s'est arrêté d'un coup il y a deux jours. Il faut encore que j'attende que ce soit réellement des menstruations, enfin que je devine que c'est des menstruations donc j'attends »
P7

*« j'ai une dent contre ce cabinet car, par exemple aujourd'hui, je n'ai toujours pas de stérilet. Bon, on fait attention, il n'y a pas de souci mais je n'ai pas de stérilet. Pourquoi ? Parce qu'à chaque fois qu'on appelle, G**là, ils ne répondent jamais. Et c'est un enfer ». P12*

e) Le patch contraceptif peut être moins contraignant qu'une contraception orale

Par ailleurs, une patiente a choisi le patch contraceptif car c'était moins contraignant que la pilule.

« Ben ça c'est bien parce que c'est pas journalier donc c'est par semaine et franchement moi ça me va bien » P5



Le vécu de la contraception post-abortum en hospitalisation de jour

8.2. IVG à domicile : Un choix de la contraception vécu comme plus libre

a) Une liberté de choix possible suite à une information éclairée

Pour les patientes ayant fait une IVG à domicile via le médecin généraliste, toutes déclarent avoir choisi librement leur contraception post-IVG après que le médecin leur ai exposé toutes les contraceptions possibles, y compris masculines parfois.

Aucune n'a choisi de contraception orale.

« De tous les moyens de contraception. Après, il m'a...très très bien, franchement rien à dire. »

P10

Le fait que le médecin ait pu lui faire un **exposé complet** de toutes les contraceptions à sa disposition a quand même été apprécié.

Une patiente a aussi apprécié que le médecin lui laisser la possibilité d'utiliser des préservatifs en attendant de faire son choix sans la forcer à choisir.

« j'ai trouvé très bien qu'il m'explique, qu'il ne me force pas non plus. » P13

b) Un choix qui peut être différé

Le choix de cette contraception a pu être **différé** lorsque la patiente ne sentait pas prête à en discuter au moment de l'IVG.

« C'est à dire que j'ai bien compris tout ce qu'il m'a expliqué et aussi... enfin il m'a aussi parlé de choses que je ne connaissais pas, de contraceptifs masculins etc... mais j'étais pas du tout dans une perspective de réfléchir à ma contraception parce qu'il fallait que je règle cette histoire ». P13

L'autre raison de différer le choix est lorsque la patiente hésite entre plusieurs contraceptions. Dans ce cas les différentes contraceptions sont prescrites pour pouvoir faire le choix plus tard.

« oui, il m'en a quand même mis plusieurs sur l'ordonnance, au cas où je voulais réfléchir » P10

Elle a finalement choisi le patch oestro-progestatif car l'observance est plus facile et elle pourra l'arrêter facilement lorsqu'elle désirera une autre grossesse.

« Non c'est parce que le père de ma fille il vit à l'étranger, donc il n'est pas tout le temps là. (...)Vu que j'ai pris deux fois la pilule du lendemain des trois derniers mois je me suis dit, peut-être qu'il faut vraiment un moyen juste en attendant que... voilà. » P10

c) Un choix préférentiel pour le DIU

Lorsque le choix est immédiat, il s'est porté sur le DIU au cuivre ou à la progestérone.

La raison évoqué encore une fois est le refus d'une contraception hormonale soit par une peur du risque thrombo-embolique soit par des antécédents de mauvaise tolérance.

« Donc je voudrais prendre une méthode plus saine. Moins d'hormones, ou limiter les risques au maximum. » P11

« Par contre moi je ne veux plus d'hormones parce que c'est vrai que moi enfin j'avais les pieds et les mains qui avaient beaucoup gonflés avec la pilule » P8

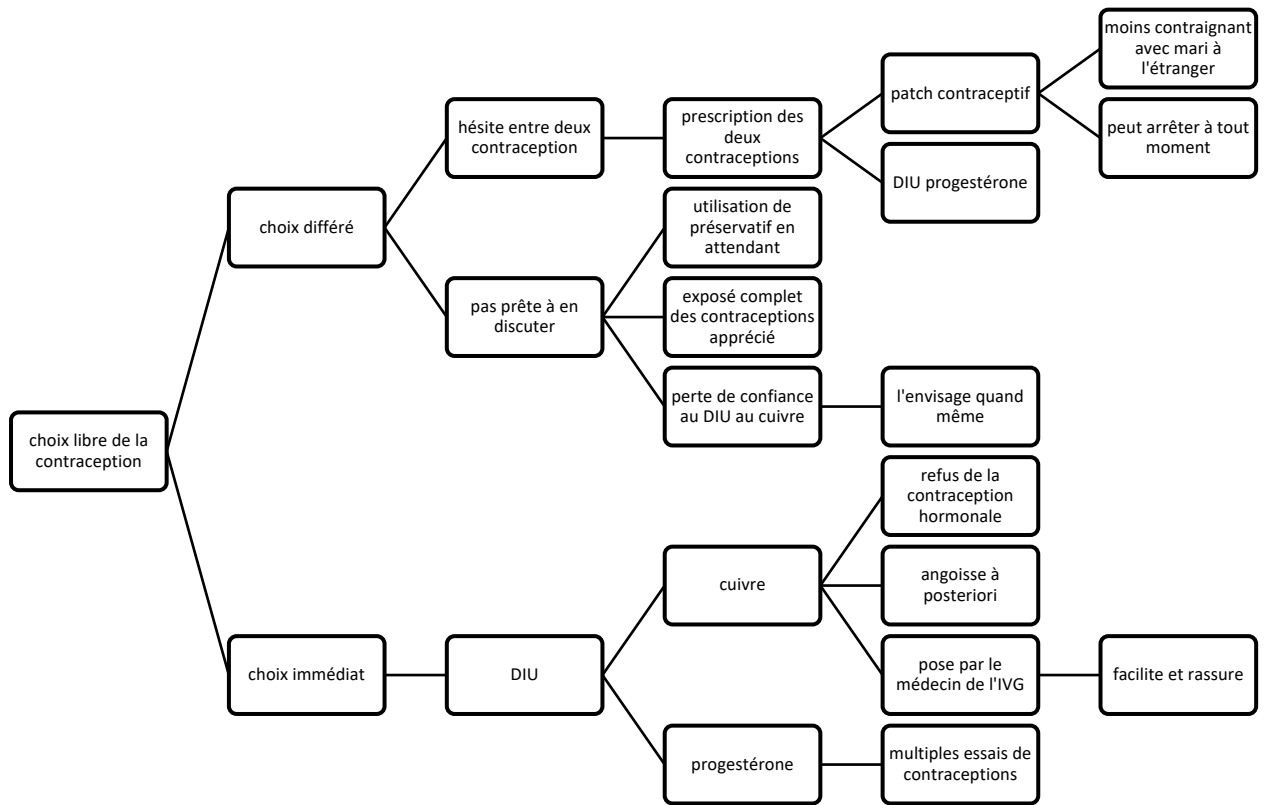
Le fait que ce soit le médecin pratiquant l'IVG qui propose la pose à la suite facilite et rassure les patientes.

« et en plus que ça m'engage, qu'il y ait une date de fixée. Je ne peux pas me désengager. » P11

« Du coup je vais aller voir le Dr X pour mettre le stérilet. Il m'a vachement donné confiance dans ses compétences » P9

La perte de confiance dans le DIU au cuivre suite à son échec n'empêche pas d'envisager de le réutiliser.

« est-ce que j'ai perdu confiance ? voilà l y a un peu de ça et en même temps ça aussi marché pendant des années donc pourquoi pas » P13



Vécu du choix de la contraception post abortum pour l'IVG à domicile

9. Le vécu de la consultation de contrôle

9.1. En hospitalisation de jour

a) Une consultation parfois vécue comme inutile

Pour les femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour, nous retrouvons comme premier thème l'utilité de la consultation de contrôle.

En effet certaines femmes vivent cette consultation comme une formalité. Elle n'est pas forcément jugée utile car la visualisation de l'œuf au moment de l'expulsion avec les sages-femmes ou les infirmières ainsi que la disparition des signes de grossesse leur permet de ne pas avoir de doute sur le succès de l'avortement.

« Q :d'accord, et vous attendiez ce rendez-vous ?

P4: Pas trop non. C'était juste pour dire ça y est c'est fini, fini quoi. » P4

« Ah non c'était pas utile parce que je le savais que c'était fini. En fait mes seins, il m'ont dit que c'était terminé. » P2

b) Une consultation nécessaire pour confirmer la réussite de l'IVG

Pour d'autres, cette consultation a été utile pour se rassurer sur le succès de la méthode en particulier lorsque il n'y a pas eu de contraction douloureuse ou lorsque l'œuf n'a pas été visualisé à proprement dit lors de l'expulsion ou s'il y a un antécédent d'échec d'IVG médicamenteuse.

« alors effectivement par rapport au contexte que j'ai évoqué tout à l'heure un peu. Ben ça m'a rassuré du coup, de savoir. (...)Donc il n'y a pas de rétention plus grave de que celle-là qui vont nécessiter une hospitalisation me rassure puisque effectivement ma précédente IVG j'ai eu un échec et donc j'ai été hospitalisée etc... »

Enfin on peut voir aussi le moyen de faire le point avec son gynécologue habituel.

« si le col est bien fermé, s'il n'y a pas... moi ça m'a permis de voir que j'avais des kystes qui étaient revenus sur les ovaires, des kystes fonctionnels. Bon c'est pas grand-chose mais ça a permis de faire un examen complet. » P7

c) Une consultation de réassurance sur la fertilité future

Le deuxième thème abordé est comment cette deuxième échographie est appréhendée.

L'aspect positif donc est qu'elle est souvent très rapide, elle confirme la vacuité utérine et elle rassure aussi sur la **fertilité future** qui est une angoisse majeure des femmes qui font une IVG.

« non j'étais contente de le faire, enfin pressée quoi qu'elle me dise « oui c'est bon tout va bien ». ouais ça va, il n'y a pas de restes. Tout est propre. » P4

« Donc je l'ai revu, pareil, et là il me dit « ben c'est bon, vos ovaires sont bien placés. Il n'y a pas eu de complications. » P6

« il a fait une écho et puis l'écho tout allait bien donc on a discuté du fait de cette grossesse. Parce que je lui disais que moi j'ai 41 ans, j'ai fait cette IVG parce que c'était pas le moment mais je vous avoue que j'ai quand même envie, peut-être, je sais pas, mais je ne veux pas me briser toutes les chances d'avoir une deuxième enfant » P12

d) Des angoisses en lien avec l'échographie de contrôle

Pour certaines patientes, l'aspect négatif est la **réminiscence** de la première échographie de datation avec une peur de voir l'échec de l'IVG et des effets tératogènes sur un fœtus persistant.

« Bah je l'appréhendais un peu parce que je me suis dit l'échographie ça me fait repenser à la première que j'ai faite. » P5

« je n'avais pas envie de venir. Parce que c'est comme ça. J'avais peur de savoir s'il y avait encore un bébé. (pause avec pleurs ») P3

« Ah oui, oui par contre j'étais dans le stress que ça le tue et qu'il n'y ait pas d'expulsion ou alors que non ça ne le tue pas mais que ça provoque... on ne sait pas réellement... Je ne sais pas.(...) Ce que ça peut faire...imaginons que la grossesse continue. (...)J'avais fait une fixation sur ce que ça pouvait provoquer chez un fœtus en fait. » P7

e) Une attitude bienveillante et un discours clair du professionnel de santé sont des éléments facilitants

Enfin, l'attitude du gynécologue ou de la sage-femme lors de cette consultation de contrôle est aussi importante.

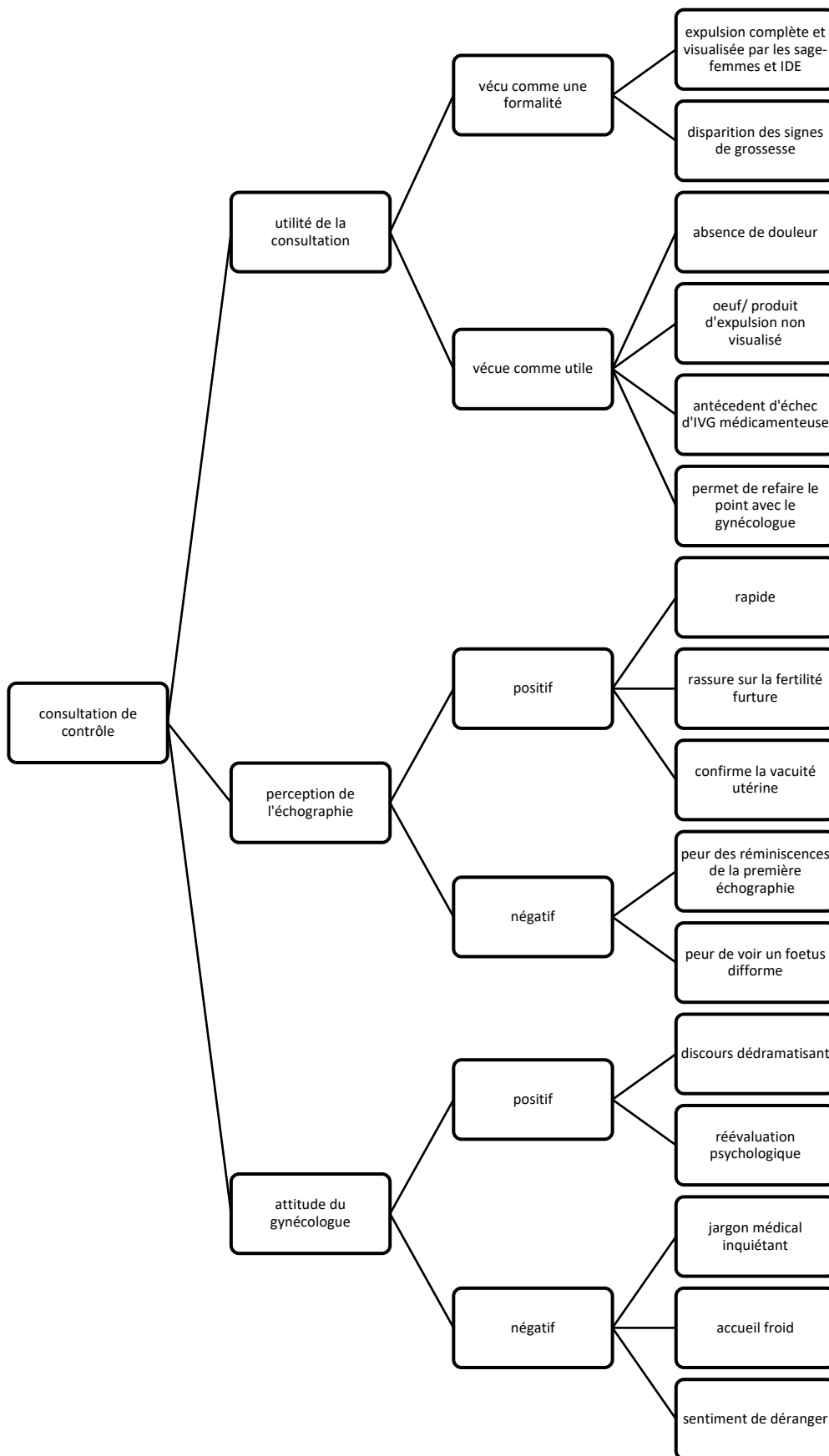
Une attitude dédramatisante ainsi qu'une **réévaluation** rapide de leur état psychologique est appréciée.

