

Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale

Emilienne Hy

▶ **To cite this version:**

Emilienne Hy. Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03156380

HAL Id: dumas-03156380

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03156380

Submitted on 2 Mar 2021

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Emilienne HY

le 08 octobre 2020

Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale

Directeur de thèse : Dr MASSON Solène

JURY

Président : Pr HEDON Bernard

Assesseurs: Dr FABRO-PERRAY Pascale

Dr SERAYET Philippe

Dr MASSON Solène

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Emilienne HY

le 08 octobre 2020

Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale

Directeur de thèse : Dr MASSON Solène

JURY

Président : Pr HEDON Bernard

Assesseurs: Dr FABRO-PERRAY Pascale

Dr SERAYET Philippe

Dr MASSON Solène

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philipp	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2éme classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

MCU-PH de 2éme classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Bernard Hedon, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury et vous suis reconnaissante de votre disponibilité ainsi que de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À Madame le Docteur Fabbro-Peray Pascale, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À Monsieur le Docteur Philippe Serayet, je vous remercie de votre implication et de votre disponibilité. Je vous prie d'accepter ma sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Solène Masson, je te remercie de m'avoir guidée tout au long de ce travail.

Aux médecins m'ayant aidée au recrutement des femmes, je vous remercie pour votre implication et soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

Aux femmes interrogées, je vous exprime ma profonde gratitude. Nos rencontres furent enrichissantes et intéressantes. Portez vous bien.

À mes parents, félicitations à vous d'être arrivés là où vous êtes, la fierté est réciproque. Merci Phor Phor pour tes bons petits plats! Merci A Nea pour ta patience.

À ma soeur, Mouey Mouey, merci d'exister.

À ma famille de France et de Californie; pour l'exemple de parcours que vous nous donnez.
À Say Yi, Sam Yi et A Vo, merci de faire attention à nous.

À mes amies d'enfance, Emilie, Mélanie, Ophélia et Ferjana, qu'est ce que j'aurais fait sans vous à cette époque là ?

À ma complice de toujours, Marina, plus de 10 ans qu'on se connaît et toujours quelque chose à se raconter.

À mes amis d'externat et ceux qui sont restés, Fanny, Léa, j'ai eu plaisir à partager la dernière année avec vous en pleine décompensation ! À Yoann, au départ mon tutoré, on rigole toujours aussi bien!

À mes amis d'internat,
À Marinha, reste comme tu es, ta bonne humeur est contagieuse!
À mes rencontres taote ou non de Tahiti, Victoria (avec qui je partageais presque (!) tout), Romain, Jean, Candice, Morgane, Sylvain (merci à vous 6 pour ces soirées mémorables), Marine, Rémi (merci pour les Magnum et pour tes imitations), Chantal, Vaitiare, Lucas, l'équipe de Scubatek. Cette expérience m'a beaucoup apportée dans la vie et je remercie le Département de Médecine Générale de Montpellier de m'avoir permise d'y aller.
À mes colocs de Nîmes, Marie, merci pour ton amitié fidèle. J'espère qu'on vivra encore plein de (més)aventures! ; et Julie, merci d'être à l'écoute, le pansement est là.

À ma coloc Morgane, que de soirées à papoter! Merci d'être revenue sur Toulouse et de tes conseils avisés.

À mes nouvelles connaissances, j'espère qu'on continuera sur notre lancée.

À mon unique professeur de piano, Anthony, promis je n'abandonnerai jamais le piano. Tes cours sont toujours un plaisir.

À mon école de danse, Ori Heitiare Tahiti, qui m'a permise de continuer la danse tahitienne; l'impression que la Polynésie ne m'a jamais vraiment quittée.

Aux médecins du cabinet des Izards, Rosy, Olivier, Sylvestre, merci de m'avoir permise de travailler la thèse au cabinet en plein confinement et de m'avoir fait confiance pendant ces années de remplacement.

Table des matières

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX 21

LISTE DES ABRÉVIATIONS 22

I. INTRODUCTION 23

II. GÉNÉRALITÉS 24

A. Contexte 24

1) Le cadre législatif 24

2) Épidémiologie en France 25

3) Les personnes concernées 27

B. Déroulement de l'IVG médicamenteuse dans un cabinet de ville 28

1) Première consultation préalable 28

2) Deuxième consultation préalable 28

3) Première consultation de prise de médicament 29

4) La prise du deuxième médicament 29

5) La consultation de contrôle 30

6) Cas particulier de la femme mineure 30

7) Le forfait IVG 31

C. Modalités pour pratiquer l'IVG médicamenteuse en ville 32

D. Le cas des IVG répétées 34

1) Épidémiologie en France 34

2) Quels types de femmes sont concernées ? 34

3) Les facteurs de risques de l'augmentation des IVG répétées 34

III. MATÉRIEL ET MÉTHODE 35

A. Type d'étude et objectifs 35

B. Population à l'étude 36

C. Recrutement des patientes 36

D. Guide d'entretien 37

E. Recueil et analyse des données 38

F. Cadre légal 39

IV. RÉSULTATS 39

A. Caractéristiques de l'échantillon 39

B. Le rôle prépondérant du médecin 40

1) Recherche d'une réassurance 40

a) Par le dialogue 40

b) Par la disponibilité médicale 41

2) Attente d'un professionnalisme sur le plan technique et humain 41

a) Efficacité de la prise en charge 41

b) Attitude empathique médicale 42

3) Une confiance solide envers le médecin 43

a) La mise en confiance 43

b) L'importance de l'information délivrée 43

c) L'importance du regard du médecin 43

C. L'IVG est vécue comme une épreuve physique et morale amenant à une remise en question 44

1) Un bouleversement physique plus ou moins attendu 44

a) Changement des habitudes 44

b) Variabilité de l'intensité des symptômes 44

2) Une ambivalence psychologique avec le besoin de relativiser l'IVG 45

a) Ambivalence 45

b) Impact émotionnel, moteur d'une volonté d'avancer 46

3) L'expérience de l'IVG amène à une remise en question 47

a) Remise en question personnelle 47

b) Remise en question physiologique 47

c) Remise en question de la sexualité 48

d) Remise en question de la méthode d'IVG 48

e) Émergence de questions de société 48

D. L'influence du partenaire sur le vécu psychologique de l'IVG est accrue dans un couple instable 49

1) Un climat de colère et de tristesse dans une situation conflictuelle 49

a) Divergence d'opinion 49

b) Reproche du partenaire 50

2) Quand l'IVG est une mise à l'épreuve du couple 50

a) Loyauté du partenaire 50

b) Évolution du couple 50

E. Représentations de l'IVG et entourage : influence sur le vécu psychologique de l'IVG 51

1) Appréhension d'une pratique médicale peu connue 51
a) Nécessité d'information 51
b) Entre idées reçues et réalité des faits 51
• Des idées reçues… 51
• Vers la réalité des faits 52
c) Bénéfices de l'expérience 53
2) La recherche d'une attitude bienveillante auprès de l'entourage 53
a) Recherche d'un soutien psychologique 53
b) Refus d'informer une partie de l'entourage 54
c) Aide à la prise de décision 54
F. La contraception, un outil complexe 54
1) Le sentiment d'impuissance face à la méthode contraceptive 55
a) Voie d'administration non adaptée 55
b) Résignation 55
c) Orientation vers une méthode naturelle 56
2) Choisir le moment de la grossesse 56
a) Contrôle des naissances 56
b) Choix de la contraception 57
G. Les propositions d'améliorations de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en médecine générale selon les femmes 57
1) La prise de rendez-vous échographique par le médecin 57
2) Une tendance dans le choix du type d'IVG de la part du médecin 57
3) Une information préalable sur les IVG 57
4) Pratique de l'IVG médicamenteuse chez l'ensemble des médecins généralistes 58
H. Le ressenti des précédentes IVG 58
1) L'absence de prise en considération 58
2) La réassurance de l'IVG chirurgicale en milieu hospitalier 58
3) Un traumatisme psychologique 59
4) La difficulté du parcours 59
V. DISCUSSION 59
A. Forces et faiblesses de l'étude 59
B. Discussion des résultats et comparaison à la littérature 60
1) La relation médecin-patiente 60
a) L'information 61
b) La bienveillance 61

c) La polyvalence 62
2) Le vécu de l'IVG 62
a) Le vécu psychologique 62
b) Le vécu physique 64
3) Le choix de la méthode 65
4) L'influence de l'entourage 66
a) Le partenaire 66
b) La famille et les amis 67
5) Le choix de la contraception 68
6) La question de la sexualité 68
7) Les propositions d'optimisation de la prise en charge 69
a) Prise de rendez vous échographique par le médecin 69
b) Aide au choix de la méthode 69
c) Large diffusion de la campagne d'information sur l'IVG 70
d) L'accès à l'IVG médicamenteuse 70
8) Le ressenti des précédentes IVG 70
a) La réassurance de l'hôpital et de la méthode chirurgicale 70
b) Un traumatisme encore présent 71
c) La difficulté du parcours 71
CONCLUSION 72
BIBLIOGRAPHIE 73
ANNEXE 1 : Fiche d'information des patientes (Circulaire du 26/11/2004) 77
Annexe 2 : Fiches de liaison (Circulaire du 26/11/2004) 79
Annexe 3 : Fiche d'information des patientes 82
Annexe 4 : Guide d'entretien final 84
Annexe 5 : Avis du CNGE 85
Annexe 6 : Caractéristiques de l'échantillon 86

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Figures

Figure 1: Évolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017 par DREES……26

Tableaux

Tableau 1: Actes et examens d'une IVG pris en charge (source: www.ameli.fr)……33

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COCON (enquête)	Enquête sur la prise en charge de l'IVG
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Éducation Familiale
DIU	Dispositif Intra Utérin
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
HAD	Hospital Anxiety and Depression
HAS	Haute Autorité de Santé
hCG	human Chorionic Gonadotropin
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LARC	Long-Acting Reversible Contraception
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
REIVOC	Réseau IVG et Contraception Occitanie
RH	Ressources humaines
SA	Semaines d'Aménorrhée

I. INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse est une étape importante dans la vie d'une femme.

En France, l'IVG est légalisée le 17 janvier 1975 par la ministre de la santé de l'époque, Simone Veil. Cette étape constitue une avancée majeure dans la reconnaissance du droit des femmes à disposer de leur corps (1).

Par ailleurs, la loi du 4 juillet 2001 permet aux femmes d'avoir le choix entre 2 méthodes. La méthode médicamenteuse est réalisée dans un établissement de santé ou en ville par un médecin ayant passé une convention avec un établissement de santé. Ou la méthode chirurgicale, réalisable seulement dans un établissement de santé (2).

Le nombre d'IVG reste stable depuis quelques années. Parmi les IVG réalisées en cabinet libéral en Métropole, 9,5% sont pratiquées en Occitanie. Ce qui la place en quatrième position des régions pratiquant le plus d'IVG chez un médecin de ville (3).

L'expérience de ces femmes reste un sujet peu exploité en France. Des études étrangères ont analysé les symptômes ressentis pendant une IVG et recueilli des suggestions d'amélioration de la prise en charge (4, 5).

Comment ces femmes vivent-elles l'expérience de l'IVG médicamenteuse chez les médecins généralistes?

Le but de cette étude est d'analyser le vécu chez les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale afin de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration dans leur prise en charge.

Secondairement, nous analyserons le ressenti, à distance, des femmes ayant eu recours à une ou plusieurs IVG antérieures.

II. GÉNÉRALITÉS

A. Contexte

1) Le cadre législatif

La légalisation de l'IVG a été un long combat porté par la loi Veil de 1975 et la loi Pelletier de 1979. Ces deux lois autorisent le droit à l'IVG et permettent un meilleur encadrement de la pratique. Elles visent également à faciliter l'accès aux soins afin de garantir l'égalité pour toutes les femmes.

Le 4 juillet 2001, la loi permet d'allonger le délai de recours à l'IVG. Il passe ainsi de dix à douze semaines d'aménorrhée.

Par ailleurs, les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale mais elles doivent être accompagnées d'un adulte majeur.

La loi et circulaire du 9 août 2004 organise des recommandations pour une bonne pratique de l'IVG par les médecins de ville. La pratique de l'IVG est autorisée en médecine de ville à partir de cette année (6).

Concernant le remboursement des frais de soins liés à l'IVG, l'acte était, auparavant remboursé à 70% pour les adultes majeures et à 100% pour les mineurs. Depuis le 31 mars 2013, la Sécurité Sociale prend en charge ces frais à 100% quelque soit l'âge de la patiente et le lieu de la prise en charge. Ainsi, l'égalité des femmes à l'accès aux soins est assurée.

La loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG. Elle condamne le délit d'entrave à l'avortement et à l'accès à l'information sur l'IVG.

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 met fin au délai minimal de réflexion d'une semaine. Par ailleurs, cette loi permet également aux sages-femmes de pratiquer l'IVG. Il en est de même pour les centres de santé qui sont autorisés à réaliser des IVG instrumentales.

Il est nécessaire de souligner une étape importante de l'histoire de la santé préventive : celle de la vente de contraceptifs sur ordonnance médicale. Elle est légalisée en 1967 par la loi Neuwirth.

Car jusqu'alors les femmes avaient recours soit à l'abstinence soit à l'avortement clandestin.

