



HAL
open science

État des lieux de l'IVG médicamenteuse en ville en Martinique, vécu de la prise en charge et attentes des patientes

Margaux Eychenne

► **To cite this version:**

Margaux Eychenne. État des lieux de l'IVG médicamenteuse en ville en Martinique, vécu de la prise en charge et attentes des patientes. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02982312

HAL Id: dumas-02982312

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02982312>

Submitted on 28 Oct 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.

Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse en ville en Martinique, vécu de la prise en charge et attentes des patientes

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

des Antilles et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 9 décembre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

EYCHENNE Margaux

Examineurs de la thèse :

Mme DUEYMES Maryvonne, Professeur, Présidente

M. CABIE André, Professeur

M. VENISSAC Nicolas, Professeur

Mme HAENTJENS Karine, Docteur

M. VOLUMENIE Jean-Luc, Docteur

Directeurs de thèse :

M. MASSE Franck, Docteur, Maître de Conférences

Mme BONNIER Catherine, Docteur

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Président de l'Université : Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

NEVIERE Rémi

Physiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 19 44 99

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

DE BANDT Michel

Rhumatologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

SAINTE-ROSE Christian

André CABIE

Philippe CABRE

Raymond CESAIRE

Sébastien BREUREC

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Annie LANNUZEL

Louis JEHEL

Mathieu NACHER

Michel CARLES

Magalie DEMAR-PIERRE

Vincent MOLINIE

Philippe KADHEL

Jeannie HELENE-PELAGE

MEJDOUBI Mehdi

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 28

Neurochirurgie Pédiatrique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 73 27 27

Maladies Infectieuses

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 01

Neurologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 61

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 11

Bactériologie & Vénérologie Hygiène hospitalière

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 12 80

Immunologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 96 55 24 24

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Psychiatrie Adulte

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 44

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Anesthésie-Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Parasitologie et Infectiologue

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 0690 39 56 28

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Radiologie et Imagerie

VENISSAC Nicolas

CDJOSSOU Félix

Christophe DELIGNY

Narcisse ELENGA

Karim FARID

Moustapha DRAME

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 38 05 20

Chirurgie Thoracique Et cardiovasculaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 0696 03 86 87

Maladies Infectieuses Et tropicales

CH de CAYENNE

Tél : 0694 20 84 20

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 22 55

Pédiatrie

CH de CAYENNE

Tel : 06 94 97 80 48

Médecine Nucléaire

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 24 61

Epidémiologie Economie de la Santé

CHU de MARTINIQUE

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de GUADELOUPE

Tel : 05 90 89 13 00

TABUE TEGUO Maturin

Médecine interne: Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de GUADELOUPE

Tel : 0690 30 85 04

GELU-SIMEON Moana

Gastroentérologie

BACCINI Véronique

MASSE Franck

CARRERE Philippe

CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90 83 78 40 - Fax : 05 90 75 84 38

Hématologie, Transfusion
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 77

Médecine Générale
MSP Ducos MARTINIQUE
Tél : 0596 56 13 23
Médecine Générale
Tél : 0690 99 99 11

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte

CHAUMONT Hugo

BUTORI Pauline

BONIFAY Timothée

DURTETTE Charlotte

RENARD Guillaume

CHEVALLIER Ludivine

SYLVESTRE Emmanuelle

POUY Sébastien

HUYGHUES DES ETAGES Gunther

HENNO Florent

Endocrinologie
CHU DE GUADELOUPE
Tel : 05 90

Neurologie
CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 90

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90 89 14 55

Médecin Générale
CHU de Cayenne Croix rouge
Tel : 06 90 99 99 11

Médecine Interne
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 22 55

Chirurgie Orthopédique
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 96 26 27 33

Chirurgie Générale et VIS
CH de CAYENNE
Tel : 06 70 86 88 91

Maladies Infectieuses
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 20 60 31 36

Cardiologie
CHU de MARTINIQUE
Tel : 06 66 44 56 15

ORL
CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590

Anesthésiologie/Réanimation

PASQUIER Jérémie

MONFORT Astrid

PERROT Emmanuel

JEREMIE Jean-Marc

TRAMIER Ambre

SAINTE-ROSE Vincent

ROLLE Amélie

CARPIN Jamila

PLACIDE Axiane

NIEMETZKY Florence

BLAIZOT Romain

PARSEMAIN Aurélie

DUDOUIT Sylvain

CHU de GUADELOUPE
Tel : 06 37 85 15 28

Maladies Infectieuses maladies Tropicales
CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 90 93 46 16

Cardiologie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 23 72

Urologie

CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

Psychiatrie

CHU de MARTINIQUE
Tel : 05 96 55 20 44

Gynécologie Obstétrique

CHU de GUADELOUPE
Tel : 0590 89 19 89

Parasitologie

CH de Cayenne
Tel : 05 90

Anesthésie-Réanimation

CHU de GUADELOUPE
Tel : 05 90

Médecine Générale

Cabinet du Dr GANE-TROPLENT
Franciane

Tel : 0690 72 12 04

Médecine Générale

CHU de MARTINIQUE
Tel : 0690 30 75 19

Médecine Générale

CH de CAYENNE
Tel : 0694 16 15 31

Dermatologie

CH de CAYENNE
Tel : 0694 08 74 46

ORL

CHU de GUADELOUPE
Tel : 0694 08 74 46

Chirurgie Orthopédique

CHU de GUADELOUPE
Tel : 0596

REMERCIEMENTS

A la présidente du jury,

Madame le professeur **DUEYMES Maryvonne,**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous adresse toute mon estime et ma considération.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur **CABIE André,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur **VENISSAC Nicolas,**

Vous me faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail. Je vous adresse tout mon respect et ma gratitude.

Madame le docteur **HAENTJENS Karine,**

Merci de m'honorer de ta présence au sein de ce jury. Sois assurée du respect que je te porte et de toute mon admiration.

Monsieur le docteur **VOLUMENIE Jean-Luc,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous adresse toute ma reconnaissance pour la formation que vous m'avez apportée en gynécologie et qui fait de moi le médecin que je suis devenue.

A mes directeurs,

Madame le docteur **BONNIER Catherine,**

Merci pour ta grande disponibilité et ton soutien. Ton engagement dans tes projets professionnels est exemplaire et suscite toute mon admiration.

Monsieur le docteur **MASSE Franck,**

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce projet. Ta bonne humeur et ton professionnalisme au service de la médecine générale sont pour moi un exemple.

Aux médecins et sages-femmes qui ont participé,

Merci pour l'accueil que vous avez réservé à ce projet et pour votre précieuse aide dans sa réalisation.

Aux femmes qui ont accepté de témoigner,

Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Vous m'avez accordé votre confiance, soyez assurées de ma sincère gratitude.

A Pierre-Nils,

Tu es dans ma vie depuis 13 ans, merci de m'avoir soutenue pendant ces longues années d'étude et la préparation de cette thèse. J'ai hâte de construire la suite de notre histoire avec toi, je sais que tu ne manques pas de projets pour notre avenir! Je t'aime.

A ma famille,

Papa, Maman, je vous dois tout. Je vous remercie pour votre soutien et tout ce que vous avez fait pour que je réussisse. Notre famille, qui m'est si chère, est un véritable refuge. Je vous aime.

Mimi, je mesure tous les jours la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés, tu es toujours celle qu'il me faut quand j'ai besoin de me confier ou simplement pour me faire rire ! Tu es une sœur exceptionnelle, je ne serai pas la même sans toi.

Papi, Mamie, vous avez toujours été présents et d'un amour sans faille. Je suis chanceuse de vous avoir. Merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A mes amis, ma deuxième famille,

Nolwenn, toujours fidèle au poste depuis l'école primaire ! Tu es comme une sœur pour moi, tu as toujours été là et je compte sur toi pour les prochaines décennies !

Laure et Manue, j'ai adoré tous ces moments passés ensemble durant l'externat et vous êtes toujours là malgré la distance ! Notre amitié est précieuse. A tout ce qu'elle nous réserve...

Mes amis aventuriers, **Gaëlle, Nathalie, Patrick et Romain**. Vous me manquez, mais heureusement nos randonnées, nos apéros et nos karaokés sont toujours parfaits !!

Amand' et Alex, je suis tellement heureuse que nos routes se soient croisées. Vous me manquez et j'espère venir vous voir très vite sur votre nouvelle île.

La team Martinique : **Audrey, Céline, Brice et Marc et Roro**, merci d'égayer mon quotidien!

Caro, tu es devenue une amie fidèle et je te remercie pour toutes nos discussions, ton soutien et ta gentillesse. Que notre route soit longue.

RESUME

INTRODUCTION: Depuis 2004, l'IVGM peut être proposée en ville sous certaines conditions. En Martinique, cette prise en charge existe depuis 2013 et semble être une alternative intéressante à l'hôpital. Elle n'a jamais été évaluée du point de vue des patientes. L'objectif principal est de comprendre le vécu des martiniquaises et d'analyser la prise en charge pour identifier les points à améliorer. Les objectifs secondaires sont d'étudier les raisons qui les poussent à choisir cette alternative et les obstacles qu'elles rencontrent.

METHODE: Il s'agit d'une étude qualitative prospective, observationnelle, menée à partir de onze entretiens individuels semi-dirigés de femmes ayant réalisé une IVGM en 2018 auprès de huit médecins et sages-femmes de Martinique.

RESULTATS: A la phase précédant l'IVG, le stress et la panique peuvent être ressentis en raison du délai de prise en charge. L'étape vécue comme la plus douloureuse est l'expulsion. Un meilleur vécu est observé chez les femmes en accord avec leur décision et bien entourées par leurs proches. Après l'IVG, la récupération est rapide et les femmes éprouvent un soulagement. A distance, certaines ont signalé des difficultés relationnelles ou affectives et auraient aimé être accompagnées d'un psychologue. Les signes physiques sont bien tolérés car synonymes d'efficacité de la méthode mais les patientes semblent mal préparées aux douleurs. La prise en charge en ville est satisfaisante, la qualité de la relation avec le praticien, sa qualité d'écoute et sa disponibilité sont très appréciées. Les femmes déclarent avoir choisi cette méthode pour sa rapidité, sa simplicité, et le respect de leur intimité. Des a priori négatifs sur l'hôpital sont parfois retrouvés chez ces patientes. La mise en relation avec le professionnel qualifié paraît difficile et se fait surtout par le bouche à oreille. Les patientes souhaiteraient une meilleure information sur les IVGM en ville ainsi qu'une possibilité de suivi psychologique à distance de l'IVG.

CONCLUSION: L'étude montre que la prise en charge est globalement bien vécue par les patientes pour son caractère discret et respectueux de l'intimité. Un entourage bienveillant joue un rôle majeur dans l'accompagnement. Des points faibles dans le parcours d'accès et l'accompagnement psychologique à distance nous ont amené à proposer des solutions pour une meilleure prise en charge et une plus grande accessibilité.

ABSTRACT

BACKGROUND: Since 2004, medical abortion can be given in doctor's practices under specific conditions. In Martinique, this practice has been performed since 2013 and seems to be a good alternative to surgery. However there are no studies dealing with the patient's experience. The main goal of this thesis is to understand Martinican women's perception of this procedure and to analyze patient care to identify clear points to improve. The following objectives of the thesis are to study the reasons why they choose this alternative procedure and the difficulties they encounter.

METHODOLOGY: This is a descriptive, prospective and qualitative study written based on eleven semi-directed interviews of women who had a medical abortion in 2018 with eight different doctors and midwives working in Martinique.

