



**HAL**  
open science

# Étude quantitative sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire : différences entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital

Sophie Galvagnon

► **To cite this version:**

Sophie Galvagnon. Étude quantitative sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire : différences entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03484001

**HAL Id: dumas-03484001**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03484001v1>

Submitted on 16 Dec 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.

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2021

Thèse n°148

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Sophie Galvagnon

Née le 4 octobre 1991 à Périgueux

Le 9 décembre 2021

Etude quantitative sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire : différences entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital.

Sous la direction de : Mme le Docteur GAIANI Giulia

Membres du jury :

M. le Professeur SENTILHES Loïc  
M. le Professeur DURIEUX William  
M. le Professeur MONTARIOL Yves  
M. le Docteur PROTHON Emmanuel

Président  
Rapporteur  
Examineur  
Examineur

## Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Sentilhes, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur Durieux, je vous remercie de l'aide que vous m'avez apportée tout au long de ce travail. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'être mon rapporteur de thèse.

A Monsieur le Docteur Montariol, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous témoigne toute ma gratitude pour l'intérêt porté à ce travail.

A Monsieur le Docteur Prothon, je vous remercie de vous être rendu disponible pour faire partie de ce jury. Je vous suis sincèrement reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet.

A Madame le Docteur Gaiani, je te remercie d'avoir accepté de superviser cette thèse. Merci pour ton implication et ta bienveillance qui m'ont toujours accompagnée dans ce travail depuis maintenant 2 ans.

A ma famille et mes amis,

A mon mari, Florian, qui m'a soutenue pendant toutes ces années. Tu es le premier, le soir à recevoir toutes les émotions entraînées par ce métier : la joie, la fierté mais également la colère et la peine. Tu comprends l'implication que demande ce travail et tu ne me la reproches jamais. Tu m'apportes la sérénité dont j'ai besoin au quotidien, tu m'écoutes et me rassures. Tu as su croire en moi à chaque fois que je doutais pour me permettre de continuer à avancer. Merci de me rendre heureuse. Je t'aime mon bébé d'amour. On va maintenant débiter le chapitre suivant de notre vie...

A mes parents, qui n'ont jamais douté que j'accomplirai mon rêve de toujours. Vous avez toujours été là pour calmer mes angoisses et trouvez les mots justes pour me donner l'envie de continuer dans cette voie. Merci pour vos paroles réconfortantes durant les longues heures passées au téléphone, merci pour les tupperware de bons petits plats fait maison, merci pour le temps passé à imprimer ET relier les cours de P1... Merci d'être des parents aussi patients, compréhensifs, attentionnés... et surtout merci de m'avoir donné cet amour sans limite vers lequel me tourner en cas de difficultés. Je suis fière d'être votre fille. Je vous aime.

A ma famille, qui ne m'en a jamais voulu des repas manqués ou écourtés à cause des révisions/stages/gardes et j'en passe. On va pouvoir rattraper tout ça...

A ma belle-famille, qui m'a accueillie les bras ouverts dès le premier jour. Merci d'avoir contribué à faire de Florian l'homme qu'il est aujourd'hui. Une pensée toute particulière pour Michel, mon beau-papa, qui s'est toujours intéressé à mon parcours avec toute la sensibilité dont il sait faire preuve.

A Elise, ma meilleure amie, qui n'a jamais douté de ma réussite depuis mon entrée en P1. Tu m'as toujours encouragée dans cette aventure sans jamais m'en vouloir de ne pas être aussi présente que je l'aurais souhaité durant toutes ces années. Grâce à toi j'ai la chance d'être une fille unique qui a une sœur... Merci de faire partie de ma vie. Merci aussi à ta famille, d'un soutien sans faille depuis que l'on se connaît et qui m'a toujours accueillie à « SPDC » comme si j'étais chez moi.

A Juliette, comme tu l'as si bien dit lors du plus beau jour de ma vie : en amitié, il y a des hauts et des bas mais nous, depuis 15 ans que l'on se connaît il n'y a eu que des hauts (vive les mamies ! la tisane y'a qu'ça d'vrai !). C'est ce qui est si beau dans notre amitié. Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir donné le privilège d'être la marraine de ta fille. C'est le plus beau cadeau que tu pouvais me faire et j'y ferai honneur.

A Aurélie, Magali et Mathilde dits aussi Cageot, Magator et Guerette... L'externat n'aurait pas été le même sans vous. Je ne vais pas commencer à énumérer tous les souvenirs que nous avons en commun ça serait trop long. J'ai eu la chance de vous rencontrer durant ces années pas toujours facile et grâce à vous je ne garde que des bons souvenirs...

A tous mes co-internes de Villeneuve sur Lot. Ce fut un semestre exceptionnel, rempli de bons souvenirs grâce à vous tous. Une pensée particulière à mes colocs préférés : Chacha et Didi avec mention spécial à nos soirées fromage/vin rouges post « journée de m\*\*\*\* ».

Aux médecins que j'ai rencontré durant ces 10 années d'étude et qui m'ont permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui. Une pensée particulière aux Dr Fabry, Gatti-Dechavanne, Faroudja-Deveaux (et son épouse Karine) et Delrieux qui m'ont accueillie au sein de leurs cabinets et m'ont fait m'y faire sentir chez moi. Ils m'ont appris à prendre confiance en moi et à m'épanouir dans ce beau métier : merci !

A mes futurs collègues, Kavita, Mathilde, Virginie et François, qui m'ont tout de suite fait me sentir bien au sein de leur cabinet médical. C'est un plaisir de travailler à vos côtés. Merci pour votre accueil, votre bienveillance et le réconfort apporté dans les moments de « ras le bol ».

A Michèle, merci de me faire confiance. Je prendrai soin de nos patients...

Enfin, à toutes les femmes ayant participé à cette étude, merci infiniment... J'espère que ce travail contribuera à faire entendre vos voix. Vous le méritez.

*Pour mon papi Michel,*

*De là où tu veilles sur nous, je sais que tu es rempli de joie et de fierté.*

*Merci d'avoir été un papi extraordinaire.*



# 1. Sommaire

1. Sommaire .....	7
2. Liste des abréviations .....	8
3. Introduction .....	9
4. Matériel et méthodes .....	25
5. Résultats .....	32
6. Discussion .....	52
7. Conclusion .....	63
8. Bibliographie .....	64
9. Annexes .....	68
10. Table des matières .....	139
11. Table des figures .....	142
12. Tableaux .....	144
13. Résumé .....	145
14. Abstract .....	146



## 2. Liste des abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de protection des personnes

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HDJ : hôpital de jour

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'aménorrhée

## 3. Introduction

### 3.1 Contexte :

***« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes. C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame. » Simone Veil***

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'a été autorisée en France qu'en 1975 grâce à la loi Veil, qui n'est alors que temporaire (Annexe 1). Il faudra attendre la loi du 31 décembre 1979 pour que l'IVG soit définitivement légalisée dans notre pays. La seule méthode possible à l'époque est une méthode chirurgicale en milieu hospitalier.

L'IVG médicamenteuse devient possible en 1989 après l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la Mifégyne® (Mifépristone). Les décrets permettant la réalisation des IVG hors établissement de santé ne sont parus qu'en juillet et septembre 2004. Dès lors, dans le cadre d'un réseau ville-hôpital, les médecins peuvent proposer aux femmes qui en font la demande une IVG médicamenteuse à domicile, l'hôpital restant le recours en cas de complications ou d'échecs (1).

En 2011, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publie une étude (2) qui compare l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse selon son lieu de réalisation (à domicile ou dans un établissement de santé). Les résultats montrent que l'IVG médicamenteuse à domicile est sans danger si elle est effectuée dans le respect des recommandations établies et qu'il n'y a aucune différence d'efficacité ou d'acceptabilité entre une prise en charge à domicile ou en clinique dans les pays concernés.

En janvier 2015, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse est mis en place avec notamment la création d'une Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, pilotée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (3). L'une des recommandations de cette Commission est d'améliorer la connaissance en matière d'attentes et de satisfaction des femmes, concernant l'ensemble de leur parcours jusqu'au suivi post IVG. Il est mis en avant le fait que jusqu'à présent il n'existe pas de source d'information directement renseignée par les femmes. Cette recommandation fait écho à la citation de Simone Veil qui, déjà, nous disait qu'« *il suffit d'écouter les femmes* ».

Cette étude consiste en la réalisation d'un questionnaire destiné aux femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse. Le but de ce questionnaire est d'interroger les femmes sur leur vécu de l'IVG médicamenteuse qu'elles en aient bénéficié à domicile ou à l'hôpital. L'objectif de l'étude est de rechercher une différence éventuelle dans le ressenti des femmes selon le lieu de réalisation de l'IVG et de mettre en évidence des éléments permettant d'améliorer la prise en charge des patientes.

## 3.2 L'interruption volontaire de grossesse en France

### 3.2.1 Histoire de l'interruption volontaire de grossesse en France

En 1810, l'article 317 du code pénal instaure le crime d'avortement. Il est dit que « *Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans, et d'une amende de 1.800 F à 100.000 F... Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 360 F à 20.000 F la femme qui se sera procurée l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet.* » (4).

A la fin du XIXe siècle, les jurés populaires manifestent aux femmes qui avortent une certaine indulgence. Le nombre d'avortements est considérable à cette époque. Il est évalué (d'après les hospitalisations) à 100 000 par an à Paris. Des publicités pour des remèdes abortifs apparaissent régulièrement dans les journaux. Pour les plus fortunés, « les faiseuses d'ange » sont des sage-femmes, voire des médecins. Pour les autres, ce sont des matrones sans diplôme, utilisant des méthodes moins fiables mais beaucoup moins chères.

En 1920, l'Assemblée nationale vote une loi interdisant l'avortement et la contraception. Elle réprime la complicité et la provocation à l'avortement ainsi que toute propagande anticonceptionnelle. Cette loi ne cessera d'être renforcée par la suite avec la loi du 27 mars 1923 qui aggrave les peines et la loi du 15 février 1942, paroxysme de l'idéologie nataliste, qui fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat, donc passible de la peine capitale. C'est dans ces circonstances que le Conseil de l'Ordre des médecins est créé par le régime de Vichy en 1945. Il a, entre autres fonctions, le rôle d'appliquer des mesures disciplinaires spécifiques (interdiction d'exercer) en plus des mesures pénales.

C'est en Angleterre et aux Etats-Unis, sous l'influence plus forte des féministes, que l'on va voir évoluer les idées et émerger celles de « Birth control ». Aux Etats-Unis, en 1914, Margaret Sanger (militante américaine, infirmière de profession), publie l'ouvrage « *Women rebel* » et crée la « Birth control league ». Elle fonde à Brooklyn une première clinique et publie une brochure s'intitulant « *Family limitation* » qui va connaître une diffusion qui ne rencontrera plus guère d'obstacle.