2) Épidémiologie en France

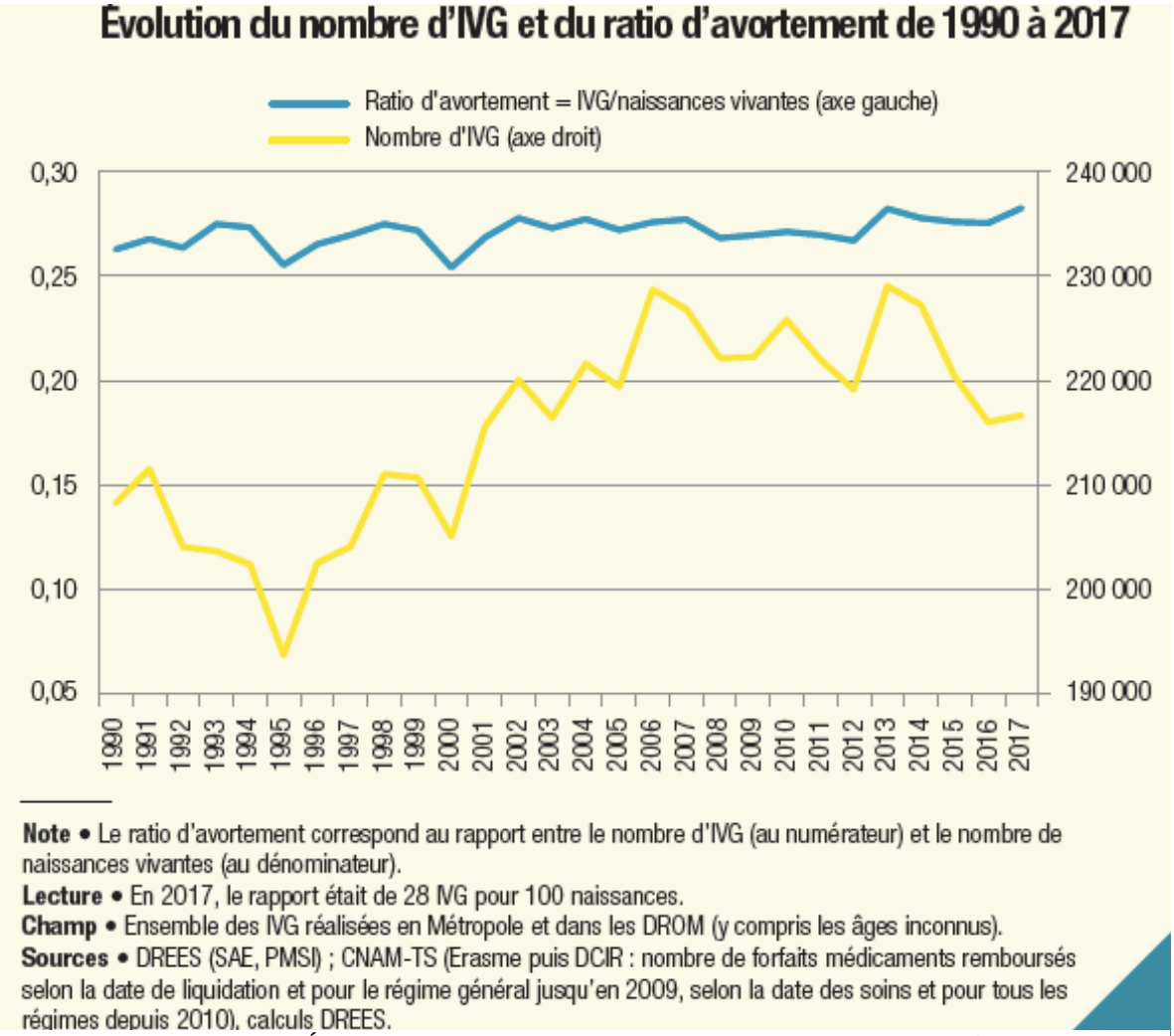


Figure 1: Évolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017 par DREES

En France, à partir des années 2000, le nombre d'IVG réalisées a augmenté. Néanmoins, cette hausse est à modérer compte tenu du nombre de naissances vivantes. En effet, le ratio d'avortement (taux d'IVG/nombre de naissances sur une année donnée) est stable depuis 1990.

Globalement, le nombre d'IVG annuel se situe entre 215 000 et 230 000 depuis 2001.

En 2017, 216 700 IVG ont lieu dont 202 900 en Métropole.

L'Île de France, le Sud et les DROM sont les territoires qui ont le plus recours à l'IVG.

En effet, 52 092 et 13 425 IVG sont réalisées respectivement en Île de France et dans les DROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte).

Dans le Sud de la France, 19 817 IVG sont pratiquées en Occitanie, 22 516 en Provence-Alpes-Côte-d'Azur et 1 214 en Corse.

Ainsi, presque 10% des IVG réalisées en Métropole sont faites dans la région Occitanie.

Selon l'ancienne DRASS Midi Pyrénées, en 2007, le département de la Haute-Garonne concentre 53% de l'ensemble des IVG de l'ancienne région Midi Pyrénées. En effet, 4 603 IVG ont été comptabilisées sur un total de 8 630 IVG.

Les plus concernées restent les jeunes femmes de 20 à 24 ans avec un taux de 26,7 IVG pour 1000 femmes pour la France entière. Alors que le taux chez les 15-49 ans s'élève à 14,4 IVG pour 1000 femmes en Métropole.

Toutefois, depuis 2010, chez les moins de 20 ans, une diminution progressive du taux de recours à l'IVG est observée. Tandis que ce même taux augmente chez les 25-49 ans.

Il existe deux méthodes d'IVG : médicamenteuse ou chirurgicale/instrumentale.

En 2017, 67,5 % des IVG sont réalisées de manière médicamenteuse en Métropole et 76,1 % dans les DROM.

Parmi les IVG en Métropole, 19,2 % sont pratiquées en cabinet libéral et 2,2 % dans les centres de santé ou les CPEF. Il y a une augmentation continue du nombre d'IVG depuis 2005 dans les cabinets libéraux et depuis 2009 dans les centres de santé et les CPEF.

De plus, dans le secteur hospitalier, 59 % sont des IVG médicamenteuses. Ce qui témoigne ainsi d'une diminution du taux d'IVG instrumentales dans ce secteur.

<u>Parmi les IVG médicamenteuses , quelles sont les possibles effets secondaires ?</u>

Selon une étude observationnelle française (5), environ 85% des femmes ont eu besoin de prendre des antalgiques pendant les cinq premiers jours de leur IVG. Et plus l'âge gestationnel était avancé, plus elles étaient nombreuses à avoir recours aux antalgiques ou à avoir une douleur plus intense.
Ces résultats rejoignent plusieurs autres études, notamment américaines (7) (8) (9).

Par ailleurs, d'autres effets indésirables sont retrouvés tels que des saignements, des nausées et/ou vomissements, diarrhées, céphalées, vertiges.

Cependant, dans les études citées ci-dessus, peu d'échecs de la méthode médicamenteuse sont retrouvés à un âge gestationnel inférieur à 7 semaines d'aménorrhée.

3) Les personnes concernées

La femme enceinte majeure ou mineure peut avoir recours à l'IVG si elle le désire. Néanmoins certaines conditions doivent être respectées : (10, 11, 12)

- L'âge de la grossesse doit être inférieur à 14 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines de grossesse.
- Elle ne doit pas présenter une des contre-indications médicales suivantes :
  - Allergie au mifépristone ou misoprolol;
  - Trouble connu de l'hémostase ;
  - Porphyrie ;
  - Insuffisance surrénalienne chronique ;
  - Asthme décompensé ;
  - Suspicion de grossesse extra utérine.
- Pour réaliser l'IVG médicamenteuse à domicile, elle ne doit pas être seule ni habiter à plus d'une heure d'un centre de référence. De plus, elle doit être capable de comprendre les consignes et d'être compliante.

Pour les mineures, l'autorisation parentale n'est pas obligatoire. Cependant la personne mineure doit être accompagnée d'un adulte référent majeur de son choix. Par ailleurs, l'entretien psychosocial est obligatoire avant que l'IVG ne soit pratiquée (13). Celui-ci est réalisé par un conseiller conjugal ou par un psychologue.

Concernant les structures et professionnels de santé, les établissements de santé (hôpital ou clinique), les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres de santé et les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) ayant passé une convention avec un centre référent sont habilités à réaliser les IVG.

B. Déroulement de l'IVG médicamenteuse dans un cabinet de ville

L'interruption volontaire de grossesse est autorisée en ville jusqu'à sept semaines d'aménorrhée soit cinq semaines de grossesse.

1) Première consultation préalable

La première consultation est la demande d'IVG par la patiente.

Le médecin qui la reçoit délivre les informations sur les techniques d'IVG et lui remet un dossier-guide élaboré par la Direction Générale de la Santé(13).
Il lui prescrit une prise de sang de béta-hCG et une échographie. L'échographie permet de confirmer la grossesse et de rechercher une localisation intra-utérine.
Il lui propose d'avoir recours à un entretien psycho-social, seule ou en couple. Si elle choisit d'y participer, il y a donc un délai de réflexion de 48 heures.

Si le médecin ne pratique pas l'IVG, il adresse la patiente à un médecin ou un centre pratiquant l'IVG.

2) Deuxième consultation préalable

La deuxième consultation confirme la demande d'IVG par la signature de la patiente du consentement écrit.

Le médecin explique à nouveau la procédure de l'IVG médicamenteuse de ville.
Il lui remet la fiche d'information et ses coordonnées en cas de complications. (Annexe 1)
Il lui prescrit, si nécessaire, un dépistage des infections sexuellement transmissibles, un groupage sanguin avec le facteur Rhésus et vérifie la date du dernier frottis cervico-vaginal.

Enfin, il l'informe que les saignements peuvent durer jusqu'à quinze jours et la rassure sur la prévention de la douleur par la prise systématique d'antalgiques.

Le médecin fixe avec la patiente la date de la prochaine consultation.

3) Première consultation de prise de médicament

La troisième consultation est la prise de mifépristone, médicament anti-progestérone, à la dose de 600 milligrammes selon les recommandations de la HAS (14). Cette prise est réalisée en présence du médecin.

Le médecin remet à la patiente la fiche de liaison qu'elle devra apporter à chaque consultation. (Annexe 2)
Il lui prescrit des antalgiques de palier I et II.
La contraception post-IVG est par ailleurs abordée et prescrite durant cette consultation.

Si la patiente est Rhésus négatif, une injection d'immunoglobulines anti-D de 200 microgrammes est réalisée afin de prévenir l'incompatibilité Rhésus.

Le médecin peut facturer le forfait IVG.
Il remplit la déclaration anonymisée de l'IVG (Bulletin statistique de l'interruption volontaire de la grossesse) et la transmet à son établissement de santé référent.

4) La prise du deuxième médicament

Cette prise a lieu 36 à 48 heures après celle de mifépristone. Le médicament est une prostaglandine, le misoprostol, à la posologie de 400 microgrammes.

La patiente prend le misoprostol à domicile afin d'éviter le risque expulsif durant le trajet du retour au domicile.

Elle prendra de manière systématique les antalgiques.

Si elle a choisi une contraception hormonale, œstrogène et progestérone ou progestérone seule, elle doit la commencer le jour même de la prise de misoprostol.

Le médecin lui aura remis une fiche de conduite à tenir en cas de complications accompagnée de coordonnées téléphoniques en cas d'urgence.
Il lui aura prescrit une prise de sang de béta-hCG à réaliser pour la consultation de contrôle et si nécessaire, un arrêt de travail.

Le médecin met à jour la fiche de liaison, remet un exemplaire à la patiente et une copie à l'établissement de santé.

5) La consultation de contrôle

Elle se déroule entre le 14ème et le 21ème jour après la prise de mifépristone et a pour but de contrôler l'efficacité de la méthode.

L'efficacité est admise par la baisse significative de la béta-hCG et/ou par la vacuité utérine visible sur la réalisation d'une échographie pelvienne.

Le médecin propose à la patiente un entretien psycho-social.
Si la patiente a choisi un DIU comme contraceptif, il sera posé le jour même à condition qu'il n'y ait pas de doute sur la vacuité utérine (vérifiée par échographie pelvienne ou par la baisse des béta-hCG plasmatiques).

Le médecin met à jour la fiche de liaison, remet un exemplaire à la patiente et une copie à l'établissement de santé.

6) Cas particulier de la femme mineure

Il est garanti à la femme mineure l'anonymat total et la prise en charge à 100% de son IVG.

La consultation psychosociale est obligatoire pour elle, suivie d'un délai de réflexion de 48 heures et du recueil de son consentement signé.

La patiente se munit du consentement parental d'un des ses parents ou de son représentant légal. Si elle n'a pas pu obtenir leur consentement ou si elle souhaite garder le

secret de sa demande, elle peut choisir une personne majeure l'accompagnant dans ses démarches.

Les consultations, les médicaments, les examens biologiques et d'imagerie de la patiente mineure sont pris en charge à 100%.

Son anonymat est garantit par l'envoi d'une feuille de soins anonymisée : le médecin utilise un NIR spécifique anonyme de l'IVG qui est 2 55 55 55 + code de la caisse+ 030.
De plus, le médecin précise sur les ordonnances destinées aux autres professionnels de santé le caractère anonyme des soins.

Le parcours contraceptif de la mineure est aussi pris en charge gratuitement.

7) Le forfait IVG

En cabinet de ville, le forfait IVG médicamenteuse est de 183,57 euros à 188,81 euros en fonction de la réalisation de l'échographie de contrôle.

Il inclut la consultation de recueil du consentement, les deux consultations de prise des médicaments et les médicaments ; et la consultation de contrôle.
Les analyses biologiques et les examens d'imagerie éventuels ne sont pas inclus dans le forfait.

La cotation du forfait par le médecin se réalise lors de la consultation de prise de mifépristone.

Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville			
Code Prestation	**Libellé (au regard de l'arrêté)**	**Tarifs actuels**	**Tarifs à partir du 18/12/2019**
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25,00 €
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12 €
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65 €
FHV	Forfait consultations de ville	100,00 €	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	87,92 €	83,57 € (uniquement en métropole*)
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28 €
IC ou ICS ou IVE	Consultation de contrôle : • sans échographie de contrôle ultérieure ; • avec échographie de contrôle ultérieure	Inclus forfait	25,00 € ou 30,24 €

* Pour les DOM ou Drom, le FMV est : à la Réunion de 105,63 €, en Guyane de 111,98 €, en Martinique et Guadeloupe de 110,56 €, à Mayotte de 113,66 €.

Tableau 1: Actes et examens d'une IVG pris en charge (source: www.ameli.fr)

C. Modalités pour pratiquer l'IVG médicamenteuse en ville

La réalisation de l'IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale ne peut se faire que dans le cadre d'une convention signée entre :

- le médecin de ville souhaitant réaliser des IVG avec ;

- un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG et disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie,
- selon les articles R.2212-5 et R.2212-6 du code de la santé publique.

Le médecin doit posséder l'expérience nécessaire dans la pratique de l'IVG.

Il adresse par la suite une copie de la convention à la CPAM dont il relève, au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens.

Ainsi, le médecin s'engage à transmettre à son établissement de santé référent les fiches de liaison et la déclaration anonymisée de chaque patiente dont il aura réalisé l'IVG.

Cette transmission est faite dans le respect du secret médical. Ainsi, pour préserver la confidentialité des fiches, le destinataire doit être clairement identifié (nom du praticien ou du service) sur les documents.

Dans l'hypothèse d'un envoi par fax, le fax se situera dans un lieu réservé au personnel médical et paramédical avec l'ajout, si nécessaire, de mesures sécurisées (utilisation de code d'accès…).

Par ailleurs, il conserve dans le dossier médical le consentement signé de la patiente à l'IVG.

L'établissement de santé s'engage à accueillir les patientes du médecin signataire à tout moment et dans les plus brefs délais.

Il assure la prise en charge des complications ou échecs liées à l'IVG médicamenteuse.

De plus, il a un rôle d'information et de formation auprès des médecins signataires.