RESULTS: because of legal time constraints for medical voluntary termination of pregnancy and difficulty to access patient care, stress and panic can be felt before the abortion. A better experience is observed with women in accordance with their decision and well supported by their loved ones. After abortion, recovery is quick and women feel relieved. Even after time went by, some women report relationship issues and emotional struggles. They wish a psychologist had helped them. Physical symptoms are well tolerated because they prove the method's effectiveness, but still patients seem unprepared for the pain. Private city care is deemed good, the quality of the relationship with the practitioners, their ability to listen and availability are deeply appreciated. Women confessed choosing this method because of its rapidity, simplicity, and privacy. The patients sometimes raise negative preconceived ideas about hospital care. Putting the women in contact with the qualified health professional can prove difficult and most of the time if only possible thanks to word of mouth. Patients wish for a better information about non-hospital medical abortion and a better psychological follow-up after the termination of the pregnancy.

CONCLUSION: The study shows that the method is overall well accepted for its discretion and privacy. A benevolent environment has a major impact on the patient's post treatment care. Difficulties to access care and the lack of psychological follow-up post abortion are the most important weaknesses and led us to list a number of solutions to improve both these points.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CHUM : Centre Hospitalier Universitaire de Martinique

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNS : Conseil National du Sida et des hépatites virales

CREPSS : Centre de Ressources d'Education et de Promotion de la Santé Sexuelle

DFA : Départements Français d'Amérique (Guadeloupe, Guyane, Martinique)

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

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

HAS : Haute Autorité de Santé

IRB : Institutional Review Board

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFME : Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant

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

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	13
I. L'IVG Médicamenteuse.....	13
II. L'IVG en ville.....	14
III. Le vécu de l'IVG.....	14
IV. En Martinique.....	14
V. Problématique	15
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	16
I. Type d'étude.....	16
II. Echantillonnage.....	16
III. Entretiens.....	16
IV. Démarches réglementaires.....	16
V. Analyse des données.....	17
<u>RESULTATS</u>	18
I. Caractéristiques de la population.....	18
II. Vécu de l'IVG.....	19
a. Complexité des émotions.....	19
b. Les signes physiques.....	23
c. Le rôle de l'entourage.....	23
III. Déroulement ambulatoire de l'IVG.....	24
a. Les raisons de ce choix.....	24
b. La relation de confiance avec le professionnel.....	25
c. Participation active.....	26
d. Satisfaction	26
IV. Le parcours d'accès.....	27
a. L'errance initiale.....	27
b. Fluidité du parcours après le premier contact.....	27
c. Mauvaise représentation de l'hôpital.....	27
V. Attentes des patientes.....	28
a. Améliorer l'accès aux informations et à l'IVG.....	28
b. Rapidité et simplicité.....	29
c. Ecoute et disponibilité.....	29
d. Suivi psychologique à distance.....	29
<u>DISCUSSION</u>	31
I. Limites de l'étude.....	31
II. Discussion sur les résultats.....	32
a. La population.....	32
b. Le vécu.....	33
c. Les motivations.....	37
d. Le parcours d'accès.....	37
<u>CONCLUSION</u>	41
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	42
<u>ANNEXES</u>	46

INTRODUCTION

La France est un des pays où l'accès à l'IVG est le moins limité au Monde. La loi Veil y autorise l'avortement depuis 1975. Après de nombreuses évolutions, elle a permis aux femmes d'interrompre leurs grossesses non désirées jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA), avec une prise en charge financière totale par la sécurité sociale [1]. Pour un quart d'entre elles, le généraliste est le premier interlocuteur [2]. Il doit donc être à même d'orienter et d'accompagner une femme qui désire interrompre sa grossesse. Pour cela il est important de bien comprendre son et ses attentes. Notons qu'en Martinique le taux de recours à l'IVG est l'un des plus élevés de France.

I. L'IVG Médicamenteuse (IVGM)

Apparue en 1988 avec l'AMM de la Mifégyne^o, elle est aujourd'hui réalisable à domicile avant 7 SA et en établissement hospitalier jusqu'à 9 SA. Différentes études menées entre 1993 et 2000 ont prouvé que l'administration de mifepristone associée au misoprostol était sûre et efficace à 95% [3]. Depuis, plusieurs protocoles ont été évalués, permettant au CNGOF d'établir en 2016 les recommandations suivantes pour les IVG avant 7SA [4]:

- Une dose de 200 mg de mifepristone
- Suivie d'une dose de 400 µg de misoprostol dans les 24 à 48h, par voie orale, buccale, sublinguale voire vaginale. Une nouvelle dose de 400 µg peut être renouvelée après 3h.

Ce schéma convient aux patientes puisque le taux de satisfaction varie entre 96 et 98% [3, 5, 6]. Plus que le procédé lui-même, c'est la possibilité de choisir la technique qui permet aux femmes une meilleure acceptation [5,7]. La bonne tolérance de l'IVGM permet son déroulement à domicile en étant bien accompagnée, ce qui n'engendre pas plus de complication qu'à l'hôpital. Les effets secondaires, bien qu'ils durent légèrement plus longtemps (environ 0,3j de plus pour les douleurs et les vomissements), ne modifient pas l'acceptabilité de l'acte, et la satisfaction des femmes, est meilleure à domicile [6,8].

Sur les 224300 IVG réalisées en France en 2018, sept sur dix étaient médicamenteuses, et ce taux est en augmentation constante depuis les années 2000, y compris en Martinique. [9] (Annexe 1)

II. L'IVGM en ville

Une modification de la loi en 2001 a permis aux médecins libéraux de réaliser les IVGM hors établissements de santé [10]. Cette loi, mise en pratique en 2004, offre la possibilité aux généralistes et gynécologues d'effectuer toutes les démarches en vue d'une interruption de grossesse médicamenteuse avant 7SA à leur cabinet. Pour cela, ils doivent justifier d'une pratique dans un centre ou avoir fait une formation ; puis signer une convention avec un établissement référent, disposant d'un plateau technique permettant la prise en charge des complications éventuelles. Depuis l'adoption de ce décret, la part des IVGM en ville ne cesse d'augmenter. Pour autant, une étude sur l'offre de soins en matière d'IVG souligne les freins qui existent, de la part des professionnels, à réaliser cet acte jugé chronophage et peu rémunérateur [11]. Depuis 2016, on a ouvert la possibilité aux sages-femmes de les réaliser en ville afin d'élargir l'offre de soins [1]. Au total, en France, un avortement sur quatre a été réalisé hors établissement de santé en 2018, majoritairement dans des cabinets libéraux de médecine générale ou de gynécologie [9].

III. Le vécu de l'IVG

Les données de la littérature explorant l'impact psychologique des IVG demeurent faibles, néanmoins plusieurs facteurs pouvant influencer le vécu des patientes ont été mis en évidence. La qualité de la filière d'accès et la rapidité de prise en charge sont des éléments importants qui améliorent le ressenti de ces femmes [2]. D'ailleurs, les recommandations de bonne pratique émises par la HAS en 2010 précisent que : « *toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel* » [12]. Il est donc primordial que les patientes soient bien aiguillées dès le premier contact.

Une revue de la littérature effectuée en 2008 [13] confirme que la rapidité d'accès, l'absence de jugement dans l'attitude des professionnels de santé, et la qualité de l'information étaient également associés à un meilleur vécu de l'IVG. Elle souligne également l'importance du soutien de l'entourage dans cette épreuve.

IV. En Martinique

La Martinique comme les autres DROM connaît un taux d'IVG quasiment deux fois supérieur à la moyenne métropolitaine : 27,7 femmes pour 1000 âgées de 15 à 49 ans en 2018 contre 15 pour 1000 dans l'Hexagone [9]. Comme l'a montré l'étude KABP DOM TOM en 2013, ces disparités régionales, communes à tous les territoires ultra-marins, s'expliquent par une

utilisation plus importante de méthodes de contraception dont l'efficacité théorique est faible et une méconnaissance des règles d'usage de la contraception d'urgence ce qui traduit un défaut de prévention [14]. En 2018, le CNS (Conseil National du Sida et des hépatites virales) faisait état de freins importants à l'éducation à la sexualité (EAS) sur les territoires d'outre-mer, en cause : « *la difficulté d'affronter la prégnance des croyances religieuses ou magico-religieuses, très répandues dans la population, et qui dans certains cas véhiculent des conceptions morales extrêmement conservatrices en matière de sexualité et de rapports de genre* » [15]. Malgré une volonté de la part de l'ARS Martinique de proposer aux patientes l'IVG en ville dès son autorisation en 2004, sa mise en place n'a été effective qu'en 2013. Depuis, on dispense les IVG en cabinets libéraux, par le biais de 9 professionnels: 5 généralistes, 1 gynécologue et 3 sages-femmes. La pratique de l'IVGM en ville, bien qu'elle progresse, reste peu développée, puisqu'elle représente seulement 20% des IVG totales en 2018. A titre de comparaison, la Guadeloupe et la Guyane enregistrent un taux de pratique des IVGM en ville supérieur à 50% pour la même année [9]. (Annexe 1)

V. Problématique

Même si l'efficacité et l'acceptabilité de la méthode médicamenteuse à domicile sont bien connues, le rapport de la DRESS de juillet 2016 faisait état d'un manque de connaissance quant aux attentes des femmes en matière d'IVG et suggérait de réaliser plus d'études qualitatives évaluant la satisfaction et les attentes des patientes [16].

En Martinique où le taux de recours à l'IVG est un des plus élevés de France, nous avons décidé de nous intéresser aux expériences vécues par les patientes réalisant les IVG hors structures hospitalières.

L'objectif principal était d'étudier le vécu des patientes ayant eu recours à une IVGM en ville pour identifier les points faibles afin d'améliorer la prise en charge. Les objectifs secondaires étaient de connaître les intérêts des femmes à réaliser une IVGM en ville et de répertorier les difficultés qu'elles rencontraient dans leur parcours.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

La problématique étant de comprendre l'expérience vécue par les patientes lors de l'IVG médicamenteuse en ville, l'approche qualitative était la plus adaptée.

II. Echantillonnage

Les patientes ont été recrutées dans les différents cabinets des professionnels réalisant les IVGM en Martinique : gynécologue, médecins généralistes et sages-femmes. Ces derniers ont contacté au hasard les patientes majeures, affiliées à un régime de sécurité sociale, ayant réalisé une IVG avec eux en 2018, puis nous ont communiqué leurs coordonnées après avoir obtenu leur accord.

Un second échantillonnage a été réalisé par nos soins de façon ciblée, volontaire et raisonné, en tenant compte de l'âge, de la profession, et de la situation familiale afin d'obtenir une variation des expériences. La taille de l'échantillon n'était pas fixée en amont, privilégiant la saturation des données. Les patientes ayant exprimé secondairement leur refus de participer ont été exclues.

III. Les entretiens

Le recueil des données s'est déroulé de façon prospective, par entretiens semi-dirigés auprès des patientes en suivant un guide d'entretien élaboré en amont (Annexe 2), et qui a été adapté au cours du déroulement de l'étude, en fonction du codage des données. Les entretiens d'une durée moyenne de 16 minutes 20 (8'46'' à 23'40'') se sont déroulés au domicile des participantes, dans un lieu de leur choix, ou par Skype. Ils ont été menés par la même enquêtrice, Margaux EYCHENNE, interne en médecine générale. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien. Une prise en charge psychologique par la psychologue du centre d'orthogénie était prévue pour les patientes qui l'auraient nécessité au décours des entretiens.