Le Dr Lagroua-Weil-Hallé, après une visite à la clinique de « Birth control » créée par Margaret Sanger à New York et devant les conséquences dramatiques des avortements constatés dans sa pratique de gynécologue, fait paraître en 1953 un premier article pour sensibiliser le corps médical. En 1955, se crée autour du Dr Lagroua-Weil-Hallé, d'Evelyne Sullerot (sociologue spécialiste de la famille) et d'Anne-Marie Dourlen Rollier (avocate spécialiste en droit familial et en droit médical) le mouvement la « Maternité heureuse ». Il regroupe des femmes appartenant à différents courants. Le rapport moral de la première assemblée générale en 1957 définit ainsi les objectifs : « *lutter contre les avortements clandestins, assurer l'équilibre psychologique du couple, améliorer la santé des mères et des enfants* ». En 1958, le

mouvement s'affilie à « l'International Planned Parenthood Federation » puis devient en 1960 le « Mouvement français pour le planning familial » (MFPF) (5).

Entre 1956 et 1967, 11 propositions de lois seront déposées par des formations de gauche pour modifier la loi de 1920 et toutes seront repoussées. Néanmoins, le 28 décembre 1967, l'Assemblée Nationale adopte la loi proposée par le député Lucien Neuwirth sous le nom de "loi relative à la régulation des naissances". Abrogeant la loi du 31 juillet 1920, la loi Neuwirth met ainsi en place une législation autorisant la fabrication et l'importation de moyens de contraception, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures (6).

Devant la lenteur de mise en application des lois et dans un contexte social de revendications féministes qui apparaissent un peu partout en Europe, les mouvements se radicalisent et de l'idée de contraception, on passe à celle de rattrapage des échecs par l'avortement légalement autorisé. Les années soixante-dix voient l'action du MFPF se lancer dans des directions multiples :

- d'une part, l'information contraceptive et l'éducation sexuelle qui sont inscrites dans les textes mais ne sont pas appliquées à l'époque

- d'autre part, la médicalisation de la contraception par le collège des médecins du MFPF qui édite en 1968 le premier numéro de la revue *Fertilité, orthogénie*

Mai 1968 va permettre aux militantes de revendiquer une plus grande autonomie vis-à-vis de la hiérarchie du MFPF et la mise en place d'un travail plus collectif. Les militantes les plus féministes du MFPF sont majoritaires et la rupture avec les dirigeants jugés réformistes est inéluctable. Elle aura lieu lors du congrès du MFPF en juin 1973, sur la bataille de l'avortement. Ne pas pouvoir répondre aux femmes qui viennent exprimer leur difficulté à vivre des grossesses non désirées, avec comme seul recours l'avortement clandestin, les a amenées à radicaliser leur position et à revendiquer plus ouvertement pour le droit des femmes en général et celui à l'avortement en particulier. Une motion présentée par les militantes qui déclarent pratiquer des avortements dans les centres est votée. Le MFPF se réorganise avec des objectifs clairement féministes : « *la libéralisation de l'avortement et contre toutes les formes d'oppression sexuelle et en particulier contre l'instauration d'un nouvel ordre sexuel : contre l'information sexuelle par des spécialistes, contre la médicalisation, contre l'exploitation d'un marché du sexe* ». C'est dans ce contexte que se crée le Mouvement de libération des femmes (MLF) en 1970 qui va faire du droit à l'avortement une des luttes principales et va faire descendre les femmes dans la rue pour l'obtenir (5).

Le 5 avril 1971, *Le Nouvel Observateur* décide de publier un manifeste. Dans cette publication, 343 femmes, connues ou inconnues, parmi lesquelles Simone de Beauvoir, Françoise Sagan, Jeanne Moreau, Brigitte Fontaine, Nadine Trintignant s'accusent volontairement d'avoir eu recours à l'avortement. Leur objectif est de frapper les consciences et d'obtenir le droit pour les femmes d'avorter, ce qui était, à l'époque, un délit condamné par la justice (7). La Marche internationale des femmes pour l'abolition des lois contre l'avortement a lieu en novembre 1971. Elle rassemble des milliers de femmes et démontre la popularité des idées défendues au départ par des mouvements minoritaires.

En 1973, 331 médecins dont beaucoup sont membres du Groupe d'information santé (GIS) font paraître un manifeste proclamant qu'ils pratiquent des avortements. 1973 voit également la création du Mouvement pour la libération de l'avortement et la contraception, qui se donne comme objectif dans sa charte de combattre « *pour une information sexuelle qui cesse de faire de la procréation le seul but de la sexualité, pour la liberté de la contraception sans discrimination d'âge, ni de moyen, pour la liberté de l'avortement par la lutte pour l'abrogation de la loi de 1920* ». Ces objectifs impliquent la prise en charge de la contraception et de l'avortement par les pouvoirs publics (remboursement), la création de centres gérés par les usagers et capables d'informer sur la contraception et la sexualité et d'être de véritables lieux de parole pour les femmes, des moyens pour permettre un libre choix des femmes (crèches, logements).

La lutte s'organise autour de l'avortement en diffusant la technique de l'avortement par aspiration : la méthode Karman.

Le 4 juin 1973, un projet de loi est déposé mais il est repoussé. Il est renvoyé en commission des Affaires Sociales de l'Assemblée qui élabore le rapport Berger. Celui-ci souhaite rassembler les éléments nécessaires à l'élaboration d'une loi sur l'avortement en tenant compte de tous les courants de pensée. Des experts de tous bords sont consultés afin de trouver un consensus. C'est sur les bases de ce rapport que Simone Veil, ministre de la Santé sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing, prépare une loi (5).

La loi Veil est promulguée le 17 janvier 1975 (Annexe 1). Le texte prévoit qu'une interruption volontaire de grossesse peut être pratiquée dans certaines conditions très précises :

- par un médecin, dans un cadre hospitalier
- avant la fin de la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse, soit 12 semaines d'aménorrhée
- la femme doit réaliser des démarches obligatoires, destinées à son information et à sa réflexion
- les risques et les alternatives à l'avortement doivent être présentés par les médecins

Cette loi, à l'époque, n'est que provisoire. La pénalisation de l'avortement n'est suspendue que pour une durée de cinq ans (8). La forte réticence d'une grande partie du corps médical et, en particulier, des gynécologues obstétriciens, l'insuffisance de moyens, la méconnaissance des techniques ambulatoires (aspirations, anesthésie locale) ne faciliteront pas l'application de la loi. Il faudra attendre la loi du 31 décembre 1979 pour que l'avortement soit définitivement légalisé. On ne parle désormais plus d'avortement mais d'interruption volontaire de grossesse (IVG). La loi précise « l'obligation hospitalière » : le conseil d'administration de tous les hôpitaux publics doit créer un centre d'IVG y compris en cas de recours à la clause de conscience d'un ou de la totalité des médecins de l'établissement.

La loi permettant le remboursement de l'IVG sera finalement votée le 20 décembre 1982 après des débats houleux.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la Mifégyne® (RU 486) en 1988 a fait resurgir les polémiques sur la « banalisation » de cet acte. La découverte de cette antiprogestérone en 1980 par le Laboratoire Roussel Uclaf et le Pr Baulieu (biologiste, docteur en médecine et docteur en sciences) a ouvert des perspectives nouvelles en permettant l'avortement médicamenteux. Devant la menace de boycott international de tous ses produits, orchestrée par les mouvements anti-avortement, le laboratoire Roussel a alors annoncé le retrait du marché de la Mifégyne®. Des protestations se sont élevées de la part de personnalités conscientes de l'amélioration médicale que représentait ce produit. Claude Evin, ministre de la Santé, a, comme la loi le lui autorise, contraint le laboratoire à revenir sur sa décision et, par l'arrêté du 28 décembre 1988, en a réglementé l'utilisation. Les conditions de remboursement ont été fixées par l'arrêté du 20 février 1990 dans les mêmes conditions que pour les avortements chirurgicaux (5).

Devant le nombre important d'IVG réalisées à l'étranger du fait d'un terme dépassé, la loi du 4 juillet 2001 allonge le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse de dix à douze semaines de grossesse soit 14 semaines d'aménorrhées.

A travers ce rapide historique de l'IVG en France, on peut voir que contraception, IVG et liberté de la femme ont toujours été étroitement liés et que la légalisation de l'IVG a été la suite logique de la légalisation de la contraception à une période où les mouvements féministes ont revendiqué la liberté des femmes vis-à-vis de leur corps et leur indépendance.

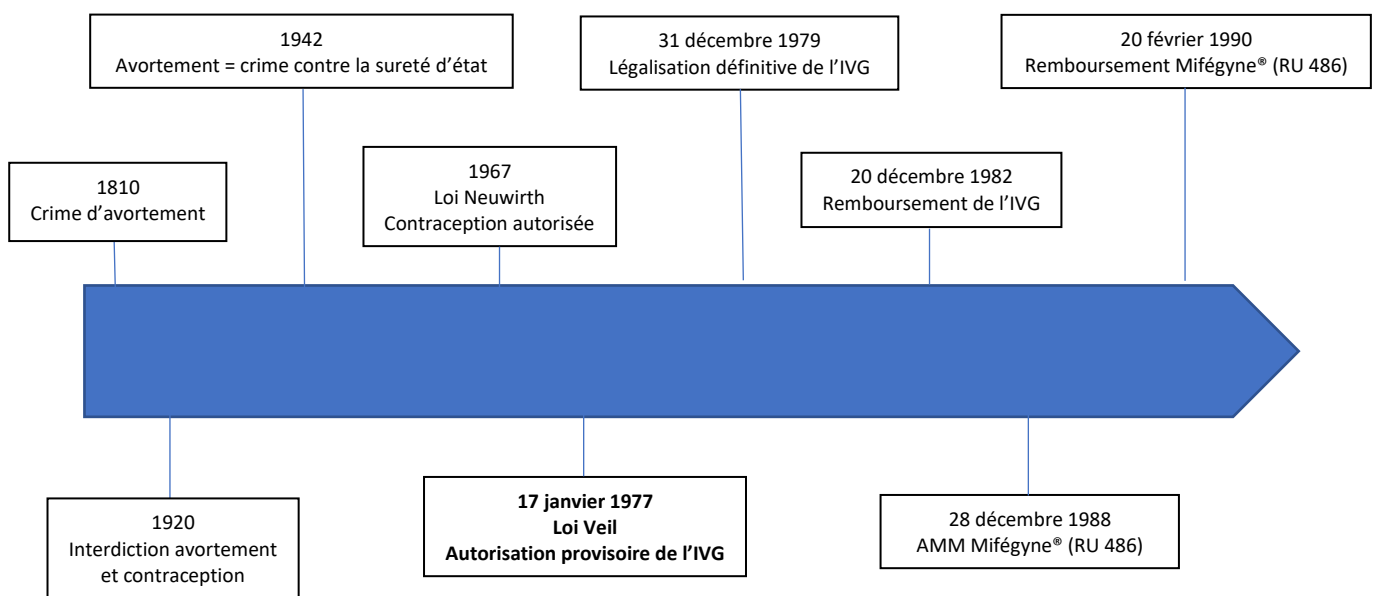


Figure 1 : Historique de l'IVG en France

### 3.2.2 L'interruption volontaire de grossesse en France de nos jours

Selon le code de la santé publique, la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse (soit 14 SA).

Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. Le forfait de prise en charge des frais relatifs liés à l'IVG est remboursé en totalité par l'Assurance Maladie.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix (9).