Cette convention signée autorise ainsi le médecin à préparer son approvisionnement de médicaments pour réaliser l'IVG médicamenteuse.

Il commande à la pharmacie de son choix les boites de médicaments avec les mentions suivantes : (6)

- «le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre, l'adresse et la signature du praticien ainsi que la date ;
- le nom des médicaments et le nombre de boîtes commandées ;
- la mention « usage professionnel » ;

- le nom de l'établissement de santé avec lequel le praticien a conclu une convention ainsi que la date de cette convention.»

D. Le cas des IVG répétées

1) Épidémiologie en France

Selon l'INED, à partir des informations des Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, la proportion d'IVG répétées augmente de manière continue depuis 1975.

En effet, dans les années 70, la proportion ayant eu au moins une IVG était inférieure à 10% (15).

Puis en 1990, 22% des femmes ayant recours à l'IVG ont un ou des antécédents d'IVG ; et en 2005, elles représentent environ 33% (16).

Mais en 2011, la part des femmes ayant recours plus d'une fois à l'IVG reste tout de même faible en France (14%) : 9,5% des femmes ayant eu recours deux fois à l'IVG et 4,1% ayant eu recours trois fois ou plus au cours de leur vie.

Par ailleurs, après un premier recours à l'IVG, la probabilité d'y avoir recours une seconde fois est d'environ 41% (17).

Cependant «le recours à l'IVG reste unique pour la plupart des femmes.»

2) Quels types de femmes sont concernées ?

Selon l'étude française de Bajos et Al. (18), les femmes ayant la forte probabilité d'avoir un recours multiple à l'IVG sont celles âgées de plus de 35 ans ou vivants seules. Elles peuvent également avoir des ressources économiques et sociales précaires (notamment celles sans couverture médicale complémentaire ou nées en Afrique subsaharienne) ou n'avoir pas fait plus de 2 ans d'études post-bac.

3) Les facteurs de risques de l'augmentation des IVG répétées

Selon la même étude précitée, l'augmentation du recours multiple à l'IVG s'explique par plusieurs facteurs.

Tout d'abord, il est constaté un report de l'âge de la maternité. En effet, il existe un allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée en parentalité.

Par ailleurs, les comportements affectifs évoluent et les jeunes femmes n'ont pas le même rapport à la sexualité qu'auparavant. Elles sont plus libérées et diversifient leurs relations sexuelles.

Néanmoins, la norme sociale impose une certaine stabilité pour être parent et renvoie à l'idéal d'une famille qui dispose de bonnes conditions pour élever un enfant.

Ce qui explique en partie la décision des femmes d'interrompre leur grossesse non prévue.

En outre, selon l'étude d'Opatowski et Al. (19), les investigateurs considèrent que la contraception de certaines femmes ne serait pas adaptée à leur mode de vie ou à leurs attentes, ce qui a, notamment, pour conséquence des oublis de pilule.

Un autre facteur de risque des IVG répétées, et non des moindres, est la violence conjugale.

En effet, il apparaît que les femmes, ayant eu recours à au moins 2 IVG dans leur vie, déclarent plus avoir subi des violences de la part de leur conjoint (violence physique, psychique et/ou sexuelle) que par rapport à celles dont c'est leur première IVG (20).

Ainsi, un repérage des facteurs de risque des IVG répétées pour chaque femme contribuerait à la diminution de la répétition de l'IVG.

De plus, leur expérience pourrait contribuer à une amélioration de la prise en charge de l'IVG.

III.MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude et objectifs

Afin de répondre à la question de recherche «Comment ces femmes vivent-elles l'expérience de l'IVG médicamenteuse chez les médecins généralistes?», nous avons choisi de mener une étude qualitative phénoménologique.

L'objectif est d'analyser le vécu chez les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale. Et ainsi de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration dans leur prise en charge.

Nous avons ajouté un objectif secondaire. Il nous a semblé intéressant d'analyser le ressenti, à distance, des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG.

L'étude est réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés individuels. Ils se déroulent avec des femmes habitants dans la région Occitanie.

Par le biais de ce type d'étude, nous voulons accorder une part humaine dans une démarche scientifique. Nous souhaitons également permettre aux femmes de s'exprimer sur leur expérience de l'IVG.

En outre, la phénoménologie permet l'analyse en profondeur des phénomènes psychosociaux se produisant à l'occasion d'expériences vécues.

B. Population à l'étude

Les femmes majeures et ayant assisté à la consultation post-IVG chez un médecin généraliste pratiquant les IVG médicamenteuses sont incluses.

Leur IVG doit être récente, c'est à dire dater de moins de 6 mois maximum.

Les critères d 'exclusion sont les femmes mineures et les femmes n'habitant pas dans la région Occitanie.

C. Recrutement des patientes

Les patientes sont recrutées par les médecins généralistes réalisant les IVG, lors de la consultation de contrôle.

Le réseau REIVOC a également participé au recrutement des médecins généralistes pratiquant les IVG, en adressant à tous les médecins membre du réseau, un message électronique.

Le recrutement des patientes est mené en gardant à l'esprit l'exigence d'un échantillon en variation maximale.

Les coordonnées des femmes (numéro de téléphone et adresse mail) sont notées sur papier libre après leur accord. En outre, une notice d'information leur est remise. (Annexe 3)
Elles sont ensuite contactées par téléphone par l'investigatrice pour planifier un entretien physique après avoir au préalable recueilli leur consentement.

Le recrutement s'arrête lorsqu'il y a saturation des données.

Après trois sollicitations téléphoniques des patientes qui restent sans réponse, cela est considéré comme un refus.

D. Guide d'entretien

Un guide a été élaboré pour mener les entretiens semi-directifs. Il a été validé par le comité de pilotage, composé de quatre professionnels de santé.

Il se compose de sept questions dont une facultative pour les femmes ayant eu un antécédent d'IVG : (Annexe 4)

- Les ressources matérielles et/ou humaines utilisées,
- Le déroulement des consultations,
- Le vécu de l'IVG au domicile,
- Les éventuels points d'amélioration de la prise en charge,
- Le regard sur la sexualité en post-IVG,
- L'adéquation ou non de la contraception actuelle,
- La différence dans la prise en charge pour les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG.

Des questions de relance ont été rajoutées après le quatrième entretien et le guide n'a plus été modifié.

E. Recueil et analyse des données

Les entretiens sont menés par la thésarde.
Ils sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone et l'enquêtrice note sur papier libre les comportements non verbaux de la patiente et les possibles relances qui se présentent à elle.
Le tutoiement est utilisé pendant l'entretien lorsque la patiente en fait la demande.

Puis les entretiens sont retranscrits mot à mot en respectant le langage familier, les hésitations, les intonations lorsque cela semble important et les aspects non verbaux.
Les noms propres cités par les femmes sont remplacés par leur initiale afin de garantir l'anonymat des personnes citées.

La méthode d'analyse des données est une méthode phénoménologique.
Les entretiens sont lus et relus plusieurs fois afin de s'imprégner de l'expérience et de l'état d'esprit de la femme.

Les verbatims sont découpés en unités de sens en leur donnant une signification par des codes (21). Puis de ces codes émergent des catégories conceptualisantes.

Le codage est réalisé peu de temps après la retranscription des entretiens.

La catégorie conceptualisante est « sous la forme d'une brève expression […] permettant de dénommer un phénomène perceptible […] d'un matériau de recherche » porteuse de sens (22). Elle est construite dans le souci de transcrire le plus fidèlement possible l'état d'esprit des femmes interrogées.
Les catégories conceptualisantes sont plusieurs fois lues et modifiées après apport de nouvelles données.

L'analyse des données arrive à saturation lorsqu'il n'y a plus d'émergence de nouvelles catégories.

F. Cadre légal

La réalisation de la recherche a été validée par le comité d'éthique du CNGE le 17 avril 2019. (Annexe 5)
Par ailleurs, une déclaration simplifiée d'engagement de conformité auprès de la CNIL a été enregistrée.

Avant de démarrer l'entretien, les éléments de la notice d'information leur sont rappelés. La démarche d'anonymat est appuyée par l'investigatrice.

Le consentement est obtenu oralement pour faciliter les échanges entre l'investigatrice et les patientes.

L'enregistrement audio est effacé après retranscription de l'entretien et le verbatim obtenu est noté par un numéro suivant l'ordre chronologique.
Pendant la retranscription des entretiens, lorsque la patiente cite des noms propres, ils sont remplacés par leur première lettre pour garantir l'anonymat des patientes et des médecins.

Les données de cette étude sont stockées dans un ordinateur protégé par un mot de passe.

IV. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

Dix femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse avec un médecin généraliste de la région Occitanie ont été recrutées de septembre 2019 à mars 2020.
Elles ont entre 26 et 39 ans. Les catégories socio-professionnelles de ces personnes ainsi que leur situation maritale et familiale sont variées.

L'IVG avait lieu dans les 6 derniers mois précédents l'entretien. Et les entretiens duraient de 7 minutes 16 à 34 minutes 10. (Annexe 6)

De l'analyse des entretiens découlent cinq catégories décrites ci-après.

Les propositions d'améliorations des femmes et l'objectif secondaire feront l'objet d'un développement ultérieur dans ce chapitre.

B. Le rôle prépondérant du médecin

De nombreuses femmes s'expriment sur le comportement de leur médecin ainsi que sur leurs attentes vis à vis de ce dernier. D'une manière générale, elles trouvent une personne qui a répondu à leurs interrogations.

1) Recherche d'une réassurance

a) Par le dialogue

Dès la première consultation, les femmes cherchent un soutien concernant leur décision de réaliser l'IVG au sens strict. Elles souhaitent être rassurées grâce à l'approbation du médecin.

« (pour le médecin) Avoir un peu le ressenti de la patiente, demander si elle est sûre aussi.» E3

L'une d'entre elles cherche un dialogue adapté à son antécédent médical. Son besoin d'anticipation doit être perçu.

«Comme je venais de vous le dire, moi je suis bipolaire. […] Du coup elle m'a beaucoup rassuré sur le fait qu'une personne lambda, qu'une femme lambda c'était perturbant psychologiquement aussi. Qu'émotionnellement je risquais d'avoir des petites chutes de moral par la suite.» E7

Le sentiment de culpabilité a besoin d'être apaisé, que ce soit sur l'observance de la contraception ou sur l'acte d'avortement en lui même. La déculpabilisation du médecin et sa bienveillance aident au processus de relativisation de l'IVG.

«Puis t'es face à une étrangère…complète […] Et t'as, t'as juste je sais pas t'as juste envie que qu'on te dise que ça va bien aller, ça va aller, juste ça va aller c'est ok, c'est

pas grave, genre c'est pas grave et c'est pas de ta faute et elle m'a dit c'est pas de votre faute.» E1

Pendant cet épisode d'IVG, la vulnérabilité d'une femme fait ressortir le besoin d'être prise en considération par le médecin.

«On a un peu besoin de ça (d'être maternée) aussi. [...] C'est pas vous sentez quand vous arrivez « ouais toi c'est ça, bim bim bim, ciao, allez le patient d'après ».» E6

b) Par la disponibilité médicale

L'IVG nécessite une organisation dans le déroulé des examens médicaux et certaines femmes sont soumises au stress de ne pas avoir une échographie de datation dans les délais. Mais la prise de rendez-vous échographique par le médecin lui-même les rassure immédiatement.

Dans un autre cas de figure, la réassurance apparaît lorsque des médecins qui disposent d'un appareil échographique et des connaissances nécessaires, réalisent l'échographie de datation directement dans leur cabinet. Cette prise en charge totale du médecin est considérée comme un avantage.

«C'est vraiment la prise en charge de A à Z par la seule et unique personne, pas besoin de se faire répéter.» E9

Par ailleurs, l'utilisation des coordonnées personnelles téléphoniques du médecin les apaise lorsqu'il y a un problème.

«Et là j'ai eu peur donc je l'ai appelée parce qu'elle m'avait laissé son numéro de portable en disant « voilà docteur, il s'est passé ça ». Donc elle m'a rassuré « ne vous inquiétez pas ».» E6

2) Attente d'un professionnalisme sur le plan technique et humain

a) Efficacité de la prise en charge

La rapidité du délai de prise en charge de l'IVG satisfait les femmes qui sont proches de la limite légale pour une IVG médicamenteuse.

«J'avais énormément peur d'avoir un peu plus de 7 semaines du coup ça était rapidement et la prise en charge a été très très rapide. » E4

Une information préalable et claire du déroulement de l'IVG rassure les femmes ;

«Ah oui et après elle m'a expliqué tout ce qui allait se passer clairement. […] Mais ça rassure en fait parce que tu t'attends pas à ce qui se passe des trucs improbables.» E1

Il en est de même concernant l'expérience du médecin.

«En fait parce qu'on sent qu'elle maitrise son sujet et ça si vous voulez quand vous êtes patiente, de suite ça vous rassure.» E6

b) Attitude empathique médicale

Ce qui est important pour ces femmes est l'absence de jugement de la part du médecin. Une attitude allant dans le sens de la patiente est appréciée et la réconforte dans sa décision.

« Elle a suivi mon discours donc si je voulais arrêter elle m'a conseillé sur ce que j'allais faire [...] Le cadre m'a très vite rassuré […] mon médecin était à l'écoute, je n'ai pas senti de jugement.» E5

La maladresse du corps soignant est mal vécue dans le cadre d'une IVG à domicile.

«Je tombe sur une infirmière dans le labo qui travaillait qui me dit alors vous êtes heureuse c'est super, félicitations et en fait c'est super dur […] et on n'a pas envie de lui dire bin non je vais avorter donc j'ai menti.» E1

Dès la première consultation, les femmes attendent du médecin un intérêt sur leur ressenti. Au delà de la technicité, elles recherchent une part humaine.

«Après c'est pas forcément faire un entretien très long mais avoir un peu le ressenti de la patiente.» E3

Elles apprécient aussi l'honnêteté. Notamment pour l'une d'elles ayant tendance à anticiper les évènements.

«Mme M, m'a dit tout de suite que ça allait avoir des conséquences psychiques. […] Comme je venais de vous le dire, moi je suis bipolaire.» E7

Au final, elles souhaitent une prise en charge personnalisée.

«Du coup on se sent pas comme un numéro.» E9

3) Une confiance solide envers le médecin

a) La mise en confiance

L'instauration d'une confiance par le corps médical permet aux femmes de se mettre à l'aise face à l'autorité médicale. Elles peuvent être amenées à confier plus facilement leur corps et leur état d'esprit au personnel soignant. La confiance peut devenir totale envers le médecin.