« Très bien oui pareil, même le premier jour. On déjà eu une sage-femme cool. Je n'avais pas nettoyé en bas et elle me dit c'est pas grave hein, les femmes elles sont faites comme ça ! Il y avait un docteur avec elle et elle lui dit quoi t'aime pas ta femme ? (rires) elle était trop marrante » P3

Un accueil froid, une utilisation du jargon médical provoquent un sentiment de déranger et une anxiété.

« Ben en fait j'y ai pensé mais au moment où il faisait l'échographie.
Parce qu'il a dit « Oh mais vous n'avez pas eu encore vos règles ? »
J'étais là « ben non »
Il était là « Oui oui parce qu'il reste quelques petites choses... »
« Comment ça quelques petites choses, qu'est-ce qu'il reste ? »
Il m'a expliqué après que non que c'était quelques résidus muqueux mais voilà j'ai eu peur. » P2

« Alors effectivement ce n'est pas la même personne que j'ai vue. C'est pas la sage-femme.. heu je dirais que c'est plutôt un médecin mais le médecin ne s'est pas présenté à moi. Donc elle ne m'a pas dit qui c'était et ni développé plus (...)et puis bon l'accueil était plutôt froid du coup. Et quand je pose des questions j'ai l'impression de... enfin de déranger. J'ai eu l'impression de déranger. » P1



Le vécu de la consultation de contrôle en hospitalisation de jour

9.2. IVG à domicile

a) Une consultation refusée car perçue comme inutile

Concernant les femmes ayant fait une IVG à domicile, on leur a toutes proposé de revenir en consultation de contrôle sans obligation et en leur donnant les alternatives si elles ne le souhaitaient pas.

Toutes ont refusé sauf une qui ne s'est finalement pas rendue à la consultation. Celles qui revenaient pour la pose du DIU n'y seraient pas retournées si elles avaient choisi une autre contraception.

La consultation était jugée inutile puisqu'elles étaient rassurées sur le succès de la méthode et que l'IVG s'était déroulée sans complications.

« Ben en fait comme tout s'est bien passé, je me dis que j'en ai pas spécialement besoin. » P13

b) Elle peut être perçue comme un facteur de réminiscence de l'IVG

Par ailleurs, il est retrouvé le souhait de vouloir **tourner la page** et d'éviter à avoir à se replonger dans ce qu'elles ont vécu deux semaines plus tôt.

« Je ne sais pas, je n'ai plus envie d'en parler en fait. Du coup de refaire une prise de sang ça veut dire « ré-aborder » le sujet. Et j'ai envie de passer à autre chose donc c'est vrai que c'est une manière pour moi de fuir en fait. C'est la vérité. Je fuis. » P8

Certaines ont préféré aller voir des interlocuteurs dont elles se sentent plus proches comme leur médecin traitant ou le psychologue habituel.

« Enfin moi je vois un psychologue donc je sais que ce serait à lui que je pourrais m'adresser. »

P11

« Si ben les résultats sont correctes, ben je vais peut-être, j'en parlais avec mon mari hier soir, retourner voir mon médecin généraliste » P13

c) La disponibilité du médecin ayant pratiqué l'IVG est rassurante

Enfin la possibilité de joindre le médecin ayant pratiqué l'IVG par mail rassure les patientes. Plusieurs d'entre elles ont choisi cette voie-là pour communiquer sur le déroulement de l'IVG.

« j'enverrai un message au Dr X puisque j'ai son adresse e-mail pour lui expliquer que voilà tout s'est bien passé » P13

d) Le contrôle du taux de BHCG : un mode de contrôle de la réussite de l'IVG plébiscité

Concernant les modalités du contrôle, on leur a proposé de faire soit une échographie à J15 ou un double contrôle des BHCG à 48h d'intervalle par prise de sang au laboratoire.

Elles ont toutes choisi de faire la prise de sang en raison de la facilité à s'y rendre que ce soit en terme de proximité ou d'accès sans rendez-vous.

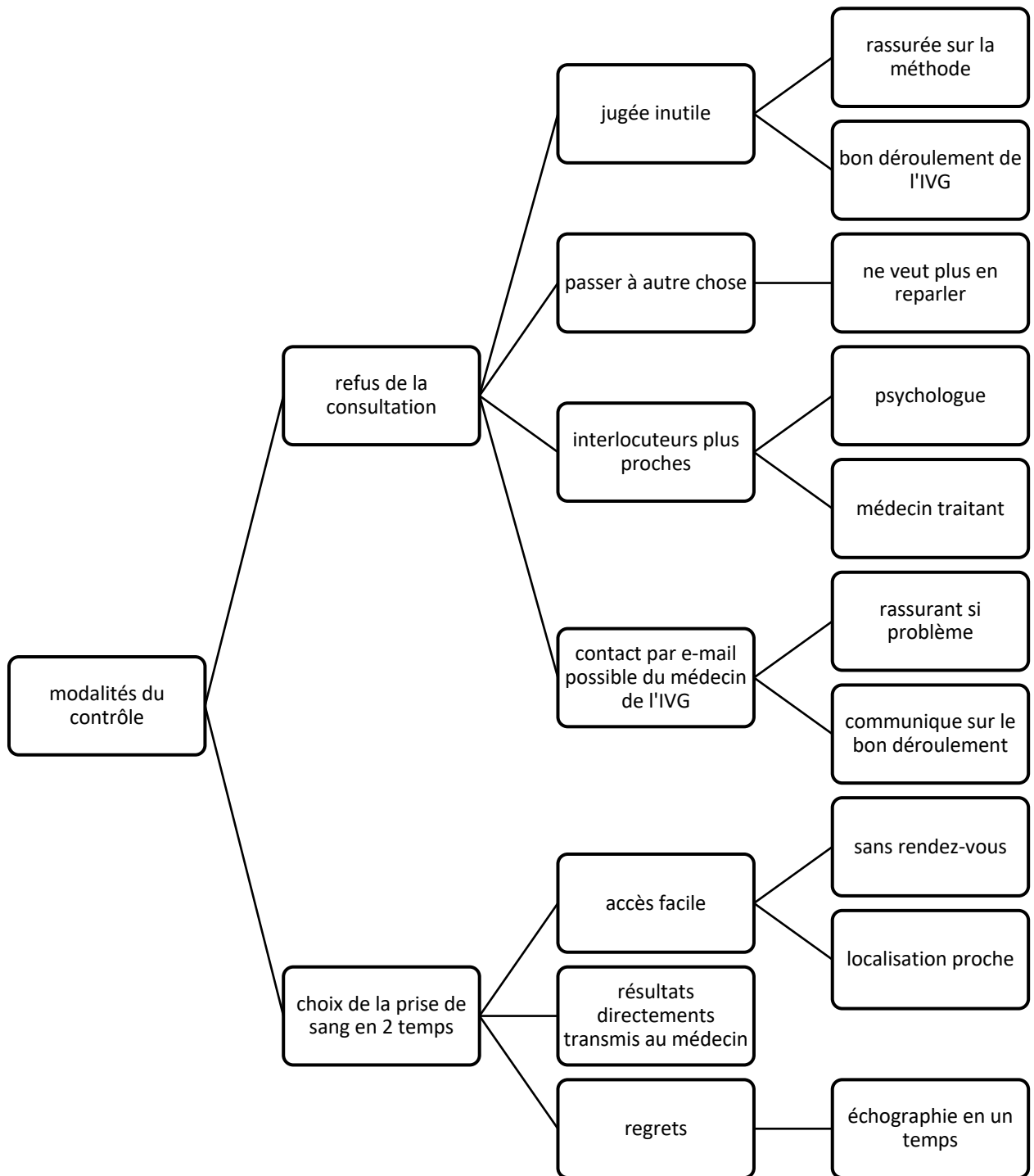
« Parce que la prise de sang c'est plus simple pour moi en terme de localisation. Et pour la prise de rendez-vous c'est sans rendez-vous » P11

De plus, les résultats sont directement transmis au médecin de l'IVG qui peut les contacter en cas d'échec.

« Ben il m'a dit qu'il allait avoir les résultats donc s'il y avait quelque chose il m'appellerait et sinon je ne retournerai pas » P10

Une femme a exprimé quelques regrets sur son choix car l'échographie se fait en un temps, les résultats sont donnés immédiatement.

« j'ai réfléchi et je me suis dit qu'en fait j'aurais peut-être dû faire l'échographie dans le sens où on est fixé d'une seule traite » P11



Le vécu de la consultation de contrôle pour l'IVG à domicile

10. Vécu de la période du post-abortum

a) Un temps de reconstruction physique

Chez les treize femmes interrogées, la période post IVG est largement évoquée.

Nous avons identifié un premier thème qui est celui du temps de la **reconstruction**.

Elle se déroule tout d'abord sur le plan physique. Une **fatigue** très intense est décrite dès la deuxième prise médicamenteuse qui dure entre une à deux semaines.

« Je suis sortie de l'hôpital, j'étais à 8 de tension net, je suis restée tout le week-end comme ça et le lundi je retournais travailler.(...) J'étais à plat. Comme si j'avais vécu toute une grossesse et un accouchement, J'étais à plat mais complet. Donc ça, ça a été dur, sachant que je suis rarement...voilà. Rarement fatiguée, là j'ai eu du mal à récupérer. » P7

« J'étais hyper fatiguée. Peut-être voilà, parce qu'il m'arrivait ça physiquement, parce que c'était le contrecoup. » P13

A cela sont associés une persistance de **métrorragies** et parfois des tremblements.

« les saignements ont duré longtemps quand même. Ils ont duré plus de quinze jours. » P8

« je suis très faible encore mes jambes, elles tremblent si je fais trop de choses, je sens que je suis très fatiguée » P9

Il y a eu un épisode infectieux traité par antibiotique en prévention de l'endométrite.

b) Un temps de reconstruction psychologique et de deuil à ne pas vivre seule

Cette reconstruction a aussi un large versant psychologique. Il est décrit un besoin de se **réapproprier son corps et son identité**.

« Ça fait plaisir de redevenir soit même mais bon » P4

Pour le permettre, l'entourage, la famille et les amis ont un rôle central.

« Ben on va dire que c'est bien parce que j'étais bien entourée avec mes amis, je sortais beaucoup. » P6

« j'avais mon père qui était derrière moi. Il me disait « viens a la maison, reste pas toute seule. » Donc, après c'est compliqué. Moi je crois que...il ne fallait pas trop que je reste seule pour ne pas trop y penser » P5

C'est aussi une période de **deuil**.

« même aujourd'hui c'est un peu dur, il faut pas trop que j'y pense. Il faut que je me détache, j'essaye de me détacher. » P12

« Bon après j'ai pas mal pleuré. Je me rappelle que j'ai pas mal pleuré les 3 premiers jours et puis après ben je me suis concentrée sur mes cours. » P2

« Je suis restée encore au moins deux semaines pas bien. Mi- déprime quoi. À être chez soi, rien faire, pas d'habiller, pas bouger, pas sortir, rien. Je suis restée en déprime quoi.» P4

c) Des conséquences douloureuses sur la vie de couple : entre colère et sentiment d'injustice

Le deuxième thème identifié est l'impact sur la vie de couple.

En effet, il peut y avoir de la colère et du ressentiment envers le conjoint lié à l'idée qu'il est dans l'incapacité de comprendre le ressenti de l'IVG.

Comme ce n'est pas lui qui vit l'IVG à proprement dite cela peut conduire à un **sentiment d'injustice**.

« C'est moi qui avais mal, c'est moi qui l'ai vécu. Mais il était « mais bon mais moi aussi, ça me touche et tout quand même... » Oui d'accord mais heu moindre échelle. C'est pas lui qui l'a fait quoi. C'est pas lui qui l'a assumé. » P4

Ce ressentiment peut aller jusqu'à la remise en question de la relation voire la rupture.

« Du coup avec le gars en question, ben j'arrive plus trop à...avancer. C'est pour ça, je dis que je suis en couple mais je ne vais le rester longtemps à mon avis parce que je.. je ne sais pas. » P4

Nous retrouvons aussi une **peur** d'avoir à nouveau **des rapports** qui mèneraient à une autre grossesse. Elles ont besoin de temps pour reprendre une activité sexuelle sans angoisse.