En France il existe deux méthodes d'interruption volontaire de grossesse :

- la méthode médicamenteuse peut se dérouler dans un établissement de santé ou à domicile jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée

- la méthode chirurgicale est réalisable jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée

Selon le rapport de la DREES, en 2019 (10), 232 000 interruptions volontaires de grossesse ont été enregistrées en France (dont 217 500 en métropole) soit un taux de recours à 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole. Le taux de recours ne cesse d'augmenter ces dernières années. Les femmes de 20 à 29 ans restent les plus concernées.

En 2019, 26,5% des IVG ont été réalisées en cabinet libéral, dans les centres de santé ou les centres de planification et d'éducation familiale. La part des IVG instrumentales continue de décroître. On note d'importantes disparités entre les régions.

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans		IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
					Brut	Standardisé	
Grand-Est	13 612	121	1 279	15 012	12,9	12,8	5,5
Nouvelle-Aquitaine	12 728	762	3 870	17 360	14,5	14,8	5,7
Auvergne-Rhône-Alpes	17 743	715	5 473	23 931	13,9	13,9	4,7
Bourgogne-Franche-Comté	5 471	103	1 741	7 315	13,3	13,6	5,4
Bretagne	7 160	112	963	8 235	12,3	12,6	5,0
Centre-Val de Loire	5 849	130	1 149	7 128	13,9	14,3	5,3
Corse	1 187	6	180	1 373	19,4	19,7	9,6
Île-de-France	35 422	2 672	17 169	55 263	18,5	17,5	6,5
Occitanie	15 625	296	5 500	21 421	17,6	17,7	7,0
Pays de la Loire	8 787	18	526	9 331	11,8	12,0	4,9
Hauts de France	15 518	379	2 686	18 583	14,2	14,0	6,8
Normandie	7 166	121	1 632	8 919	13,2	13,3	5,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 931	311	7 423	23 665	22,9	23,2	8,2
<b>Résidentes France métropolitaine</b>	<b>162 199</b>	<b>5 746</b>	<b>49 591</b>	<b>217 536</b>	<b>15,6</b>		<b>6,0</b>
Guadeloupe*	1 412	15	1 834	3 261	39,1	43,0	13,6
Martinique	1 651	4	457	2 112	28,6	31,0	12,3
Guyane	1 228	193	1 470	2 891	39,5	37,1	21,1
La Réunion	2 865	6	1 615	4 486	21,8	21,8	13,7
Mayotte	1 167	0	345	1 512	21,9	19,3	16,5
<b>Résidentes DROM</b>	<b>8 323</b>	<b>218</b>	<b>5 721</b>	<b>14 262</b>	<b>28,2</b>		<b>15,2</b>
<b>Résidence inconnue***</b>		<b>9</b>	<b>202</b>	<b>211</b>			
<b>Résidentes France entière</b>	<b>170 522</b>	<b>5 964</b>	<b>55 312</b>	<b>231 798</b>	<b>16,1</b>		
<b>Résidence à l'étranger</b>	<b>235</b>			<b>235</b>			
<b>France entière</b>	<b>170 757</b>	<b>5 973</b>	<b>55 514</b>	<b>232 244</b>	<b>16,1</b>		<b>6,4</b>

\* non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.  
\*\* calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15-49 ans.  
\*\*\* Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.  
**Lecture** • En 2019, les femmes résidant en région Grand-Est ont été concernées par 15 012 IVG.  
**Champ** • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.  
**Sources** • DREES (PMSI-MCO), Insee (estimations localisées de populations au 1<sup>er</sup> janvier 2019), CNAM (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soin).  
Les données ont été révisées le 10-12-2020 par rapport à la mise en ligne du 24-09-2020.

Figure 2 : IVG en 2019 selon les modalités de réalisation et la région de résidence des femmes (10)

### 3.3 Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse est une interruption de grossesse induite par des médicaments, ne nécessitant pas de geste chirurgical. Les médicaments utilisés actuellement en France sont la mifépristone associée au misoprostol (1).

#### 3.3.1 Cadre réglementaire

La prise en charge de l'IVG médicamenteuse peut se faire jusqu'à 9 SA soit dans un établissement de santé (avec ou sans hospitalisation) soit hors établissement de santé par des médecins de ville ou des sages-femmes. Il est important de signaler que cette thèse a été réalisée durant l'épidémie de Covid 19. Durant cette période d'urgence sanitaire, les IVG médicamenteuses à domicile sont devenues possible jusqu'à 9 SA alors qu'elles n'étaient autorisées auparavant que jusqu'à 7 SA. L'ensemble des consultations pouvaient avoir lieu par téléconsultation (11).



L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse peut être pratiquée en dehors d'un établissement de santé depuis la loi du 4 juillet 2001. La possibilité de pratiquer des IVG médicamenteuses par un praticien installé dans un cabinet de ville a été effective à partir de juillet 2004. Cela a été possible pour les centres de santé et les centres d'éducation et de planification familiale en 2009 (1). Enfin, une modification de la loi sur l'IVG le 2 juin 2016 a autorisé les sages-femmes à effectuer les IVG médicamenteuses (12).

Les structures de prise en charge des IVG sont soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications de l'IVG. Pour pouvoir réaliser des IVG médicamenteuses, le médecin de ville doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé.

La méthode médicamenteuse repose en France, actuellement, sur l'association de l'antiprogestérone mifépristone et d'une prostaglandine, le misoprostol, par voie orale (13, 14).

Il existe des contre-indications à la réalisation d'une IVG médicamenteuse (1) :

-liées aux produits : insuffisance surrénale chronique, allergie connue à l'un des constituants, asthme sévère non équilibré par le traitement, porphyrie héréditaire. L'utilisation de mifépristone est déconseillée en cas d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale et de malnutrition.

-liées à la méthode : grossesse extra-utérine, trouble de la coagulation, anémie profonde (< 10g/dL). Un consensus préconise de retirer le DIU avant la prise de mifépristone mais il n'y a pas d'argument pour contre-indiquer une IVG médicamenteuse lorsque les fils ne sont pas accessibles.

### 3.3.2 Déroulement d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire

Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. La séquence des consultations relatives à l'IVG médicamenteuse dans les établissements de santé et hors établissement de santé est identique (1, 13, 14).

#### Etape 1 : demande d'IVG :

La demande d'IVG est formulée par la patiente. Le praticien communique une information orale et écrite sur les différentes méthodes d'IVG ainsi que leurs éventuelles complications. Il remet à la patiente un dossier guide élaboré par le Ministère des Affaires Sociales (Annexe 2).

Le praticien rappelle à la patiente la possibilité de réaliser un entretien psycho-social. Cet entretien est obligatoire pour les mineurs et facultatif pour les personnes majeures (14).

Le praticien précise par écrit le protocole à respecter pour la réalisation de l'IVG par mode médicamenteux.

L'âge gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire et l'examen clinique. En secteur hospitalier, le recours à une échographie pelvienne doit être possible sur place lors de la consultation. En médecine de ville, le recours à une échographie doit être possible dans un délai rapide soit sur place, soit chez un échographiste correspondant habituel du médecin ou de la sage-femme (14).

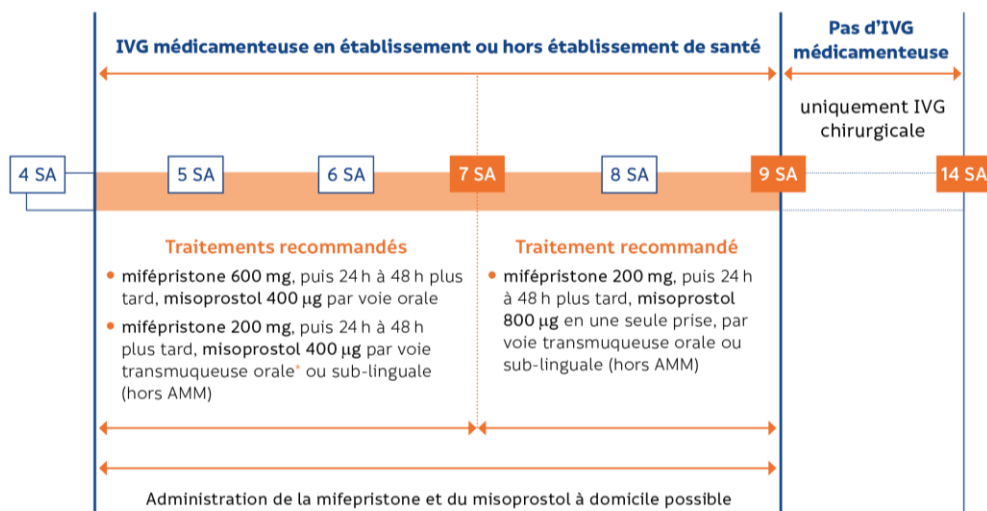
### Etape 2 : remise du consentement :

Le praticien recueille le consentement écrit de la femme. Depuis février 2016, il n'y a plus d'obligation de délai de réflexion entre la demande et la procédure sauf si la femme souhaite bénéficier d'un entretien psychosocial. Dans ce cas, un délai de 48h doit être respecté entre l'entretien et la prise des comprimés.

Cette consultation est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH, et des frottis cervico-vaginaux de dépistage. Le praticien doit vérifier le groupe sanguin de la patiente.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et éventuellement prescrit dès la visite précédant l'IVG. Il est utile de tenter de comprendre les raisons de l'échec de la contraception actuelle ou de son absence.

### Etape 3 : prise des médicaments en deux temps :



IVG : interruption volontaire de grossesse ; SA : semaines d'aménorrhée.

\* voie transmuqueuse orale : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30 minutes.

Figure 3 : Séquences possibles de prise des médicaments en fonction du terme de la grossesse (14)

La patiente prend par voie orale 200 ou 600 mg de mifepristone au cours du premier temps de consultation de prise des médicaments. Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG est remise à la femme ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

Le misoprostol est délivré à la femme si celle-ci a choisi de le prendre à domicile. Une prescription d'antalgiques de palier 1 (ibuprofène) et 2 (paracétamol associé à l'opium, à la codéine ; tramadol seul ou en association avec le paracétamol) lui est également faite dans ce cas. Une méthode contraceptive est prescrite lors de cette consultation.

Le deuxième temps de consultation de prise de médicament a lieu 24 à 48 h plus tard. Le traitement consiste en la prise 400 ou 800 µg de misoprostol. Cette deuxième consultation est virtuelle lorsque le misoprostol est pris à domicile. La surveillance durant les 3 heures qui suivent la prise de misoprostol est facultative.

Si la contraception post-IVG choisie est hormonale, elle peut être débutée le jour de la prise de prostaglandine.

La prévention de l'incompatibilité Rhésus doit être réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif par une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie intraveineuse ou intramusculaire. Cette prévention doit être faite au plus tard dans les 72 h qui suivent les saignements.

#### Etape 4 : contrôle de l'efficacité de la procédure :

La visite de contrôle, étape essentielle du suivi de l'IVG, est prévue entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour post-IVG. Le contrôle de l'efficacité de la méthode est absolument obligatoire. Il doit être fait par un examen clinique, et un dosage de bêta-hCG plasmatique ou bien la pratique d'une échographie pelvienne.

L'adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la femme, sa compréhension et sa bonne utilisation doivent être vérifiées. Le cas échéant, un dispositif intra-utérin peut être mis en place, uniquement en cas de preuve de la vacuité utérine.

Un accompagnement psychologique peut être proposé.