IV. Démarches réglementaires (Annexe 3)

Le protocole de l'étude a été établi en lien avec l'unité de soutien méthodologique à la recherche (USMR) du CHUM. Il a été soumis à l'IRB de Martinique pour avis.

Un engagement de conformité avec la méthodologie de référence MR 004 a été réalisée

V. Analyse des données

Les discours ont été rapportés sous forme de verbatim. Une lecture longitudinale a été effectuée afin de relever les locutions significatives, puis une analyse transversale thématique a permis de regrouper les témoignages en sous-catégories, catégories et enfin de définir des thèmes. Tous les entretiens ont été codés par deux personnes différentes : l'enquêteur et le directeur de thèse, médecin généraliste. La triangulation a été effectuée tout au long de l'étude et a permis de modifier la grille d'entretien. Le logiciel Nvivo pro° a été utilisé pour le codage des données.

RESULTATS

I. Caractéristique de la population

Au total, 37 patientes ont pu être recrutées par le biais de 8 professionnels (P1 à P8) exerçant en cabinet de ville : (1 gynécologue, 3 sages-femmes, 4 généralistes).

Sur ces 37 patientes,

- 9 patientes n'ont pas pu être contactées (mauvais numéro, absence de réponse après 3 appels et un message laissé)
- 8 patientes ont refusé secondairement de participer à l'étude
- 20 patientes ont pu être incluses. Un échantillonnage a été réalisé à partir de ces patientes volontaires pour aboutir à 11 entretiens.

Les patientes de cet échantillon, étaient âgées de 22 à 41 ans, avec une moyenne d'âge de 30 ans et des profils variés afin d'obtenir une plus grande diversité des expériences.

	Praticien	Age	Catégorie socio-professionnelle	Mode de vie	Nombre d'enfants
Mme A	P1	22	Etudiante	En couple, vit chez ses parents	Pas d'enfant
Mme B	P2	32	Sans emploi	En couple, vit maritalement	2 enfants
Mme C	P3	36	Employée	En couple, vit maritalement	1 enfant
Mme D	P4	31	Profession libérale	Mariée	1 enfant
Mme E	P5	25	Employée	Célibataire, vit seule	Pas d'enfant
Mme F	P6	37	Employée	En couple, vit maritalement	2 enfants
Mme G	P1	24	Etudiante	En couple, vit seule	Pas d'enfant
Mme H	P5	28	Chef d'entreprise	En couple, vit seule	Pas d'enfant
Mme I	P3	31	Profession intellectuelle sup	En couple, vit maritalement	Pas d'enfant
Mme J	P6	41	Cadre	Mariée	2 enfants
Mme K	P2	26	Sans emploi	En couple, vit maritalement	2 enfants

Sur les huit praticiens participant à l'étude, nous avons réussi à obtenir le témoignage de patientes de six d'entre eux. Les deux praticiens qui ne sont pas représentés ont une activité récente et le faible nombre d'IVG réalisé ne permettait pas le recrutement de nouvelles patientes.

II. Le vécu de l'IVG

a.i.a. Complexité des émotions

Pour explorer le vécu psychologique, nous avons classé les émotions ressenties par les patientes durant la procédure d'IVG en 3 phases chronologiques : la période précédant l'IVG (de la prise de décision jusqu'à la première prise médicamenteuse), l'étape de l'IVG elle-même (au domicile des patientes, durant la prise médicamenteuse jusqu'à l'expulsion) et enfin la phase post-IVG.

1. Avant l'IVG : la phase de l'urgence

Une fois passée la découverte de la grossesse, et la décision d'avortement prise, les participantes ont éprouvé un sentiment d'urgence, marquée par le désir d'aller vite afin de respecter les délais d'intervention. Elles ont exprimé un sentiment de panique qui a pu être renforcé par la manifestation des symptômes physiques liés à la grossesse.

Mme G : « Moi je voulais faire le plus rapidement possible car je commençais déjà à sentir les effets de la grossesse, et je ne voulais pas du tout ressentir ça. »

Certaines participantes ont manifesté de l'anxiété ou de la peur par rapport au déroulement de l'avortement. Cette phase a été génératrice de tristesse, allant parfois jusqu'à la détresse pour certaines, et de culpabilité : envers elle-même concernant des erreurs de contraception, envers l'embryon et le potentiel enfant, ou envers leur conjoint.

Mme D : « Alors tout s'est fait très très vite, c'est-à-dire que quand j'ai fait mon test de grossesse qui était positif, là ça a été la catastrophe ! J'ai été très triste, j'ai pleuré énormément »

Mme G : « Ça me faisait mal de le (conjoint) voir avoir aussi mal par rapport à ma décision, parce que c'était surtout ma décision. » Et inversement, certaines femmes ont mentionné la culpabilité de leur conjoint qui se sentait responsable de ce qu'elles vivaient.

Pour d'autres patientes, cette période précédant l'IVG est marquée par une affirmation de leur choix et une grande détermination, ce qui semblait améliorer leur vécu de la situation.

Mme H : « Et je pense que c'est aussi surtout le mental et comme j'avais décidé que ce n'était pas ce que je voulais, et que je voulais forcément l'IVG, ça a été beaucoup plus cool dans ma tête. »

Nous avons recueilli chez les participantes des sentiments contradictoires et une certaine ambivalence lors de cette étape. Pour certaines, l'avortement était contraire à leurs convictions religieuses. D'autres ressentaient un réel attachement à la grossesse.

Mme D : « Non pour moi c'était pas clair, c'était pas clair, à la base j'étais pas pour les IVG, donc j'aurais pu m'organiser et poursuivre la grossesse [...] voilà j'étais en train de me dire je fais pas selon la volonté de Dieu. »

Mme F : « C'était acté dans ma tête mais intérieurement je m'attachais vraiment à cet embryon, c'était très difficile. »

Au cours des entretiens, nous avons pu constater que certains éléments permettaient pour les patientes de mieux supporter l'idée de l'IVG, en minimisant l'acte et le rendant plus acceptable, comme le fait que la grossesse soit très précoce, l'absence de rythme cardiaque, ou encore le doute sur l'évolutivité de la grossesse.

Mme B : « Non, ça ne m'a rien fait... Comme le cœur n'était pas encore formé... »

Mme D : « Peut-être que si j'avais vu un bébé qui bougeait, un cœur, là ça m'aurait attristé, mais là, on est au tout début donc on y va. »

2. A domicile, pendant l'IVG

Lorsque nous avons questionné les participantes sur ce qu'elles ont ressenti lors de la prise des médicaments et lors de l'IVG chez elles, nous avons pu observer que le vécu était très différent d'une femme à une autre, et l'expulsion souvent chargée symboliquement.

- Indifférence émotionnelle, focalisation sur les signes physiques

Pour certaines femmes, l'acte médicamenteux a surtout été centré sur les signes physiques ressentis avec une certaine distance émotionnelle, qui a pu être également constaté lorsque la décision d'avorter était ferme et assurée.

Mme B : « *C'est juste les douleurs qui étaient un peu terribles, mais bon, ça a été.* »

Mme A : « *Le vendredi je n'ai pas pensé à l'IVG en soi, je pensais à mes douleurs, parce que j'avais extrêmement mal.* »

- Anxiété, Peur

La prise des comprimés et le retour à domicile était une étape anxiogène, marquée par la peur des effets secondaires et de l'expulsion.

Mme J : « *Angoissée car on ne sait jamais, la crainte d'avoir très mal. On a toujours une sensation très désagréable de savoir qu'on va expulser le fœtus, ça n'a rien d'agréable.* »

- Tristesse, Regret, Culpabilité

Certaines patientes ont vécu ce moment avec tristesse, exprimant le regret ou la culpabilité.

Mme G : « *Une fois à la maison j'ai beaucoup pleuré, mais j'ai dormi. J'ai cherché à dormir surtout.* »

Pour plusieurs patientes, c'était un moment de doute et de réflexion.

Mme E : « *Je me suis demandé si j'avais fait le bon choix* »

- L'expulsion : symbolique difficile

L'expulsion a globalement été vécue comme un moment difficile. Le moment a été d'autant plus pénible pour les patientes ayant pu identifier le sac gestationnel.

Mme A : « *Là oui ! Là j'ai fondu en larmes parce que je l'ai vue. J'ai vu la poche sortir.* »

Mme G : « *Et à un moment je suis retournée dans mon lit et là j'ai vraiment senti que la poche elle s'était rompue et je l'ai sentie tomber.* »

La notion d'infanticide est parfois apparue au cours des entretiens.

Mme F : « *Donc je me suis dit là ça y est c'est fini, mon petit il est mort, comme ça...* »
« *J'étais mal ! [...] Je m'en suis voulu, j'aurais dû faire attention, j'aurais pas dû faire ça...* »

Une patiente a déclaré n'avoir pas réussi à se débarrasser de « *l'embryon* » et l'avoir gardé avec elle, exprimant ses difficultés à effectuer son deuil.

Mme F : « *Je ne l'ai pas jeté !! Je l'ai mis dans un petit bout de papier et je l'ai gardé jusqu'à aujourd'hui. [...] Donc je me suis dit que le jour où je serai prête je le mettrai à la mer mais pas dans la poubelle et pas dans le WC, ça je ne peux pas, je peux pas!* »

Les termes employés pour désigner la grossesse ou le produit d'expulsion : « *mon bébé* » (Mme D), « *mon petit* » (Mme F), semblait lié au degré de souffrance et au sentiment de culpabilité ressenti.

Pour contourner ce moment difficile, une patiente a expliqué avoir volontairement pris une distance lors de l'expulsion :

Mme J : « *J'ai pas voulu en fait ! Je n'ai pas cherché à regarder ou à sentir. De toute façon je me disais qu'on verrait à l'échographie si ça s'était bien passé.* »

- Le soulagement

Malgré tout, le moment de l'évacuation a aussi été vécu comme un soulagement par différentes patientes, car il était synonyme de la réussite de la méthode et car il mettait un terme à une grossesse qui n'était pas désirée ou qui avait mal débuté.

Mme C : « *Quand ça s'est fini j'étais contente, je me sentais soulagée.* »

Mme G : « *Et du coup, je m'en voulais beaucoup de lui avoir fait subir ça à l'enfant. Donc je me suis dit que, et pour lui, et pour moi ça serait une sorte de libération.* »

3. Après l'IVG : tourner la page

Globalement on peut distinguer deux temps bien différenciés.

La phase immédiate, constituée des quelques jours qui suivent l'avortement, et la phase tardive, représentée par les répercussions à distance.

- La tristesse

Certaines femmes ont décrit une période de tristesse voire un besoin d'isolement, de recueillement.

Mme G : « *On me proposait d'aller à la plage mais je voulais pas, j'avais pas envie. Je suis restée à la maison pendant plusieurs semaines.* »

Comme lors des autres temps de l'IVG, les entretiens ont retrouvé les notions de doute et de culpabilité.

- Récupération rapide

Nous avons pu observer la capacité des patientes à retrouver tôt leurs activités habituelles, le désir de tourner la page rapidement. Globalement les patientes n'ont pas jugé utile de recourir à un professionnel pour un soutien psychologique à ce stade.

Mme I : « *Les jours suivant ça allait, comme si de rien n'était. C'est vraiment le jour J que tout s'est passé.* »

Mme D : « *J'avais fait ma confession très rapidement, dans la semaine, peut-être le vendredi matin (2j après). Dans ma tête c'était bon j'étais cool, j'avais réglé ce problème-là.* »

Mme J : « *c'était une étape difficile mais je n'ai pas eu de séquelles après ça. C'est-à-dire que le jour où ça s'est terminé, j'avais oublié !* »

- Action du temps

La phase immédiate semblait bien vécue par les patientes, certaines participantes ont tout de même mentionné des répercussions plus tardives, que ce soit sur le plan personnel ou conjugal.