«Moi elle me dit quelque chose… elle me dit « aller aux urgences », j'y vais. Je réfléchis pas […] Quand c'est votre médecin, quand même, il y a un lien qui est créé, […] c'est elle qui peut vous faire les échographies.» E6

«Le fait de voir Mme C. et de lui en parler […], ça m'a permis aussi un peu de me libérer» E4

b) L'importance de l'information délivrée

Certaines prennent les paroles du médecin au sérieux. Lorsque le médecin informe des effets indésirables de la prise médicamenteuse, il y a un impact négatif sur le déroulement de l'IVG à domicile.

«Ce qui est très flippant. Quand même, il faut le dire, parce que le premier rendez-vous elle m'a expliqué toute la procédure, elle a beaucoup insisté sur la perte de sang, les possibles douleurs. […] On se dit qu'on va tomber dans les vapes. » E5

En outre, le médecin est la source principale d'informations médicales. Malgré un accès à l'information qui est facilitée par internet.

«Je préfère poser les questions directement. C'est vrai que quelqu'un d'autre qui aurait cette curiosité d'aller voir sur le net et voir comment ça allait se passer, moi je ne l'ai pas eu.» E7

c) L'importance du regard du médecin

Le regard du médecin est important face à la peur du jugement d'une demande d'IVG.

«Elle était étonnée d'ailleurs mais j'avais peur qu'elle me dise « Mais si vous n'étiez pas sûre, pourquoi avoir continuer à ne pas vous protéger ? ».» E5

C. L'IVG est vécue comme une épreuve physique et morale amenant à une remise en question

Le processus d'IVG est considéré comme une épreuve à laquelle il faut se préparer, comme une sorte de compétition sportive. Une bonne mise en condition est nécessaire avant la prise médicamenteuse, afin de supporter au mieux cet épisode de leur vie.

1) Un bouleversement physique plus ou moins attendu

a) Changement des habitudes

Pour faire face aux possibles effets indésirables de l'IVG, des femmes bousculent leurs habitudes de consommation. Afin d'être confortablement préparées, elles changent leurs consommations d'antalgiques et de protections hygiéniques.

«Je me suis dit « je prends le cachet comme ça même si ça fait mal, ça va me faire du bien parce que j'ai pas l'habitude d'en prendre, ça va me calmer la douleur ». » E5

«J'avais prévu un peu le coup, ma mère m'avait acheté des protections de sortie de maternité.» E7

Alors que pour l'une d'entre elles, l'absence volontaire de prise d'antalgiques lui assure de *«vivre le truc un petit peu à fond»*. *E10*

b) Variabilité de l'intensité des symptômes

Certaines femmes s'inquiètent de vives douleurs qu'elles pourraient avoir pendant l'IVG.

Finalement, quelques unes les ont vécues comme « des douleurs de règles ».

Une femme en particulier, pour qui le processus d'expulsion était plus long que la moyenne, décrit des douleurs pendant ses menstruations qui ont suivi.

«Quand j'ai eu mes règles, là j'ai eu des douleurs terribles. Vraiment, pendant au moins 3 heures ou 3 heures et demie, mais quand je vous dis terrible, c'est terrible. J'étais couchée à dire « aie aie aie aie aie ».» E6

En ce qui concerne certaines d'entre elles, l'épuisement physique perdure.

«Il y a plein de choses qui se passe dans ton corps avant pendant et après, enfin ...» E1

Ayant vécu son IVG de manière isolée, une des femmes a besoin de libérer les émotions liées à son contexte par une activité physique.

« […] je me suis dit faut que j'aille faire du sport, il faut que j'aille penser à autre chose, il faut que j 'évacue.» E1

Occasionnellement, surgit le sentiment que la faible intensité des symptômes de l'IVG est liée à la précocité de celle ci.

«C'était que depuis 15 jours (de grossesse) donc le corps n'a pas eu besoin de faire beaucoup d'efforts je pense.» E9

2) Une ambivalence psychologique avec le besoin de relativiser l'IVG

a) Ambivalence

Avec la culpabilité et la peur du jugement liée à l'IVG, se rajoutent les sentiments de solitude et de honte. La solitude est présente malgré une présence et un soutien de l'entourage.

«On le vit quand même tout seul même si le conjoint est à côté. C'est pas lui qui a la chose.» E8

Et le sentiment de honte est le moteur de la recherche d'estime de soi.

«Tout de suite j'ai pensé qu'il fallait que j'aille voir quelqu'un d'autre pour me sentir désirée et que ce soit pas marqué sur mon front.» E5

Le fait d'arrêter une grossesse non désirée est source de difficultés psychologiques et de remise en question ; mais également de soulagement.

«Un soulagement en même temps mais quand même…» E6

Ainsi qu'une absence de regret pour l'une d'entre elles.

«Je regrette absolument pas la décision qu'on a prise même si ça n'a pas été la plus facile.» E7

Parfois, elle imagine la vie supposée de l'embryon.

«Je me dis « ah mais il aurait tel âge, peut être que si, peut être que… » vous voyez ?» E8

b) Impact émotionnel, moteur d'une volonté d'avancer

Par ailleurs, le désir de rapidité de l'IVG, qu'elle soit compliquée ou non, souligne un événement marquant qui nécessite d'entrer au plus vite dans un processus d'oubli.

Malheureusement, le vécu peut être négatif au niveau psychologique ou par la présence de complications. À ce moment là, cela peut retarder ce processus d'oubli.

« […] mais si vous voulez tant que ça traîne c'est pas réglé. Et si vous voulez, psychologiquement, quand même c'est quelque chose qui travaille. On a envie que ça se finisse vite ce genre de choses.» E6

Pour certaines femmes, une préparation mentale de l'acte d'IVG est nécessaire afin de relativiser la suite du déroulement.

« Si on se prépare à quelque chose d'un peu moins grave j'pense que ça modère un peu…» E1

Lorsque la décision d'avorter est formelle, l'IVG est mieux vécue.

«[…] moralement, […] j'avais l'option de pouvoir trouver les confrères […]. Même si j'en ai pas eu besoin parce que mon choix était ferme et définitif.» E10

Le stress est également un sentiment retrouvé chez ces femmes.

Notamment lorsqu'elles doivent être capables d'obtenir un rendez-vous d'échographie de datation le plus rapidement possible ou bien lorsqu'il y a une discordance entre l'information médicale du déroulement de l'IVG et la réalité des faits.

«Et de devoir me débrouiller toute seule en tant que patiente, j'ai pas trouvé ça facile en fait.» E3

«En plus ça fait stressé, il m'avait dit que j'aurais mal mais il m'a pas dit que j'aurais des tiraillements au bout de...» E8

Bien que ce stress soit présent, elles réussissent à le surmonter.

3) L'expérience de l'IVG amène à une remise en question

a) Remise en question personnelle

L'expérience d'IVG chez les femmes fait émerger un questionnement sur elle-même et sur leurs envies.

Elles remettent en question leurs envies dans la vie et leur désir d'enfant. Finalement, cette remise en question est nécessaire pour elles afin d'avancer dans la vie. Cette expérience leur fait acquérir une certaine maturité dans leur vie sexuelle.

«Ça m'a aussi rassuré sur le fait que je suis pas prête tout de suite à avoir des enfants […] ça m'a ouvert les yeux sur mes vraies envies.» E5

Cela est aussi l'occasion de se poser des questions sur le type de partenaire qu'elles souhaiteraient suite à la déception de celui-ci.

«Je vais avoir des relations sexuelles avec un homme avec qui je sais, soit il veut des enfants, soit il abordera, soit il prendra part à cet avortement ; pas quelqu'un qui va juste se libérer de la chose comme ça.» E1

b) Remise en question physiologique

Le sujet de la fertilité est abordé avec le médecin et le partenaire. Cette grossesse non désirée les conforte dans leur capacité à se reproduire.

À l'inverse, des inquiétudes sont soulevées sur la possibilité d'infertilité après une IVG.

«Il y a beaucoup de rumeurs : comme quoi si t'avortes, tu pourras jamais retomber enceinte. Donc en fait je me suis dis ça et le médecin elle le croyait pas.» E1

Par ailleurs, la crainte de l'horloge biologique s'est ressentie chez les femmes âgées de plus de 35 ans.

«Alors voilà si il faut j'aurai jamais d'enfant et si j'en veux un il faut le faire vite.» E6

c) Remise en question de la sexualité

Lorsqu'il y a un épanouissement sexuel avec le partenaire, l'une entre elles associe involontairement son IVG comme une punition de son épanouissement.

« «Parce que si tu prends tant que de plaisir que ça, au final tu vas le payer d'une certaine façon». Alors que c'est pas vrai.» E1

Afin d'éviter une nouvelle grossesse non désirée, elles proposent de prendre des précautions dans leur activité sexuelle.

«[…] c'est d'éviter quand même les jours les plus tendus quoi ; les périodes d'ovulation […]d'éviter un maximum d'avoir des rapports.» E10

En ce qui concerne celles qui ont des antécédents d'IVG, la répétition de l'IVG leur fait prendre conscience de modifier leur comportement vis à vis de la contraception.

«Et donc du coup j'ai pas d'oubli parce que forcément j'oubliais avec la pilule. Et oui maintenant je suis beaucoup plus attentive comme c'est la 3ème et voilà j'ai beaucoup plus de recul qu'à l'âge de 23 ans.» E4

d) Remise en question de la méthode d'IVG

Lors de l'échec de l'IVG médicamenteuse, certaines femmes remettent en cause leur choix de cette méthode d'avortement.

«Et pour moi cette technique là elle a pas été… Ça a pas été bon du tout. […] On passe au bloc et on en parle plus quoi.» E8

e) Émergence de questions de société

L'expérience de l'IVG fait apparaître des questions d'ordre spirituel pour une des femmes. Ces questions ont pour objet la représentation du fœtus et le doute sur la moralité de l'avortement.

«Je m'initie un peu au bouddhisme. Parce que je me dis que c'est une âme qui n'a pas été incarnée.» E6

Par ailleurs, en ce qui concerne la contraception, l'intolérance de l'inégalité des sexes se manifeste. Avec ce sentiment d'injustice, un refus de l'attribution aux femmes de la responsabilité de la contraception est vivement abordé. Mais avec les méthodes actuelles, il

ne peut y avoir qu'une acceptation frustrante pour ces femmes qui défendent l'égalité des sexes.

> *«Et en fait, je me suis rendue compte que c'est beaucoup la femme qui devait se contraindre à ça et que l'homme, finalement, le préservatif, ce n'est pas une obligation, qu'il devait se reposer sur la femme […] Je trouve ça frustrant que ce soit à la femme de subir ce genre de changement […] mais oui je pense qu'il faut que la femme prenne ses responsabilités.» E5*

D. L'influence du partenaire sur le vécu psychologique de l'IVG est accrue dans un couple instable

Lors des entretiens, parmi les couples avec enfants, le soutien du partenaire est brièvement abordé.

Pour les couples ne vivant pas sous le même toit ou ayant une situation professionnelle instable, la décision d'IVG est une étape marquante dans leur vie de couple.

1) Un climat de colère et de tristesse dans une situation conflictuelle

a) Divergence d'opinion

Dans certains cas, la décision de l'IVG n'est pas commune ; soit la décision est prise par la femme sans concertation avec le partenaire, soit le partenaire manifeste une absence de soutien ou un refus d'engagement paternel.

Dans les deux cas, le ressentiment éprouvé se mêle à une déception et à une vulnérabilité face aux désillusions des projets de couple.

> *«Psychologiquement tu sais que ça va pas être facile après. Et tu as quelqu'un en face de toi qui te reproche de lui avoir dit parce que tu aurais pu gérer ça toute seule quoi. *soufflement*.» E1*
>
> *«Surtout quand votre copain il a pas envie que vous vous fassiez avorter. Ça fait ressortir des choses dans le couple. Des fois, des non-dits, des trucs… ça a pas été cool, un moment difficile.» E6*
>
> *«Quand j'ai annoncé la grossesse à mon copain, il a mal réagi, il était pas prêt, il n'était plus prêt. Donc ça était un peu, complètement perdue.» E5*

La banalisation de l'avortement de la part du partenaire fait émerger un sentiment de colère et d'incompréhension.

«Et là tu te dit putain, c'est quoi ce manque d'empathie, c'est inhumain de gérer ça comme ça.» E1

b) Reproche du partenaire

Un des partenaires reproche le manque de considération que le médecin peut avoir envers lui.

« […] il me dit « voilà en gros, le médecin il prend en compte ce que toi tu ressens mais pas forcément… »» E6

2) Quand l'IVG est une mise à l'épreuve du couple

a) Loyauté du partenaire

Malgré la situation conflictuelle, le partenaire sait montrer sa loyauté envers sa compagne par sa présence et son soutien.

«Vraiment il a été adorable. Mais il fait comme il peut. […] Surtout quand votre copain il a pas envie que vous vous fassiez avorter.» E6

«J'ai pas voulu qu'il soit là mais il m'a dit « Voilà moi je serais là ». Il m'a rassuré à sa manière.» E5

b) Évolution du couple

Pour un couple instable au départ, l'IVG permet une progression vers la stabilité dans la vie du couple. Un renforcement du couple est remarqué suite à cet événement et les projets à deux sont modifiés.

« […] Finalement ça nous a permis de vivre cette expérience là et prendre le temps de les vivre avant de fonder une famille.» E7

Pour la plupart des couples, la décision d'IVG est conjointe et le soutien moral du partenaire joue un rôle important dans le vécu psychologique de l'IVG.

Pour d'autres couples, lorsqu'il y a conflit dans la décision d'IVG, cela amène à une séparation.

« En (lui) disant « Si tu veux pas d'enfant, tu veux pas de moi, tu veux pas avancer donc ça sert à rien qu'on continue ».» E5

E. Représentations de l'IVG et entourage : influence sur le vécu psychologique de l'IVG

1) Appréhension d'une pratique médicale peu connue

a) Nécessité d'information

Face à une première IVG, les sentiments d'égarement et de confusion envahissent l'esprit de ces femmes. La prise de décision de l'IVG devient difficile sans avis extérieur.

« Le premier qui aurait les meilleurs arguments, limite ça allait me convaincre.» E5

Devant une démarche qui leur est complètement inconnue, elles se reposent sur plusieurs sources d'informations :

«J'ai appelé Allô docteurs.» E5

«Je me suis tournée vers les sites internet et vers les forums et qu'est ce que c'est, comment ça se passe parce que avant qu'on y soit confronté on n'a aucune idée de ce que c'est» E1

«J'avais des copines qui avaient subi des IVG donc je les ai beaucoup consulté en disant « est ce que ça c'est normal » et cetera et tout ça. Parce que c'est quelque chose d'inconnu pour moi et j'avais besoin d'être un peu guidée et conseillée.» E7

b) Entre idées reçues et réalité des faits

- Des idées reçues…

Les représentations sont influencées par les paroles de l'entourage que ce soit du côté amical :

«J'avais eu des copines qui avaient eu des mauvaises expériences.» E7

Du côté des professionnels de santé :

«Une ancienne amie docteur qui nous disait bah ça va être horrible ça va être super douloureux il faut que tu le saches, c'est un choc émotionnel. Bah alors il faut se préparer à ça.» E1

Ou bien d'internet.