#### 3.3.3 Spécificités liées à une IVG médicamenteuse à domicile (avant l'épidémie de covid-19)

En ville, les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG sont vendus en pharmacie d'officine exclusivement aux médecins et aux sages-femmes ayant passé une convention avec un établissement de santé. Pour s'approvisionner en médicaments, le professionnel de santé passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix. Le praticien va ensuite délivrer à la patiente les médicaments qu'il s'est procurés.

Le praticien informe la patiente sur les mesures à prendre en cas de survenue d'effets secondaires. Il doit s'assurer que la patiente peut se rendre dans l'établissement de santé signataire de la convention dans un délai d'une heure. Il lui remet un document écrit où sont indiquées les coordonnées du service concerné, une fiche de liaison contenant les éléments utiles de son dossier médical (1,13).

Concernant la prévention de l'incompatibilité Rhésus, si l'injection d'immunoglobulines anti-D est recommandée, l'injection doit être faite lors de la prise de mifepristone (13).

#### 3.3.4 Spécificités liées à une IVG médicamenteuse ambulatoire en établissement de santé

Dans un établissement de santé, la patiente doit avoir le choix d'être ou non hospitalisée quelques heures après la prise du misoprostol dans le cadre d'une prise en charge dite ambulatoire.

La constatation directe de l'œuf expulsé peut suffire à confirmer le succès de la méthode si le personnel soignant en a l'habitude.

L'administration d'immunoglobulines anti-D se fait généralement au cours de cette hospitalisation.

#### 3.3.5 Spécificités liées au covid-19

Cette thèse a été réalisée durant l'épidémie de covid-19. Durant cette période, l'ensemble des consultations nécessaires aux IVG médicamenteuses ont pu être réalisées sous forme de téléconsultations, si la femme le souhaitait et le praticien l'estimait possible :

- une téléconsultation d'information et de remise des ordonnances
- une consultation de prise du médicament qui arrête la grossesse (antiprogestérone) : en cas de téléconsultation, la femme peut aller chercher le médicament en officine, en lien avec le médecin ou la sage-femme. Le 2e médicament (prostaglandine) devant être pris 24 à 48h après le premier
- une téléconsultation de contrôle dans les 14 à 21 jours qui suivent (11)

Le délai pour recourir à une IVG médicamenteuse hors milieu hospitalier est assoupli, passant ainsi de 7 à 9 semaines d'aménorrhée (14, 15).

## 3.4 Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ambulatoire en Gironde

### 3.4.1 Offre de soins proposée en Gironde

En Gironde, les différentes méthodes d'IVG sont proposées et réparties de façon inégale sur l'ensemble du territoire.

Les établissements de santé proposant des IVG médicamenteuses ou instrumentales sont :

- les centres hospitaliers de Blaye, La Réole, Langon, La Teste de Buch, Libourne et le centre hospitalier universitaire Pellegrin à Bordeaux

- les cliniques d'Arès, Lesparre-Médoc et la Maison de Santé Protestante de Bagatelle

Les IVG médicamenteuses peuvent également être réalisées dans des centres de planification et d'éducation familiale. On les retrouve sur la carte ci-dessous (16).



Figure 4 : Carte de la Gironde montrant la localisation des centres de planification et d'éducation familial (16)

Il existe également des praticiens libéraux réalisant des IVG médicamenteuses à domicile. Il n'existe pas à ce jour de recensement exhaustif facile d'accès sur internet. Il est donc difficile d'avoir une vision globale et complète de l'offre de soin en Gironde.

### 3.4.2 Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en Gironde

Le nombre d'IVG en Nouvelle-Aquitaine diminue faiblement depuis 2013 (15 627 en 2016) mais cette baisse relative est à corréliser avec la baisse du nombre de naissances de ces dernières années.

La part des IVG médicamenteuses en ville est en légère augmentation entre 2016 et 2017. Cette tendance est également observée sur le plan national. Ceci peut être expliqué en partie par la suppression du délai obligatoire de 7 jours de réflexion depuis janvier 2016 permettant à plus de femmes de pouvoir bénéficier d'une prise en charge en médecine libérale.

Il existe un N° Azur national 0 800 08 11 11 « Sexualité, contraception, IVG » visant à informer les femmes sur leurs droits en matière d'IVG, ainsi qu'à les orienter vers les professionnels et les structures pratiquant l'IVG. Malheureusement, une enquête réalisée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en collaboration avec la commission IVG Contraception sexualités du Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine et diffusée en ligne (formulaire "Googleform") entre le 12/04/2018 et le 15/05/2018 montre que la majorité des professionnels ne connaissent pas cette plateforme et n'y sont donc pas forcément recensés (17). Cela entraîne donc une difficulté supplémentaire pour les femmes souhaitant trouver un praticien proposant les IVG médicamenteuses à domicile.

## 3.5 Problématique

### 3.5.1 Justification de la pertinence du sujet choisi

En janvier 2015, pour les 40 ans de la loi Veil, Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a annoncé la création d'un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (3). Parmi les différentes mesures, ce programme a mis en place le 12 juin 2015 une Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, pilotée par la DREES.

Les objectifs de cette commission étaient d'établir un constat partagé sur les connaissances actuelles et leurs limites, et d'en déduire d'éventuelles recommandations. L'une de ces recommandations était d'améliorer la connaissance en matière d'attentes et de satisfaction des femmes, concernant l'ensemble de leur parcours jusqu'au suivi post-IVG. Il est précisé dans le rapport de la Commission IVG qu'« *il n'existe pas de source d'information nationale sur les attentes et la satisfaction qui serait directement renseignée par les femmes* ». Il en découle la proposition de mettre en place des études spécifiques sur la satisfaction des femmes via la réalisation d'enquêtes quantitatives « légères » en termes d'objectif et de coût afin de permettre une approche plus fine des attentes et de la satisfaction des femmes. Il est également spécifié que des travaux de recherche sont à privilégier pour ce type d'approche en s'appuyant sur les connaissances issues des témoignages au sein des associations.

Ce travail s'inscrit donc dans cette démarche : interroger directement les femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse sur leur vécu de cette expérience.

### 3.5.2 Données de la littérature déjà existantes

On retrouve peu de travail sur ce thème dans la littérature internationale (recherches réalisées sur Pubmed).

On peut tout de même citer une étude quantitative de 2016, réalisée en Suède portant sur l'expérience des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse précoce à domicile (18). Cette recherche a consisté en la réalisation d'entretiens téléphoniques semi-directifs auprès de 119 femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile. Le but était d'évaluer les expériences de femmes et leur perception des informations données avant l'IVG. Les résultats indiquaient que certaines femmes se trouvaient insuffisamment informées sur la douleur et les saignements et que la douleur était ressentie comme moins intense si les femmes avaient déjà accouché ou bénéficié d'une IVG auparavant.

Au Royaume-Uni, une étude a voulu montrer quels facteurs influençaient le choix de la méthode d'IVG et quel effet ce choix avait sur le ressenti et la satisfaction des femmes (19). Pour cela les auteurs ont demandé aux patientes de répondre à un questionnaire lors d'un entretien semi-dirigé avant la procédure d'IVG et à un autre questionnaire 4 semaines après la procédure. Les résultats montrent que les facteurs émotionnels avant l'IVG ne différaient pas entre les groupes. Cependant, il a été noté que lorsque les femmes ont estimé que la méthode effectuée n'était pas leur choix, elles ont trouvé la procédure plus stressante. L'étude conclue que lorsque les patientes ont le sentiment d'avoir choisi leur méthode d'IVG, le stress lié à la procédure est réduit et la satisfaction des femmes vis-à-vis des soins est augmentée.

Une étude prospective observationnelle réalisée en Suède cherchait à mettre en évidence les facteurs affectant l'acceptabilité d'une IVG médicamenteuse à domicile (20). Il ressort de ce travail que le fait d'avoir son partenaire ou un ami présent lors de l'IVG à domicile réduit le niveau de stress et rend la procédure à domicile plus acceptable.

La méta-analyse de l'OMS de 2011 comparait l'efficacité, la sécurité et l'acceptabilité de l'IVG médicamenteuse chez les femmes selon si elle a eu lieu à domicile ou en clinique (2). La méthode utilisée était une recherche systématique d'essais contrôlés randomisés et d'études de cohorte prospectives via le registre Cochrane des essais contrôlés, EMBASE, MEDLINE et Popline. Cette étude a montré que l'IVG médicamenteuse à domicile était sans danger si elle était réalisée dans les conditions des études incluses et qu'il n'y avait aucune différence d'efficacité ou d'acceptabilité entre l'IVG à domicile ou en établissement de santé.

En France, plusieurs thèses ont déjà été réalisées, sur le thème du vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse (21-29).

On retrouve parmi les plus récentes celles de Céline Prudhomme (24), Laurène Roques (26) et Emilienne Hy (27) qui sont toutes des études qualitatives s'intéressant au vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile via le médecin généraliste. Celle de Marina Dorier (25) est également une étude qualitative mais qui, cette fois-ci, prend en compte les IVG médicamenteuse ayant eu lieu aussi bien à domicile qu'en hôpital de jour. Ces quatre thèses ont été réalisées à partir d'entretiens semi-dirigés individuels. Les conclusions de ces travaux sont relativement similaires avec la mise en évidence d'un problème d'accessibilité à l'IVG médicamenteuse décrit par les patientes, d'un manque d'information (notamment sur internet). On retrouve également l'importance pour les patientes d'avoir choisi leur méthode pour avoir un ressenti positif de cette expérience. Enfin il est également mis en avant l'importance de l'attitude des différents intervenants. Les femmes attendent une attitude empathique et d'écoute qui améliore leur ressenti lors d'une IVG médicamenteuse.

On retrouve deux thèses récentes ayant utilisé une méthode quantitative. La première est une étude observationnelle transversale descriptive et multicentrique rédigée par Marion Nouvellon (28). Elle avait pour objectif de mettre en évidence les obstacles retrouvés sur le parcours de soin des femmes ayant bénéficié d'une IVG à domicile. Cette thèse confirme les résultats des travaux précédents avec comme obstacles principaux une information en amont de l'IVG insuffisante et un parcours de soin souvent trop complexe. On note également la nécessité de renforcer la prévention concernant les douleurs et les saignements.

Le deuxième travail est celui d'Hélène Bréard (29) qui a réalisé une étude épidémiologique observationnelle prospective, analytique et multicentrique afin d'étudier l'influence de la méthode choisie et du terme sur la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une IVG. Cette étude montre que le caractère imposé de la méthode est significativement associé à une réponse négative à la question « Si vous deviez bénéficier d'une autre IVG, opteriez-vous pour la même méthode ? ».

Plusieurs points sont à souligner concernant ces travaux. La quasi-totalité des études réalisées en France, portant sur ce thème sont des études qualitatives : il n'y avait que deux études quantitatives réalisées sur ce sujet lors de la recherche bibliographique. Aucune n'a été réalisée en Gironde et aucune étude comparative n'a été faite pour mettre en évidence des différences sur le vécu des femmes selon le lieu de réalisation de l'IVG médicamenteuse.

Cet état des lieux de la littérature met en évidence l'intérêt d'une étude quantitative en Gironde et d'une comparaison du vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse entre une prise en charge à domicile et en établissement de santé-

### 3.5.3 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence des différences significatives concernant le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire selon si l'IVG a eu lieu à domicile ou en hôpital de jour dans un établissement de santé. Ce travail tentera de répondre à cet objectif par le biais d'une étude quantitative.