Mme D : « *Suite à ça j'ai eu des difficultés dans mon couple, j'ai toujours des difficultés dans mon couple.* »

A plusieurs reprises, l'existence de périodes difficiles émotionnellement a été évoquée, comme les dates anniversaires, le contact avec les nourrissons, ou les grossesses dans l'entourage qui ravivent la mémoire de l'évènement douloureux.

Mme A : « *Quand la date arrive, ou quand il y a un événement ou qu'on passe à côté d'un nourrisson, ça fait quelque chose.* »

Mme E : « *Après c'est vrai que en janvier, si j'avais été enceinte c'est là que j'aurais accouché, donc j'y ai repensé.* »

Mme I : « *Mais il y a quelques mois ça a été dur, surtout avec la naissance de la petite des copains... »*

Le temps qui passe est aussi synonyme d'apaisement et d'acceptation des faits.

Mme F : « *J'ai fait mon cheminement toute seule, en douceur, et quand je me disais que je ne pouvais pas garder la grossesse, c'est ce qui me faisait tenir. »*

a.i.b. Les signes physiques

Les signes physiques ont été globalement bien acceptés par les femmes. Ils étaient synonymes d'efficacité de la méthode et pouvaient avoir un caractère rassurant.

Mme C : « *Je réclamais les douleurs, et là quand j'ai commencé à sentir je me suis dit « ça y est LA ça commence ».*

Certaines patientes ont été surprises par l'intensité des douleurs.

Mme I : « *J'étais chez moi, quand j'ai pris le deuxième comprimé j'ai eu très très mal. Je ne m'attendais pas à ça.»*

Parmi les patientes interrogées, aucune n'a estimé que les effets de la méthode médicamenteuse ne pouvaient être gérés à domicile, mais elles ont parfois souligné le fait que l'impact psychologique était plus fort lorsque l'on voit et l'on ressent toutes les étapes.

Mme F : « *Parce que là on vit l'avortement pleinement, on a les contractions, on le voit quoi ! Donc c'est différent. C'est très difficile à supporter ».*

a.i.c. Le rôle de l'entourage

Lors des entretiens, les patientes ont souligné l'importance du soutien de leurs proches sur le plan psychologique. Elles ont jugé l'intervention d'un psychologue inutile si elles se sentaient suffisamment soutenues par leur entourage et cette épreuve leur semblait plus difficile à supporter si elles avaient été seules.

Mme H : « *Je pense que ça aurait été beaucoup plus difficile si mes parents n'avaient pas été au courant. »*

Mme A : « *Je considère que je suis bien entourée et si j'ai besoin d'en parler j'ai des gens autour de moi de confiance à qui je peux en parler. Si j'avais été seule, oui j'aurais fait appel à un psychologue pour en parler.»*

La présence du conjoint lors des consultations et à domicile était perçue comme un soutien important. Cela permettait un moment d'échange et apportait une plus grande sécurité car il avait aussi été informé du protocole et du déroulement. Parfois le conjoint n'a pas été

impliqué par la femme, lorsque la relation était jugée trop incertaine ou en cas de désaccord sur l'interruption de la grossesse.

Mme H : « *Je lui ai dit que la décision ne lui revenait pas, c'est mon corps c'est moi qui décide. Par conséquent notre relation s'est terminée.* »

A l'inverse c'est parfois le compagnon qui a choisi de ne pas participer, créant ainsi un sentiment de colère chez les femmes.

Mme F : « *Ahhh, beaucoup de haine, parce que je me dis que je ne suis pas tombée enceinte toute seule non plus. Donc il y a eu de la haine, le sentiment de trahison et d'abandon !* »

Parfois, les patientes ont manifesté le besoin de s'entourer d'autres proches comme leurs amies ou parents. Ce sont le plus souvent les femmes de l'entourage qui ont été sollicitées.

Mme I : « *j'ai eu besoin d'en parler à des amies proches qui avaient déjà vécu ça.* »

La mère avait un rôle de soutien et de conseillère. Sa présence était vécue comme rassurante.

Mme B : « *J'avais ma maman là donc ça a été...* »

Plusieurs femmes ont fait le choix de cacher leur avortement à leur famille, par crainte du jugement ou peur de décevoir.

Mme H : « *La seule personne qui n'est pas au courant c'est mon père, je ne voulais pas lui faire de peine en fait.* »

Certaines participantes évoquaient le manque de compréhension de la part des autres.

Mme C : « *Je n'en parle pas parce que je sais que si j'en parle on va me dire que je suis bizarre.*»

III. Déroulement ambulatoire de l'IVG

Concernant le déroulement de l'IVGM en ville, l'analyse des entretiens a pu faire émerger plusieurs thèmes.

a. Les raisons du choix de cette méthode

Bien que plusieurs patientes n'aient pas eu connaissance de la possibilité de réaliser l'IVG en ville, cette possibilité a globalement satisfait les participantes pour plusieurs raisons : la simplicité de la prise en charge, un interlocuteur unique, et la proximité géographique de leur domicile.

Mme H : « *C'est même plus simple. C'est comme si on tombait malade et qu'on allait chez le docteur !* »

Mme J : « *C'est moins lourd.* » « *Alors la proximité, le fait de ne pas passer par l'hôpital, tout ce qui est démarche, admissions, le côté protocolaire. La démarche est plus simple.* »

La rapidité était aussi un facteur mentionné par les patientes, qui se sentaient parfois pressées par le délai légal.

Mme A : « *Alors, moi ça a été très vite, j'ai su le lundi, le mardi j'étais avec Mme X.* »

Une patiente a souligné le fait que malgré sa volonté d'aller vite, le professionnel qui l'a suivie a su temporiser un peu pour lui laisser un temps de réflexion et d'organisation qui lui a été profitable.

Mme F : « *Donc là j'étais hyper pressée je voulais les comprimés de suite, mais elle n'a pas voulu, elle a préféré que je mature ça. Et puis que je m'organise aussi au niveau de mon travail.* »

On a pu observer également chez les participantes la recherche d'intimité. Le fait de pouvoir réaliser l'IVGM dans le confort du domicile avait un caractère rassurant, et passer par un cabinet de proximité permettait de rester dans une ambiance plus intime.

La méthode paraissait apporter une plus grande discrétion, loin du regard des autres.

Mme B : « *Y'a des gens qui veulent pas trop se présenter à l'hôpital et veulent rester dans la discrétion, tout ça. C'est plus discret.* »

Le respect de l'anonymat a été souligné et apprécié par les patientes.

Mme H : « *Du coup, c'est pour ça que je suis allée voir Dr X, il y a juste lui qui le sait, je rentre comme si j'avais une grippe, je ressort on ne sait pas ce que j'ai... C'est beaucoup plus anonyme et c'est ce que j'ai préféré en fait.* »

b. La relation de confiance avec le professionnel

Un des motifs de satisfaction des patientes était la qualité de la relation établie avec le professionnel. Elles ont apprécié le caractère holistique de la prise en charge : l'écoute du conjoint, compréhension des circonstances particulières liées à chaque femme. Les patientes ont apprécié ce sentiment de singularité, qui répondait parfois à la crainte d'une prise en charge « à la chaîne ».

Mme A : « *Elle m'a accompagnée, elle m'écoutait, ce qu'à l'hôpital on ne fait pas et elle a pris le temps d'analyser la situation, et, comme j'ai dit je n'étais pas toute seule donc elle a pris le temps de nous parler à moi ainsi qu'à mon copain.*»

Mme G : « *Donc ça s'est bien passé, elle a été douce et elle a parlé aussi à mon ex-copain. Ce que j'ai trouvé bien, je savais pas si c'était normal ou pas, mais j'ai bien aimé le fait qu'elle lui parle parce que lui il voulait le garder.* »

Elles ont exprimé l'importance pour elles de se sentir écoutées, rassurées et non-jugées.

Mme A : « *Moi j'étais à l'aise avec elle. Quand je parlais avec elle j'avais vraiment l'impression de parler avec quelqu'un qui me comprenait, qui m'écoutait, qui était là pour moi. Euh, je ne me suis pas sentie jugée ni regardée et tout. »*

Mme F : « *Premièrement il m'a rassurée, il m'a demandé si moi j'allais bien. »*

La disponibilité des médecins ou sages-femmes a été grandement appréciée.

Mme C : « *Ce que j'aime avec Dr X c'est qu'elle est disponible, on était en permanence en contact par mail. Elle est réactive elle répond, donc j'étais pas toute seule en fait. »*

Une patiente a déclaré avoir une relation difficile avec le professionnel en raison d'évènements antérieurs et reconnaît que même si la prise en charge a été satisfaisante et professionnelle, elle ne s'est pas sentie à l'aise pour s'exprimer. Cela a pu impacter son vécu.

Mme I : « *Je pense que ça m'a peut-être empêché, de dire les choses que j'avais besoin de dire. Parce que vraiment je ne me sens pas du tout à l'aise avec elle. » « Elle a été très encadrante malgré l'appréhension que j'avais avec ce que j'avais vécu avec elle. Ça s'est très bien passé. »*

c. Participation active

L'IVG médicamenteuse demandait une participation de la patiente. Avoir le choix de la méthode, le choix du moment de la prise des comprimés étaient des éléments de satisfaction qui permettaient aux patientes de ne pas se sentir passives et de garder un contrôle sur la situation. Elles ont expliqué avoir une plus grande flexibilité dans l'organisation de leur temps et de leur vie familiale (obligations professionnelles, garde des enfants) grâce à cette méthode. Une patiente a également apprécié le fait de ne pas se sentir contrainte.

Mme A : « *nous sommes libres jusqu'à la dernière minute de prendre la décision! »*

Au contraire, certaines patientes ont souligné la difficulté de devoir prendre une part active dans la démarche. L'action de prendre les comprimés, le vécu des saignements et des douleurs, la visualisation des débris expulsés étaient difficiles à supporter psychologiquement.

Mme F : « *Ça fait mal mais quand on vit la situation, psychologiquement c'est pas pareil, c'est vraiment différent. »*

d. Satisfaction

D'une manière générale, les patientes étaient satisfaites de leur IVG. Les témoignages s'accordaient pour dire qu'après une période plus ou moins difficile émotionnellement, les femmes portaient un regard positif sur l'expérience qu'elles avaient vécu, autant sur le plan personnel, que sur la prise en charge dont elles avaient bénéficié.

Mme D : « *c'était parfait, sans douleur, très très bien. Ça s'est bien passé. »*

Mme A : « *Moi je souhaite que celles qui doivent passer par là tombent sur la même équipe que moi, c'était cool. »*

IV. Le parcours d'accès

a. L'errance initiale

La recherche d'un professionnel était parfois chaotique car les patientes n'étaient pas informées de la possibilité de réaliser l'IVG ailleurs qu'à l'hôpital. Les patientes se sont tournées en premier lieu vers leur gynécologue ou médecin traitant habituel, vers la MFME, les sages-femmes libérales ou ont demandé conseil à leur entourage. Les recherches sur internet n'aboutissaient pas à des informations pertinentes. Plusieurs médecins traitants aiguillaient directement les patientes vers la MFME et ne proposaient pas de rester en ville. Ces errances au début de la prise en charge ont pu donner lieu à un sentiment d'isolement et d'abandon, dans une phase où le temps semble compté pour respecter les délais.