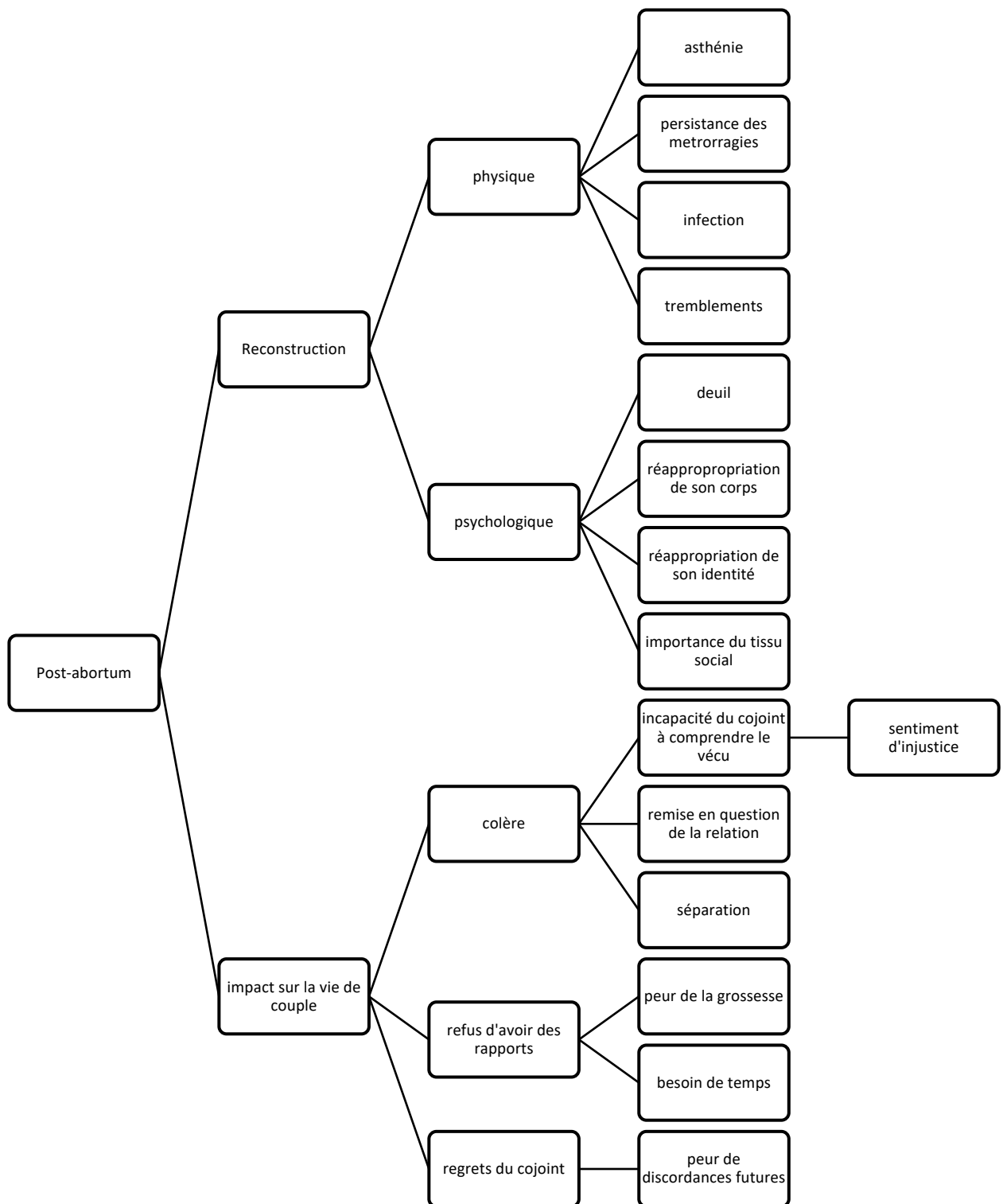
« Ben je me dis il faut que j'arrête d 'avoir des rapports. » P8

« Ne serait-ce que pour avoir un rapport la (soupir) pas trop envie quoi. Ça calme. (...)Et je ne suis pas prête encore. » P4

« je ne sais pas comment vous expliquer mais le retour à la sexualité est compliqué, la peur de retomber enceinte est ingérable. » P7

Enfin quand la décision n'est pas toujours partagée au sein du couple, il y a la peur que des reproches ou de la colère refassent surface ultérieurement.

« Donc après, ça me fait de la peine qu'il y pense encore et tout et j'ai peur qu'un jour il me le ressorte lors d'une dispute ». P8



Le vécu de la période post abortum

11. La place du médecin traitant dans la prise en charge : une expérience très contrastée

11.1. Certaines femmes ne donnent aucune place au médecin généraliste

À la question « quelle est la place du votre médecin traitant dans votre parcours ? » il y a un net clivage dans les réponses.

a) Un suivi par le médecin généraliste parfois jugé inutile

Tout d'abord, il y a celles pour qui le médecin traitant n'a aucune place. En général c'est parce qu'elle n'ont pas de suivi régulier soit parce qu'elles n'en ressentent pas le besoin soit parce que leur médecin est nouveau et qu'il n'y a **pas de relationnel** qui s'est développé.

« Je pense que ça dépend de femmes. Moi je suis quelqu'un qui ne va jamais chez le médecin, jamais, jamais.(...) Après je pense que si j'en avais eu besoin je l'aurais fait. Après je ne suis pas quelqu'un d'inquiète ou de stressée. » P8

« Mais là, vu que j'en ai pas, j'en vois deux généralement. Un qui est le médecin de mon ami et une autre qui est là quand ce médecin-là est trop rempli.(...) C'est pas des gens que je connais depuis petite et même le médecin de mon ami c'est pas le mien de médecin et du coup c'est vrai que c'est assez, enfin le médecin traitant ici, j'en ai même pas. » P2

b) L'expertise de la gynécologie réservée au gynécologue obstétricien

Ensuite il y a l'idée que la pratique de la gynécologie est le domaine d'**expertise exclusif du gynécologue** et l'idée même que leur médecin traitant puisse en faire est absurde.

« je ne vais pas souvent chez le médecin généraliste et quand ça concerne un problème comme ça, je vais pas voir mon médecin traitant, je vais voir le gynéco directement.(...) Oui, c'est l'idée que j'en ai. Il va pas me faire un examen gynécologique ou quelque chose. (rires) » P12

« Non je ne lui en ai pas parlé. Non il n'y a que ma gynéco de base » P6

c) Rejet de la figure d'autorité que représente le médecin de famille

Le troisième versant qui est lié au premier est la difficulté à se confier à son médecin traitant.

« Heu ben je ne pense pas que ce soit la personne à qui je m'adresserais. Plus voilà un psychologue. »

En effet, il fait **figure d'une autorité** qui entraîne un rejet et il y a la peur de la désapprobation du médecin de la famille.

« Je pense qu'il y a... je ne sais pas. Le médecin il fait autorité sur tout ce qui fait toute la santé mais on en a parlé tout le temps. Je n'en vois pas l'utilité en fait » P2

« c'est mon médecin qui m'avait fait une lettre et du coup, c'était le fil administratif dans le... à **** [ville d'origine] voilà sachant que **** comme je vous l'ai dit c'est très compliqué au niveau des médecins qui sont très conservateurs donc c'était assez bien son rôle à lui à ce moment-là.... Il y a eu des regards un peu désapprobateurs » P2

11.2. D'autres femmes lui donnent de multiples rôles

La deuxième moitié tout au contraire accorde une grande importance à leur médecin traitant et la dernière patiente regrette même de ne pas y avoir eu recours au début.

« Et ben, en fait. Là maintenant, là je me dis « mais comment je n'y ai pas pensé ? » P13

a) Le médecin généraliste a un rôle d'information, d'orientation et de conseil

En effet pour elles, il a une place dans l'**information** et l'**orientation** pour l'IVG et c'est souvent par lui qu'elles sont passées pour y accéder.

« Elle m'a vachement aiguillée aussi .C'est elle qui a appelé la 1^{ère} fois, qui a appelé tous les médecins pour pouvoir me prendre les RDV etc... » P9

Il est aussi considéré de bon conseil pour les aider à trouver un nouveau suivi gynécologique et pour aider au choix de la contraception.

« je pense que j'irai voir mon médecin. Je lui poserai la question. (...) voilà c'est ça. Je sais que mon médecin je peux lui parler de tout. » P5

Donc je me dis c'est bien et puis du coup je vais aussi rediscuter avec lui de ma contraception (...) bon je pense que mon médecin généraliste sera de bon conseil pour m'orienter chez quelqu'un d'autre. P13

b) Besoin d'une réévaluation psychologique à distance de l'IVG

Elles en attendent une **réévaluation psychologique** à distance car elles redoutent le contrecoup à deux-trois mois de l'IVG.

« Ben peut être comme la visite des quinze jours, peut être un « ça va »? « Comment vous vous sentez ? » Et peut être aussi d'essayer de contrôler des choses à ce niveau-là. » P7

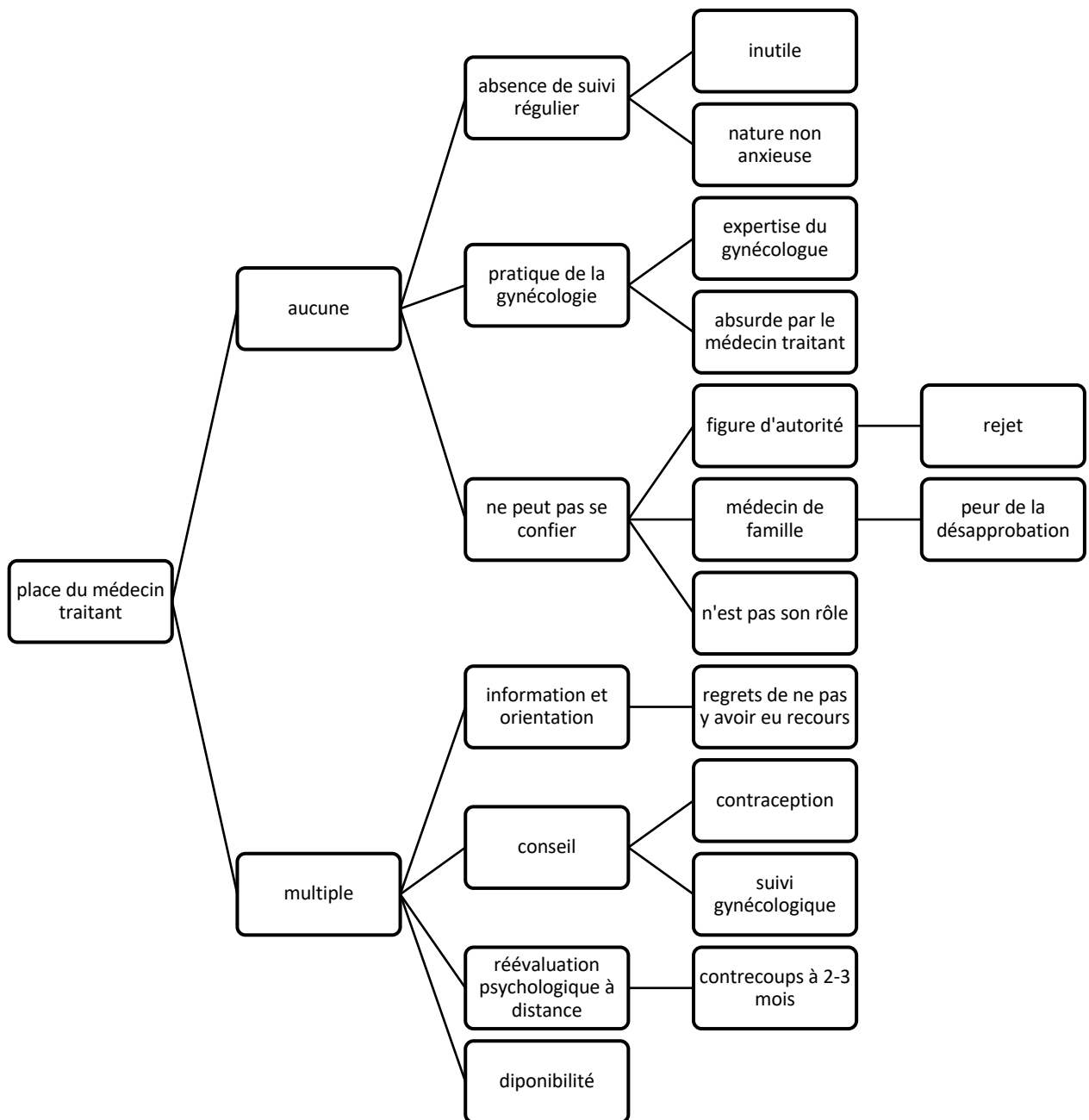
« Après là je me pose la question de savoir voilà c'est encore frais, je suis encore hyper occupée par mon année scolaire à terminer, les enfants aussi qui sont à l'école tout ça tout ça. Je me dis peut être tiens je ne sais pas. Je me dis dans l'été quand on sera en vacances il va y avoir peut être un petit coup de mou. » P13

c) La disponibilité du médecin traitant rassure

Enfin la **disponibilité** par téléphone ou par mail de leur médecin généraliste facilite le suivi.

« Hum est-ce qu'il est au courant... heu oui parce qu'on communique beaucoup par mail dès que j'ai besoin » P7

« D'ailleurs, elle m'a pas laissé tomber, elle m'a laissé son numéro personnel au cas où , s'il faut pour l'appeler etc... s'il y avait un problème » P9



Évaluation de la place du médecin traitant dans la prise en charge

12. Conception du suivi gynécologique futur

Un des thèmes abordés est le changement du suivi gynécologique ce qui a entraîné le rajout de la question « Comment envisagez-vous votre suivi gynécologique à présent ? »

a) Choix de garder le même suivi

La plupart des femmes qui ont déjà un suivi décident de le garder avec leur gynécologue habituel ou leur sage-femme en PMI.

« Non c'est mon gynéco. À la limite lui oui, il me suit depuis longtemps maintenant. » P4

Pour celles gardant leur gynécologue, certaines émettent une réserve sur le manque de **disponibilité** mais en cas d'urgence elles se rendraient soit aux urgences soit chez leur médecin généraliste.

« Ben en fait j'ai déjà un gynéco. Sauf que dans les cas d'urgence comme ça... manque de bol il était en congé quand ça s'est passé pour moi... mais bon j'ai déjà un gynéco » P10

*« Si jamais j'avais une grosse urgence, je pense que j'irais au CHU. Ou peut-être à Saint-Roch s'il y a des urgences gynéco mais je passerais pas par G*** ça sert à rien. Quand on a des urgences, ils ne sont pas là. Je ne vois pas trop l'intérêt ». P12*

Une femme est déjà suivie par la sage-femme de PMI qui est rapidement disponible et avec qui elle a un bon relationnel.

« Non en fait je suis plus avec la sage-femme de PMI, elle oui. Par exemple pour les urgences, infections tout ça... Parce que c'est compliqué, des fois j'ai des infections parce que je suis trop fragile en bas. C'est trop long d'aller voir le gynécologue. Après je préfère beaucoup une femme pour regarder en bas » P3

Plusieurs décident de ne pas avoir de suivi pour le moment et feront renouveler leur contraception par leur médecin généraliste.