« En plus à l'heure d'aujourd'hui, tout le monde regarde sur internet ; moi la première. Des fois on voit des choses horribles, on perd énormément du temps, on voit l'hémorragie, ça fait… c'est un petit peu flippant.» E9

L'IVG médicamenteuse est un choix évident pour certaines afin de diminuer l'impact psychologique de l'avortement. L'IVG chirurgicale est ainsi considérée comme un acte plus marquant du fait de la technicité de celle ci.

«L'IVG chirurgicale me stressait un peu plus. Voilà ça veut dire hospitalisation machin et tout. C'est plus lourd et je pense que ça aurait été un peu plus marquant.» E7

L'aspect financier pousse une femme à se tourner en premier lieu vers le planning familial.

«Du coup, je voulais faire en sorte de payer le moins possible.» E2

Pour une patiente, la représentation des saignements pendant l'IVG est source d'angoisse.

« On va mourir chez soi, on va baigner dans son sang. Moi je me suis imaginée plein de choses ; vraiment le cerveau il est très doué, il s'imagine le pire.» E5

- Vers la réalité des faits

Finalement, le bon déroulement de l'IVG au domicile les rassure progressivement. L'inconnu devient alors connu.

«Donc plus ça allait plus ça me rassurait.» E5

Le coût de l'IVG est une source d'inquiétude. De plus, la prise en charge financière par le biais du forfait IVG n'est pas forcément connue des femmes. Néanmoins, par la suite, l'inquiétude fait place au soulagement.

«Heureusement que cette docteure avance tous les frais… Mais ça sur le moment tu le sais pas non plus. Avant d'arriver à voir la docteure tu ne le sais pas non plus.» E1

c) Bénéfices de l'expérience

Contrairement à celles qui n'ont jamais réalisé d'IVG, les femmes qui connaissent la démarche vont jusqu'à prendre des initiatives pour faire accélérer la prise en charge.

«J'ai été faire de moi même un test en laboratoire qui s'est révélé positif […] donc du coup j'ai contacté mon médecin généraliste qui en fait m'a orienté vers sa sœur qui pratiquait ce type de … pratique quoi. Et en fait, c'était un peu compliqué parce que je savais qu'il fallait prendre rendez-vous pour faire une échographie de datation. Donc j'ai été à Purpan, enfin j'ai perdu beaucoup de temps dans les démarches.» E6

Pour l'une d'entre elles, le fait de travailler dans le milieu médical lui apporte une connaissance des étapes de la prise en charge. Et ainsi, elle se sent moins perdue.

«Là je savais exactement ce que je voulais faire, en plus, il y a un lien avec mon métier. Du coup, j'ai directement fait un bilan sanguin.» E3

2) La recherche d'une attitude bienveillante auprès de l'entourage

L'entourage amical et familial joue un rôle dans le soutien psychologique et dans les décisions relatives à l'IVG ou à la contraception.

a) Recherche d'un soutien psychologique

La plupart des femmes ont pris le soin de choisir la ou les personne(s) qui sont susceptibles de les rassurer sur l'IVG. D'ailleurs, la bienveillance amicale a un impact positif sur le vécu de l'IVG.

«[…] mais finalement le fait d'être accompagnée […] par des copines ça m'a rassurée et du coup j'ai un peu dédramatisé et ça s'est, si on peut dire, très bien passé ; ça s'est très bien passé.» E5

L'entourage familial est source de réconfort dans la décision d'avorter. Et le soutien féminin est recherché.

«Et ma mère comme mon frère […] m'ont dit que c'était une belle preuve de courage.» E7

«C'est le genre de chose qu'on fait plutôt entre femmes.» E7

Parfois, face à leur besoin de s'exprimer, les femmes ont besoin d'une personne à l'écoute.

« […] qui a pris le temps de prendre en compte mon état émotionnel, de prendre en compte la difficulté, voilà pourquoi, d'écouter mes raisons et surtout de les comprendre» E10

b) Refus d'informer une partie de l'entourage

À l'inverse de certaines, des femmes veulent rester discrètes sur leur décision d'avorter par rapport à leur famille, sachant qu'elles n'y trouvent pas de réel intérêt à leur en informer ou pensent trouver une réaction négative.

«Je pense que j'aurais pas senti une oreille attentive. Voilà pourquoi j'ai fait le choix de pas leur en parler. […] ça les aurait plus affolé qu'autre chose de connaître ça.» E5

c) Aide à la prise de décision

La prise de décision de réaliser ou non une IVG peut être facilitée par des avis amicaux et féminins, notamment lorsque la femme n'a plus aucun soutien du partenaire.

«Donc d'avoir 2 avis différents ça m'a permis moi de prendre ma décision» E5

Lorsque la femme se trouve en difficulté pendant son IVG à domicile, son premier recours est l'entourage féminin qui a déjà eu l'expérience de l'IVG médicamenteuse.

«C'est vrai que sur le moment je me suis posée des questions, j'ai appelé les copines, je leur ai dit « oui qu'est que qui se passe ? » ; elles m'ont dit « non t'inquiètes pas c'est normal, ça va se remettre en ordre, c'est le temps que ton cycle reprenne ». Et effectivement j'avais appelé Mme M. (le médecin) […] Donc j'ai attendu patiemment que ça passe.» E7

Enfin, l'entourage féminin des femmes influence sur le choix de la contraception post-IVG, de part leur expérience personnelle.

« […] je sais que ma sœur l'avait mis et elle a pas eu une expérience très… Donc je voulais pas.» E8

F. La contraception, un outil complexe

1) Le sentiment d'impuissance face à la méthode contraceptive

a) Voie d'administration non adaptée

Pour la plupart des femmes, la voie d'administration de la contraception joue un rôle important dans leur grossesse non désirée.

Devant les difficultés d'observance de leur contraception, elles se sentent coupables.

«Si on oublie de la prendre et qu'on tombe enceinte, d'une certaine manière c'est notre faute.» E1

Par ailleurs, elles se sentent en sécurité lorsque la contraception nécessite peu d'observance.

«J'ai arrêté de prendre la pilule. Parce que je me suis dit que c'était un peu trop risqué. Je me suis faite poser un stérilet.» E7

b) Résignation

Certaines femmes se résignent à maintenir leur contraception en conservant l'inconfort ou la possible faillibilité que leur contraception peut générer.

«Clairement à dire je prends celle là parce que « ok j'ai pas de libido mais j'ai pas non plus d'effets secondaires j'ai pas mal aux seins j'ai pas pris de kilos […] c'est comme choisir quel va être le moins pire moyen au lieu de choisir quel va être le meilleur moyen je pense. » E1

Ou bien en conservant le possible risque d'effet indésirable grave de l'association pilule oestroprogestative-tabac.

«Après vu que je suis fumeuse et que je fume énormément et que j'ai des antécédents de cancers dans ma famille, au bout d'un moment l'âge passant, on m'a déconseillé de continuer la pilule.» E7

L'une d'entre elles évoque une influence psychique sur sa contraception, qui est incontrôlable.

«Je pense que physiologiquement, je dois beaucoup saigner dans ces cas là dès qu'il y a un petit changement.» E7

c) Orientation vers une méthode naturelle

Face aux difficultés de trouver une contraception qui leur est adaptée, certaines femmes font le choix d'arrêter par elles-mêmes leur contraception.

Et devant la mauvaise tolérance des effets indésirables de la contraception, d'autres choisissent un moyen plus naturel.

« J'ai arrêté la pilule parce que je ne la supportais plus et avec mon copain, quand on avait des rapports sexuels il se retirait.» E6

2) Choisir le moment de la grossesse

a) Contrôle des naissances

L'expérience de l'IVG permet à certaines femmes de réaliser que la maîtrise de leur fertilité passe par une contraception adaptée et orientée vers des moyens médicamenteux.

« Je pense qu'il faut quand même que je reprenne un contraceptif. […] Si je veux me protéger c'est par sécurité et plus que par nécessité» E5

Une partie de la volonté de concevoir dépend du contrôle de la contraception. Les contraceptions les moins contraignantes en terme d'observance (contraception de longue durée d'action) permettent à ces femmes de mieux contrôler leur fertilité.

«Et à ce moment-là, je sais que je prendrai la décision de l'enlever qu'à partir du moment où je voudrais avoir un enfant.» E7

«Ça m'évitera de retomber enceinte sans forcément le vouloir. […] J'aurai plus de surprise. (rires)» E2

Après l'IVG, en attendant la prise d'une contraception adaptée, certaines femmes ont fait le choix d'une abstinence sexuelle temporaire afin d'éviter une éventuelle grossesse.

L'expérience de l'IVG a été l'occasion d'aborder et de réfléchir sur la contraception définitive.

« […] on a parlé grosse opération donc ligature et compagnie. […] Mais comme rien n'est marqué dans la pierre et qu'on sait pas de quoi demain est fait ; évidemment, j'ai plus envie d'avoir d'enfants, ça c'est sûr.» E10

b) Choix de la contraception

Finalement, guidées par l'entourage féminin, le choix de la contraception se réalise en fonction de 2 critères principaux, sous réserve des antécédents médicaux :

- des appréhensions de certains effets indésirables,
- de la voie d'administration.

«Alors j'ai un peu peur du stérilet parce que pareil, j'ai entendu des bons aspects et des aspects un peu négatifs» E6

G. Les propositions d'améliorations de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en médecine générale selon les femmes

1) La prise de rendez-vous échographique par le médecin

Une femme avance l'argument du « pouvoir » que dispose le médecin pour accélérer la prise en charge. En effet, la prise de rendez-vous est vécue comme un événement stressant en raison de la limite du délai pour réaliser une IVG médicamenteuse.

« […] aider à la prise de rendez vous notamment pour les échographies.» E3

2) Une tendance dans le choix du type d'IVG de la part du médecin

Une fois la décision de l'IVG prise, un autre choix s'impose sur le type d'IVG désiré. Lors d'une première IVG, le sentiment d'égarement ralentit la prise de décision. Une orientation vers le type d'IVG serait appréciable.

« Ils m'ont vraiment laissé le choix du processus de l'IVG soit par aspiration soit par médicament. […] Peut être plus aiguiller sur le choix.» E5

3) Une information préalable sur les IVG

Le déroulement et les modalités des interruptions volontaires de grossesse restent encore inconnus pour les femmes en âge de procréer. Une femme suggère la mise en place de dispositifs d'information à grande échelle.

«Et c'est vrai qu'il y a peut être un manque d'information en général qui devrait toucher toutes les femmes. C'est à dire voilà d'être informée des différentes étapes comme on peut être informée sur les risques de cancer de l'utérus, ce genre de choses là où il y a des plaquettes, des choses qui se font.» E7

4) Pratique de l'IVG médicamenteuse chez l'ensemble des médecins généralistes

Une femme suggère que tous les médecins généralistes puissent réaliser des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

«[…] si tous les médecins généralistes pouvaient avoir cette option là je pense que ça serait bien.» E9

H. Le ressenti des précédentes IVG

1) L'absence de prise en considération

Pendant leur première IVG, deux femmes avancent l'importante influence du contexte de vie dans leur vécu à domicile. La prise en considération de leurs difficultés personnelles et/ou professionnelles les aide dans leur vécu de l'IVG.

« […] mais lui en fait il (le médecin) a pas cherché à comprendre à savoir si j'étais prête, pas prête ; si mon âge faisait que, si ma situation professionnelle faisait que… non il a pas cherché à prendre en compte tout ça.» E10

2) La réassurance de l'IVG chirurgicale en milieu hospitalier

Parmi les femmes interrogées, les IVG réalisées à l'hôpital étaient chirurgicales.

Lorsqu'elle est réalisée en milieu hospitalier, le professionnalisme du personnel hospitalier est rassurant. Parfois, le cadre hospitalier ne s'apparente pas à un lieu froid, comme décrit dans certains entretiens, mais à un lieu rassurant.

«Ils ont été très professionnels, enfin même si on a un peu peur on est quand même, on sait qu'on est bien entouré.» E8

Le contact physique semble rassurer la femme.

«Alors qu'à l'hôpital même quand on le fait chirurgicalement on est quand même … les infirmières venaient vous toucher la main, vous parlent, vous rassurent.» E8

3) Un traumatisme psychologique

Une première IVG mal vécue peut être la source de traumatisme psychologique.

« […] traumatisant dans le sens où il m'a forcé à écouter le cœur pour me mettre sur le fait accompli en me faisant culpabiliser.» E10

4) La difficulté du parcours

Certaines femmes trouvent que leur précédente prise en charge était compliquée. Sous pression de la limite légale de l'avortement, elles ont l'impression de perdre du temps dans les démarches.

«Donc pour moi la première a été vraiment un parcours du combattant.» E3

V. DISCUSSION

Notre étude permet d'analyser le vécu chez les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse en cabinet de médecine générale et de recueillir quelques pistes d'amélioration de la prise en charge.

A. Forces et faiblesses de l'étude

Le recrutement s'est réalisé sur la base du volontariat des médecins sollicités et des patientes contactées. Finalement, peu de médecins du réseau REIVOC ont apporté leur contribution. Lors du recrutement des patientes, l'étude a pu être proposée aux patientes les plus susceptibles d'accepter. En effet, les entretiens se sont déroulés en présence des patientes désireuses de témoigner leur vécu, ce qui a pu diminuer la diversification de l'échantillon.

Bien que certains entretiens soient riches, nous ne pouvons pas déclarer être parvenus à la saturation des données.

L'analyse phénoménologique a été choisie afin de réaliser une analyse approfondie des verbatims recueillis. La phénoménologie est bien adaptée pour explorer l'expérience vécue de ces femmes et leur singularité. Peu d'études ont été réalisées avec ce type d'analyse qualitative sur le même sujet.

Les entretiens semi-dirigés ont permis de laisser la liberté de parole aux femmes afin qu'elles se sentent à l'aise; afin qu'elles se sentent dans une discussion et non dans un interview. Évidemment, il peut y avoir des biais d'information difficilement modifiables. La dernière femme a été interrogée par téléphone, au début de la période de confinement sanitaire. Cela a pu influencer son discours d'une manière positive ou négative.

Malgré tout, les interventions de l'investigatrice ont été les moins nombreuses possibles.