Mme F : *« J'ai appelé les sages-femmes, j'ai appelé la MFME, je tombais que sur des répondeurs. Alors je ne sais pas si c'est parce que c'était pendant les grandes vacances, mais je me suis dit c'est pas possible il n'y a pas une personne qui soit capable de répondre à mon problème ? »*

Un certain nombre de patientes arrivaient finalement chez le praticien grâce au bouche à oreille, à partir de renseignements obtenus dans l'entourage.

b. Fluidité du parcours à partir du premier contact

Une fois les patientes orientées vers le praticien réalisant l'IVG, de manière plus ou moins directe, la suite a semblé plus fluide. Les patientes estimaient que le premier rendez-vous était rapide, et que le rendez-vous d'échographie a été obtenu facilement.

Mme B : *« Ça a été vite, l'échographie j'étais un peu douteuse de trouver quelqu'un pour la faire rapidement mais elle m'a donné les coordonnées et ça a été. »*

La coordination entre les soignants a permis aux patientes de simplifier la démarche et de limiter le nombre d'intervenant, ce qui a été grandement apprécié.

Mme I : *« Du coup dès qu'on a su j'ai pris rendez-vous avec mon médecin traitant. Elle m'a dit qu'elle ne pratiquait pas ça mais qu'elle faisait ça avec la collaboration de Dr X. »*

Mme J : *« Très simple, je pense que compte tenu du fait que mon gynécologue était au courant, que ça pouvait se pratiquer en ville j'ai trouvé ça très très simple. »*

c. Des a priori négatifs sur l'hôpital

Les différents entretiens ont fait émerger l'idée plutôt négative que les patientes se faisaient de l'hôpital. Pour certaines cette image résultait d'une mauvaise expérience personnelle ou vécue par une proche, pour d'autres simplement de la représentation qu'elles s'en faisaient en

général. Pour quelques patientes, se rendre à l'hôpital était synonyme d'hospitalisation, et représentait un frein à la démarche.

Mme I : « *Plus confortable que dans une chambre double ou dans un box d'urgences, enfin je ne sais pas comment ça se passe à l'hôpital. »*

Les appréhensions étaient aussi liées aux conditions d'accueil et au manque d'anonymat.

Mme D : « *Parce que je sais comment c'est, la salle d'attente, toutes les dames sont là, en train de se regarder, tout le monde sait que c'est le service d'orthogénie, tout le monde sait que c'est ce contexte-là... Ah ça aurait été dur ! »*

Mme A : « *A l'hôpital on croise toujours quelqu'un qu'on ne veut pas voir. »*

Une autre raison évoquée était le caractère impersonnel de l'hôpital. Les patientes craignaient une prise en charge « à la chaîne ». Un sentiment de jugement de la part des soignants a été évoqué lors des entretiens, par celles qui avaient déjà vécu une IVG à l'hôpital.

Mme C : « *ça s'est très mal passé avec la sage-femme à l'hôpital. Ça s'est mal passé avec celle qui fait votre dossier, et quand vous arrivez et que vous voyez un papier qui dit que soi-disant on vous juge pas, mais elle justement ce n'est pas le cas. »*

Les femmes ont aussi évoqué la complexité que représente une consultation hospitalière, que ce soit sur le plan géographique, aller à Fort de France était parfois source de difficultés (véhicule, stationnement), sur le plan administratif (prise de rendez-vous, admission, réalisation d'exams), ou sur le plan relationnel (difficulté d'exposer son problème à des interlocuteurs différents). Les expériences rapportées mentionnaient des obstacles à la prise de contact avec la MFME ; un standard téléphonique injoignable ou des délais proposés trop longs.

V. Attente des patientes

Lorsque nous avons interrogé les patientes sur leurs attentes en termes d'IVG en ville, plusieurs pistes d'amélioration ont été évoquées.

a. Améliorer l'accès aux informations et à l'IVG en ville

Les femmes semblent avoir rencontré des difficultés pour identifier les professionnels compétents. Par rapport aux structures à contacter, elles ont mentionné le fait que les informations trouvées sur internet sont incomplètes, elles ont éprouvé des difficultés pour joindre le service d'orthogénie de la MFME par téléphone et ont été obligées d'avoir recours au bouche à oreille.

Mme G : « *c'est compliqué je trouve, surtout si elles n'ont pas envie d'en parler autour d'elle, elles sont obligées d'en parler pour avoir les informations.* »

Elles regrettaient de ne pas avoir su plus tôt que l'avortement était proposé par certains professionnels de ville.

Mme H : « *Je pense qu'il faudrait plus communiquer sur le fait que certains docteurs le font. Parce qu'en fait on ne le sait pas du tout.* »

Plusieurs patientes ont exprimé leur souhait de voir davantage de professionnels proposer les IVG.

Mme F : « *qu'il y ait plus de structures pour ça, pas uniquement la MFME [...] plus de structures et de personnes pour accueillir les femmes qui demandent.* »

b. Rapidité et simplicité

En matière de prise en charge, les patientes étaient demandeuses de rapidité et de simplicité dans le parcours. Plusieurs ont évoqué la simplification de la prise de rendez-vous, y compris pour les examens complémentaires en particulier l'échographie. Le fait d'avoir un interlocuteur unique était aussi une demande formulée par les patientes, afin de renforcer le sentiment d'intimité et la relation de confiance.

Concernant les délais d'intervention, la rapidité semblait effectivement être une demande importante de la part de toutes, mais une patiente a toutefois émis une réserve car elle estimait que les rendez-vous pouvaient être trop rapides ne laissant pas le temps de réflexion nécessaire à la prise de décision et à l'acceptation de la situation.

c. Ecoute et disponibilité

Les femmes qui ont choisi de réaliser l'IVG en ville attendaient de la part du professionnel une grande disponibilité afin d'être rassurées en cas de questionnement ou d'imprévu. C'est une qualité qui semble avoir été présente de la part des professionnels à l'analyse des différents entretiens. La qualité d'écoute était aussi une demande de leur part, pour une prise en charge plus personnalisée. Le manque de disponibilité des professionnels de santé contactés et qui n'ont pas pu répondre à la demande de certaines patientes était mal vécu par les femmes qui se sentaient perdues et incomprises.

d. Suivi psychologique à distance

Aucune des patientes interrogées n'avait jugé l'intervention d'un psychologue utile sur le moment, bien qu'elle ait été proposée. Pour certaines, les discussions avec le professionnel et

l'entourage apportait le soutien nécessaire mais pour plusieurs patientes, le besoin de suivi psychologique s'est fait ressentir dans un second temps. Il a été proposé qu'un contact soit laissé de façon systématique pour contacter un psychologue lorsqu'elles en ressentiraient le besoin, ou bien un rendez-vous plus tardif pour évaluer les difficultés ressenties.

Mme I : *« je pense qu'avoir un numéro au moins pour pouvoir discuter après ça serait bien. Parce que là on était dans l'action, vite, vite. »*

DISCUSSION

I. Les limites de l'étude

a. Liées aux entretiens

Il s'agit d'un premier travail de recherche de type qualitatif. Il a été nécessaire de se former à la conduite des entretiens semi-dirigés, mais le manque d'expérience dans la pratique a pu altérer la qualité des données recueillies. Une auto-évaluation après chaque enregistrement réalisé a permis, au fur et à mesure, de diminuer le nombre de relances fermées et par conséquent d'augmenter la qualité et la richesse des témoignages recueillis.

b. Liées au recrutement

L'étude étant réalisée sur la base du volontariat, on peut imaginer que les patientes ayant accepté de participer étaient celles qui avaient besoin de s'exprimer. Il est possible que les femmes ayant une bonne expérience de l'IVG jugent leur témoignage insignifiant et ne soient pas correctement représentées. Au contraire, on peut supposer que les femmes pour qui le souvenir de l'avortement est trop douloureux n'aient pas souhaité s'exprimer.

Tous les praticiens de l'île réalisant les IVG en ville ont été contactés, mais le nombre de réponses recueillies par chacun était très variable. Le degré d'implication de ces derniers dans notre étude pouvait représenter un biais. Deux professionnels ne sont pas représentés, l'un ne nous a pas répondu malgré les relances. Un autre, tout juste formé nous a communiqué les coordonnées d'une seule patiente en raison du faible nombre d'IVG qu'il avait réalisé.

c. Liées aux patientes

Les entretiens se sont déroulés dans un délai de 4 à 12 mois suivant l'avortement. Ce temps de latence a pu engendrer un biais de mémoire de la part des patientes. Nous avons néanmoins choisi de ne pas réaliser les entretiens plus tôt, afin d'obtenir un témoignage à distance de la période de crise pouvant être ressentie par les patientes. Une étude sur le vécu psychologique des patientes a montré qu'il n'existait pas de différence en termes de ressenti à 4 mois ou 12 mois [17].

Un autre biais de recueil peut être cité, il est dû à l'enregistrement audio des entretiens qui pouvait générer un blocage de la parole des femmes. Pour minimiser ce risque, nous avons veillé à créer un climat de confiance lors de la réalisation des entretiens, nous avons proposé aux patientes que nous sentions intimidées de stopper l'enregistrement si elles le souhaitaient. Aucune des patientes n'a déclaré être gênée par la présence du dictaphone.

II. Discussion sur les résultats

a. La population

Les femmes de notre échantillon sont âgées de 22 à 41 ans, la moyenne d'âge de 30 ans est en accord avec les statistiques pour les IVG hors établissement de santé [18], les femmes de plus de 30 ans font plus souvent appel à un généraliste en cas de grossesse non désirée, ce qui justifie sûrement qu'elles sont plus nombreuses à réaliser les IVG en ville [2]. Les IVG chez les jeunes femmes mineures ne sont pas réalisées en ville en Martinique ce qui explique leur absence de l'échantillon. La tranche d'âge 45-49 ans n'est également pas représentée en raison du faible taux de recours à l'IVG à cet âge (0,6 pour 1000 femmes) [9].

En termes de situation professionnelle, on observe également que l'échantillon est varié, la plupart des catégories sont mentionnées. Les participantes ont des modes de vie également divers. Cette variété des profils a été obtenue grâce à une méthode d'échantillonnage dirigée et raisonnée, réalisée au fur et à mesure du recrutement, permettant une plus grande diversité des expériences vécues par les participantes.

b. Le vécu

- **Vécu psychologique**

Dans cette étude, on observe que sur le plan émotionnel, le vécu des femmes est intense et complexe.

Les données de la littérature [17,19,20,21], s'accordent sur le fait qu'en termes de séquelles psychologiques, il n'existe pas de conséquences négatives à court et à long terme et réfutent l'idée véhiculée par des opposants à l'avortement pendant plusieurs années que l'IVG occasionnait des syndromes post-avortement mêlant dépressions, troubles anxieux, syndrome de stress post-traumatique ou encore abus de substances. Bien que l'expérience soit considérée par la plupart des femmes comme pénible et douloureuse, à long-terme, presque toutes évoquent un sentiment de soulagement [17]. On observe même une tendance à une meilleure qualité de vie et une élévation de l'estime de soi après l'interruption d'une grossesse non souhaitée [22]. En comparaison, il n'est pas retrouvé d'augmentation de la comorbidité psychologique ou psychiatrique par rapport à une grossesse non désirée menée à terme. La plupart des complications psychologiques retrouvées sont observées chez des patientes souffrant de troubles antérieurs ou dans des contextes de violences conjugales physiques ou psychologiques [19,20]. C'est toute l'importance du rôle que revêt le professionnel réalisant l'IVG quant au dépistage de ces patientes à risque.