« Mais je pense que je reprendrai une gynéco mais pas tout de suite, peut-être. » P5

b) Un changement souvent motivé grâce au bon relationnel instauré par le médecin généraliste qui a pratiqué l'IVG

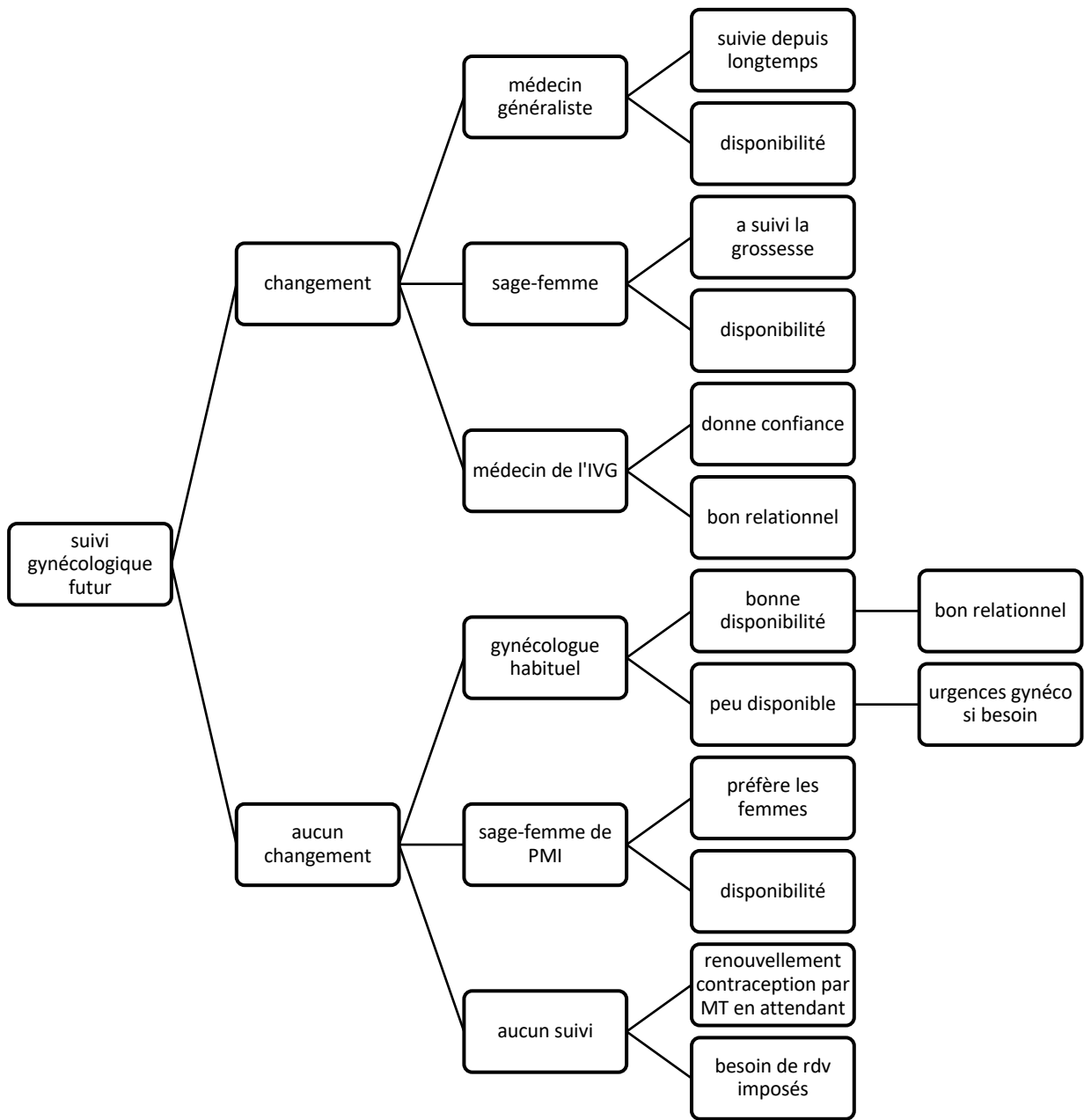
Cependant quelques femmes décident de changer de suivi soit parce qu'elle n'en avait pas soit parce qu'elles ne veulent plus être suivies par leur gynécologue.

« Non j'y vais rarement mais il faudrait que j'y aille je ne sais pas... tous les deux ans faire un petit rappel mais en soi ouais. Si on me dit que c'est nécessaire de faire un suivi tous les ans et qu'on me donne des rendez-vous oui mais si ce n'est pas nécessaire je reste comme je suis. » P11

Dans ce cas-là le choix peut se porter sur le médecin traitant, une sage-femme ou le médecin ayant fait l'IVG en qui elles ont **confiance**.

« Et ben je ne savais pas trop. Je l'ai vu dans le cabinet du Dr X que les médecins généralistes pouvaient faire de la gynécologie donc je vais peut-être en parler à mon médecin. Je ne sais pas s'il le fait. Je n'ai jamais vu affiché de tarifs de pose de stérilet de truc comme ça chez lui. Hum... la sage-femme qui s'est occupée de moi pour mes deux grossesses était top » P13

« Du coup je vais aller voir le Dr X pour mettre le stérilet. Il m'a vachement donné confiance dans ses compétences, mais les gynéco de Montpellier, j'en avais essayé une, une dame, un peu, elle y allait à l'arrache, du coup, en vrai, les gynéco, j'évite le plus que possible » P9



Conception du suivi gynécologique futur

13. Outils et perspectives d'amélioration

Plusieurs pistes d'amélioration ont été données par les patientes qui concernent les difficultés qu'elles ont rencontrées dans leur parcours.

a) L'accès à l'information fiable et accessible autour de l'IVG est à améliorer

L'accès à l'information est le principal thème qui revient.

Le premier outil proposé est la réalisation d'un **site internet** dédié à l'IVG informant sur les différentes modalités, le cadre légal, un listing des médecins agréés pour faire l'IVG à domicile et le moyen de contacter les centres d'orthogénie directement.

« Et c'est la partie qui est un peu floue, sur internet on trouve de tout et au final quand on finit par se renseigner auprès des professionnels de santé, tout le monde nous dit qu'on ne peut pas le faire à domicile, qu'il faut un agrément etc.. donc sur Montpellier je ne pourrai même pas vous dire qui le fait à domicile.

On ne trouve pas ce genre d'informations et c'est dommage par ce que la ça aurait très bien pu se faire à la maison. » P7

La **désinformation** sur internet est aussi un obstacle rencontré qui peut être anxiogène.

« Et de trouver une solution pour cet internet qui sort que les choses... la désinformation c'est pas possible quoi.

Moi je me met à la place des personnes qui n'ont rien à voir avec le médical, c'est une catastrophe. Quand vous voyez ce que les femmes décrivent sur internet, c'est... Et vous savez les actions anti-IVG, etc., c'est... »

Par ailleurs une patiente n'a pas semblé être assez informée du risque possible de faire la fausse couche entre les deux prises médicamenteuses.

« Juste...si ça devait arriver, expliquer que ben... ben de perdre le... enfin je ne sais pas comment vous expliquer... De faire la fausse couche, que ça peut arriver avant d'être hospitalisée. » P5

b) Besoin de plus de personnels formés pour l'IVG

Le deuxième est le souhait qu'il y ait plus de professionnels de santé qui se forment à l'orthogénie

« mais cette histoire d'agrément qui peut faire une IVG, la communication par ce que moi je m'étais renseignée pour la faire à la domicile vu que je l'avais vécue une fois et que bon je savais à quoi m'attendre, les signes d'alerte etc... » P7

c) Facilitation du parcours administratif

Le **parcours administratif** est parfois lourds avec la réalisation des étiquettes à chaque consultation ou en hospitalisation de jour.

« c'est juste le parcours administratif qui est super long, quoi. Tout ce temps pour aller refaire faire des étiquettes, faire la prise de sang, le labo où il y a... il faut attendre » P1

Parfois le contrôle se fait par des gynécologues venant de l'extérieur sans-rendez-vous en convoquant les patientes à 8h30 ce qui peut entraîner de longues heures d'attente.

« L'heure des rendez-vous ce que je ne comprends pas c'est que tout le temps 8h30 et en fait on poireaute. » P1

Lorsque l'IVG se fait en centre d'orthogénie, il est préférable que la prise en charge se fasse entièrement au même endroit, y compris pour la réalisation des examens sanguins et de l'échographie de datation. Cela évite la multiplication des rendez-vous.

« Du coup j'aurais préféré une prise en charge vraiment de A à Z c'est à dire depuis le début que j'ai le test urinaire mettons jusqu'à la fin. Ça j'aurais... voilà ça serait plus simple pour les patientes. » P1

d) Modifier le regard de la société autour d'un tabou

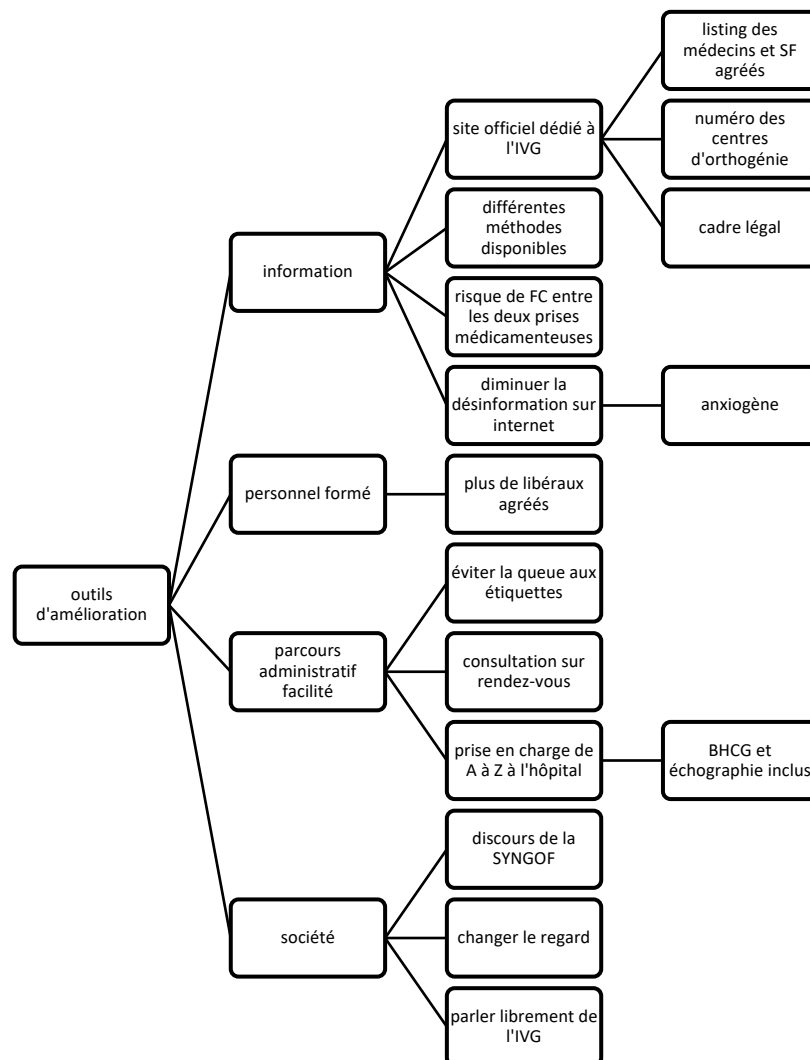
Enfin le dernier thème évoqué est le **changement sociétal**. Le sentiment que le sujet de l'avortement reste un tabou est stigmatisant.

« Ben non je pense que ce qu'il y a à améliorer c'est sociétal en fait clairement.

Moi je sais ce qui m'a fait le plus peur c'est le regard des gens que j'allais rencontrer en fait. » P2

Des patientes ont été marquées par des discours anti-avortement de la part de représentants de la société française de gynécologie-obstétrique.

« on avait le gars gynéco qui s'est exprimé en disant.. sur la clause de conscience c'est assez ... c'était vraiment le mauvais moment en fait » P2



Outils et perspectives d'amélioration autour de l'IVG

IV. DISCUSSION

A. Biais et limites de l'étude

1. Biais de recrutement

Concernant les femmes ayant réalisé l'IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour :

Les patientes ont été recrutées dans seulement deux centres différents : la clinique St Roch à Montpellier et le CH de Perpignan ce qui diminue la représentativité de la population. Cependant, nous avons l'avantage d'avoir eu deux cadres différents : privé et public.

Pour ces patientes nous leur avons proposé de participer à l'étude après avoir réalisé l'IVG. Elles étaient donc volontaires ce qui implique un biais de recrutement par convenance. Nous pouvons imaginer que les patientes qui ont eu des difficultés ou une mauvaise expérience n'ont pas voulu participer.

Concernant les femmes ayant fait une IVG médicamenteuse à domicile par le médecin généraliste, nous avons eu de grandes difficultés à recruter dans ce secteur. La première a été l'absence de réponse de la plupart des médecins contactés dans la région. Une des médecins a été surprise d'avoir été contactée car elle ne souhaitait pas que l'on sache qu'elle pratiquait les IVG de peur d'être sur-sollicitée par les patientes.

La deuxième a été l'immense désistement des patientes au dernier moment. Au total 13 patientes sur 18 ne sont pas rendues aux entretiens sans explications et parfois sans prévenir. Nous avons essayé de les contacter ultérieurement pour comprendre leur refus mais aucune n'a répondu. On peut supposer que les patientes avec un vécu plus douloureux n'ont pu être interrogées.

Afin d'améliorer le recrutement, l'enquêteur a participé comme observateur aux entretiens, présenté comme un étudiant du médecin pratiquant les IVG. Cette méthode s'est révélée très efficace.

Le biais de recrutement par convenance est possiblement moindre dans cette population car l'enquêteur leur a proposé de participer à l'étude au premier entretien pré-IVG, elles n'étaient donc pas influencées par leur expérience.

2. Manque d'expérience de l'enquêteur

Le manque d'expérience de l'enquêteur pour réaliser les entretiens se retrouve dans l'utilisation de beaucoup de questions fermées et un rythme d'entretien ne laissant pas toujours le temps à la patiente d'aller au bout de sa réponse.

La technique a été améliorée au fil des entretiens grâce à l'expérience acquise et aux outils tels que « *L'entretien compréhensif* » de Jean-Claude Kaufmann(46)

3. Lieu de l'entretien

Les différents lieux peuvent influencer la qualité des entretiens. En effet ceux réalisés dans un bureau du CH de Perpignan donnent un cadre plus professionnel et mettent en confiance. Cependant cela peut aussi mettre une barrière car le cadre est plus strict.

Les autres réalisés dans les cafés, jardin public, et lieu de travail des patientes ont une grande variabilité. Une patiente donnait des signes d'inconfort dans un des cafés choisis ce qui a pu l'empêcher de se confier librement.

L'utilisation d'un dictaphone a été citée comme un frein à participer à l'étude par une patiente même après avoir expliqué l'anonymisation des données.

4. Questions rajoutées au guide d'entretien

Nous avons rajouté après les deux premiers entretiens :

« Avez-vous eu des doutes sur la méthode médicamenteuse pour réaliser l'IVG ? »

« Comment envisagez-vous votre suivi gynécologique futur ? »

« Pouvez-vous résumer en quelques phrases votre expérience d'après notre échange ? »

5. Biais d'interprétation

L'analyse des entretiens a été réalisée par l'enquêteur ce qui l'expose au biais d'interprétation. Ce biais a été diminué par la relecture de l'encodage par la directrice de thèse afin de réaliser une triangulation des données.

B. Discussion des résultats

1. Accès à l'IVG

a) Exercice en réseau

Notre étude souligne l'importance d'une activité en **réseau coordonné** des professionnels de santé que ce soit pour les femmes qui ont fait une IVG en hospitalisation de jour ou à domicile par le médecin généraliste.

Le réseau entre ville et l'hôpital en orthogénie (REVHO) créé en Île-de-France en 2004 est un exemple pour faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse, en particulier en ville. (47) Ses principales missions sont :

- réaliser des IVG médicamenteuses hors établissement de santé
- diffuser la méthode médicamenteuse en ville pour améliorer la prise en charge des patientes
- faciliter l'accès à la contraception.