Le statut de remplaçante en médecine générale de l'investigatrice a pu être source de modification du comportement et de l'expression pour certaines femmes. Néanmoins, durant les entretiens, l'investigatrice a tenté de les mettre à l'aise. Elle a favorisé l'écoute empathique le plus possible.

L'inexpérience de la thésarde peut être source de biais dans le recueil et l'analyse des données, malgré une lecture attentive des livres de méthodologie. En effet, la durée des entretiens 2, 3 et 4 est plus courte que les autres car la méthodologie de l'entretien n'était pas encore maîtrisée. Mais elle a été rectifiée par la suite.

Néanmoins, au début de l'analyse, l'intervention d'un médecin thésé a permis une meilleure appropriation de la technique.

B. Discussion des résultats et comparaison à la littérature

1) La relation médecin-patiente

La place du médecin est importante dans le vécu de l'IVG médicamenteuse d'une femme.

a) L'information

La nécessité de l'information du déroulement de l'IVG, sur le plan physique et psychologique, est mise en avant lorsque celle ci est manquante.
Dans une thèse française (23), plus de 28% des femmes interrogées ont jugés les informations sur le vécu psychologique insuffisantes. En outre, l'étude d'Hedqvist et al. (4) retrouve chez un tiers des femmes un manque d'informations sur le déroulement physique de l'IVG et notamment sur les saignements.
Dans notre étude, une information claire et préalable à la prise médicamenteuse semble rassurer les patientes. Et notamment pour les femmes n'ayant aucun antécédent d'IVG. Par ailleurs, ces informations les aident à calmer leur appréhension de l'IVG. Le fait de savoir ce qui va se passer pour elles les rassure. Et cette réassurance parait renforcer le côté positif du vécu de l'IVG.

Néanmoins, l'une des femmes est devenue confuse lorsque l'information délivrée par le médecin ne correspond pas à la réalité et cela peut influencer sur son vécu à domicile.

b) La bienveillance

La communication entre le soignant et le patient est la base de l'établissement de la relation de confiance qui va s'instaurer entre eux. En effet, une relation bienveillante de la part du médecin (absence de jugement, prise en charge adaptée, disponibilité) est déjà un pas vers la « guérison » (24).

Un échange positif avec le médecin référent améliore très certainement le vécu de l'IVG des femmes interrogées. La compétence du médecin à s'adapter à la patiente semble influencer sur le vécu psychologique. Certaines patientes sont satisfaites de la prise en compte de leur situation de vie personnelle et professionnelle au cours de leur prise en charge médicale. Ce qui renforce ainsi le sentiment d'estimation de la patiente dans ce contexte de vulnérabilité. Toutefois, dans la thèse du Dr Dorangeon (25), sur les dix huit femmes interrogées, la plupart différenciait l'expertise et le côté émotionnel de l'IVG. Elles attribuaient chaque notion respectivement au médecin et à leur entourage.

Même si le médecin est considéré comme un «technicien», il peut prendre une grande place dans le soutien de ces femmes. Et notamment si leur entourage est quasi-inexistant. Le degré d'implication du médecin influence également sur le vécu de l'IVG.

Durant les entretiens, il semble que plus le médecin s'implique dans le vécu de la femme plus celle ci est satisfaite.

Toutes les femmes interrogées ont consulté un médecin femme. La première expérience d'IVG de l'une d'elles a été mal vécue. Elle souligne le fait d'avoir été prise en charge par un médecin de sexe masculin. Leur ressenti semble influencer par le genre du médecin.

c) La polyvalence

Les femmes ont apprécié lorsque cette prise en charge est totale (médecin réalisant l'échographie). En effet, réaliser une échographie endovaginale par une personne connue peut diminuer leur appréhension. Nous pouvons penser que diminuer le nombre d'intervenants améliorerait le vécu.
D'ailleurs, une thèse récente (26) avançait la réalisation de l'échographie par le médecin référent comme une amélioration dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

Dans ce contexte de vulnérabilité, il semble essentiel d'allier les qualités techniques et humaines du médecin afin de parvenir à une prise en charge optimale de ces patientes.

2) Le vécu de l'IVG

L'IVG médicamenteuse reste une épreuve pour le corps et l'esprit de ces femmes. Le corps subit une modification hormonale non physiologique. Et les femmes s'interrogent.

a) Le vécu psychologique

Les sentiments négatifs de culpabilité, tristesse, honte, solitude et angoisse retrouvés dans cette étude se joignent aux résultats d'autres études (27, 28, 29). Ces dernières attestent également d'une ambivalence psychologique. En effet, en concomitance à ces sentiments négatifs, le sentiment de soulagement et l'absence de regret se dégagent également de notre étude.

Cette ambivalence s'associe à une volonté d'avancer. Elle peut être liée avec les débats et manifestations autour de l'avortement. Ces faits d'actualité peuvent

inconsciemment influencer sur leur propre image. Le sentiment de honte et le fait de taire l'IVG peuvent témoigner d'un sujet encore sensible dans notre société.

Dans l'étude de Stålhandske et al. (27), le vécu négatif de l'IVG et la difficulté de la décision de l'IVG ont majoré les questions spirituelles. Ces questions portaient sur la représentation du fœtus, de la vie et de la mort et ainsi que des valeurs morales. Par ailleurs, un haut degré de spiritualité semblait associé à un haut degré d'humanisation du fœtus. Dans notre étude, une des femmes interrogées évoque spontanément l'émergence des questions d'ordre spirituel concernant le fœtus. Elle relance ainsi le débat sur la moralité de l'IVG. Son initiation à la religion bouddhiste l'a faite douter sur sa décision d'avorter. Ce conflit intérieur a t-il pu fortement influencer le vécu de l'IVG ? Lorsque la foi religieuse est puissante, ce conflit peut-il engendrer à long terme un trouble psychique ?

Les thèmes en rapport à la remise en question sont multiples dans notre étude. Certains thèmes viennent corroborer une autre thèse (29). Cependant notre travail fait émerger de nouvelles notions malgré notre faible effectif et la faible variation d'échantillonnage. Parmi ces nouvelles notions, l'épanouissement sexuel et l'inégalité des sexes nous interpellent.

Deux femmes abordent la notion d'inégalité des sexes. Cela concerne la décision d'IVG et la contraception imposée aux femmes.

Un partenaire reproche à sa compagne d'avoir décidée seule de l'IVG, ce qui pose la question de la place du partenaire dans l'IVG. Cet homme en question apporte malgré tout son soutien à sa partenaire. Conformément à une étude anglaise, parmi les 57% d'hommes n'ayant pas voulu d'une IVG, tous ont soutenu leur partenaire (30). Il semble légitime de partager la décision de l'IVG entre les deux protagonistes et qu'un accord soit établi. Les désaccords peuvent amener à un mauvais vécu. La communication dans le couple doit être favorisée.

L'inégalité est également présente dans la contraception, à l'heure actuelle il existe davantage de moyens disponibles pour les femmes que pour les hommes. La responsabilité d'une grossesse non désirée peut être attribuée à la femme. Et ainsi renforcer sa culpabilité dans le vécu d'une IVG.

Une des femmes refuse justement cette part de responsabilité en écartant une contraception permanente. Il nous semble qu'elle a jugé qu'il fallait mettre l'homme et la

femme sur un même pied d'égalité. Durant l'entretien, elle remet en doute son attitude vis à vis de la contraception.
L'IVG comme la contraception est une préoccupation principalement féminine mais elle devrait également devenir une préoccupation masculine.

L'épanouissement sexuel est involontairement associé à la grossesse non désirée. Aux sentiments négatifs déjà présents, s'ajoutent à la fois un sentiment de culpabilité et un sentiment de punition relatif au plaisir sexuel.
Nous pouvons penser que l'insouciance de l'acte sexuel est présente. Et lorsqu'il y a cet épisode de grossesse non désirée, il y a une prise de conscience de cette insouciance qui se traduit par un sentiment de punition.
La capacité pour la femme à en parler facilement pendant l'entretien peut témoigner d'un besoin de libérer la parole.

Conformément à l'étude d'Aléx et al. (28), notre analyse retrouve une prise de conscience des femmes dans la capacité de reproduction. Après plusieurs années d'absence de contraception médicamenteuse, la survenue d'une grossesse non désirée peut les rassurer sur leur fertilité. Nous retrouvons également la crainte d'une stérilité secondaire à l'IVG. En effet, il semble que dès qu'il y a une modification hormonale, la question de la fertilité se pose. Au fil des consultations de médecine générale, nous retrouvons des représentations, vraies et fausses, parfois bien ancrées concernant la fertilité. C'est une mission quotidienne de lutter contre ces idées reçues au moyen d'une information claire et accessible.

Ainsi, cette remise en question de soi et de ces croyances fait de l'IVG une étape marquante dans la vie d'une femme, potentiellement dans celle de son partenaire et du couple.

Nous pouvons noter que les notions évoquées ci dessus semblent issues de profondes réflexions. Cela peut en partie s'expliquer par l'âge moyen des femmes interrogées (32 ans). En effet, l'avancée en âge peut aboutir à une réflexion plus mature.

b) Le vécu physique

Le vécu physique est perçu par les femmes avec une intensité variable. Elle peut aller de la simple douleur de menstruations à la douleur intense empêchant toute activité.

La douleur et les saignements sont les principaux symptômes recueillis dans notre étude, conformément à l'étude d'Hedqvist et al. (4). Certaines études ont identifié des facteurs associés aux douleurs (5). En effet, un niveau élevé de douleur était retrouvé chez les femmes nullipares et chez celles dont les menstruations sont habituellement douloureuses. Cependant, la majorité d'entre elles avaient pris des antalgiques de palier 1. De même, selon Westhoff et al. (8), la consommation d'antalgiques de palier 2 (opioïdes) était plus élevée chez les femmes jeunes et nullipares. Dans l'étude américaine de Spitz et al. (7), qui utilise les mêmes posologies de mifépristone et misoprolol qu'en France, la douleur, les saignements et les symptômes digestifs (nausées, vomissements, diarrhée) étaient majorés lorsque l'âge gestationnel était avancé. Ce résultat se trouve être une hypothèse émise par une des femmes interrogées durant notre étude.

Une prescription d'antalgiques adéquate et une information claire et précise sur les symptômes sont des éléments essentiels dans la prise en charge d'une IVG à domicile ; pouvant faire atténuer leur appréhension du déroulement.

3) Le choix de la méthode

Concernant le choix de la méthode médicamenteuse, selon une étude internationale de l'OMS (9) ; sur 1998 femmes ayant répondu ; 84% choisiraient la méthode médicamenteuse si l'IVG devait se répéter. Cette étude vient corroborer l'étude suédoise (4) (83%) mais sur un plus petit échantillon (n=119). Elles en sont donc globalement satisfaites.

Une patiente de notre étude aurait aimé que son choix soit plus orienté par le corps médical. Cela renvoie à une question d'éthique sachant que selon une étude COCON (31), 53,8% des femmes ont eu le choix de la méthode médicamenteuse dans le secteur public. Est-ce parce qu'elles sont à ce moment là incapables de choisir et préfèrent qu'on décide pour elles ; ou bien parce qu'on leur impose cette méthode ?

Une femme pour qui le choix est difficile, aurait souhaité être orienté vers une méthode. En effet, le taux d'efficacité des 2 méthodes est de plus de 90% (13). La décision peut ainsi plus s'orienter selon l'environnement de l'avortement. À savoir si la patiente préfère être entourée par le personnel soignant en milieu hospitalier ; ou bien, rester dans l'intimité à

domicile. Pour les femmes ayant des difficultés à choisir, détailler les 2 procédures peut les aider dans leur choix. Mais cela nécessite de bonnes connaissances du médecin.

Par ailleurs, selon Hemmerling et al. (32), la moyenne de l'échelle HAD dans l'anxiété pour le groupe de l'IVG médicamenteuse est plus basse que dans celle du groupe de l'IVG chirurgicale 4 semaines après l'IVG (4,61 contre 3,58 respectivement). L'IVG chirurgicale est considéré comme un acte ayant un fort impact psychologique (stress) parmi les femmes de notre étude. Nous pouvons penser que le fait qu'une IVG médicamenteuse génère moins d'angoisse qu'une IVG chirurgicale soit un argument pour une préférence vers la méthode médicamenteuse.

À l'inverse, une femme qui a plusieurs échecs d'IVG avec la méthode médicamenteuse, exprime son regret d'avoir réalisé son IVG à domicile. Le milieu hospitalier est pour elle un lieu de réconfort sur le plan humain, avec la présence et le soutien des soignants paramédicaux. Mais c'est également un lieu de réconfort sur le plan technique (garantie du succès de l'IVG lors du retour à domicile).

Nous pouvons penser qu'une information diffuse préalable sur les types d'IVG facilite ce choix.
De même, une information adaptée aux femmes permet de réduire le risque de regretter leur choix de la méthode.

4) L'influence de l'entourage

a) Le partenaire

Le partenaire joue un rôle essentiel dans le vécu de l'IVG de la femme. Il peut provoquer la colère, la tristesse, le désarroi ou bien la déception de sa compagne (27, 29, 33) entraînant ainsi une situation conflictuelle dans un contexte déjà difficile.

Dans notre étude, la moitié des femmes sont dans une situation de couples instables : partenaire n'habitant pas sous le même toit, revenus instables ; ou de couples récents : absence d'enfants. Ce sont elles qui s'expriment le plus sur leur partenaire. Leur ressenti envers leur compagnon et les conséquences de l'IVG sur le couple sont abordés.

Dans un couple instable, les intentions profondes de chacun peuvent être méconnues. Et le moment de l'IVG peut ainsi révéler ces non dits (28).
Par conséquence, l'IVG semble ainsi se positionner comme un événement mettant le couple instable à l'épreuve.

Contrairement à eux, les couples stables semblent ne pas avoir de difficultés. Tout au long des entretiens, le soutien et la présence de leur partenaire sont brièvement évoqués ; probablement parce que cela leur semble évident.

Malgré cette influence sur sa partenaire, l'homme est peu présent dans les consultations avec sa partenaire. Seulement un homme a accompagné sa compagne à la consultation de demande d'IVG. La présence ou l'implication du compagnon aux consultations influencerait-elle le vécu de l'IVG ?

b) La famille et les amis

La famille et les amis ne sont pas toujours informés de l'IVG de la femme (32).

Toutefois lorsque ces 2 groupes en sont informés, le soutien est presque totalement présent. Conformément à notre étude, le choix d'informer certaines personnes dans l'entourage peut être la conséquence d'une attente d'un soutien de ces personnes choisies.
En effet, une patiente a fait le choix de ne pas informer sa mère par crainte de percevoir de la déception dans un contexte de pression familiale. Elle évite ainsi une situation gênante.