Il sera également intéressant à partir de ces éléments d'élaborer des pistes de travail permettant d'améliorer la prise en charge des patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse.

## 4. Matériel et méthodes

### 4.1 Vue d'ensemble

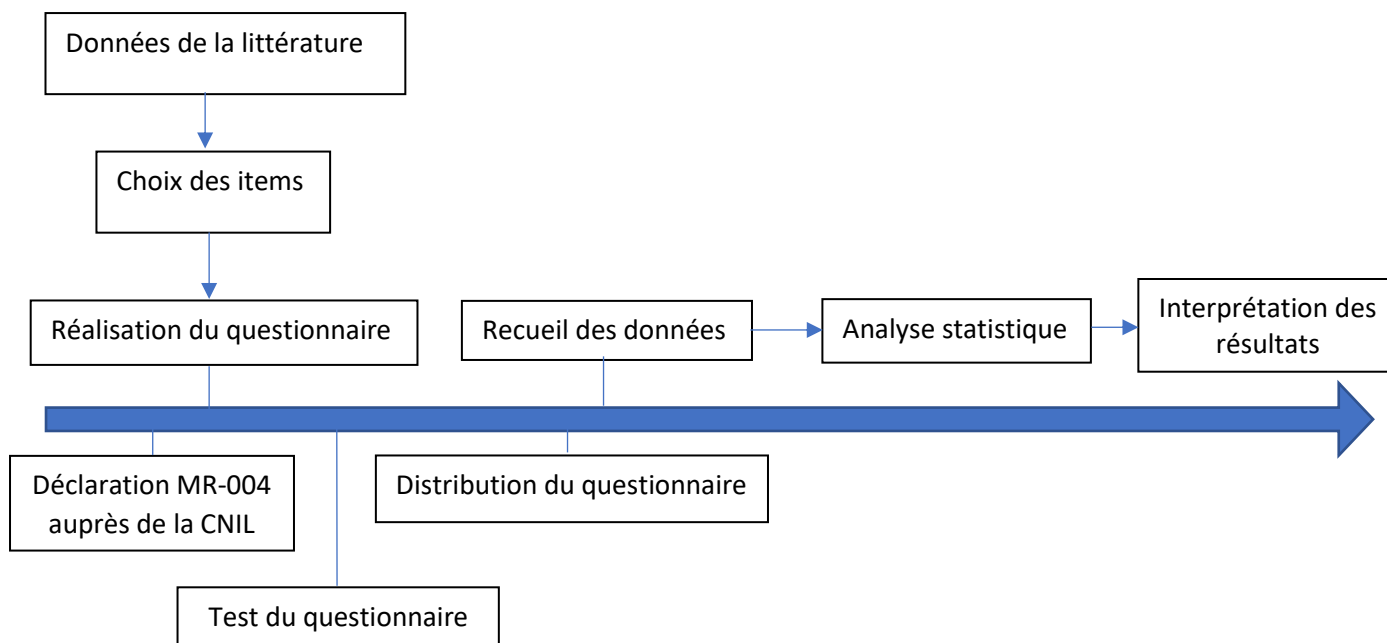


Figure 5 : Déroulement de l'étude

Le travail réalisé est une étude quantitative descriptive prospective par le biais d'un questionnaire soumis aux patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire.

### 4.2 Choix des items

Le questionnaire a été rédigé en utilisant les facteurs issus de la revue de la littérature et notamment des études qualitatives portant sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse (21-26).

Les thèmes récurrents mis en évidence sont :

- la contraception (ou l'absence de contraception) préalable à l'IVG (21-26)
- les motivations à la réalisation d'une IVG (22-24)
- l'obtention des informations en amont pour bénéficier d'une IVG (21-24)
- l'accès à l'IVG (21-26)
- l'attitude des professionnels de santé (21-26)

- l'accompagnement des professionnels de santé et de l'entourage (21-26)
- le délai de réflexion/d'attente entre la demande d'IVG et sa réalisation (21-23, 25)
- le moment de l'échographie (21, 23, 24, 26)
- le choix de la méthode et du lieu (et les raisons de ce choix) (21-26)
- l'efficacité de la méthode (21-25)
- les explications sur le processus, les signes physiques attendus (21-24, 26)
- les symptômes physiques : douleurs et saignements (21-26)
- l'impact psychologique (21-26)
- la présence d'une consultation de contrôle et son déroulement (21-24)

Ce travail se concentre sur les problématiques portant sur la période de l'IVG à proprement parlé (du moment où la patiente souhaite bénéficier d'une IVG jusqu'à la consultation post-IVG). Certains thèmes récurrents faisant référence à un autre moment du processus n'ont donc pas été retenus dans ce questionnaire comme la contraception antérieure à l'IVG ou le choix de la contraception future.

Cette recherche vise avant tout à mettre en évidence des différences dans le vécu et le ressenti des femmes selon si l'IVG a eu lieu à domicile ou dans un établissement de santé. Les femmes n'ont pas été interrogées sur les motivations les ayant conduites à la réalisation d'une IVG, bien que cette thématique apparaisse souvent dans les études qualitatives. Ce point, intervenant en amont de la procédure, ne semblait pas discriminant pour répondre à la problématique principale. De plus, la législation actuelle veille à ne pas demander aux femmes de fournir de justifications pour bénéficier d'une IVG. Il ne paraissait donc pas approprié de les questionner à ce sujet.

Les femmes n'ont pas non plus été interrogées sur les symptômes physiques ressentis puisque dans tous les travaux de thèse réalisés les mêmes symptômes étaient évoqués à savoir la douleur et les saignements. Il ressortait des entretiens que ces symptômes étaient des symptômes attendus par les femmes et qu'ils ne jouaient pas un rôle discriminant dans le vécu. Ce sont plutôt les informations données sur les signes attendus par les professionnels de santé, leur prise en charge et leur surveillance qui influençaient le ressenti des patientes. C'est donc sur la qualité de ces informations que les patientes ont été questionnées plutôt que sur les symptômes en eux-mêmes.

Une fois les thèmes récurrents mis en avant, le questionnaire a été rédigé afin de mettre en évidence les informations pertinentes découlant de ces thèmes.

THEMES MIS EN EVIDENCE	QUESTIONS QUI EN DECOULENT
L'obtention des informations en amont pour bénéficier d'une IVG	-Comment avez-vous obtenu les informations pour bénéficier d'une IVG ?
L'accès à l'IVG	-Qu'avez-vous pensé de l'accès aux informations pour bénéficier d'une IVG ?
Le choix de la méthode	<p>-Lors de la première consultation vous a-t-on expliqué les différentes méthodes possibles pour réaliser une IVG ?</p> <p>-Qu'avez-vous pensé de la qualité des informations données sur les méthodes d'IVG ?</p> <p>-Avez-vous pu choisir la méthode et le lieu de réalisation de votre IVG ? Si oui, pensez-vous avoir bénéficié des informations dont vous aviez besoin pour choisir votre méthode d'IVG ?</p> <p>-Pour quelles raisons avez-vous choisi la méthode médicamenteuse à domicile/à l'hôpital ?</p> <p>-Si vous en aviez la possibilité, choisiriez-vous une autre méthode d'IVG ?</p>
Le délai entre la demande d'IVG et sa réalisation	<p>-Combien de temps s'est-il écoulé entre le premier contact pour la demande d'IVG et la réalisation de l'IVG ?</p> <p>-Que pensez-vous de ce délai ?</p>
L'attitude du personnel de santé	<p>-Combien de personnes différentes avez-vous rencontré lors de votre parcours (médecin, sage-femme, infirmière, échographiste...) ?</p> <p>-Que pensez-vous de ce nombre d'intervenant ?</p> <p>-Comment qualifieriez-vous l'attitude du personnel soignant durant l'ensemble de votre parcours ?</p>

Le moment de l'échographie	-Avez-vous bénéficié d'une échographie avant la réalisation de l'IVG ? Si oui, quel(s) mot(s) décrit(vent) le mieux ce que vous avez ressenti au moment de l'échographie ?
L'accompagnement du personnel de santé/des proches	-Comment qualifieriez-vous l'accompagnement du médecin/ des équipes soignantes entre la prise des médicaments et l'expulsion ?  -Avez-vous été accompagnée par un proche entre la prise des médicaments et l'expulsion ? Si oui, comment qualifieriez-vous l'accompagnement par votre entourage ?
Les informations sur le processus	-Comment qualifieriez-vous les informations que vous avez reçues concernant le moment de l'expulsion ?
L'efficacité de la méthode	-Quel est l'élément qui, pour vous, a confirmé l'efficacité de l'IVG ?
L'impact psychologique	-Vous a-t-on proposé un suivi psychologique au cours de votre parcours ?  -Que pensez-vous de ce type de suivi ?  -Durant votre parcours IVG quels sont les facteurs qui ont eu l'impact le plus important sur votre vécu ?
La consultation de contrôle	-Quel est votre avis concernant la consultation qui a lieu après l'IVG ?

*Tableau 1 : Questions retenues pour étudier chacune des problématiques retrouvées dans la littérature*

Concernant les données qualitatives nominales, les items proposés sont des éléments exprimés par les femmes lors des entretiens des thèses qualitatives déjà citées (peu importe qu'elle ait été exprimée une ou plusieurs fois, toute proposition apportée par les patientes en rapport avec la question posée a été retenue).

Une fois le questionnaire réalisé, il a été distribué par l'investigateur à une dizaine de femmes volontaires (de 18 à 50 ans) consultant leur médecin généraliste dans un cabinet médical situé

à Langon, quel que soit le motif de la consultation. Le but de cette étape était de tester la compréhension du questionnaire et l'absence d'ambiguïté des réponses proposées. Les femmes volontaires pour cette phase test n'étaient pas concernées par une demande d'IVG et n'en avait pas forcément bénéficié au cours de leur vie. Les 11 patientes qui ont participé à ce test n'ont rencontré aucun problème de compréhension vis-à-vis des questions posées et des réponses proposées. Le questionnaire n'a donc pas été modifié.

Lors de la présentation du questionnaire à l'équipe médicale du CH Sud Gironde, il a été remarqué qu'une question n'était pas pertinente au vu du protocole du service. En effet, dans ce service, une échographie est systématiquement réalisée avant la réalisation d'une IVG médicamenteuse. La question « *Avez-vous bénéficié d'une échographie avant la réalisation de l'IVG ? Si oui, quel(s) mot(s) décrit(vent) le mieux ce que vous avez ressenti au moment de l'échographie ? (plusieurs réponses possibles)* » a donc été remplacée par « *Quel(s) mot(s) décrit(vent) le mieux ce que vous avez ressenti au moment de l'échographie réalisée avant l'IVG ? (plusieurs réponses possibles)* » dans le questionnaire destiné aux patientes bénéficiant d'une IVG en hôpital de jour.

Les questionnaires sont disponibles en Annexe 3. Il y avait un questionnaire destiné aux patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile et un autre pour celles ayant bénéficié de leur IVG à l'hôpital. Chacun des questionnaires comportait 24 questions.