Les résultats de notre travail semblent concorder avec ces études, l'impact émotionnel et affectif nous paraît tout de même considérable. Il est possible que les patientes ayant eu un vécu difficile de l'IVG soit surreprésentées dans notre échantillon.

Bien souvent les émotions négatives ressenties sont liées à la découverte de la grossesse non désirée et non à l'avortement. L'acte en lui-même peut provoquer un sentiment de souffrance qu'il faut savoir écouter, mais il est aussi synonyme de libération et de soulagement.

C'est l'étape de l'expulsion qui semble être la plus difficile à supporter, et donc il semble primordial pour les professionnels de bien informer sur le déroulement afin d'améliorer le vécu [13].

On constate également que les patientes ayant le meilleur vécu sont celles qui étaient les plus sûres de leur décision d'avorter. Le degré de motivation devrait pouvoir être apprécié par les soignants afin d'encadrer au mieux celles qui le nécessitent. Pour certaines, le vécu semble facilité par des éléments tels que l'absence de battement cardiaque ou le terme précoce de la grossesse. On peut encourager les professionnels à insister sur ces éléments qui semblent diminuer la culpabilité ressentie.

Pour plusieurs patientes l'avortement a été associé à un infanticide. La violence de ce sentiment se traduit dans le vocabulaire utilisé par les femmes pour décrire la grossesse ou le produit d'expulsion. Les termes utilisés reflètent la distance émotionnelle qu'elles ont avec la grossesse en cours et témoignent de l'impact de l'avortement [13]. Il est important de déculpabiliser ces patientes, de proposer une aide psychologique ou une écoute bienveillante. Par conséquent, le langage utilisé par les soignants se doit également d'être adapté.

Aucune des patientes n'a bénéficié d'un accompagnement par un psychologue. Elles déclarent que l'initiative est bonne et que l'intervention d'un psychologue peut-être utile aux autres femmes mais pas pour elles. On imagine aisément que faire intervenir un nouvel interlocuteur, dans leur prise en charge, peut paraître difficile et intrusif. Certaines des patientes qui ont refusé, ont par la suite avoué qu'elles en auraient eu besoin. L'étude GINE a montré que l'entretien psycho-social proposé était parfois vécu comme une intrusion au début de l'IVG [22]. C'est pour cette raison qu'il paraît important de répéter aux femmes qu'un suivi est possible, et en particulier dans les semaines qui suivent l'avortement, une fois « l'urgence » passée. C'est dans la période qui suit l'avortement que les patientes éprouvent le plus le besoin de soutien. [22].

La plupart des participantes déclare avoir pu surmonter cette étape avec l'aide bienveillante du professionnel qui les a accompagnées et le soutien de leur entourage. Cela souligne que le rôle d'accompagnement psychologique tenu par les médecins et sages-femmes réalisant les

IVG est important. Des médecins généralistes réalisant les IVG interrogés en 2014 déclaraient que bien souvent, l'accompagnement psychologique était effectué par eux-mêmes en raison du refus de la patiente de voir un psychologue [23].

- Vécu physique

La méthode médicamenteuse génère des effets secondaires, qui sont jugés acceptables par les patientes dans les différentes études, y compris à domicile [5,6], ce qui se confirme avec les femmes que nous avons interrogées. Les symptômes les plus fréquemment décrits sont les douleurs, les saignements, et les troubles digestifs. Dans notre étude, les troubles digestifs n'ont pas été abordés spontanément par les femmes, les douleurs et les saignements étant au premier plan. Ce qui paraît le plus difficile pour les femmes dans l'IVG à domicile est le fait de « tout voir et tout sentir » de l'expulsion. Cette particularité doit être prise en compte, en préparant les femmes à ce qu'elles vont vivre. Lorsqu'elles ne se sentent pas capable de supporter l'expulsion à domicile et les signes physiques inhérents, une IVG chirurgicale doit pouvoir être proposée.

Les douleurs sont ressenties par plus de 90% des femmes lors des IVGM selon une revue de la littérature effectuée en 2011 pour « Bulletin of the World Health Organization » [8]. Parmi nos patientes, plusieurs ont mentionné le fait d'avoir été surprises par l'intensité des douleurs, et semblaient mal préparées. Le caractère imprévu des douleurs est responsable d'un vécu négatif des symptômes. Afin de mieux préparer les patientes, on peut s'appuyer sur les facteurs prédictifs de plus forte douleur déjà connus, à savoir :

- l'âge gestationnel : plus le terme est avancé et plus fortes sont les douleurs [24,25],
- l'existence chez la patiente de dysménorrhée [26],
- la nulligestité et la nulliparité [27,28],
- et enfin l'anxiété préexistante [28].

Pour cette raison, chaque professionnel doit s'appliquer à les rechercher face à une patiente en demande d'IVG afin de prévenir au mieux le vécu des symptômes. Les mesures non médicamenteuses dans la prise en charge des douleurs liées à l'IVG sont peu étudiées. Une méta-analyse de 2019 montre l'efficacité de l'utilisation de chaleur dans les dysménorrhées [29]. Bien qu'il n'y ait pas d'études sur la thermothérapie dans l'IVG, l'utilisation d'une bouillote chaude, sans risque pour la santé, non invasive et peu coûteuse pourrait être proposée en association avec la prise en charge médicamenteuse habituelle. Sur le même principe, la cohérence cardiaque semble améliorer les signes d'anxiété [30], son innocuité et

sa facilité de mise en œuvre pourraient la rendre applicable chez les femmes anxieuses en vue d'améliorer leur vécu.

Les saignements surviennent généralement entre 30 minutes et 10 heures suivant la prise de misoprostol[3]. Leur quantité et leur durée doivent pouvoir être évaluées par la patiente afin d'éviter toute complication hémorragique. Dans notre échantillon, les patientes semblaient préparées à l'intensité des saignements, le vécu a été plutôt bon car il était synonyme pour la plupart de l'efficacité de la méthode ce qui leur conférait un caractère rassurant. Pour les patientes, au moment de l'IVG, il s'agit d'un phénomène qui s'apparente facilement à un évènement naturel comme les règles où une fausse couche, par conséquent elles n'ont pas exprimé de commentaires négatifs. En revanche, ce qui semble être plus désagréable pour elles est la durée prolongée des saignements. En effet, ceux-ci peuvent persister jusqu'à 60 jours après l'IVG. Cela a été pour certaines une source d'inquiétude ou de gêne, ce qui a altéré le vécu post-IVG [3].

Une étude de 2016 a montré que 43% des patientes interrogées avaient eu des saignements plus importants que ce à quoi elles s'attendaient [31].

Les troubles gastro-intestinaux n'ont pas été spécialement mentionnés par les patientes de notre étude, à l'exception d'une femme qui a déclaré avoir eu un vomissement sous l'effet de la douleur. Une patiente a signalé avoir eu un malaise au moment de l'expulsion. C'est un symptôme généralement peu fréquent entre 12 et 37% selon les études, qui peut être expliqué par un mécanisme vagal lié à la douleur et par la baisse de tension due aux prostaglandines [32].

Globalement, on observe que les effets secondaires sont bien acceptés par les patientes qui ont été correctement informées sur déroulement de l'IVG. On sait que la qualité de l'information reçue est prédictive d'un meilleur vécu de l'acte [33], et les recommandations émises par l'ANAES en 2000 insistent sur ce point [34].

- Rôle de l'entourage

Les témoignages de notre étude soulignent l'importance de la sphère affective, familiale et sociale dans le vécu de l'IVG. La plupart des patientes associe le fait d'avoir bien vécu l'avortement au fait d'avoir été bien entourée, et inversement, celles qui ont ressenti des difficultés se sentaient seules ou incomprises par leurs proches.

Dans l'IVG à domicile, le partenaire tient une place particulière, sa présence modifie profondément la situation : l'IVG est vécue par la femme mais assumée par le couple. L'équipe de l'INSERM, qui a analysé ce phénomène parle d'un « *retour à une assistance non*

médicale et à l'investissement du partenaire » [35]. L'implication du conjoint permet de diminuer le sentiment d'isolement ressenti par les patientes. C'est d'autant plus important qu'une femme seule éprouve plus de culpabilité, tandis que lorsque le conjoint est présent, celle-ci est partagée [36].

On observe à l'inverse certaines femmes qui refusent d'impliquer leur partenaire, le plus souvent en cas de désaccord sur l'issue de la grossesse. N. Bajos explique ce choix par la volonté de ne pas tout partager, de préserver une certaine pudeur [35].

Dans notre étude, après le partenaire, ce sont les femmes de l'entourage qui semblent tenir une place importante dans l'accompagnement. La mère est souvent sollicitée pour ses qualités de réconfort et d'écoute. Cela renforce l'idée d'intimité et de cocooning associée à l'IVG en ville.

Pour certaines femmes, l'absence de compréhension, réelle ou supposée, de la part du conjoint ou de la famille est difficile à assumer, obligeant parfois à garder secret l'avortement. Les femmes expliquent aussi ce silence par la peur de décevoir, comme si l'IVG était synonyme d'un échec. Sur une île où la matrifocalité est courante, l'image de la mère est sacralisée. Associé à la forte influence de la religion, le sujet de l'avortement est tabou. Les femmes sont confrontées à des discours moralisateurs de la part de l'entourage ou du corps médical, comme le souligne le travail de M. Nouat-Boeye, réalisé en Martinique en 2018. [37]

- Relation de confiance avec le professionnel

La qualité de la relation instaurée avec le professionnel dans le cadre de l'IVG en ville est un élément très important dans le bon vécu de l'acte. Les nombreuses études sur la relation médecin-malade montrent que les qualités d'écoute et la disponibilité du soignant contribuent à diminuer l'anxiété [35]. Ces données se confirment à travers les témoignages de nos patientes. Elles soulignent également l'importance de l'absence de jugement. Ce dernier point est un élément important dans un contexte où l'IVG, bien que légale, dispose toujours d'un statut à part, comme le souligne N. Bajos lors du colloque REVHO 2019 sur l'IVG [38], en raison de la clause de conscience formulée explicitement dans le code de santé publique. Le Haut conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes a d'ailleurs émis en 2013 une recommandation pour faire disparaître cette mention de l'article de loi, au titre que la clause de conscience est déjà accordée de manière générale à tout le personnel soignant pour l'ensemble des actes médicaux, et qu'il n'est pas utile de différencier cet acte des autres [39]. Même si la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 [1] a permis une avancée en supprimant la notion de détresse comme condition d'accès à l'IVG et le délai de réflexion,

la persistance de cette mention peut être à l'origine d'une culpabilité et d'une crainte de jugement de la part du milieu médical.

L'ouverture de la pratique des IVG aux sages-femmes s'inscrit dans une démarche de démedicalisation de l'acte, ce qui peut avoir un effet positif sur les patientes en rendant l'avortement plus anodin [38].

c. Les motivations

Les raisons rapportées par les femmes dans la littérature pour le choix de l'IVG médicamenteuse à domicile sont une perception plus naturelle de la méthode, la possibilité d'être accompagnée par le partenaire ou un proche, le contrôle sur la situation, la peur de l'aspiration ou encore le désir d'éviter une hospitalisation et une anesthésie [3,8,13,40]. Ces données sont concordantes avec les informations recueillies dans notre étude.

Nous avons cherché à approfondir la question et comprendre les motivations de nos patientes à réaliser leur IVG en ville. Dans un premier temps, nous avons été surpris de constater qu'une grande partie des patientes n'était pas informée de cette possibilité et a découvert cette pratique à l'occasion de leur IVG. Les avantages qu'elles y ont trouvés et qui les ont poussés à choisir cette option sont la facilité et la rapidité d'accès, la possibilité d'avoir un interlocuteur unique ou encore le respect de l'anonymat et de l'intimité [13].