Dans l'étude de Major et al. (33), les femmes percevant un grand soutien de leur mère ou de leurs amis étaient plus bouleversées lorsqu'elle ressentaient un important désaccord avec eux.

Il faut ainsi veiller aux possibles situations conflictuelles et mesurer leur impact.

En l'absence du partenaire, presque toutes les femmes choisissent un soutien féminin.
Par ailleurs, l'entourage féminin semble avoir une influence essentielle dans le choix de la contraception comme l'atteste une étude réalisée en 2019 sur 1007 femmes (34).

5) Le choix de la contraception

En France, selon le baromètre santé de 2016 (35), la pilule reste le moyen de contraception le plus utilisé (36,5 % des femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans). Mais l'utilisation du DIU et de l'implant se répand de plus en plus.
D'après nos résultats, les méthodes nécessitant peu d'observance apportent aux femmes une sécurité concernant l'efficacité contraceptive.
Selon Burns et al. (36), le fait que le DIU ou l'implant nécessite peu d'observance est apprécié par la plupart des femmes (85% et 88% respectivement). Certaines sont intéressées par ces 2 méthodes et ne les utilisent pas (69% et 79% respectivement).
Par ailleurs, d'après une étude qualitative (37), ces contraceptions réversibles à longue durée d'action (LARC) sont poursuivies par la plupart des femmes consultées 3 ans après leur IVG. Elles présentent un meilleur taux de satisfaction par rapport à la contraception oetroprogestative.
Cela conforte l'idée qu'il semble plus aisé pour les femmes de contrôler leur fertilité par une contraception peu contraignante sur l'observance.

L'intérêt de l'utilisation des LARC semble intéressant pour toute femme en âge de procréer et n'ayant pas de désir de grossesse. Mais il convient avant tout de laisser à la femme le choix de sa contraception afin de favoriser une meilleure adhésion à son traitement.

Comme pour toutes prescriptions médicamenteuses, il faut prendre en compte le contexte de vie des femmes. Selon Bajos et al., ce que les chercheurs appellent la «norme contraceptive (préservatifs en début de vie sexuelle, pilule dès que la relation affective se stabilise, et stérilet pour les femmes ayant eu deux enfants) reste figée» (18) et n'est donc plus en adéquation avec le mode de vie actuel.

6) La question de la sexualité

Concernant la question du retentissement de l'IVG sur la sexualité, les réponses recueillies ne sont pas riches. Seulement deux femmes s'expriment sur le sujet. La question est probablement trop intime, peu précise ou peu pertinente dans ce genre d'étude. En effet, des études quantitatives (38, 39, 40) dont une étude anglaise retrouve une

dysfonction sexuelle chez deux tiers des femmes 6 mois après leur avortement. Le recueil des données est réalisé à l'aide d'un questionnaire à choix multiples qu'elles remplissent. Un travail de recherche qualitative plus porté sur la sexualité post-IVG peut être intéressant.

7) Les propositions d'optimisation de la prise en charge

Ces pistes d'amélioration sont évidemment non exhaustives. Elles découlent des entretiens. Et elles viennent se rajouter à une prise en charge optimale en milieu urbain.

a) Prise de rendez vous échographique par le médecin

La limite légale de l'IVG médicamenteuse est fixée à 7 SA. Le parcours devrait ainsi être fluide et sans perte de temps. La prise de rendez vous peut être une des difficultés que rencontre les femmes. Lorsqu'elle est réalisée par le médecin, cela soulage la femme.

Le parcours fléché en cabinet de ville semble être une bonne alternative aux établissements de santé.

Comme précédemment évoqué, lorsque le médecin réalise lui même l'échographie, cela reste fortement apprécié. D'autant plus qu'il peut y avoir un gain de temps dans le délai de prise en charge.

b) Aide au choix de la méthode

Il nous semble raisonnable de laisser le choix de la méthode à la femme. Il ne doit pas y avoir d'orientation vers une des techniques, comme le suggère une des femmes interrogées, notamment lors d'un premier contact.

Malgré le sentiment d'égarement dont elle peut faire preuve, une information claire et précise doit lui permettre de décider.

Il convient au médecin de discuter de ses hésitations. Il ne doit pas méconnaître le contexte dans lequel elle réalise l'IVG. Ainsi, il la guide vers la méthode la plus adaptée.

c) Large diffusion de la campagne d'information sur l'IVG

Il existe déjà une campagne d'information nationale sur l'IVG : le site www.ivg.gouv.fr et un numéro national (13).

Selon le ministère de la Santé de 2015, un tiers des femmes ne se sentent pas assez informées sur l'IVG (41).

Le sujet de l'avortement semble à juste titre faire partie de l'éducation à la sexualité. Il semble important d'en parler dans les établissements scolaires. Ainsi la future génération pourrait être plus informée.

d) L'accès à l'IVG médicamenteuse

La généralisation de la pratique de cette méthode à tous les médecins généralistes paraît difficilement réalisable.

En effet, certains freins sont identifiés (42). Parmi ces freins, on retrouve le caractère chronophage et le manque de valorisation de la pratique.

Par ailleurs, il ne semble pas que la demande d'IVG dépasse l'offre.

Il semble que la patiente ayant évoqué cette piste d'amélioration souhaite faciliter l'accès à l'IVG. En ce sens, l'amélioration de l'information préalable reste une bonne solution.

8) Le ressenti des précédentes IVG

Certains résultats rejoignent ceux de l'objectif principal. À savoir, l'analyse du ressenti de l'actuelle IVG. Les femmes ayant déjà réalisées des IVG peuvent ainsi comparer les prises en charge.

a) La réassurance de l'hôpital et de la méthode chirurgicale

À l'hôpital, la présence de professionnels de santé à proximité peut rassurer en cas de problèmes. L'aspect empathique des soignants est malheureusement aléatoire (28). Mais si la femme cherche un soutien féminin, elle peut se tourner vers le personnel paramédical en raison d'une forte féminisation.

La méthode chirurgicale semble plus sûre. En effet, le taux de réussite est de 99,7%; contre 95% pour la méthode médicamenteuse (13).
Ainsi les femmes repartent plus sereines.

Lors du choix de la méthode, les arguments précités peuvent être exposés et aider la femme.

b) Un traumatisme encore présent

Le jugement du professionnel de santé est mal vécu, notamment lors d'une première IVG. La femme peut être choquée par la tentative de dissuasion. Le médecin peut faire application de la clause de conscience.
La clause de conscience est le droit de refuser par le médecin de réaliser l'avortement s'il ne met pas en danger la vie de la patiente.

c) La difficulté du parcours

Les précédentes IVG de certaines femmes se sont déroulées il y a plus de 10 ans.
Rappelons que l'IVG par voie médicamenteuse est autorisée en médecine de ville depuis 2004. Auparavant, les IVG se réalisaient dans les établissements de santé.
Ainsi, le parcours d'une volonté d'arrêter une grossesse a pu être semé d'embûches.

Une des femmes dénonce la pluralité des intervenants de l'époque. Elle fait aussi état de la lourdeur administrative. Ce qui semble bien différent de sa récente IVG.

Cela nous conforte dans l'utilité de la prise de rendez vous échographique par le médecin.

CONCLUSION

L'interruption volontaire de grossesse est un droit acquis depuis 1975. L'offre d'IVG a considérablement évolué ; avec la possibilité de la réaliser à domicile via un médecin généraliste.

Une prise en charge totale et personnalisée semble être un bon moyen pour accompagner ces femmes.
En effet, la prise de rendez vous échographique par le médecin faciliterait le parcours. Au mieux, la réalisation de l'échographie par le médecin serait un grand avantage pour elles.
Par ailleurs, en post-IVG, le rôle de la contraception est considérable. Une contraception optimale pourrait leur éviter la répétition d'une IVG.
Par manque d'information, les femmes sont souvent désemparées face à une première IVG. Élargir la diffusion de la campagne d'information sur l'IVG permettrait de mieux appréhender un avortement.

Dans notre étude, la sexualité a été abordée mais il semble que les propos recueillis n'ont pas été riches. Un travail de recherche plus axé sur la sexualité post-IVG pourrait être intéressant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Assemblée Nationale. 40ème anniversaire de la loi sur l'IVG. Disponible sur: http://www2.assemblee-nationale.fr/14/evenements/2015/anniversaire-loi-veil#node_9805

2. REVHO. https://www.ivglesadresses.org.

3. Villain A, Rey S. 216700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. septembre 2018. (1013).

4. Hedqvist M, Brolin L, Tydén T, Larsson M. Women's experiences of having an early medical abortion at home. Sexual and reproductive healthcare. oct 2016;9:48-54.

5. Saurel-Cubizolles M, Opatowski M, David P, Bardy F, Dunbavand A. Pain during medical abortion: a multicenter study in France. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. nov 2015;194:212-7.

6. Ministre de la Santé et de la Protection sociale. Circulaire N° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse: pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

7. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early Pregnancy Termination with Mifepristone and Misoprostol in the United States. 30 avr 1998;338(18):1241-7.

8. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S, Mifepristone Clinical Trials Group. Predictors of Analgesia Use During Supervised Medical Abortion. Contraception. 2000;(61):225-9.

9. Honkanen H, al. WHO multinational study of three misoprostol regimensafter mifepristone for early medical abortion.II: Side effects and women's perceptions. juill 2004;111:715-25.

10. Missey-Kolb H. Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse en ville. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. 29 nov 2006;2006:107-19.

11. ANSM. MISOONE 400 microgrammes, comprimé - Résumé des caractéristiques du produit. In: Base de données publiques des médicaments [Internet]. 2018. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61240145&typedoc=R

12. ANSM. MIFEGYNE 200 mg, comprimé - Résumé des caractéristiques du produit. In: Base de données publiques des médicaments [Internet]. 2018. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=66422290&typedoc=R#RcpContreindications

13. Direction générale de la Santé. Interruption volontaire de grossesse (IVG). Dossier-guide. 2017.

14. Nouyrigat E, Dosquet P. Interruption volontaire de grossesse par méthode

médicamenteuse. HAS. Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf

15. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. INED. janv 2015;(518).

16. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. INED. 2009;64(3):495-530.

17. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. INED. 2014;69(3):365-98.

18. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France: des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013;(61):291-8.

19. Opatowski M, Bardy F, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG- Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. janv 2017;45(1):22-7.

20. Pinton A, Hanser A-C, Metten M-A, Nisand I, Bettahar K. Existe-t-il un lien entre les violences conjugales et les interruptions volontaires de grossesses répétées ? août 2017;45:416-20.

21. Frappé P. Initiation à la recherche. 2e édition. Coédition Global Média Santé; 2018. 224 p.

22. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2016. 432 p. (U).

23. Nouvellon M. Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes. Faculté de médecine de Aix-Marseille Université; 2018.

24. Scott JG, Cohen D, DiCicoo-Bloom B, Miller WL, Stange KC, Crabtree BF. Understanding healing relationships in primary care. Annals of family medecine. août 2008;6(4):315-22.

25. Dorangeon H. Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire. Université Paris Est Créteil; 2016.

26. Prudhomme C. Vécu des femmes lors d'une IVG médicamenteuse à domicile: enquête qualitative en Bretagne auprès de femmes suivies par des médecins généralistes libéraux conventionnés. Université de Rennes 1; 2019.

27. Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, Larsson M. Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2012;33(2):53-61.

28. Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004;(18):160-8.

29. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires. Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées. Université Toulouse III- Paul Sabatier; 2015.

30. Nguyen BT, Hebert LE, Newton SL, Gilliam ML. Supporting women at the time of abortion: a mixed-methods study of male partner. Experiences and perspectives. Perspectives on Sexual & Reproductive Health. juin 2018;50(2):75-83.

31. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, équipe COCON. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005;34(1):53-61.

32. Hemmerling A, Siedentopf F, Kentenich H. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. mars 2005;26(1):23-31.

33. Major B, Zubek JM, Cooper ML, Cozzarelli C, Richards C. Mixed Messages: Implications of Social Conflict and Social Support Within Close Relationships for Adjustment to a Stressful Life Event. Journal of Personnality and Social Psychology. 1997;72(6):1349-63.

34. Paul R, Huysman BC, Maddipati R, Madden T. Familiarity and acceptability of long-acting reversible contraception and contraceptive choice. American Journal of Obstetrics and Gynecology. avr 2020;

35. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Santé Publique France; 2017. (Baromètre Santé 2016).

36. Burns B, Grindlay K, Dennis A. Women's Awareness of, Interest in, and Experiences with Long-acting Reversible and Permanent Contraception. women's health issues. 2015;25(3):224-31.

37. Gallet-Chanu C. Devenir de la contraception après une IVG. Université du droit et de la santé-Lille 2; Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014.

38. Limoncin E, D'Alfonso A, Corallino C, Cofini V, Di Febbo G, Ciocca G, et al. The effect of voluntary termination of pregnancy on female sexual and emotional well-being in different age groups. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2017;38(4):310-6.

39. Bradshaw Z, Slade P. The Effects of Included Abortion on Emotional Experiences and Relationships: A Critical Review of the Literature. Clinical Psychology Review. déc 2003;23(7):929-58.

40. Bradshaw Z, Slade P. The relationships between induced abortion, attitudes towards sexuality and sexual problems. Sexual and Relationship Therapy. nov 2005;20(4):391-406.

41. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Campagne nationale d'information sur l'IVG et le droit des femmes à disposer librement de leur corps. Dossier de presse. 2015.

42. Leroy H, Creutz-Leroy M, Boivin J-M. Médecine générale de ville et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en région Grand Est, France. Revue d'épidémiologie et de santé publique. nov 2018;66(6):355-62.

ANNEXE 1 : Fiche d'information des patientes (Circulaire du 26/11/2004)

FICHE D'INFORMATION DE LA PATIENTE
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE PAR METHODE MEDICAMENTEUSE
PAR UN MEDECIN DE VILLE
(fiche à joindre au dossier-guide IVG remis à la patiente
au cours de la 1è consultation médicale préalable)

Vous avez souhaité interrompre votre grossesse par méthode médicamenteuse sans hospitalisation.

La méthode :

Elle consiste à prendre 2 médicaments différents **en présence du médecin, dans son cabinet, au cours de 2 consultations** :
- la mifépristone (Mifégyne®) ;
- le misoprostol (Gymiso®), **de 36 à 48 h plus tard.**

La mifépristone interrompt la grossesse: elle bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse (la progestérone), favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin;
Le misoprostol augmente les contractions et provoque l'expulsion de l'oeuf.

Après la prise de mifépristone (Mifégyne®): que peut il se passer?