Une étude réalisée dans la région Grand-est en France montre que l'offre pour l'IVG dans le département de Champagne-Ardenne s'est nettement étoffée depuis la création d'un réseau similaire. Ce réseau a centralisé et mis en place la formation de médecins généralistes pour l'IVG. (48)

b) Accès à l'échographie de datation

L'accès à l'échographie est aussi un problème soulevé par les patientes en particulier pour celles qui souhaitent faire une IVG médicamenteuse à domicile.

C'est probablement la raison pour laquelle les dernières recommandations de la CNGOF de 2016 explicitent que l'accès à l'échographie de datation ne doit pas être un frein à l'IVG médicamenteuse. (22) (23) Elle doit donc être réalisée quand cela est possible mais elle n'est plus obligatoire. Le médecin peut se baser uniquement sur la date des dernières règles et la positivité des BHCG.

En pratique, on peut comprendre que le médecin souhaite une échographie de datation pour s'assurer du terme et que la grossesse est bien intra-utérine.

Il serait préférable que le professionnel qui adresse la patiente puisse organiser lui-même les rendez-vous pour faciliter le parcours de la patiente.

c) Rôle de plus en plus important des sages-femmes

Depuis 2016 les sages-femmes sont autorisées à réaliser des IVG médicamenteuses. Cette loi a été très bien accueillie par les sages-femmes et beaucoup ont demandé à être formées. (49)

Nous pouvons supposer que cette ouverture de l'offre de soin va permettre une meilleure accessibilité à l'IVG pour les femmes. En effet une revue de la littérature de L'international confederation of midwives (ICM) montre l'importance des sages-femmes pour garantir l'accès à l'IVG dans des régions très isolées. (50)

d) La télémédecine une solution possible?

Une revue systématique de la littérature a été publiée en 2019 sur la télémédecine (TM) et l'IVG médicamenteuse.(51). Elle retrouve un taux de succès identique avec les IVG en personne. Le taux de chirurgie par aspiration post-IVG est cependant plus élevé pour les IVG par TM mais est variable en fonction des pays et serait peut-être lié à des différences de pratiques de la prise en charge des échecs des avortements médicamenteux.

La majorité des études sont d'Iowa, Alaska et Colombie Britannique où l'avortement médicamenteux par TM est autorisé, on peut imaginer en raison d'une grande disparité médicale. Pour l'IVG par TM, les patientes ont un premier entretien par vidéo Skype en amenant leurs résultats des BHCG et de l'échographie de datation. Les médicaments sont ensuite récupérés à la pharmacie la plus proche. Un nouvel entretien par téléconférence pour le contrôle a lieu dans les semaines suivantes.

Il est pour le moment impossible d'envisager l'IVG médicamenteuse par télémédecine en France car les médicaments doivent être délivrés en personne.

Une étude 2019 sur l'IVG médicamenteuse par télémédecine en Europe soulève le problème des législations différentes pour l'IVG selon les pays. Les états où l'avortement est interdit craignent que leur ressortissantes y aient accès plus facilement. (52)

2. Importance du premier contact et de la première échographie

a) Le premier contact

Nous retrouvons dans nos résultats l'importance pour les patientes d'avoir un interlocuteur ayant une **attitude ouverte et non jugeante** et de pouvoir avoir le temps et la place de s'exprimer librement.

Ces résultats sont assez similaires à l'étude qualitative de Martin de 2014 sur le vécu de 18 femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en ville en Île-de-France. (6) Les attentes lors de la première consultation étaient qu'elles puissent exprimer leurs doutes et leurs angoisses, qu'il y ait une absence de jugement et que le médecin soit neutre.

b) Vécu de l'échographie

Le vécu de l'échographie est très variable dans nos résultats. Il est important de bien informer du déroulement de l'examen au préalable et que celui-ci soit le plus court possible.

Pour certaines femmes, en particulier celles qui ont déjà eu des enfants, la vision de l'embryon n'est pas traumatisante et permet de voir que le stade de la grossesse n'est pas avancé.

Pour d'autres l'image renvoie à leurs **représentations personnelles**. La vision de la grossesse est culpabilisante et si l'opérateur n'est pas en faveur de l'IVG cela se ressent d'autant plus.

Une revue de la littérature a été réalisée par Attali en 2016 sur les aspects psychologiques de l'IVG.(53) Plusieurs travaux montrent que les images brutes non commentées peuvent avoir l'effet d'un traumatisme. Une enquête décrit qu'il peut y avoir des attitudes médicales culpabilisantes en décrivant en détail l'embryon, en particulier le cœur et en l'appelant « le bébé ».

3. Entretien pré IVG et prise en considération du contexte

a) Ambivalence face au désir de grossesse

Notre étude retrouve une peur très présente de l'infertilité. La grossesse peut donc être présentée comme un outil pour **tester sa fertilité**, un moyen de se rassurer.

Cette ambivalence est décrite dans la littérature c'est pourquoi nous utilisons le terme de grossesse « non voulue » plutôt que « non désirée » pour illustrer l'écart entre le désir (inconscient) et la volonté (conscient).(54)

La peur de l'infertilité avec l'ambivalence face au désir de grossesse est un facteur de risque reconnu de grossesse non voulue et doit être recherché en tant que tel. (55) (15)

En France la littérature évaluant l'entretien pré-IVG est surtout composée d'expériences de professionnels. (53) Mortueux écrit dans *La place de la parole dans l'entretien pré-IVG* : « Par la parole, la consultante peut éventuellement mieux saisir les différents rapports qu'elle

entretient : le couple qu'elle forme avec son compagnon, sa relation à la contraception, à ses parents, son attitude face au deuil, au sentiment de perte. » (56)

b) Difficultés avec la contraception

Les difficultés rencontrées avec la contraception doivent être systématiquement recherchées et évaluées. Nous retrouvons une grande peur de la contraception hormonale et il est d'ailleurs très intéressant de voir qu'aucune des femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en ville n'a choisi d'utiliser une contraception orale après l'IVG.

Cependant une étude de Vigoureux et Le Guen sur la contraception en France en 2018 rappelle que malgré la crise de la pilule de 2013 qui a remis en question l'utilisation de la contraception oestro-progestative, elle reste la plus utilisée juste avant les dispositifs intra-utérins.(57)

Elle montre aussi que la contraception en France reste essentiellement féminine et donc est entièrement sous la **responsabilité des femmes** ce qui est dans notre étude vécu comme parfois injuste et difficile à porter.

Dans notre étude, les patientes décrivent aussi les difficultés qu'elles ont eu avec les différentes méthodes de contraception et tous les effets secondaires qu'elles ont subis. Elles sont alors en transition entre deux contraceptions ou en arrêt complet.

Une étude de Trussell and al. aux États-Unis montre qu'une femme prenant une contraception entre son 15^{ème} et son 45^{ème} anniversaire arrêtera en moyenne 10 fois sa contraception à cause de la méthode.(58)

L'enquête COCON réalisée en France au début des années 2000 retrouve des facteurs d'échec de la contraception similaires : « la difficulté de l'accès à l'information, l'ambivalence face au désir de grossesse, l'inadéquation de la contraception avec la mode de vie, le changement de situation contraceptive dans les 6 mois et la non reconnaissance de la sexualité chez les plus jeunes dans certains groupes ».(59) (6)

Il est intéressant de noter que sur les 13 femmes que nous avons interrogées seulement 3 d'entre elles ont utilisé une contraception d'urgence.

L'étude de Jamin et Lachowsky de 2014 montre que 30% des femmes par an décident d'un arrêt de la contraception pendant 2 mois, et cela représente 60% des cas de situations à risque de grossesse. (60) Elle montre aussi que le facteur principal de sous-utilisation de la contraception

d'urgence est la **méconnaissance des situations à risque de grossesse** suivi d'une **méconnaissance de la contraception d'urgence** elle-même et de ses modalités d'utilisation.

C'est pourquoi il est important de prendre en compte leur histoire avec la contraception et de les accompagner tout au long de leur choix et de prescrire systématiquement une contraception d'urgence avec la contraception choisie.

4. Choix de la méthode

Il est recommandé que les femmes puissent participer activement au choix de la méthode d'IVG après une information éclairée (grade C). (53)

a) Une méthode médicamenteuse parfois vécue comme imposée

Nous retrouvons une différence entre nos deux populations.

Toutes les femmes qui ont réalisé une IVG médicamenteuse à domicile disent avoir fait le choix libre et éclairé de la méthode tandis que ce choix est plus contrasté chez les femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour.

Cela peut-être expliqué par le fait que les femmes qui souhaitent faire une IVG à domicile sont dans une démarche dès le départ qui vise à éviter une hospitalisation.

Une étude qualitative réalisée auprès de 15 patientes au CHRU de Montpellier en 2015 par Favier montrait déjà qu'un nombre important de femmes regrettaient la méthode médicamenteuse et l'avaient vécue comme imposée. (2)

L'étude qualitative de Martin de 2014 montre aussi que les médecins peuvent avoir tendance à orienter le choix des patientes en fonction de leur propre préférence.(6)

Ces résultats sont aussi retrouvés dans l'enquête COCON où 15% des femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation auraient préféré une « IVG sous anesthésie générale »(59)

Une étude menée sur 1033 patientes au Danemark en 2005 de Rorbye and al. retrouve un taux très élevé de satisfaction parmi les deux méthodes si celles-ci ont été choisies librement avec un taux légèrement plus élevé chez les femmes ayant choisi une IVG chirurgicale (94% vs 68%, $P < 0,001$). (61)

b) Motifs évoqués pour les femmes demandant une IVG chirurgicale

Parmi nos résultats les femmes qui auraient préféré une IVG chirurgicale, si elles en avaient eu le choix, évoquent la culpabilité trop importante liée à la prise de mifépristone et une méthode chirurgicale imaginée comme plus facile. Elle permettrait de **ne pas voir et de ne pas vivre** les saignements et la douleur.

Une étude aux États-Unis de 2001 montre que certaines femmes préfèrent la méthode chirurgicale car elle est plus rapide, et ne comporte pas de crampes douloureuses ou le risque de voir du sang et des caillots.(62)

c) Les motifs évoqués par les femmes désirant une IVG médicamenteuse

Les patientes ayant fait le choix de l'IVG médicamenteuse, évoquent une méthode perçue comme moins dangereuse avec une peur de blessures irréversibles suite à la chirurgie. Elles le voient comme un moyen plus sûr de préserver leur fertilité future.

Les femmes ayant fait le choix de faire l'IVG médicamenteuse à domicile évoquaient un rejet du milieu hospitalier, une méthode plus conciliable avec leur quotidien, en particulier celles qui ont des enfants et un impact psychologique qui serait moindre.

Une étude réalisée en 2016 au Royaume-Uni par Heath and al sur 120 patientes retrouve que 53% des femmes ayant choisi la méthode médicamenteuse considèrent que c'est l'option la moins invasive et la plus naturelle, comme une fausse couche et qu'elle permet d'éviter une anesthésie. Les femmes qui ont choisi le domicile rapportaient des facteurs liés à leur condition de vie et leur condition sociale, en particulier d'avoir des enfants à la maison. (63)

5. Le vécu de l'expulsion

Comme nous l'avons vu précédemment, l'expulsion est un moment souvent vécu de manière intense. Les femmes doivent composer avec les saignements souvent abondants, la douleur des contractions et ensuite appréhender la vision du produit d'expulsion.

La littérature est pauvre concernant la comparaison du vécu de l'expulsion en hospitalisation et à domicile.

a) Le vécu du domicile

Dans notre études, les femmes ayant choisi de faire une IVG médicamenteuse à domicile sont satisfaites de leur choix. Elles ont cependant dû faire face aux mêmes difficultés que celles l'ayant faite en hospitalisation.

Nous avons pu remarquer par ailleurs que les femmes ayant déjà eu des grossesses ont mieux vécu les saignements et les contractions.

Une étude unicentrique réalisée par un questionnaire en France en 2004 retrouve une très large acceptabilité de la prise de Misoprostol à domicile (98,5%, n=120) ainsi que des effets secondaires . Elle était un peu moindre chez les patientes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation (72,25 % n= 289). (64)

Cette acceptabilité du domicile est retrouvée dans une étude franco-suédoise de 2005 où elle était de 98%.(65)

Lorsque l'IVG est à domicile, il est recommandé que le praticien soit facilement joignable et donne les coordonnées de la structure avec laquelle il est conventionné. (28)

En 2014 en Afrique du Sud, un essai randomisé a évalué la mise en place d'un dispositif d'envoi de SMS systématique pour les femmes qui faisaient une IVG à domicile contre la procédure standard. Treize messages étaient envoyés le jour de la prise de Misoprostol rappelant les différentes étapes, la quantité de saignement possible, la posologie des antalgiques. Les femmes ont rapporté qu'elles se sentaient bien mieux préparées pour les saignements ($p < 0,001$), la douleur ($p = 0,042$) et les effets secondaires ($p = 0,027$). 90% recommanderaient cette procédure.(66)

Nous pouvons comprendre que l'utilisation d'un tel dispositif diminue l'anxiété et l'on pourrait prévoir la création et l'utilisation d'une application mobile nationale à l'avenir reprenant les mêmes thèmes. Un tel dispositif ne pourrait bien sûr pas remplacer la disponibilité du praticien ou du centre en cas de besoin.

b) La douleur comme punition

Un autre élément ressortant dans nos résultats est le retard à la prise d'antalgiques chez certaines patientes, acceptant la douleur comme **punition** liée à la culpabilité qu'elles ressentent.

Cet élément est déjà décrit dans l'étude qualitative de Martin : « On peut se demander si l'inconscient collectif n'accepte-t-il pas plus la présence de douleurs après une IVG que dans un cancer ou une autre maladie ? » (6)

Pour les patientes ayant fait une IVG à domicile, le médecin a prescrit systématiquement la prise concomitante de 1 gramme de Paracétamol et de 400mg d'Ibuprofène avec le Misoprostol. Les patientes en HDJ se sont vu proposer régulièrement des antalgiques de palier 1 ou 2. L'ibuprofène reste l'antalgique de première intention. (30)

Les facteurs de survenue de plus grande douleur sont l'âge gestationnel (>50 jours), le jeune âge, l'origine caucasienne (comparée à l'origine asiatique) et les antécédents d'IVG.(67)

c) La question du produit d'expulsion

La vision et la gestion du produit d'expulsion est une question qui revient dans nos résultats.

En hospitalisation, il leur est demandé systématiquement d'aller aux toilettes sur le bassin pour surveiller que l'expulsion est complète, on leur montre ensuite le produit d'expulsion.

Les femmes se sentent parfois gênées de devoir montrer leurs selles et leurs urines à la recherche de l'œuf.

Une femme ne pouvait pas imaginer expulser aux toilettes et a ressenti le besoin d'enterrer le produit d'expulsion.