### 4.3 Population de l'étude

Concernant l'échantillon des patientes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile, les questionnaires ont été distribués par le biais de deux médecins généralistes, exerçant dans un cabinet médical, à l'Espace Santé Femmes-Enfants de Bègles.

Pour l'échantillon des patientes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire à l'hôpital, les questionnaires ont été distribués par l'équipe soignante du service de gynécologie du Centre Hospitalier Sud Gironde à Langon.

Toutes les femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse ou de leur consultation post IVG après avoir bénéficié d'une IVG médicamenteuse entre le 04 janvier 2021 et le 05 juillet 2021 auprès d'un des médecins participant à l'étude pouvaient être incluses dans l'étude.

Les femmes exprimant leur refus de participer à l'étude ou ne rapportant pas le questionnaire n'étaient pas incluses dans l'étude. Les femmes à qui le questionnaire n'a pas été distribué (oubli, manque de temps...) n'ont pas pu être incluses dans l'étude.

#### 4.4 Ethique et confidentialité

Un entretien a été effectué auprès du Pr Salamon (PU-PH en Santé Publique à la faculté de médecine de Bordeaux), pour discuter de la méthodologie et des démarches réglementaires à effectuer pour le bon déroulement de ce projet.

Les questionnaires étant anonymes et devant l'absence d'intervention de l'investigateur dans la prise en charge des patientes, aucune autorisation auprès du comité de protection des personnes (CPP) et de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'était nécessaire pour la distribution de ce questionnaire et l'utilisation des données recueillies.

Une déclaration auprès de la CNIL type MR-004 concernant les recherches n'impliquant pas la personne humaine a tout de même été réalisée (Annexe 4).

Sur la première page du questionnaire, les patientes bénéficiaient d'une explication quant au but de ce questionnaire et l'objectif de l'étude. Une adresse électronique dédiée a été créée afin de pouvoir répondre aux interrogations des participantes concernant le questionnaire ou ce travail de recherche.

#### 4.5 Distribution du questionnaire

Cette étude comporte plusieurs questions permettant de répondre à l'objectif principal. Chacune de ces questions aurait nécessité un nombre différent de réponses minimales attendues afin d'obtenir un résultat statistiquement significatif. Il a donc été décidé de distribuer sur un temps donné les questionnaires et d'adapter le choix des tests statistiques applicables au nombre de réponses recueillies.

Le questionnaire devait être distribué lors de la consultation de prise du Mifepristone afin que les patientes puissent en prendre connaissance à leur domicile et le rendre au moment de la consultation post-IVG. Il a été demandé aux médecins de rappeler aux patientes la réalisation de cette étude lors de la consultation post-IVG et de leur redonner un questionnaire pour celles l'ayant égaré et souhaitant participer à l'étude ou si la participation à l'étude ne leur avait pas déjà été proposée. Les patientes devaient pouvoir bénéficier d'un temps en salle d'attente pour répondre au questionnaire si elles le souhaitaient.

Il est rapidement apparu qu'il y avait un écart important entre le nombre de questionnaires récupérés à l'Espace Santé Femmes-Enfants de Bègles et à l'hôpital de Langon. Pour tenter de limiter cette différence, d'autres centres d'orthogénie ont été contactés afin d'augmenter l'échantillon de patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse dans un établissement de santé. Malheureusement, le CHU de Bordeaux n'a pas répondu favorablement à cette requête et le CH de Libourne n'a pas donné suite à la demande de participation à cette étude.

Les équipes paramédicales de l'hôpital de jour du CH de Langon ont été sensibilisées au projet par le biais de l'investigateur. Des questionnaires ont été remis à l'équipe paramédicale pour

qu'elle puisse les distribuer aux patientes le jour de leur hospitalisation en même temps que les documents de sortie afin d'augmenter le taux de participation.

Malgré ces interventions seuls 5 questionnaires ont été recueillis entre janvier le 04 janvier 2021 et le 10 juin 2021 pour l'effectif « HDJ » contre 28 pour l'effectif « domicile ».

Afin de maximiser le nombre de réponse, les patientes concernées par une IVG médicamenteuse en hôpital de jour entre le 04 janvier 2021 et le 10 juin 2021 et dont la consultation post IVG était programmée dans le mois à venir, ont été contactées par l'investigateur par téléphone, après accord du chef de service de gynécologie du CH Sud Gironde. Le but de cet appel était d'expliquer aux patientes le projet de recherche et leur proposer de remplir le questionnaire lors de leur consultation post-IVG. Sur les 9 patientes concernées et malgré plusieurs tentatives d'appel à différents moments de la journée, seules 3 d'entre elles ont pu être contactées. Pour des soucis de confidentialité il n'était pas possible de laisser un message vocal afin d'informer les patientes ne répondant pas à l'appel téléphonique. Sur les 3 personnes contactées, 2 ont accepté de répondre au questionnaire lors de leur consultation post-IVG.

#### 4.6 Recueil et exploitation des données

Les questionnaires ayant été distribués en format papier, les réponses des patientes ont été retranscrites dans un tableau EXCEL permettant leur exploitation pour la réalisation de statistiques descriptives. Ces statistiques ont été réalisées avec l'aide du Dr Griffier, médecin en Santé Publique au CHU de Bordeaux (Annexe 5 et 6).



## 5. Résultats

### 5.1 Diagramme de flux

#### 5.1.1 IVG médicamenteuse à domicile

Concernant l'effectif des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile, 111 patientes étaient éligibles à l'étude entre le 04 janvier 2021 et le 05 juillet 2021.

Parmi ces 111 patientes, 28 ont été incluses dans l'étude. 83 femmes n'ont pas été incluses pour plusieurs raisons :

- questionnaire non distribué
- refus de la patiente de participer à l'étude
- oubli de la patiente de remplir ou rapporter le questionnaire

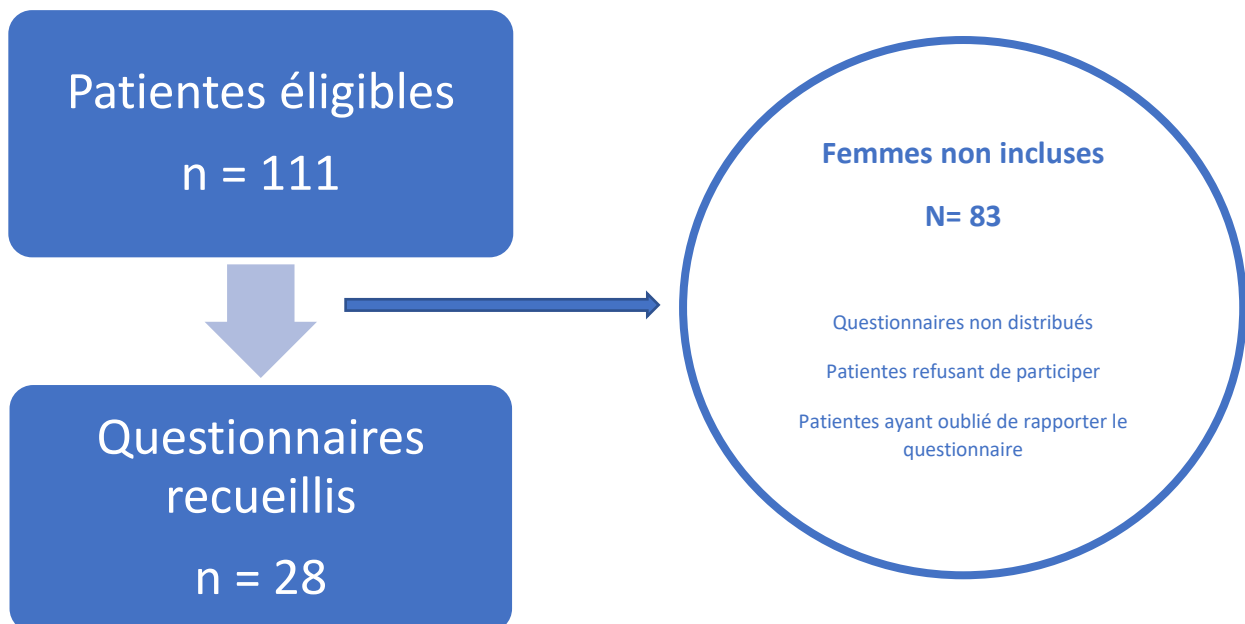


Figure 6 : Diagramme de flux IVG médicamenteuses à domicile

### 5.1.2 IVG médicamenteuse en hôpital de jour

Concernant l'effectif des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en hôpital de jour, 81 patientes étaient éligibles à l'étude.

Parmi elles, 5 patientes avaient répondu au questionnaire à la fin de l'étude. Devant ce faible effectif, 9 patientes ont été rappelées par téléphone à 2 reprises pour leur expliquer le travail réalisé et leur proposer de répondre au questionnaire. Sur ces 9 patientes seulement 3 ont pu être contactées. Une a refusé de participer et deux ont accepté de répondre au questionnaire.