Si vous **vomissez** dans les 2 heures suivant la prise de ce médicament, vous devez contacter le médecin afin de renouveler la prise si nécessaire ;
Dans la majorité des cas vous pouvez mener vos activités habituelles
Quelquefois vous pouvez **saigner comme des règles**, vous sentir fatiguée. Il est possible que vous
ressentiez quelques douleurs ;
Très rarement, vous pouvez **saigner plus abondamment**, avec des caillots, ressentir des douleurs
ressemblant à celles des règles ;
Exceptionnellement, l'oeuf peut déjà être évacué à ce stade ;
Les **saignements**, plus ou moins importants, **ne sont pas la preuve que la grossesse est arrêtée.**
Il est donc indispensable de vous rendre comme prévu à la consultation suivante pour prendre le misoprostol (Gymiso®).

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) : que peut il se passer?

Après la prise de misoprostol (Gymiso®) au cabinet du médecin, il est préférable d'être accompagnée par la personne de votre choix à domicile. Prévoyez de rester chez vous, confortablement installée.
Vous pouvez boire et manger;
Les contractions utérines provoquent des douleurs ressemblant à celles de règles, parfois plus fortes.
Des médicaments contre la douleur vous ont été prescrits. N'hésitez pas à les prendre.
Les saignements (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :
- dans 60 % des cas, l'avortement (expulsion de l'oeuf) se produit dans les 4 heures suivant la prise de misoprostol ;

- dans 40 % des cas, l'avortement aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise de misoprostol.
Les saignements durent généralement une dizaine de jours.
A TOUT MOMENT, si vous êtes **inquiète** ou si les **troubles** suivants surviennent :
- de la fièvre ;
- des douleurs persistent malgré la prise des médicaments contre la douleur ;
- des pertes importantes de sang persistent ;
- un malaise ;
APPELEZ : le médecin qui vous a remis les médicaments ;
à défaut, **l'établissement de santé** dont le médecin vous a donné les coordonnées.

N'OUBLIEZ PAS la fiche de liaison mise à jour dans chacune de vos démarches.

Suites immédiates de l'IVG :

- avant la visite de contrôle :
La possibilité d'une nouvelle grossesse existe. Une contraception oestroprogestative (pilule) peut être commencée dès le lendemain de l'IVG.

- la visite de contrôle :
Elle est absolument **nécessaire** et intervient entre le **14ème et le 21ème jour** après la prise de mifépristone. Le médecin vérifie que **la grossesse est bien interrompue** (risque d'échec de la méthode d'environ 5%) et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage βHCG).
La visite a lieu au cabinet du médecin qui vous a remis les médicaments.
Le médecin vérifiera que vous disposez d'un moyen contraceptif approprié à votre situation.
La possibilité d'avoir recours, suite à l'IVG, à un entretien psycho-social, si vous le souhaitez, est évoquée.

Le tarif :

Le tarif est un forfait fixé à 191,74 euros. Ce forfait couvre la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit votre consentement à l'IVG, les consultations d'administration des 2 médicaments nécessaires (Mifégyne® et Gymiso®), la consultation de contrôle et le prix des médicaments utilisés.
Ce forfait est pris en charge par la sécurité sociale à hauteur de 70 %. Les mutuelles et sociétés d'assurances complètent ce remboursement.
Les analyses de biologie médicale et les échographies éventuellement nécessaires ne sont pas incluses dans le forfait, **ainsi que la première consultation au cours de laquelle le médecin vous aura informée des différentes méthodes d'interruption de grossesse.**
Votre feuille de soins, ainsi que le décompte de remboursement transmis par la caisse de sécurité sociale, seront aménagés de façon à préserver la confidentialité de l'IVG vis-à-vis de votre entourage (pour les mineures souhaitant garder le secret à l'égard de leurs parents ou lorsqu' aucun des parents n'a donné son consentement, une prise en charge anonyme et gratuite est prévue)

Vous pouvez trouver des informations sur l'IVG par méthode médicamenteuse pratiquée par un médecin en cabinet de ville sur le **site internet** du ministère de la Santé et de la protection sociale
(www.sante.gouv.fr/dossiers/ivg).

Annexe 2 : Fiches de liaison (Circulaire du 26/11/2004)

FICHE DE LIAISON MEDECIN / ETABLISSEMENT DE SANTE
IVG MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE DE VILLE :
- un exemplaire est remis à la patiente ;
- une copie est transmise à l'établissement de santé après prise des médicaments.

DATE DE LA CONVENTION :

1E PARTIE- CONSULTATIONS COMPORTANT UNE PRISE DE MEDICAMENT :

NOM DE LA PATIENTE : **MEDECIN : cachet**

PRENOM :

Age :

Groupe Rhésus :

Tél :

Dernières règles- date : **TERME (en semaines d'aménorrhée) :**
Début de grossesse- date présumée :

Métrorragies :

Dosage βHCG -date, taux :
(résultat à joindre)
Et/ou
Echographie - date, terme :
(compte rendu à joindre)

ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX :

Grossesses :
FCS :
IVG : **instrumentale :** **médicamenteuse :**
GEU :
Infections :
Autres :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

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

EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE :

Date de prise de la MIFEPRISTONE :

- au terme de : SA

Date de prise du MISOPROSTOL :

Incompatibilité rhésus- date de l'injection d'immunoglobuline anti-D :

Date prévue pour la visite de contrôle :

IVG MEDICAMENTEUSE EN MEDECINE DE VILLE :

- un exemplaire est remis à la patiente ;
- une copie est transmise à l'établissement de santé après réalisation de la consultation de contrôle.

2E PARTIE- CONSULTATION DE CONTROLE:

NOM DE LA PATIENTE : **MEDECIN : cachet**

PRENOM :

Date de naissance :

Date de la visite de contrôle :

- Réussite de la méthode :

oui **non**

Date du dosage βHCG : **Taux :**

Date de l'échographie : **Résultat :**

- Nécessité d'un geste chirurgical :

Date :

Cause :

Lieu :

- Nécessité d'un traitement médical complémentaire :

Date :

Cause :

Type de traitement :

- Prescription d'une contraception :

Annexe 3 : Fiche d'information des patientes

NOTICE D'INFORMATION
À DESTINATION DES PATIENTES

Intitulé de l'étude : Vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale.

Madame,

L'Occitanie est l'une des régions où l'IVG médicamenteuse reste la plus pratiquée par rapport au reste de la France.
L'IVG est une étape marquante dans la vie d'une femme.

Aussi, je vous propose de participer à une étude visant à évaluer le ressenti de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale afin d'améliorer la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

Cette note d'information vous détaille mon projet de thèse.

Pour toute information ou demande complémentaire, n'hésitez pas à me contacter :
Hy Emilienne

Objectif de l'étude : Le but principal est de décrire et d'analyser le ressenti des femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse avec leur médecin généraliste.

Et à partir des résultats obtenus, il s'agit de proposer des éventuelles pistes d'amélioration dans la prise en charge.

Déroulement de l'étude :

Les patientes de l'Occitanie participent à l'étude sur la base du volontariat.

Vous recevez la notice d'information par le médecin que vous aurez vu lors de la 4ème consultation obligatoire.

Je fixe avec vous la date et le lieu de l'entretien.
Le consentement pour l'entretien se fait oralement et vous êtes libre à tout moment d'arrêter l'entrevue.

Une brève présentation sera faite sur l'investigatrice.

Il sera enregistré par un dictaphone. Je prendrai quelques notes personnelles.

Il est composé de questions ouvertes pour vous laisser la parole, vous êtes libre de vous exprimer. Il n'y a pas de contraintes d'expression.
L'entretien se veut neutre et sans jugement de ma part.

Il dure approximativement 30 minutes.

Aspects réglementaires :

Dans le cadre d'une recherche non interventionnelle sur les personnes, l'étude a reçu l'accord du comité d'éthique du CNGE (Collège national des Généralistes Enseignants).

Une déclaration de collecte de données a été déposée auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Votre anonymat est garanti lors de la retranscription du fichier oral en fichier écrit. Vous serez « nommées » par un numéro (ex : P1) lors de la retranscription. Les fichiers audios seront détruits dès que la retranscription est terminée.
Une tierce personne qui lira la retranscription ne pourra pas vous identifier.

La confidentialité et le secret médical sont capitaux sur un sujet d'intimité et seront préservés.

Vous êtes libre à tout moment de quitter l'étude sans avoir à vous justifier ni à encourir de préjudice.

Investigatrice principale :
Mme Hy Emilienne –

Directrice de thèse :
Dr Masson Solène

Annexe 4 : Guide d'entretien final

I. PRÉSENTATION de l'investigateur, du sujet de l'étude, pour qui et pourquoi.
INFORMATION ORALE des patientes et RECUEIL du consentement oral et demande d'autorisation d'enregistrer.
EXPLICATION du déroulement de l'entretien.

II. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTES

1) Âge
2) Profession
3) Milieu de vie
4) Situation familiale
5) Antécédent d'IVG et à quel âge

III. L'ENTRETIEN

1) Lorsque vous avez envisagé une IVG, vers qui ou quoi vous êtes vous tournée ?

2) Pouvez vous me dire comment se sont passées les consultations ?

-Quelles informations vous a-t-on délivré?
-Qu'est ce qu'il y a eu de positif et de négatif dans ces consultations ?

3) Pouvez vous me raconter comment s'est passée l'IVG que vous avez eu ?

-Et en terme de douleur, comment cela s'est passé ?
-Et comment avez-vous vécu les saignements ?
-Quelle a été la place de votre entourage ?

4) Si vous pouviez changer quelque chose dans la prise en charge générale, qu'est ce que vous modifieriez?

-Et au niveau du laboratoire et du centre d'imagerie ?

5) Cet épisode a t-il changé votre rapport à la sexualité ? Et si oui, comment ?

-Y a t-il autre chose qui a changé ?

6) Pensez-vous que votre contraception actuelle est adaptée ? Et pourquoi?

- Vous sentez-vous assez informée sur la contraception et les différents moyens ?

7) (Si antécédent d'IVG) Par rapport à votre (vos) précédente(s) IVG, pensez-vous qu'il y a eu une différence dans la prise en charge?

Annexe 5 : Avis du CNGE

Comité Ethique du CNGE
155 rue de Charonne 75011 PARIS
Courriel : comite-ethique@cnge.Fr
Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude Retentissement de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale. "
Avis n° 14031986

Les auteurs proposent de réaliser des entretiens auprès de femmes ayant recours à l'IVG médicamenteuse en médecine générale, en vue de décrire et analyser leur vécu.
Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de cette recherche.
Le comité d'éthique attire toutefois l'attention des auteurs sur l'opportunité qu'il y aurait à faire relire la lettre d'information à destination des femmes par un panel « test » de patientes, dès lors que certains termes et certaines formulations semblent peu adaptés : ainsi le terme « investigatrice » est très compréhensible pour un chercheur, mais probablement moins pour une patiente. De la même façon, les phrases suivantes semblent inappropriées « Je fixe avec les femmes la date et le lieu de l'entretien. » « Le consentement pour l'entretien se fait oralement et elles sont libres à tout moment d'arrêter l'entrevue. » « Une brève présentation sera faite sur l'investigatrice. » « L'entretien commence avec une présentation sociodémographique succincte de la femme ». Il serait plus adapté de s'adresser à la participante en s'adressant directement à elle : « vous êtes libre d'arrêter l'entretien » etc..
Par ailleurs, le comité d'éthique vous incite à vous inscrire dans le cadre d'une méthodologie de référence de la CNIL, ce qui doit permettre de recourir à une modalité plus simple et éviter de constituer un dossier complet plus contraignant.

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe 6 : Caractéristiques de l'échantillon

	Âge	Profession	Lieu de vie	Situation familiale	Antécédents d'IVG	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
P1	31 ans	Chef de projet dans l'aéronautique	Urbain	Célibataire Sans enfant	Aucun	21 minutes 56	Café
P2	26 ans	Vendeuse de chaussures	Urbain	En couple 1 enfant	1 IVG chirurgicale à l'âge de 24 ans	7 minutes 16	Domicile
P3	29 ans	Infirmière à domicile	Urbain	En couple Sans enfant	1 IVG médicamenteuse à l'âge de 20-21 ans	8 minutes 47	Café
P4	33 ans	Agent de stérilisation	Urbain	Conjoint 2 enfants	2 IVG dont la première à l'âge de 23 ans	9 minutes 09	Domicile
P5	27 ans	Assistante RH en intérim	Urbain	Célibataire Sans enfant	Aucun	28 minutes 50	Café
P6	39 ans	Jardinier paysagiste	Urbain	En couple Sans enfant	2 IVG chirurgicales à l'âge de 23 et 27 ans	34 minutes 10	Café
P7	35 ans	Auxiliaire de puériculture	Urbain	En concubinage Sans enfant	Aucun	25 minutes 25	Domicile
P8	33 ans	Aide à domicile	Urbain	Conjoint 3 enfants	2 IVG chirurgicales	13 minutes 40	Salle de consultation
P9	34 ans	Office manager et auto-entrepreneur (secrétariat)	Rural	Mariée 3 enfants	Aucun	19 minutes 45	À domicile
P10	33 ans	Commercial	Urbain	Divorcée 3 enfants	1 IVG médicamenteuse à l'âge de 22 ans	25 minutes 47	Au téléphone

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Introduction : L'IVG est un droit durement acquis pour les femmes dans la société française et reste encore tabou. L'expérience de l'IVG reste peu étudiée en phénoménologie. L'objectif de l'étude est d'analyser le vécu des femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse, en médecine générale.
Méthode : Une étude qualitative phénoménologique a été menée à l'aide d'entretiens semi-dirigés réalisés entre septembre 2019 et mars 2020 auprès de 10 femmes dans la région Occitanie.
Résultats : La majorité des femmes interrogées avait un besoin de réassurance sur le plan technique et humain. Elles ont trouvé cette réassurance auprès du médecin généraliste, mais également auprès de l'entourage familial et amical. L'IVG à domicile était vécu comme une véritable épreuve physique et morale, notamment en raison de l'influence du partenaire chez les couples instables. Cet évènement de leur vie a mené à une profonde remise en question. Leurs vécus pouvaient également évoluer en fonction de leurs représentations de l'IVG. Enfin, concernant la contraception autour de leur IVG, il résulte des entretiens, un sentiment d'impuissance. Mais la contraception permettait, pour certaines, de pouvoir choisir le moment pour démarrer une grossesse en concertation avec leur partenaire.
Conclusion : Que le vécu ait été bon ou mauvais, l'IVG amène à une réflexion. La communication et l'information sont à privilégier entre la femme et les différents intervenants soignants ou non. Élargir la diffusion de la campagne d'information sur l'IVG permettrait de mieux appréhender un avortement.

Mots clés : IVG médicamenteuse, vécu, phénoménologie, médecine générale