Attali rappelle que la question du lieu et de la manière d'expulser revient régulièrement dans les entretiens psychologiques. (53) « La patiente doit pouvoir, si elle le souhaite, participer à la façon dont l'expulsion se fera (par exemple, dans un bassin) (avis d'experts). La femme peut évoquer le devenir du produit d'expulsion. Il est important de pouvoir utiliser des mots appropriés pour le nommer. »

6. Choix de la contraception post-abortionum

L'éducation et le conseil pour la contraception doit faire partie intégrante de la prise en charge de l'IVG pour prévenir une autre grossesse non voulue. (Grade 1C) (68)

a) Laisser le libre choix de la contraception

Une étude américaine de 2010 montre de manière significative que les femmes souhaitent être plus autonomes dans la prise décisionnelle de leur contraception que dans leur santé en général (50% vs. 19%, $p < .001$)(69)

Dans notre étude, les femmes qui faisaient une IVG en hospitalisation de jour avaient parfois l'impression qu'elles n'avaient pas le choix de la contraception post-abortum. On les poussaient souvent à prendre une contraception orale et lorsqu'elles souhaitaient la mise en place d'un DIU, elles devaient reprendre rendez-vous avec leur propre gynécologue qui a souvent de long délais d'attente pour les rendez-vous.

Une revue de la littérature de 2010 étudiant le lien entre la relation médecin-patient et l'observance de la contraception retrouve que dans la population générale, la communication et la relation avec le professionnel de santé influencent la prise et l'observance à 6 mois de la contraception et que les patientes qui ont un bon relationnel avec leur médecin auraient plus tendance à continuer leur contraception. (70)

b) Contraception réversible à longue durée d'action ou Long active reversible contraception (LARC) et IVG répétées.

Les LARC représentent les dispositifs intra-utérin au cuivre ou progestatifs et l'implant contraceptif à la progestérone.

Nous remarquons de manière très intéressante qu'aucune des patientes ayant fait une IVG médicamenteuse à domicile n'a choisi une contraception orale. Ces décisions sont en lien d'une part avec un rejet de la contraception hormonale et d'autre part avec une diminution des contraintes et des risques d'oubli liés à la prise orale.

Une étude au Canada montrait que près de la moitié des femmes avait arrêté leur contraception orale dans les deux mois après l'IVG. ($p=0.12$)(71).

D'autres travaux ont montré que le risque de GNP après une IVG était moins élevé chez les femmes à qui on avait mis en place une LARC immédiatement après l'IVG que chez celles pour qui il y avait eu un délai (Grade 1A) (72), tout comme le taux d'IVG répétées est moins élevé. (Grade 1A) (73)

Seulement un tiers des femmes qui souhaitent avoir un DIU sont revenues se le faire poser. (74)

Dans l'étude de l'Heudé et al.(75) 78,8 % des patientes ont choisi une autre contraception en post-abortum que celles qu'elles avaient au départ (IC95 % [73,4– 84,2]. Pour comparer, environ la moitié des LARC ont été posées directement en post chirurgicale alors que seulement 15,4% ont été posées pour la technique médicamenteuse. Aucun des DIU prescrits n'a été posé au cours des prises en charge médicamenteuses (en hospitalisation et à domicile) contre un faible pourcentage lors des prises en charge chirurgicales (20,7 %, $p < 0,001$).

Il est donc important d'accompagner et de guider les femmes tout au long de leur choix pour la contraception tout en leur laissant le temps et la possibilité de faire leur choix librement. Lorsqu'elles souhaitent utiliser une LARC, elles doivent être encouragées et le dispositif doit être mis en place le plus tôt possible pour diminuer le risque de survenue d'une autre grossesse non prévue.

7. Consultation de contrôle

a) Une différence de pratiques

Dans notre étude nous pouvons observer une différence de pratique entre le domicile et l'hospitalisation de jour (HDJ).

Les femmes qui ont fait une IVG en HDJ ont toutes eu un rendez-vous obligatoire avec une échographie de contrôle au centre d'orthogénie deux semaines après. Les femmes ayant une IVG médicamenteuse à domicile par le médecin généraliste se sont toutes vues proposer la consultation de contrôle et toutes ont refusé. On leur a laissé le choix de faire une prise de sang ou une échographie et elles ont toutes choisi la prise de sang pour des raisons pratiques.

Rappelons que dans les recommandations de la CNGOF, la consultation doit être obligatoirement proposée.(22) Les deux méthodes par dosage des BHCG ou par échographie après J15 sont équivalentes en terme d'efficacité mais l'échographie est opérateur dépendant (28)

Le souhait d'avoir le choix de faire la consultation de contrôle afin d'alléger le parcours a aussi été décrit dans l'étude qualitative de Martin sur le vécu de l'IVG à domicile.(6)

Nous savons qu'il y a beaucoup d'absentéisme à la consultation de contrôle dans les centres d'orthogénie. Ces patientes sont perdues de vue. Le suivi post-abortum serait peut-être meilleur si on leur laissait le choix des modalités de contrôle, par exemple par téléphone.

b) Un moyen de se rassurer et de faire le point sur la contraception

Lorsqu'elle est souhaitée, la consultation de contrôle permet d'avoir un sentiment de finalité. Dans l'étude de Martin, les femmes parlent de « l'importance de clôturer(6) ». Elle permet aussi de rediscuter de la contraception, de la prescrire si cela n'a pas été fait lors de la consultation pré-IVG. Dans notre étude les patientes souhaitent aussi que ce soit un moment pour évaluer leur état psychologique.

8. Période post-abortum

Comme nous l'avons vu, la période post-abortum est un moment de reconstruction et de remise en question.

Dans notre étude, les femmes décrivent une période de deuil psychologique mais aucune ne décrit l'apparition d'une dépression.

a) IVG et risque de troubles psychiques.

Plusieurs travaux ont étudié le risque de troubles psychiques suite à une IVG. Toutes les études méthodologiquement validées ont montré qu'il n'y avait pas d'augmentation du risque de survenue de troubles psychiques après une IVG.(53)

L'étude de Gilchrist and al du RCOG en 1995 sur une cohorte prospective de 13 261 femmes avec une grossesse non prévue montre que les femmes qui n'ont pas d'antécédents de psychose et qui ont fait une IVG ont un risque relatif plus faible de développer des troubles psychiques (RR 0,4 95% IC 0,3-0,7) qu'une femme qui a poursuivi sa grossesse non prévue. Cependant les femmes qui ont des antécédents de troubles psychiatriques ont plus de risque d'en développer en post-abortum (RR 1.7, 95% CI 1.1-2.6) ou en post-partum chez celles à qui on a refusé l'IVG (RR 2.9, 95% CI 1.3-6.3).(76)

Dans tous les cas l'entretien avec un psychologue doit être systématiquement proposé à la patiente qui réalise une IVG ainsi qu'à son conjoint. Il convient d'évaluer les antécédents de troubles psychiques afin de l'accompagner au mieux.

b) Remise en question du couple et place du conjoint

Dans notre étude, le conjoint n'est pas souvent pris en compte dans la prise décisionnelle. Il est même parfois exclu de toute la procédure lorsque la patiente juge qu'il ne peut pas comprendre et que leur relation n'est pas stable.

Une étude de 2008 aux États-Unis a évalué l'utilité d'un suivi avec conseil conjugal dans les 3 mois qui ont suivi l'IVG. 27% (n=774) des femmes sont venues accompagnées de leur conjoint pour l'IVG, parmi ces couples 42% (n=88) ont choisi d'avoir recours au conseil conjugal. Tous ont évalué ce suivi favorablement. (77)

Mortueux nous dit que l'entretien pré-IVG peut servir aussi à faire prendre conscience des dysfonctionnements du couple : « entretien avec la consultante pendant lequel le compagnon ou conjoint est présent, ou parfois véritable entretien conjugal, la demande d'IVG ayant servi de déclencheur pour qu'une parole nouvelle circule entre les deux partenaires du couple. »(56)

Même si les patientes se présentent rarement avec leur conjoint, leur laisser une place pour discuter de leur couple semble essentiel.

c) IVG et violences conjugales

Dans notre questionnaire nous n'avons pas pensé à poser la question s'il y avait un contexte de violence conjugale. Aucune patiente n'a spontanément parlé de violences conjugales nous ne pouvons donc pas savoir si elles en ont subi. De plus le guide d'entretien ne prévoyait pas cette question.

Les études montrent que les médecins sont mal formés au dépistage des violences conjugales (6) Une étude transversale par questionnaire sur 480 femmes a été réalisée en Alsace en 2018. Elle retrouve une différence significative entre le nombre de violences conjugales chez les femmes ayant eu des IVG répétées (53%) et celles pour qui c'était la première IVG.(33 %) (OR 2,1, IC 95 % [1,4–3,1], $p < 0,01$).

En cas de violences conjugales, si les femmes ne sont pas interrogées, elles n'en parleront pas spontanément. Il faut penser à changer nos pratiques et à poser systématiquement la question.

9. Place du médecin traitant dans la prise en charge

a) Un rôle de conseil et d'orientation avec un interlocuteur plus disponible

Dans notre étude, 3 femmes sur les 5 qui ont fait une IVG médicamenteuse et 1 femme sur les 8 qui ont fait une IVG en hospitalisation de jour ont contacté leur médecin traitant.

Cependant les femmes qui ont eu recours avaient un suivi régulier et se sentaient proches de leur médecin traitant. Elles le décrivaient comme très disponible.

Il leur a permis de les orienter rapidement. Il peut aussi être leur conseiller pour rediscuter de la contraception. Il est aussi un recours lorsqu'elles souhaitent changer de suivi gynécologique.

Ce faible recours au médecin traitant est similaire dans l'étude qualitative de Martin de 2014 où seulement 3 patientes sur les 18 avaient contacté leur médecin traitant. (6) Ces 3 patientes ne l'avaient contacté que parce qu'il assurait déjà le suivi gynécologique, ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

b) Évaluation psychologique à distance

Plusieurs patientes évoquent le fait d'un « contre coup à distance » de l'IVG. Elles attendent de leur médecin généraliste qu'il leur pose la question de leur état psychologique mais elles ne vont pas forcément aborder le sujet elles-mêmes. En effet au moment de l'IVG, elles souhaitent que tout se passe le plus rapidement possible sans vraiment écouter leurs émotions. Ce n'est qu'à partir de quelques semaines après l'IVG qu'elles commencent à réfléchir et analyser ce qu'elles ont pu vivre.

« Lorsque l'entretien psychologique était obligatoire de nombreuses femmes le vivaient comme une ingérence dans leur vie privée. Elles souhaitaient une assistance psychologique en cas de besoin mais après l'IVG plutôt qu'avant. » Il est possible que les femmes demandent des entretiens jusqu'à un an après l'IVG. (53)

Rappelons qu'il est obligatoire d'informer les femmes qu'elles ont le droit à un soutien psychologique à tout moment.

Le médecin traitant peut avoir un rôle sur le long terme pour dépister les troubles psychiques et être une écoute pour leurs patientes qui ont fait une IVG.

10. Outils et perspectives d'amélioration : Présentation du réseau interruption volontaire Occitanie (REIV OC) et extension dans le Languedoc-Roussillon

Comme nous l'avons vu, la création du REVHO en Île-de-France en 2004 a permis la diffusion de l'IVG par méthode médicamenteuse en ville et d'en améliorer son accès. Suite à ce premier réseau, plusieurs réseaux se sont développés en France dont REIV-MP (réseau interruption volontaire de grossesse en Midi-Pyrénées) qui s'est créé en 2006 et qui depuis la fusion des régions s'étend au Languedoc-Roussillon pour couvrir l'Occitanie et s'appelle à présent REIV-OC.(78)

a) Financement et adhésion au REIV-OC

Le réseau s'est créé en partenariat avec l'ARS, le financement est public. L'adhésion se fait à hauteur de 20 euros par an et en signant la charte du réseau. Cela permet d'avoir accès à une formation pour l'IVG et de participer à des évaluations de pratiques.

Actuellement, très peu de médecins généralistes font partie du réseau. Nous ne savons pas s'ils ont été contactés ou si on leur a proposé. Les deux médecins avec lesquels nous avons travaillé pour cette étude ne sont pas au courant de son existence.

b) Formation des professionnels de santé et méconnaissance du réseau

Le réseau REIV-OC permet une mutualisation et une centralisation de la formation de tous les professionnels de santé souhaitant y adhérer.

Dans la thèse qualitative de Diot de 2016 évaluant la pratique des 5 médecins généralistes du Gard pratiquant des IVG en cabinet de ville, aucun médecin ne fait référence au réseau. Les formations sont organisées localement par les centres hospitaliers avec lesquels ils sont conventionnés. (5)

Annexe 5. Charte du réseau REIV-OC

Formation des centres de planification et d'éducation familial (CPEF) : aujourd'hui très peu de professionnels de santé en CPEF délivrent les médicaments pour l'IVG médicamenteuse dans le Languedoc-Roussillon. Dans notre étude, les patientes qui ont eu recours au planning familial de

Montpellier ont été adressées à la mauvaise personne ou ont tout de suite été redirigées en clinique.

Formation des sages-femmes

Depuis 2016, les sages-femmes sont autorisées à faire des IVG médicamenteuses. Beaucoup s'en occupaient déjà dans les centres d'orthogénie mais elles ont la possibilité de le faire en libéral. Vu le peu de médecins qui sont agréés, les sages-femmes seront probablement le garant futur de l'accès à l'IVG en particulier dans les zones rurales ou semi-rurales.

Formation des médecins

Les médecins généralistes et gynécologues qui souhaitent faire partie du réseau ont accès aux formations. Le réseau organise les formations actuellement via Mgform qui est un organisme agréé.

Nous proposons de proposer aux radiologues qui le souhaitent de faire partie de REIV-OC. Même si les échographies de datation et de contrôle ne sont plus obligatoires, elles restent très utiles pour éliminer une grossesse extra-utérine, dater la grossesse et dépister les échecs. Inclure les radiologues dans le réseau permettrait d'améliorer l'accès aux échographies et organiser les rendez-vous pour faciliter le parcours des patientes.

De même, nous devrions pouvoir organiser des formations pour les étudiants en médecine externes ou internes qui le souhaitent.

c) Évaluation des pratiques et formation continue

Le réseau doit pouvoir proposer de participer à des groupes d'évaluation de pratiques. Ces groupes ont pour but de partager les expériences des professionnels, revenir sur les cas qui ont posé problème et garantir un protocole uniforme sur le territoire.