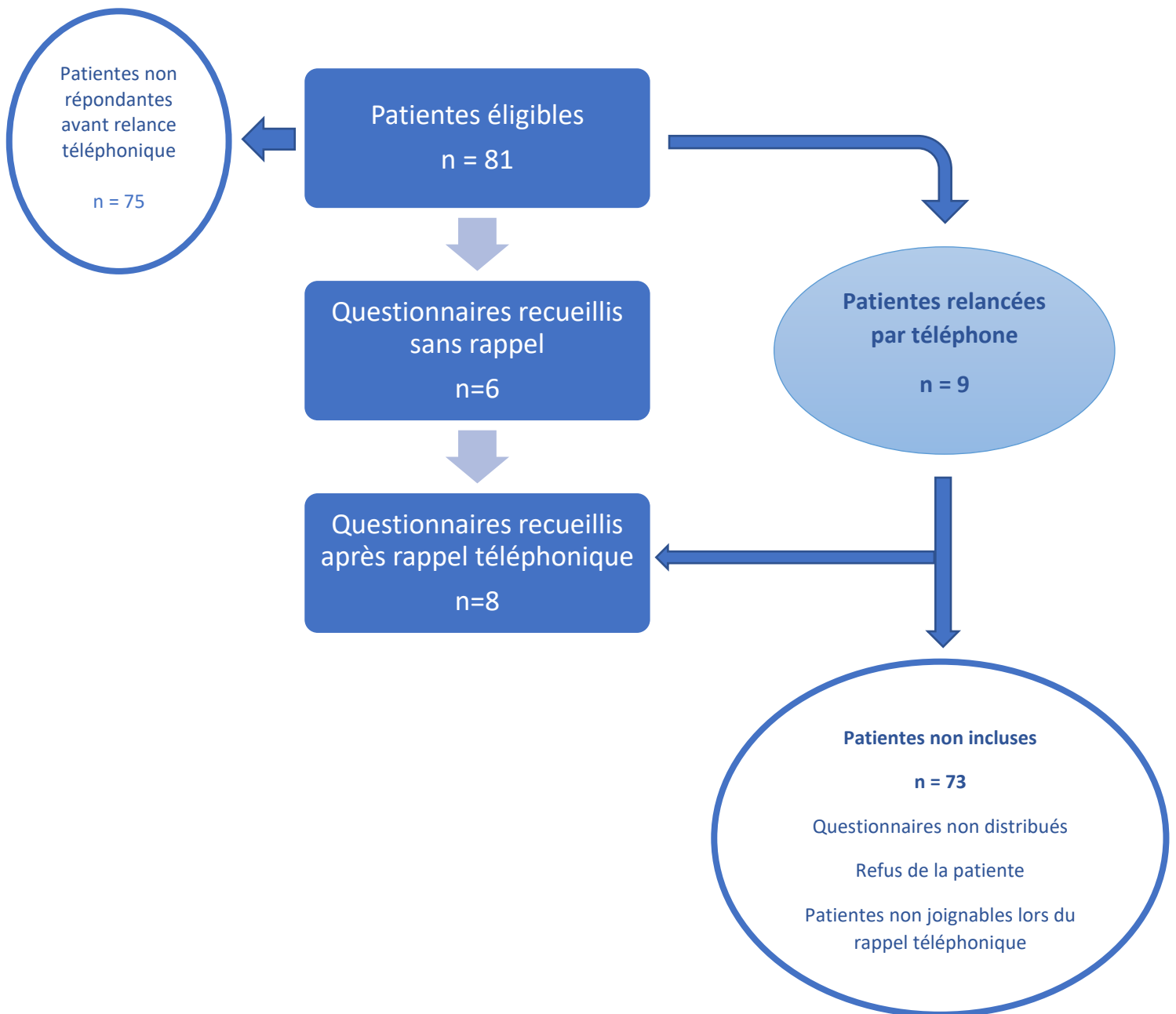


Figure 7 : Diagramme de flux IVG médicamenteuses en HDJ

## 5.2 Population étudiée

### 5.2.1 Catégories d'âge :

Lors du remplissage du questionnaire, aucune patiente n'était mineure que ce soit dans l'échantillon « domicile » ou celui « hôpital de jour ». La répartition par tranche d'âge était relativement homogène pour les patientes « à domicile ». La majorité des patientes de l'échantillon « hôpital de jour » avait entre 30 et 40 ans.

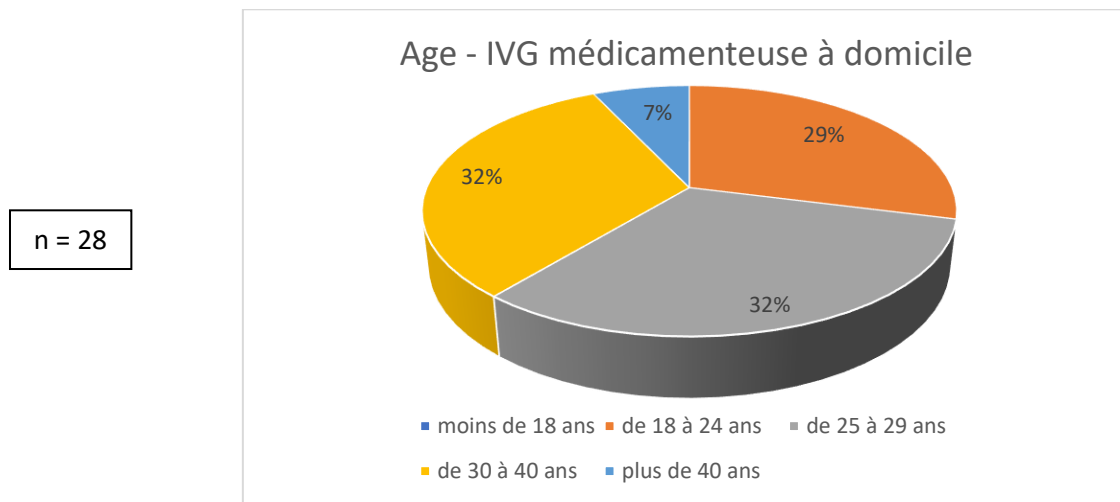


Figure 8 : Répartition par tranche d'âge des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile

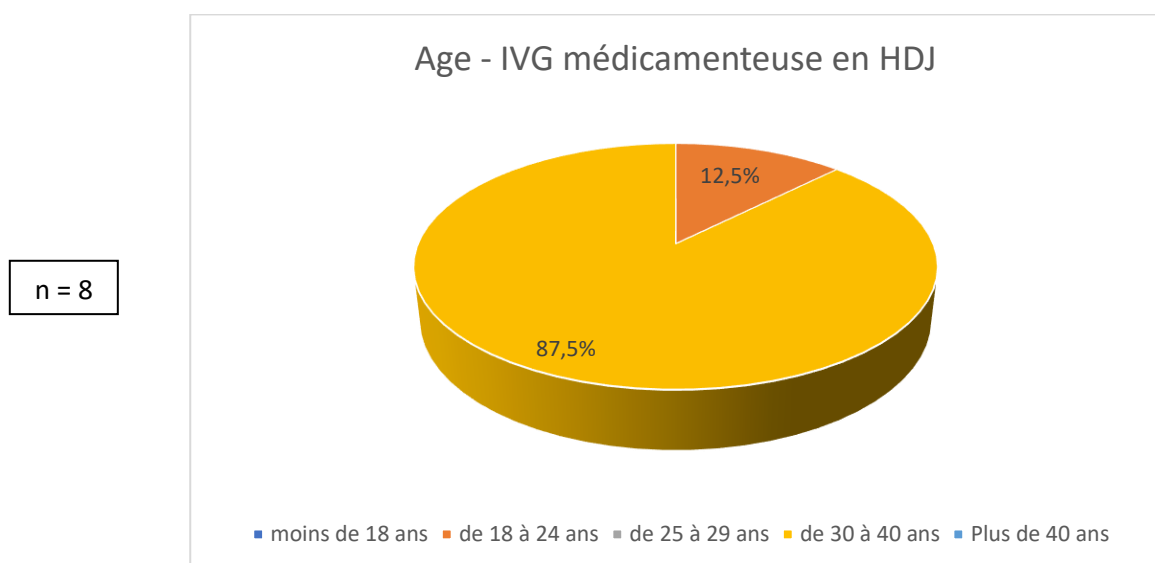


Figure 9 : Répartition par tranche d'âge des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en HDJ

### 5.2.2 Antécédents d'IVG :

On remarque que l'effectif « hôpital de jour » comporte une plus grande proportion de patientes ayant déjà bénéficié d'une interruption volontaire de grossesse (87,5 %) par rapport à l'effectif « domicile » (39%).

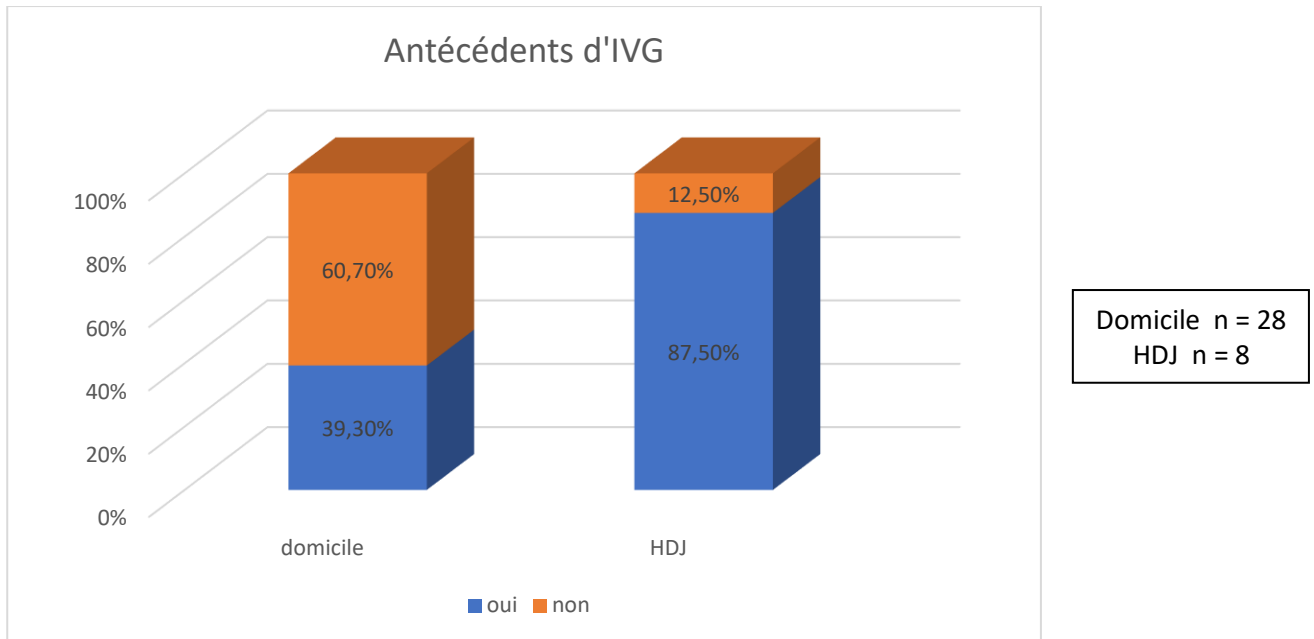


Figure 10 : Antécédents d'IVG en fonction du lieu de réalisation de l'IVG médicamenteuse

La répartition des modalités des IVG antérieures est également différente en fonction du lieu actuel de réalisation de l'IVG médicamenteuse. La majorité des patientes de l'échantillon « domicile » a déjà bénéficié lors d'une précédente expérience d'une IVG médicamenteuse à domicile (73%). Les femmes de l'échantillon « HDJ » ayant déjà vécu une IVG avaient, pour la quasi-totalité, bénéficié d'une prise en charge à l'hôpital et plus souvent une IVG chirurgicale (86%).

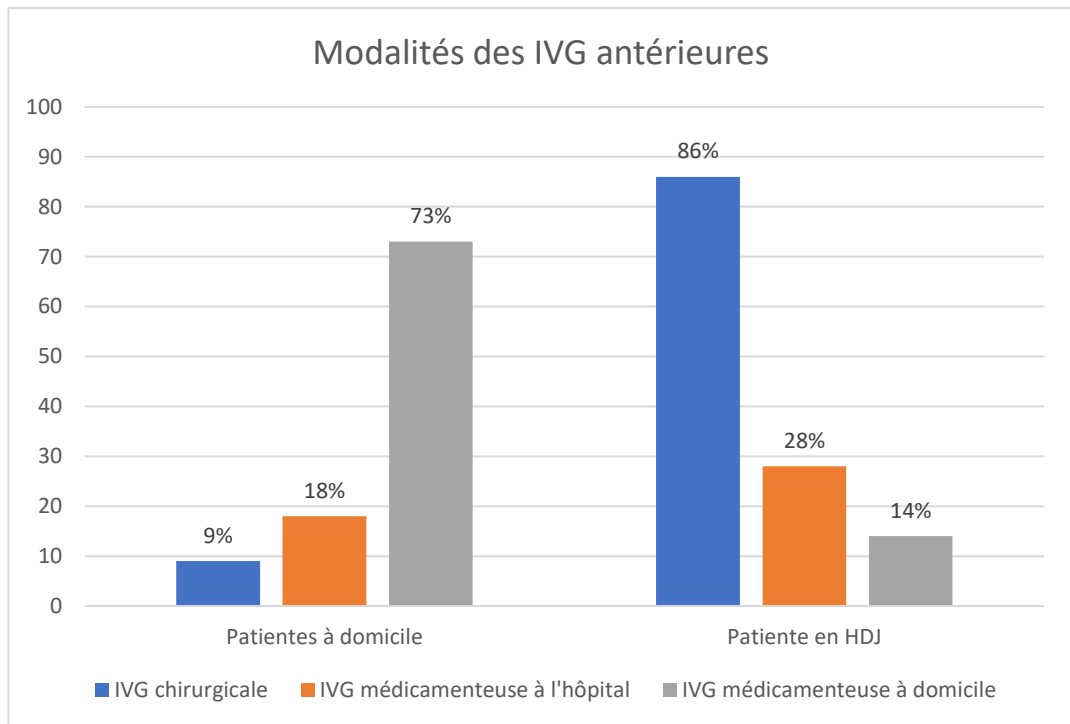


Figure 11 : Méthode et lieu de réalisation des IVG antérieures en fonction du lieu de réalisation de l'IVG actuelle

### 5.3 Résultats de l'étude

#### 5.3.1 Accès à l'IVG médicamenteuse :

Dans les deux échantillons, l'accès à l'IVG se fait majoritairement via un gynécologue (39% des patientes pour le groupe « domicile » et 57% pour le groupe « HDJ »).