On remarque que l'image négative portée par les femmes sur la prise en charge hospitalière influe également sur le choix de réalisation en ville [13]. L'hôpital est considéré comme une structure impersonnelle, ne respectant pas leur anonymat et leur intimité. De plus il existe souvent un amalgame entre la consultation hospitalière et l'hospitalisation voire l'aspiration.

Parfois, une mauvaise expérience hospitalière antérieure peut être responsable d'un refus catégorique de la part de la patiente d'y être à nouveau prise en charge, dans ce cas on peut s'interroger sur la capacité de la femme à se rendre à l'hôpital dans des délais acceptables en cas de complication. Le professionnel doit rester vigilant et s'assurer du comportement « raisonnable » de la patiente et de son accompagnant.

d. Le parcours d'accès

Notre étude montre que le parcours d'accès des patientes à l'IVG en ville est encore imprécis. L'information sur la réalisation des IVG en ville est très faible du côté des patientes comme du côté des professionnels. Les patientes ne savent pas vers qui s'adresser. L'étude sur les filières d'accès à l'IVG menée par l'équipe COCON en 2008 mettait déjà en évidence les différences en termes de rapidité et qualité du parcours de soins selon le premier intervenant

rencontré. Les patientes ayant consulté un généraliste en premier recours étaient globalement moins bien aiguillées que celles qui avaient consulté un gynécologue [2]. C'est ce qui semble être le cas en Martinique à travers les témoignages que nous avons recueillis. De plus, le site internet www.ivglesadresses.org ne recense que deux des neuf professionnels réalisant les IVG sur l'île. On peut y voir un manquement dans l'information des patientes ou encore une volonté des praticiens de ne pas s'exposer, par crainte d'être réduit au rôle de « médecin avorteur » [23,41]. L'intérêt des généralistes pour la méthode est encore faible, en cause probablement le manque de formation initiale (faible nombre d'heures consacrées à la contraception et à l'IVG dans les études médicales, disparition de l'obligation de stage en orthogénie pour les élèves sages-femmes), la lourdeur administrative de la prise en charge ou encore le manque de temps à consacrer à la patiente. On peut aussi souligner la faible rémunération évoquée par les généralistes [11, 41], notamment depuis l'arrêt de commercialisation du Cytotec^o en mars 2018 qui était largement utilisé et dont le coût était nettement inférieur à MisoOne^o ou Gymiso^o (de 40 centimes à 30 euros en moyenne) [42]. Notons que le forfait de remboursement de l'IVG appliqué par la sécurité sociale est le même en Martinique qu'en métropole. A cela s'ajoutent les raisons éthiques et personnelles comme le retrouve ce travail de 2013 en France métropolitaine sur les freins à l'IVGM en ville [41]. Même si cet aspect est minoritaire dans l'étude réalisée, l'importance du poids de la religion dans la société martiniquaise (17% de pratiquants toutes religions confondues dans les DOM versus 2% dans l'hexagone [43]) pourrait générer un frein plus important à l'accès à l'IVG sur l'île, y compris de la part des soignants.

Une fois les patientes correctement aiguillées, toutes ont exprimé leur satisfaction quant à la fluidité de la prise en charge. C'est une donnée encourageante qui prouve que l'ouverture de l'IVG en ville apporte une réelle amélioration de l'offre de soins et contribue au meilleur vécu de l'avortement.

L'analyse de nos résultats en lien avec les données de la littérature nous ont permis de proposer plusieurs pistes d'amélioration :

- **Concernant la prise en charge des patientes :**

- Améliorer le dépistage des facteurs de risques psychologiques et physiques:

En faisant apparaître sur la fiche médicale les facteurs de risques psychologiques : comme les antécédents psychiatriques, la consommation de toxiques ; en réorientant les patientes victimes de violences physiques ou psychologiques vers des structures adaptées (psychologue de la MFME, conseillère conjugale, associations).

En mentionnant également sur cette fiche les facteurs prédictifs de douleurs: comme les dysménorrhées, l'anxiété, l'âge gestationnel avancé, l'absence de grossesse et d'accouchement antérieurs.

En élaborant un document écrit destiné aux patientes visant à améliorer les symptômes par des mesures non médicamenteuses : exercices de cohérence cardiaque pour diminuer l'anxiété, bouillote pour les douleurs pelviennes, encourager les activités agréables pour détourner l'attention.

- Se renseigner sur l'accompagnant: En faisant préciser le lien existant avec la personne, si celle-ci est au courant de l'IVG et si elle la soutient dans cette démarche.
 - Mesurer le degré de motivation des patientes. Ne pas hésiter à temporiser l'IVG si la patiente manifeste une ambivalence ou des doutes, le délai de réflexion n'est plus obligatoire mais doit être adapté au cas par cas.
 - Savoir proposer aux patientes qui le souhaitent une hospitalisation ou une prise en charge instrumentale. Les patientes qui consultent pour une demande d'IVG chez un praticien de ville ne sont pas toutes informées de la possibilité de réaliser l'avortement par voie chirurgicale. Même à un âge gestationnel peu avancé, une femme peut se sentir mal à l'aise à l'idée de gérer l'acte chez elle. Une prise en charge médicamenteuse hospitalière ou chirurgicale correspondra mieux à leurs attentes.
 - Savoir proposer une aide psychologique après l'IVG, y compris quand elle a été refusée lors des précédents entretiens. En remettant un document écrit à la patiente sur la gestion de ses émotions, en utilisant le principe de la cohérence cardiaque, ainsi que les coordonnées d'un psychologue à contacter quand le besoin s'en fait sentir, y compris à distance de l'IVG. Mentionner le site internet blog.jevaisbienmerci.net regroupant des témoignages et informations visant à déculpabiliser les patientes en luttant contre la désinformation.
- **Concernant le parcours d'accès :**
- Améliorer l'accès à l'IVG en ville: En diffusant plus largement la liste des professionnels de ville les pratiquant. Un annuaire édité par le CREPSS est déjà diffusé par l'URML mais sa visibilité est faible. La diffusion des contacts par d'autres biais permettrait une plus grande fluidité dans les parcours d'accès : Page Facebook^o des internes de médecine en Martinique, groupes Whatsapp^o des remplaçants de Martinique (médecins), groupe Whatsapp^o des sages-femmes de Martinique.

- Offrir une meilleure lisibilité de l'offre de soins sur internet: En contactant REVHO qui gère le site ivglesaddresses.org afin de mettre à jour les coordonnées des praticiens qui le souhaitent.
- Veiller à une meilleure répartition des praticiens à travers l'île: en contactant les professionnels des zones sous-dotées afin de leur proposer la formation. Cette mesure aurait aussi pour avantage de faire connaître l'IVG en ville aux professionnels non informés, et donc d'améliorer l'aiguillage des patientes.

CONCLUSION

En Martinique, le recours à l'IVGM en ville progresse, c'est une alternative à la prise en charge hospitalière pour les femmes qui le souhaitent. Cette thèse, portant sur le témoignage de onze patientes nous a permis de mieux appréhender leur vécu de l'acte et de repérer les facteurs influençant leur ressenti.

Dans notre étude, il apparaît que les émotions mises en jeu chez une patiente réalisant une IVG sont complexes. L'expulsion est une étape douloureuse sur le plan psychologique et physique du fait de la participation active de la patiente. L'entourage joue un rôle majeur dans l'accompagnement tout au long du processus, son côté bienveillant permettra une meilleure acceptation. Les patientes ont également évoqué l'importance de la relation établie avec le professionnel et apprécient le caractère intime et discret de la prise en charge en ville. Un sentiment de soulagement est ressenti par les patientes immédiatement après l'IVG, à distance, certaines patientes rapportent des difficultés dans la gestion de leurs émotions et auraient aimé un accompagnement psychologique.

Des solutions concrètes comme l'élaboration d'un document écrit, destiné aux patientes, afin d'améliorer les signes physiques, et le vécu psychologique immédiat et à distance ont été proposées. La fiche d'informations médicales peut être optimisée en mettant l'accent sur le dépistage des facteurs de risques.

Bien que la plupart des patientes aient exprimé leur satisfaction, notre étude met en lumière des défauts dans le parcours d'accès : l'IVG en ville reste mal connue du grand public et des professionnels de santé ce qui ralentit l'orientation des patientes. Un effort doit être fourni pour en fluidifier l'accès.

Conscients que ces propositions ne sont pas garantes d'un vécu parfait de l'IVGM en ville, et que l'impact de l'avortement est propre à chaque femme en fonction de son histoire, de ses émotions, du contexte, et au sens qu'elle donne à cette grossesse, nous espérons néanmoins apporter notre pierre à l'édifice dans l'amélioration de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative. /data/revues/03987620/00510006/631/ [Internet]. 2 mars 2008 [cité 25 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/107099>
3. Faucher P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 3^{ème} édition. Vuibert; 2018.
4. Recommandations pour la pratique clinique - Interruption volontaire de grossesse [Internet]. CNGOF. 2016 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/rechercher>
5. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. avr 2005;33(4):2207.
6. 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 & Fertilité. janv 2004;32(1):2833.
7. Andro A, Bozon M, Brown E, Condon S, Debauche A, Ferrand M, et al. Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné — De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Population. 2004;59(1):1789.
8. Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. Bull World Health Organ. 1 mai 2011;89(5):36070.
9. Vilain A, (DREES), 2019, « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 – Ministère des Solidarités et de la Santé », Études et Résultats, n°1125, Drees, septembre. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
10. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
11. Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. Revue française des affaires sociales. 22 juin 2011;(1):86115
12. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 déc [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_961137/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse

13. Lie ML, Robson SC, May CR. Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. BMC Health Services Research. 17 juill 2008;8(1):150.
14. Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011-12 : principaux résultats [Internet]. ORS/INPES; 2013 nov [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <http://cesp-2016.vjf.inserm.fr/etude/enquete-kabp-dom-tom/>
15. Bressy J. Prévention et prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises : nouvel Avis du CNS [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2018 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prevention-prise-charge-ist-guyane-antilles-francaises-nouvel-avis-cns-2/>
16. Rey S, Villain A, Moisy M, Fourcade N. IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. DREES; 2016 juill [cité 1 oct 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/ivg-etat-des-lieux-et-perspectives-d-evolution-du-systeme-d-information>
17. Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. Soc Sci Med. juin 2004;58(12):255969.
18. Statistiques de l'avortement en France [Internet]. INED; 2015 Disponible sur: https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2015/
19. Fine-Davis M, Crisis Pregnancy Agency (Ireland). Psychological effects of abortion on women: a review of the literature. Dublin: Crisis Pregnancy Agency; 2007.
20. Induced Abortion Mental Health. Academy of Medical Royal Colleges [Internet]. déc 2011 [cité 8 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.aomrc.org.uk/reports-guidance/induced-abortion-mental-health-1211/>
21. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry. 01 2017;74(2):16978.
22. Pourette D, Moguerou L, Locoh T, Kateb K, Jaspard M, Ferrand M, et al. Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné -De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Population. 2004;59(1):178-179.
23. Hidoussi H, Vallee J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. Exercer. janv 2014;25(111):208.
24. Bettahar K, Pinton A, Boisramé T, Cavillon V, Wylomanski S, Nisand I, et al. Medical induced abortion. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2016;45(10):1490514.