Les professionnels pourraient ainsi valider des crédits pour leur développement professionnel continu (DPC) et être indemnisés.(47)

d) Organigramme

Bureau

Dr Anne AYOUB – DELBREILH Présidente

Dr Anne SAINT – MARTIN Secrétaire

Dr Jean-Louis GALAUP Trésorier

Conseil d'Administration

Dr Jean-Marc PARIENTE Médecin généraliste, président Mgform Occitanie

Mme Dominique ROSELL Sage-femme, Conseillère conjugale au CDPEF Toulouse

Dr Dominique TAVE Médecin généraliste et CHU Toulouse

Dr Evelyne MALATERRE Médecin généraliste et CHU Toulouse

Dr Catherine PROUZET Gynécologue-Obstétricienne CDPEF de Toulouse

Dr Héléne PUJOL-GUILLEVIC Médecin généraliste

Dr Brigitte PILARD Gynécologue-Obstétricienne et Hôpital Joseph Ducuing Toulouse

e) Le site internet

L'adresse du site est REIVOC.FR

Référencement du site

Lorsque l'on tape IVG et le nom d'une ville d'Occitanie ou de région Parisienne, aucun des sites n'apparaît (REHVO ou REIV-Oc) dans le moteur de recherche. REIV-OC n'apparaît que si l'on met la ville de Toulouse.

Pour qu'un site soit mieux référencé, il est important qu'il soit cité suffisamment de fois par des sites reconnus et très visités. Il faudrait qu'un lien apparaisse sur tous les sites des centres hospitaliers et cliniques de la région, sur le site de l'ARS et sur le site d'IVG.GOUV.FR. De plus, il aurait une meilleure visibilité pour les patientes qui visitent ces sites.

Informations destinées aux patientes

- Explications des différentes méthodes d'IVG qui existent
- Protocole de l'IVG médicamenteuse et délais autorisés
- Rappel de l'anonymat
- Les différents acteurs de l'IVG et la nécessité d'un accompagnement
- Information sur la douleur ressentie lors d'une IVG

- Les risques liés à l'IVG
- La contraception après l'IVG
- Les différents professionnels et centres classés par département pratiquant les IVG et faisant partie du réseau avec leurs coordonnées
- Le cadre légal de l'IVG
- Le cas spécifique des femmes mineures

Ce que l'on voudrait rajouter :

- Le numéro vert national visible sur toutes les pages en haut du site : 0800 08 11 11
- Des rappels sur la contraception et comment utiliser la contraception d'urgence
- Liste des professionnels de santé agréés et des centres d'orthogénie qui ne font pas partie du réseau (en le précisant).

Le gouvernement a créé le site IVGLESADRESSES.ORG qui est censé répertorier tous les centres d'orthogénie, CPEF et professionnels de santé qui pratiquent l'IVG. C'est ce lien qui est utilisé sur le site du REVHO en Île-de-France. Cependant la liste est loin d'être exhaustive probablement car il est difficile de recueillir et de mettre à jour ces informations qui proviennent de multiples centres régionaux.

- Des communiqués officiels à l'instar du REVHO afin de rassurer les patientes qui peuvent être inquiétées par l'actualité médiatique concernant l'IVG. Cela permettrait également d'avoir une voix à l'échelle nationale.

Annexe 6. Exemple communiqué de presse du réseau REVHO juin 2019

f) Évaluation de l'impact

Peu d'études ont évalué l'impact d'un tel réseau sur la région Midi-Pyrénées. Une thèse observationnelle de 2016 évaluait l'impact d'une formation des professionnels de santé à l'IVG sur la prise en charge et l'orientation des patientes en Midi-Pyrénées. (79) Un questionnaire avait été envoyé aux professionnels ayant bénéficié de la formation et il y avait eu 64 réponses. Les résultats retrouvaient que 27% des participants avaient signé une convention avec un établissement par la suite et 88% estimaient avoir amélioré leur pratique. Le frein principal au conventionnement était le fait d'être à proximité d'un centre d'orthogénie.

g) Prochaines études

Un prochain travail de thèse pourrait être l'aide à la mise en place du réseau dans le Languedoc Roussillon (LR) avec les suggestions que notre travail a mis en évidence. Nous espérons la création d'un bureau dédié au LR avec un médecin et une sage-femme coordonnateurs. Nous avons déjà pris contact avec REIV-OC et le réseau exprime avoir à cœur ces problématiques.

Une fois que le développement de REIV-OC sera fait, des études devront évaluer l'impact de ce réseau sur la pratique des professionnels et sur l'accès des patientes à l'IVG.

V. CONCLUSION

Au cours de notre étude nous avons rencontré treize femmes ayant fait une IVG médicamenteuse à domicile ou en hospitalisation de jour et pu recueillir leur témoignages sur les difficultés qu'elles ont pu rencontrer ainsi que leur ressenti à toutes les étapes de leurs parcours.

Il est important de garantir le choix de la méthode d'IVG. Certaines patientes en hospitalisation de jour auraient préféré faire une IVG chirurgicale afin de ne pas voir et de ne pas sentir ce qu'il se passe. Il faut bien rappeler que la HAS et le CNGOF autorisent la méthode chirurgicale quel que soit le terme jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée et qu'il n'a pas été démontré de risque surajouté pour les termes précoces.

Il est tout aussi important de permettre aux patientes de rester actrice dans le choix de leur contraception et de leur suivi gynécologique futur. Il y aura une meilleure observance et une meilleure tolérance de la contraception si on laisse aux patientes le temps de faire leur choix. Les patientes souhaitent aussi qu'il y ait un suivi en hospitalisation de jour pour permettre, lorsqu'elles l'ont choisi, la pose du DIU le plus tôt possible. Cela diminuerait le risque d'IVG répétées. Effectivement, les patientes qui ont fait l'IVG à domicile ont beaucoup apprécié que le médecin conventionné ait proposé de poser le DIU lui-même dans un délai raisonnable.

Nous avons aussi observé une différence de pratique entre l'IVG en hospitalisation de jour et l'IVG à domicile concernant la consultation de contrôle.

La consultation de contrôle n'était pas forcément mal perçue par les patientes mais elles aimeraient pouvoir avoir le choix du mode du contrôle par échographie ou par dosage des BHCG. L'accès à l'IVG reste un enjeu majeur du parcours qu'elles ont eu. En effet l'absence de site fiable et exhaustif référençant tous les centres et les professionnels de santé conventionnés pour l'IVG est décrit comme un frein. L'exercice coordonné des professionnels de santé permet également de faciliter l'accès à l'IVG. L'extension du réseau REIV-OC au Languedoc-Roussillon serait une solution pour améliorer l'accès à l'IVG et il serait intéressant d'inclure dans le réseau les radiologues qui souhaitent en faire partie pour la réalisation des échographies de datations et des éventuelles échographies de contrôle.

Enfin la complexité de chaque situation ayant mené à une grossesse non voulue, les vécus très variable des examens, des effets secondaires des médicaments, du moment de l'expulsion doivent nous rappeler qu'il est important de garder une attitude empathique et d'écoute, de donner une information la plus complète et la plus adaptée possible sur les différents temps de l'IVG.

Chacun de ces moments renvoie les femmes au rapport qu'elles ont avec leur fertilité et met en place différents mécanismes en lien avec le deuil et les sentiments paradoxaux qui en découlent. Il est important de continuer à proposer une écoute à ces patientes. En tant que soignant, il est important d'adopter une posture d'écoute bienveillante immédiatement et à distance en restant ouvert au ressenti des patientes.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Nisand I, Bettahar K, Investigators of the aMaYa Study. Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. janv 2015;184:13-8.
2. Favier A. Le ressenti des femmes au cours d'une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
3. Huber D, Curtis C, Irani L, Pappa S, Arrington L. Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components. Glob Health Sci Pract. 28 sept 2016;4(3):481-94.
4. Saurel-Cubizolles M-J, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A. Pain during medical abortion: a multicenter study in France. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. nov 2015;194:212-7.
5. Diot A-C. L'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale: analyse qualitative d'entretiens semi dirigés de médecins généralistes du Gard [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
6. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 5 mars 2014;105.
7. Fischer J-L. Buffon et les théories de la génération au 18ème siècle. 2001;17.
8. Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle), Jean-Yves Le Naour, Sciences humaines - Seuil [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.seuil.com/ouvrage/histoire-de-l-avortement-xixe-xxe-siecle-jean-yves-le-naour/9782020541367>
9. Tixier-Vidal A. De la théorie cellulaire à la théorie neuronale. Biol Aujourdhui. 2010;204(4):253-66.
10. Code pénal (ancien) - Article 317. Code pénal (ancien).

11. Publication du “manifeste des 343” dans Le Nouvel Observateur [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/8758-publication-du-manifeste-des-343-dans-le-nouvel-observateur>
12. Ulmann A. The development of mifepristone: a pharmaceutical drama in three acts. *J Am Med Womens Assoc* 1972. 2000;55(3 Suppl):117-20.
13. Winikoff B, Hassoun D, Bracken H. Introduction and provision of medical abortion: a tale of two countries in which technology is necessary but not sufficient. *Contraception*. 1 avr 2011;83(4):322-9.
14. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d’IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365.
15. Vigoureux S. [Epidemiology of induced abortion in France]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. déc 2016;45(10):1462-76.
16. Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C. Intention to Become Pregnant and Low Birth Weight and Preterm Birth: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. 1 févr 2011;15(2):205-16.
17. Avortement à l’étranger : législation et délais - Ooreka [Internet]. Ooreka.fr. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://avortement.ooreka.fr/comprendre/avortement-etranger>
18. Le droit à l’avortement dans l’UE [Internet]. Toute l’Europe.eu. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.touteurope.eu/actualite/le-droit-a-l-avortement-dans-l-ue.html>
19. Cullen P. Abortion in Ireland: A guide to how it will work [Internet]. *The Irish Times*. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.irishtimes.com/news/health/abortion-in-ireland-a-guide-to-how-it-will-work-1.3724020>
20. Rozencwajg R. IVG médicamenteuse en ville. :7.
21. Code de la santé publique - Article L2212-2. Code de la santé publique.

22. CNGOF.Recommandation pour la pratique clinique de l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. 2016 [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2016>
23. Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? Wwwem-Premiumcomdatarevues03682315v45i10S0368231516301612 [Internet]. 6 déc 2016 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1097407/resultatrecherche/15>
24. Code de la santé publique - Article L2212-3. Code de la santé publique.
25. Code de la santé publique - Article L2212-4. Code de la santé publique.
26. Code de la santé publique - Article L2212-5. Code de la santé publique.
27. Code de la santé publique - Article L2212-7. Code de la santé publique.
28. Faucher, Hassoun P D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 3e édition. Vuibert; 2017.
29. Winer N, Germain G, Lopes P, Boog G. Antiprogestérone. Wwwem-Premiumcomdatatraitesgy00-13514 [Internet]. [cité 17 janv 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1856/resultatrecherche/1>
30. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. Wwwem-Premiumcomdatatraitesgy00-66377 [Internet]. 12 août 2018 [cité 17 janv 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1237402/resultatrecherche/3>
31. Heikinheimo O, Kekkonen R. Dose-response relationships of RU 486. Ann Med. févr 1993;25(1):71-6.
32. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: Pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. Int J Gynecol Obstet. 2007;99(S2):S160-7.
33. Honkanen H, Piaggio G, Herten H von, Bártfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after

mifepristone for early medical abortion. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2004;111(7):715-25.

34. Herten H von, Huong NTM, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang AH, et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: a randomised controlled noninferiority trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2010;117(10):1186-96.

35. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. *Contraception.* 1 mars 2000;61(3):225-9.

36. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Agostini A, Lertxundi R, et al. Pain management for up to 9 weeks medical abortion – An international survey among abortion providers. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 juin 2018;225:181-4.

37. Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Immediate Complications After Medical Compared With Surgical Termination of Pregnancy. *Obstet Gynecol.* oct 2009;114(4):795.

38. Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, et al. Abortion-Related Mortality in the United States 1998–2010. *Obstet Gynecol.* août 2015;126(2):258-65.

39. Haute Autorité de Santé - IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter [Internet]. 2018 [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2857715/fr/ivg-medicamenteuse-les-protocoles-a-respecter

40. Lièvre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception.* juill 2009;80(1):95-100.

41. Pocius KD, Bartz D, Maurer R, Stenquist A, Fortin J, Goldberg AB. Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: a prospective study. *Contraception.* 1 mars 2017;95(3):263-8.

42. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.
43. Engberink AO. Intérêt d'une approche sémio-pragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. :20.
44. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. The phenomeno-pragmatic analysis: a relevant method for qualitative research in health care. Vo U M E. :8.
45. PAILLÉ, MUCCHIELLI P Alex. L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Dunod Editeur; 2016. (U).
46. Kaufmann, Jean-Claude. L'entretien Compréhensif. 3è édition. Armand Colin; 2014. (L'enquête et ses méthodes).
47. Paulard I. Diffusion de la méthode médicamenteuse en ville, la mission du Réseau entre la ville et l'hôpital. Vocat Sage-Femme. mars 2017;16(125):19-20.
48. Leroy H, Creutz-Leroy M, Boivin J-M. Médecine générale de ville et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en région Grand Est, France. Wwwem-Premiumcomdatarevues03987620v66i6S0398762018313531 [Internet]. 22 nov 2018 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1259071/resultatrecherche/1>
49. Dutriaux N. Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales. Vocat Sage-Femme. mars 2017;16(125):23-5.
50. Fullerton J, Butler MM, Aman C, Reid T, Dowler M. Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. Int J Womens Health. 23 nov 2018;10:751-62.
51. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. [cité 25 juin 2019];0(0). Disponible sur: <http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.15684>

52. Hervey T, Sheldon S. Abortion by telemedicine in the European Union. *Int J Gynecol Obstet.* 1 avr 2019;145(1):125-8.
53. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1552-67.
54. Merg-Essadi D, Araujo-Attali L, Nisand I. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. *Wwwem-Premiumcomdatatraitesgy00-68762* [Internet]. 6 oct 2015 [cité 15 juill 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1007299/resultatrecherche/10>
55. Miller WB, Barber JS, Gatny HH. The effects of ambivalent fertility desires on pregnancy risk in young women in the USA. *Popul Stud.* mars 2013;67(1):25-38.
56. Mortureux A. La place de la parole dans l'entretien pré-IVG. *Laennec.* 2010;Tome 58(2):6-17.
57. Vigoureux S, Le Guen M. Contexte de la contraception en France. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* déc 2018;46(12):777-85.
58. Trussell J, Vaughan B, Stanford J. Are All Contraceptive Failures Unintended Pregnancies? Evidence from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect.* sept 1999;31(5):246.
59. Lelong N, Moreau C, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Wwwem-Premiumcomdatarevues0368231500341-C153* [Internet]. 9 mars 2008 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/115233/resultatrecherche/4>
60. Jamin C, Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* oct 2015;44(8):706-14.

61. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod.* 1 mars 2005;20(3):834-8.
62. Choice of and Satisfaction with Methods of Medical And Surgical Abortion Among U.S. Clinic Patients [Internet]. Guttmacher Institute. 2005 [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2001/09/choice-and-satisfaction-methods-medical-and-surgical-abortion-among-us-clinic>
63. A comparison of termination of pregnancy procedures: Patient choice, emotional impact and satisfaction with care. *Sex Reprod Healthc.* 1 mars 2019;19:42-9.
64. 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.* 1 janv 2004;32(1):28-33.
65. Clark WH, Hassoun D, Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Winikoff B. Home use of two doses of misoprostol after mifepristone for medical abortion: A pilot study in Sweden and France. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* janv 2005;10(3):184-91.
66. Constant D, de Tolly K, Harries J, Myer L. Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception.* 1 sept 2014;90(3):226-33.
67. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steril.* 1 mai 2009;91(5):1877-80.
68. Roe AH, Bartz D. Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. *Contraception.* 1 janv 2019;99(1):2-9.

69. Dehlendorf C, Diedrich J, Drey E, Postone A, Steinauer J. Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Educ Couns*. 1 déc 2010;81(3):343-8.
70. Abdel-Tawab N, RamaRao S. Do improvements in client–provider interaction increase contraceptive continuation? Unraveling the puzzle. *Patient Educ Couns*. 1 déc 2010;81(3):381-7.
71. Wiebe ER, Trouton K, Fang ZA. Comparing continuation rates and side effects of hormonal contraceptives in East Asian and Caucasian women after abortion. *Contraception*. 1 nov 2008;78(5):405-8.
72. Bednarek PH, Creinin MD, Reeves MF, Cwiak C, Espey E, Jensen JT. Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration [Internet]. <http://dx.doi.org/www.ezp.biu-montpellier.fr/10.1056/NEJMoa1011600>. 2011 [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1011600?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov
73. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol*. 1 janv 2012;206(1):37.e1-37.e6.
74. Stanek AM, Bednarek PH, Nichols MD, Jensen JT, Edelman AB. Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*. 1 mars 2009;79(3):216-20.
75. L'heudé A, Gobenceaux A-S, Machuron F, Toullalan O, Azuar AS, Delotte J. Prescriptions contraceptives après interruptions volontaires de grossesses à répétition. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie* [Internet]. 11 juin 2019 [cité 25 juin 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718919301941>
76. Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of Pregnancy and Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry*. août 1995;167(2):243-8.

77. Becker S, Bazant ES, Meyers C. Couples counseling at an abortion clinic: a pilot study. *Contraception*. nov 2008;78(5):424-31.
78. REIVOC [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://reivoc.fr/>
79. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.

VII. Annexes

Annexe 1. Formulaire de consentement.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE MEDICALE

Titre de la recherche :

Etude de l'expérience vécue des femmes ayant pratiqué une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale ou en service de gynécologie.

Je soussigné(e)(*nom et prénom*),

accepte de participer à l'étude.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par le médecin Marina Dorier.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que les documents de mon dossier médical qui se rapportent à l'étude puissent être accessibles aux responsables de l'étude et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

J'ai bien été informé(e) que mes données personnelles seront rendues anonymes à travers l'utilisation d'un code, avant d'être intégrées dans un rapport ou une publication scientifique, et qu'en aucun cas mon nom n'apparaîtra.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à,

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du participant

Annexe 2. Feuille d'information avec recueil des données quantitatives

Chères patientes,

Afin d'améliorer notre prise en charge, nous souhaitons évaluer votre ressenti lors des I.V.G. médicamenteuses.

Pour cela, nous vous proposons un entretien enregistré avec un médecin.

Cet entretien n'est pas obligatoire.

Les données sont gardées anonymes.

Si vous êtes intéressée pour partager votre expérience, vous pouvez remplir le questionnaire au dos que le médecin récupèrera au début de l'entretien.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Date de naissance

.....

Profession

.....

Diplôme

.....

Département de résidence

.....

Sécurité sociale (CPAM, MGEN, CMU, MSA....)

.....

Aviez-vous déjà fait une IVG auparavant ? Quel type ?

.....

Avez-vous des antécédents en gynécologie ? (grossesses, chirurgie... ?)

.....

Quelle contraception utilisiez-vous quand vous avez eu recours à cette IVG ?

.....

Avez-vous utilisé une contraception d'urgence ? (« pilule du lendemain »)

.....

Êtes-vous en couple ?

.....

Annexe 3. Guide d'entretien

Entretiens semi-dirigés

Bonjour Madame, je suis médecin généraliste et j'effectue un travail de recherche universitaire pour ma thèse.

J'aimerais que vous me parliez du parcours par lequel vous êtes passée pour faire cette IVG.

Cette étude consiste simplement à décrire l'expérience que vous avez vécue et à la retranscrire et l'analyser le plus fidèlement possible sans jugement aucun.

Cette étude a pour but d'améliorer nos pratiques.

Question brise-glace : quelles méthodes d'IVG connaissez-vous ?

1/ Accès à l'IVG

Quels outils avez-vous utilisés pour vous informer et quelle fiabilité avaient-ils ?

Pourquoi avez-vous choisi l'hôpital plutôt que le domicile (ou inversement)

Quel a été le premier interlocuteur lors de votre démarche et quelle a été la difficulté pour pouvoir consulter le médecin qui réalise l'IVG ?

2/ 1^{ère} consultation

Quel était l'attitude du médecin ou de la sage-femme à votre égard ?

Quels thèmes ont été abordés ?

Vous a-t-on laissé le choix de la méthode ?

Comment vous a-t-on expliqué le déroulement de l'IVG ?

Pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti lors de cette consultation ?

3/ Déroulement de l'IVG (première prise au cabinet et 2^{ème} en HDJ)

Comment s'est passée la première prise ?

Comment s'est passée l'attente entre les deux prises ?

Que ressentiez-vous au moment de la 2^{ème} prise ?

Comment s'est passée la gestion de la douleur et des saignements ?

Aviez-vous des doutes sur la méthode ?

4/La consultation post-IVG

Que vous a apporté cette consultation ?

Pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti lors de cette consultation ?

5/Avec le recul

Quelles améliorations proposez-vous par rapport à la prise en charge que vous avez eue ?

Quel rôle pensez-vous que votre médecin traitant doit jouer dans le parcours ?

Comment envisager-vous votre suivi gynécologique futur ?

Pouvez-vous résumer en quelques phrases votre expérience après notre échange ?

Annexe 4. Tableau des caractéristiques de la population étudiée

	Âge	Profession	Niveau d'études	Département de résidence	Sécurité sociale	Antécédents IVG	Antécédents gynéco
P1	33 ans	cadre	BAC + 5	78	CPAM	oui, médicalementeuse	G2P0
P2	28 ans	étudiante	BAC+3	34	CPAM	oui, médicalementeuse	G2P0
P3	30 ans	cuisinière hôtellerie	CAP	66	CPAM	oui, médicalementeuse	G4P2
P4	28 ans	sans emploi	BAC + 2	66	CPAM	non	G1P0 salpingite avec salpingectomie
P5	19 ans	étudiante	BAC	66	CPAM	non	G1P0
P6	28 ans	préparatrice pharmacie	BAC pro	34	CPAM	non	G2P0 FCS
P7	28 ans	déleguée médicale	BAC + 3	34	CPAM	oui, médicalementeuse	G6P2 2 IVG 1FCS 1 GEU 2 enfants. conisation
P8	27 ans	gestion	BAC + 5	34	CPAM	oui, médicalementeuse	G4P2
P9	22 ans	étudiante	BAC	34	MEP	oui, médicalementeuse	G3P0, 1FCS
P10	36 ans	aide-soignante	BEPC	34	CPAM	oui, médicalementeuse	G4P1
P11	22 ans	assistante d'éducation	BAC + 3	34	MGEN	non	G1P0
P12	42 ans	enseignante	BAC + 4	34	MGEN	non	G2P1
P13	40 ans	étudiante	BAC + 2	34	MGEN	non	G3P2

Légende

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance
Maladie

MEP: Mutuelle des Étudiants de
Provence

MGEN: Mutuelle générale de
l'Éducation nationale

G: Gestité

P: Parité

FCS: Fausse couche spontanée

GEU: Grossesse extra-utérine

DIU: Dispositif intra-utérin

SA: Semaines aménorrhées

HDJ: Hospitalisation de jour

	Contraception au moment de la grossesse	Utilisation d'une contraception d'urgence	Situation amoureuse	Terme	Lieu	Durée de l'entretien
P1	non	oui, Levonorgestrel	en couple	7 SA	HDJ	37m 23s
P2	en changement	non	situation maritale	8 SA	HDJ	26m 44s
P3	non	non	mariée	6 SA	HDJ	36m 37s
P4	non	non	célibataire	7 SA	HDJ	24m 40s
P5	non	non	célibataire	5 SA	HDJ	19m 56s
P6	non	non	célibataire	5 SA	HDJ	18m 35
P7	non	non	en couple	9 SA	HDJ	44m 26s
P8	pilule oestro-progestative	non	en couple	6 SA	domicile	43m 11s
P9	non	non	en couple	7 SA	domicile	30m 03s
P10	non	oui, Levonorgestrel	en couple	6 SA+4	domicile	22m 51s
P11	préservatif	oui, Levonorgestrel	en couple	5 SA	domicile	27m 13s
P12	non	non	en couple	8 SA	HDJ	25m 35s
P13	DIU cuivre	non	en couple	5 SA+ 6	domicile	38m 44s

Annexe 5. Charte du réseau REIV-OC



Charte du réseau REIVOC

1. L'objectif du réseau REIVOC est de permettre une meilleure prise en charge des IVG en général, de faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse, et de permettre aux femmes y ayant recours une prise en charge par leur médecin ou sage-femme habituel. A cette fin, le réseau facilite l'accès des patientes à un suivi médical spécifique, sensibilise les femmes et les professionnels à la nécessité de ce suivi, et forme les personnels de santé à l'IVG en ville et à la contraception.
2. Le réseau s'adresse à toute femme désirant interrompre sa grossesse par la méthode médicamenteuse hors établissement de soins, sous réserve d'avoir opté pour cette méthode de manière libre et éclairée, de satisfaire aux conditions légales de réalisation d'une IVG médicamenteuse en ville, et sur proposition d'un médecin ou sage-femme ayant signé une convention avec un centre hospitalier de référence adhérent à REIVOC.
3. Les femmes sont informées, dès la première consultation avec leur médecin ou sage-femme membre du réseau, de l'existence, du fonctionnement et des modalités d'accès au réseau. Elles sont informées que leur dossier médical est accessible à l'ensemble des professionnels qui en assurent la prise en charge.
4. Elle reçoit une notice d'information précisant toutes les modalités de soins qui lui sont proposées et signe un formulaire de consentement à son suivi au sein du réseau.
5. Elle bénéficie d'une prise en charge selon le protocole propre au réseau, conforme à la législation en vigueur¹, et assurée par des professionnels spécifiquement formés.
6. Le réseau s'engage à respecter la vie privée et à assurer la confidentialité des informations médicales, sociales et personnelles. Les échanges se font dans le cadre du respect déontologique usuel sans recours à la saisie informatique nominative.
7. La femme peut accéder aux informations contenues dans son dossier médical par l'intermédiaire de son médecin référent dans le réseau ou par demande écrite auprès des responsables du réseau.
8. Le réseau garantit la qualité du suivi à tous les adhérents et le respect des tarifs réglementaires.

¹ Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/2004/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé

9. La femme peut exprimer tout au long de la prise en charge par le réseau, les observations sur le suivi médical, psychologique ou social dont elle a bénéficié. Ces remarques peuvent être adressées à son médecin traitant ou au centre de référence.
10. Le suivi par le réseau prend fin après la consultation contrôlant l'efficacité de la méthode et l'absence de complications.
11. Les professionnels de santé de REIVOC s'engagent à participer aux formations et à la démarche d'évaluation proposées par le réseau.
12. Les signataires de la présente charte s'engagent à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte au réseau à des fins publicitaires.
13. L'ensemble des partenaires du réseau REIVOC et leurs rôles respectifs sont définis dans les statuts de l'association disponibles sur simple demande.

Annexe 6. Communiqué de presse

Paris, le 14 juin 2019

Communiqué de presse



Réuni en conseil d'administration, REVHO, réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie, prend acte du rejet au Sénat de plusieurs propositions d'amendements visant à améliorer l'accès à l'avortement, dans le cadre de l'examen du projet de loi santé.

L'adoption de ces amendements aurait permis des avancées tangibles pour améliorer l'accès à l'IVG.

REVHO soutient les demandes suivantes :

- allongement du délai permettant l'accès à l'IVG jusqu'à 14 semaines de grossesse (16 SA),
- réalisation des IVG instrumentales par les sages-femmes,
- suppression de la double clause de conscience.

REVHO rappelle qu'une grande majorité des professionnels de santé réalisant des IVG instrumentales ont encore trop souvent des statuts précaires, et réclame des moyens pérennes et dédiés à l'activité d'orthogénie.

Sur le plan spécifique de l'IVG entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée :

Peu nombreuses sont les femmes qui ont besoin d'une interruption volontaire de grossesse à ces termes. L'allongement des délais permettrait de les prendre en charge et de leur éviter un parcours humainement et financièrement difficile.

Dans la continuité des actions de formation développées depuis sa constitution, REVHO sera en mesure d'accompagner les changements de pratiques professionnelles qu'un allongement des délais rendra nécessaires.

L'équipe de REVHO.

Contact : admin.coordonateur@revho.fr

VIII. Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction: Le vécu des patientes ayant pratiqué une IVG médicamenteuse a été peu étudié se concentrant sur l'expérience des praticiens. Le but de notre étude est d'explorer l'expérience vécue des femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste en mettant en perspective leurs expériences.

Méthode: Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 8 femmes ayant fait une IVG en hospitalisation de jour à la clinique St Roch à Montpellier et au CH de Perpignan et de 5 femmes ayant fait une IVG à domicile organisée par deux médecins généralistes dans l'Hérault.

Résultats: Le vécu de la prise médicamenteuse et des effets secondaires sont dépendants de l'histoire des patientes, du soutien et de l'écoute qui leur a été accordée. La méthode médicamenteuse et la contraception post-abortum peuvent être vécues comme imposées en hospitalisation de jour. Les patientes souhaiteraient avoir le choix du mode de contrôle de réussite de l'IVG par dosage des BHCG. L'accès à l'IVG, en particulier à domicile, reste une problématique et est amélioré par l'exercice en réseau des professionnels de santé.

Conclusion: L'accès à l'IVG pourrait être amélioré par l'extension au Languedoc-Roussillon du réseau entre ville et hôpital créé à Toulouse (REIV-OC). Une attitude ouverte et empathique est à privilégier en laissant le choix aux patientes de la méthode d'IVG quel que soit le terme de la contraception post-abortum et des modalités de contrôle. La consultation de contrôle doit être proposée pour évaluer l'état psychologique des patientes. Le médecin traitant de par sa place devra y être attentif à distance.

Mots clés : Interruption volontaire de grossesse, IVG médicamenteuse, avortement, recherche qualitative