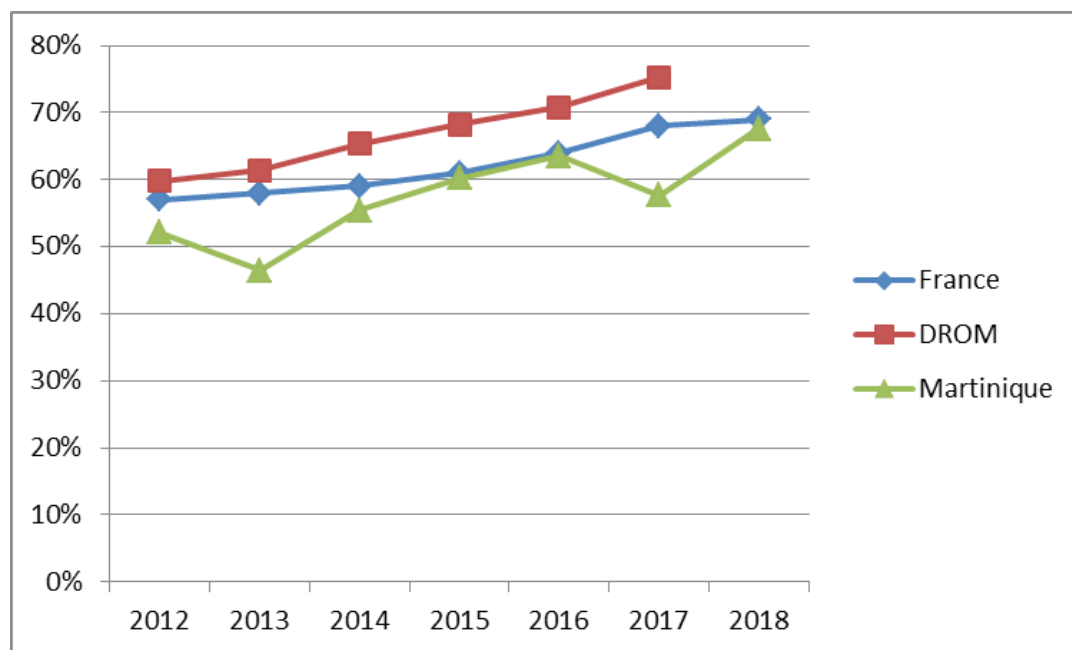
25. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*. mars 2000;61(3):2259.
26. Suhonen S, Tikka M, Kivinen S, Kauppila T. Pain during medical abortion: predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*. 1 avr 2011;83(4):35761.
27. Béna C, Cohen-Solal Azoulay J. Prise en charge de la douleur au cours de l'IVG médicamenteuse au premier trimestre: revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
28. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. sept 2001;74(3):27580.
29. Armour M, Smith CA, Steel KA, Macmillan F. The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 17 janv 2019 [cité 30 oct 2019];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6337810/>
30. Goessl VC, Curtiss JE, Hofmann SG. The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. nov 2017;47(15):257886.
31. Hedqvist M, Brodin L, Tydén T, Larsson M. Women's experiences of having an early medical abortion at home. *Sex Reprod Healthc*. oct 2016;9:4854.
32. Honkanen H, Piaggio G, Herten H, Bártfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*. juill 2004;111(7):71525.
33. Creinin MD, Tilles C, Denny A, Cansino C. Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion--reply. *Contraception*. avr 2016;93(4):373.
34. ANAES. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Paris, 2000
35. Bachelot A, Bajos N. L'IVG médicale en ville ou à l'hôpital [Internet]. INSERM - INED; 2007 Février [cité 27 sept 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/15025244-L-ivg-medicale-en-ville-ou-a-l-hopital.html>
36. Divay S. L'ivg : un droit concédé encore à conquérir. *Travail, genre et sociétés*. 2003;N° 9(1):197222.
37. Bouat-Noeye M. Enjeux d'une prévention en santé sexuelle en Martinique -Etat des connaissances et utilisation de la contraception chez les L1 (année 2017-2018). [Mémoire d'exercice]. Université des Antilles. 2018.

38. Bajos N. Vidéos du colloque REVHO 2019 « IVG : progrès et perspectives » [Internet]. Revho. 2019 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <http://revho.fr/videos-colloque-revho-2019-ivg-progres-perspectives/>
39. Commission santé, droits sexuels et reproductifs. Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [Internet]. HCEfh; 2013 [cité 30 oct 2018]. Report No.: 2013-0912-HCE-008. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hcefh/article/rapport-relatif-a-l-acces-a-l-ivg>
40. Kanstrup C, Mäkelä M, Hauskov Graungaard A. Women's reasons for choosing abortion method: A systematic literature review. Scand J Public Health. 1 déc 2018;46(8):83545.
41. Chefeg Ben Aissa R, Brocaïl P-E, Cottet J. L' Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi: quels sont les freins chez les médecins généralistes ? : Existe-t-il une demande de la part des patientes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
42. Information relative à l'offre thérapeutique en gynécologie suite à l'arrêt de commercialisation de Cytotec (misoprostol) - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2018 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Information-relative-a-l-offre-therapeutique-en-gynecologie-suite-a-l-arret-de-commercialisation-de-Cytotec-misoprostol-Point-d-information>
43. Le temps libre en 2010 – L'emploi du temps en 2010 [Internet]. Insee; 2010 [cité 28 oct 2019]. Religion, cimetière : temps moyen, temps par pratiquant et taux de pratique selon la zone d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT) de résidence. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2118039?sommaire=2118074&q=religion#titre-bloc-146>

ANNEXES

Annexe 1 :

- Evolution du pourcentage d'IVG médicamenteuse depuis 2012 en France, dans les DROM (DREES) et en Martinique (Chiffres ARS).



- Evolution du taux de recours à l'IVG en ville dans des DFA depuis 2012. (DREES)

Annexe 2 : guide d'entretien

1/ Parcours d'accès : Une fois votre décision d'IVG prise, pouvez-vous expliquer votre parcours jusqu'à la rencontre avec le médecin/SF ?	
- Pourquoi avoir choisi l'IVG en ville ?	
- Saviez-vous qu'il était possible de faire une IVG en ville / hors hôpital ?	
- Comment avez-vous obtenu les informations pour trouver le médecin ou SF réalisant les IVG ?	
2/ Première consultation : Pouvez-vous expliquer comment s'est déroulée votre première consultation ?	
- Quelle était votre première impression avec le Dr ?	
- Que pouvez-vous dire des informations qui vous ont été données sur le déroulement de l'IVG ?	
- Comment vous sentiez-vous psychologiquement ?	
3/ Vécu du protocole : Racontez-moi comment s'est déroulé l'avortement dans votre cas ?	
- Comment avez-vous vécu l'attente avant de réaliser l'IVG ? Quelles émotions ?	
- Comment s'est déroulée la prise du premier comprimé ? et après ?	
- Comment s'est déroulée la prise des 2cp suivants ? lieu, entourage, émotions	
- Comment avez-vous vécu les effets secondaires ? douleurs, saignements, nausées	
- Comment avez-vous vécu l'expulsion elle-même ?	
4/ Visite de contrôle : Comment s'est déroulée votre visite de contrôle ?	
- Que pensez-vous de la visite de contrôle ?	
- Qu'avez-vous ressenti une fois l'IVG terminée	
5/ A Posteriori : Et finalement, qu'auriez-vous changé ?	
- Cette méthode vous paraît-elle à portée de toutes ?	
- Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?	
- Que voudriez-vous proposer pour modifier ou améliorer la prise en charge ?	

Annexe 3 : Avis IRB



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE

Institutional Review Board (IRB)

Docteur Catherine Bonnier

Concerne : Avis de l'IRB du Centre Hospitalier et Universitaire Martinique (17 octobre 2019)

Madame, Chère consœur,

Vous avez sollicité l'avis de l'IRB du centre hospitalier et universitaire de Martinique concernant votre projet intitulé « État des lieux de l'IVG médicamenteuse en Martinique, vécu de la prise en charge et parcours des patientes à travers une étude qualitative ».

L'IRB émet un avis **favorable**. La référence de cet avis est 2019/021.

Nous vous remercions de nous avoir sollicités et vous souhaitons du succès dans les suites de votre projet.

Professeur Moustapha DRAME
Responsable de l'unité de soutien
méthodologique à la recherche (USMR)
CHU Martinique/Hôpital Pierre Zobda-Quitman CS 90632
97281 Fort-de-France
Secrétariat : +596 506 59 26 96
Boîte interne : 9769
Courriel : moustapha.drame@chu-martinique.fr

Professeur Moustapha Dramé
Pour la présidente de l'IRB

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : EYCHENNE Margaux

SUJET DE LA THESE : Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse en ville en Martinique, vécu de la prise en charge et attentes des patientes.

THESE : MEDECINE

Qualification : Médecine Générale **x**
Médecine Spécialisée **□**

ANNEE : 2019 **NUMERO D'IDENTIFICATION :2019ANTI494**

MOTS CLEFS : Interruption volontaire de grossesse, Avortement médicamenteux, médecine générale, cabinet médical, domicile, expérience de vie, vécu, recherche qualitative

-

INTRODUCTION : Depuis 2004, l'IVGM peut être proposée en ville sous certaines conditions. En Martinique, cette prise en charge existe depuis 2013 et semble être une alternative intéressante à l'hôpital. Elle n'a jamais été évaluée du point de vue des patientes. L'objectif principal est de comprendre le vécu des martiniquaises et d'analyser la prise en charge pour identifier les points à améliorer. Les objectifs secondaires sont d'étudier les raisons qui les poussent à choisir cette alternative et les obstacles qu'elles rencontrent. **METHODE :** Il s'agit d'une étude qualitative prospective, observationnelle, menée à partir de onze entretiens individuels semi-dirigés de femmes ayant réalisé une IVGM en 2018 auprès de huit médecins et sages-femmes de Martinique. **RESULTATS :** A la phase précédant l'IVG, le stress et la panique peuvent être ressentis en raison du délai de prise en charge. L'étape vécue comme la plus douloureuse est l'expulsion. Un meilleur vécu est observé chez les femmes en accord avec leur décision et bien entourées par leurs proches. Après l'IVG, la récupération est rapide et les femmes éprouvent un soulagement. A distance, certaines ont signalé des difficultés relationnelles ou affectives et auraient aimé être accompagnées d'un psychologue. Les signes physiques sont bien tolérés car synonymes d'efficacité de la méthode mais les patientes semblent mal préparées aux douleurs. La prise en charge en ville est satisfaisante, la qualité de la relation avec le praticien, sa qualité d'écoute et sa disponibilité sont très appréciées. Les femmes déclarent avoir choisi cette méthode pour sa rapidité, sa simplicité, et le respect de leur intimité. Des a priori négatifs sur l'hôpital sont parfois retrouvés chez ces patientes. La mise en relation avec le professionnel qualifié paraît difficile et se fait surtout par le bouche à oreille. Les patientes souhaiteraient une meilleure information sur les IVGM en ville ainsi qu'une possibilité de suivi psychologique à distance de l'IVG. **CONCLUSION :** L'étude montre que la prise en charge est globalement bien vécue par les patientes pour son caractère discret et respectueux de l'intimité. Un entourage bienveillant joue un rôle majeur dans l'accompagnement. Des points faibles dans le parcours d'accès et l'accompagnement psychologique à distance nous ont amené à proposer des solutions pour une meilleure prise en charge et une plus grande accessibilité.

-

JURY : Président : Pr DUEYMES Maryvonne
Juges : Pr CABIE André
: Pr VENISSAC Nicolas
: Dr HAENTJENS Karine
: Dr VOLUMENIE Jean-Luc
: Dr MASSE Franck