On retrouve peu d'autres moyens d'accès dans le groupe « HDJ » alors que dans l'échantillon « domicile » l'accès à l'IVG se fait par des moyens variés :

- internet pour 36 % des patientes
- le médecin traitant pour 29% des femmes
- grâce aux conseils d'un proche pour 25% d'entre elles
- en se renseignant auprès d'un centre d'orthogénie pour 21 % des femmes

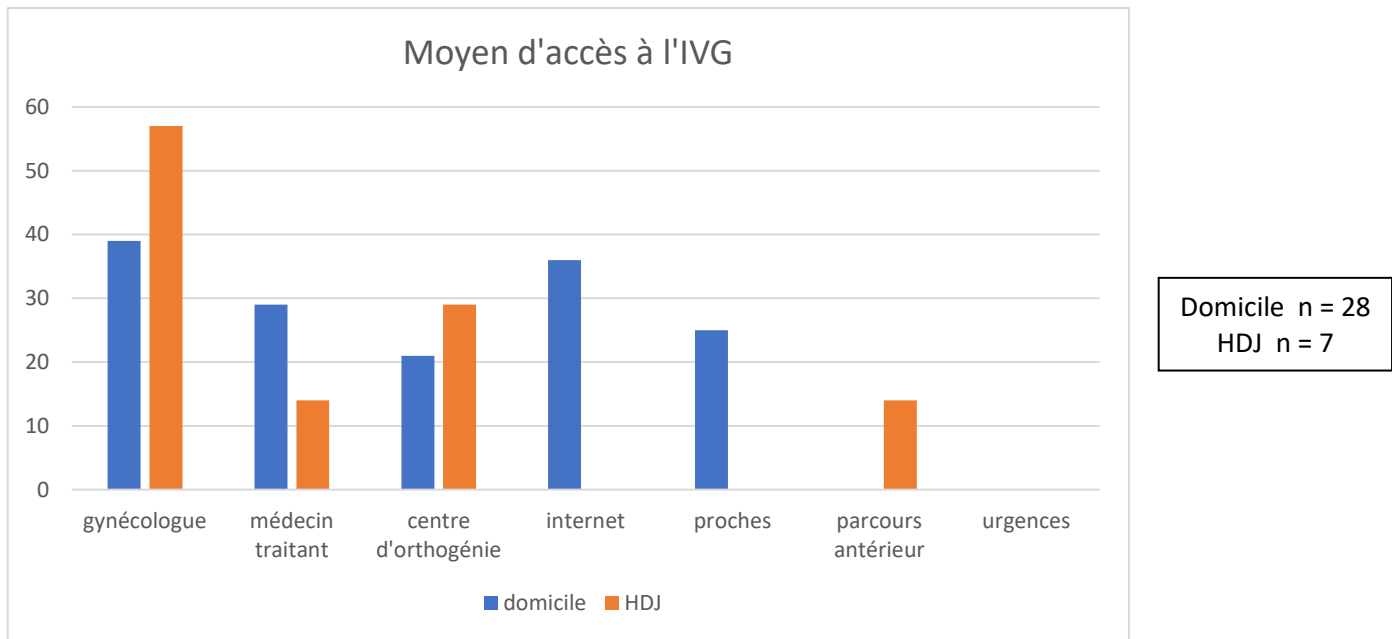


Figure 12 : Moyen d'accès à l'IVG selon le lieu de réalisation

Dans les deux groupes, la majorité des patientes trouve l'accès aux informations pour bénéficier d'une IVG facile ou très facile. Néanmoins, 28,5% des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile ont trouvé l'accès difficile ou très difficile (contre 12,5% pour les femmes en HDJ).

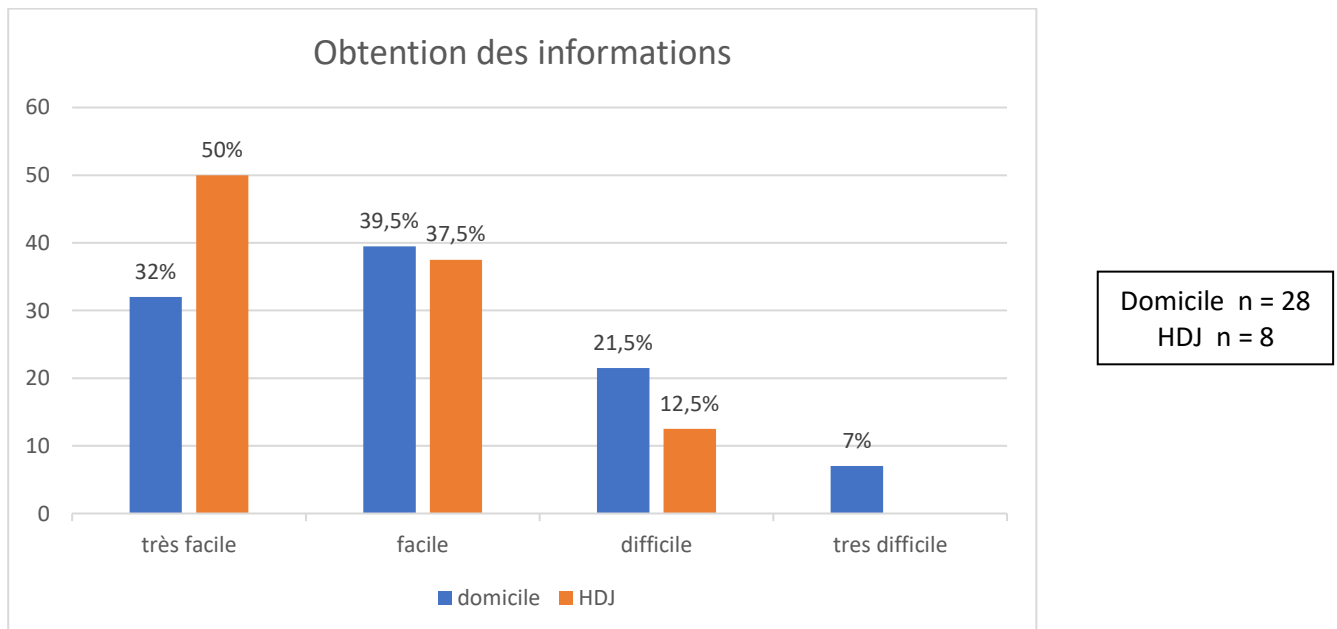


Figure 13 : Obtention des informations selon les patientes en fonction du lieu de réalisation de l'IVG

### 5.3.2 Informations concernant l'IVG

Une seule patiente a estimé ne pas avoir reçu les explications concernant les différentes méthodes d'IVG possible. Elle faisait partie de l'échantillon « domicile ».

L'ensemble des patientes restantes a trouvé les informations données parfaitement claires ou plutôt claires. La répartition semble similaire dans les 2 échantillons avec des informations parfaitement claires pour 70% des patientes à domicile et 75% des patientes en HDJ et des informations claires pour respectivement 30% et 25 % de ces mêmes groupes.

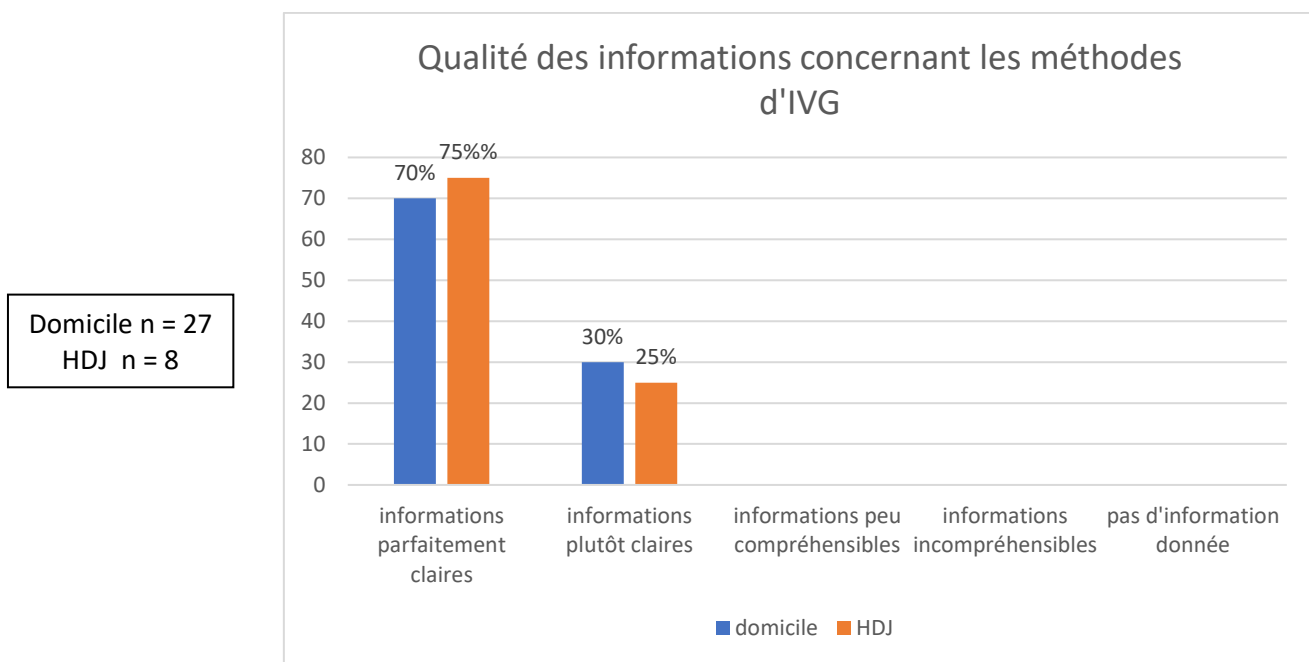


Figure 14 : Qualité des informations en fonction du lieu de réalisation de l'IVG

Respectivement 89% des patientes pour l'échantillon « domicile » et 87,5% pour l'échantillon « HDJ » pensent avoir pu choisir la méthode et le lieu de réalisation de l'IVG. Une petite partie n'a pas eu l'impression d'avoir complètement le choix (11 % et 12,5%). Aucune patiente ayant répondu au questionnaire estime ne pas avoir eu le choix.

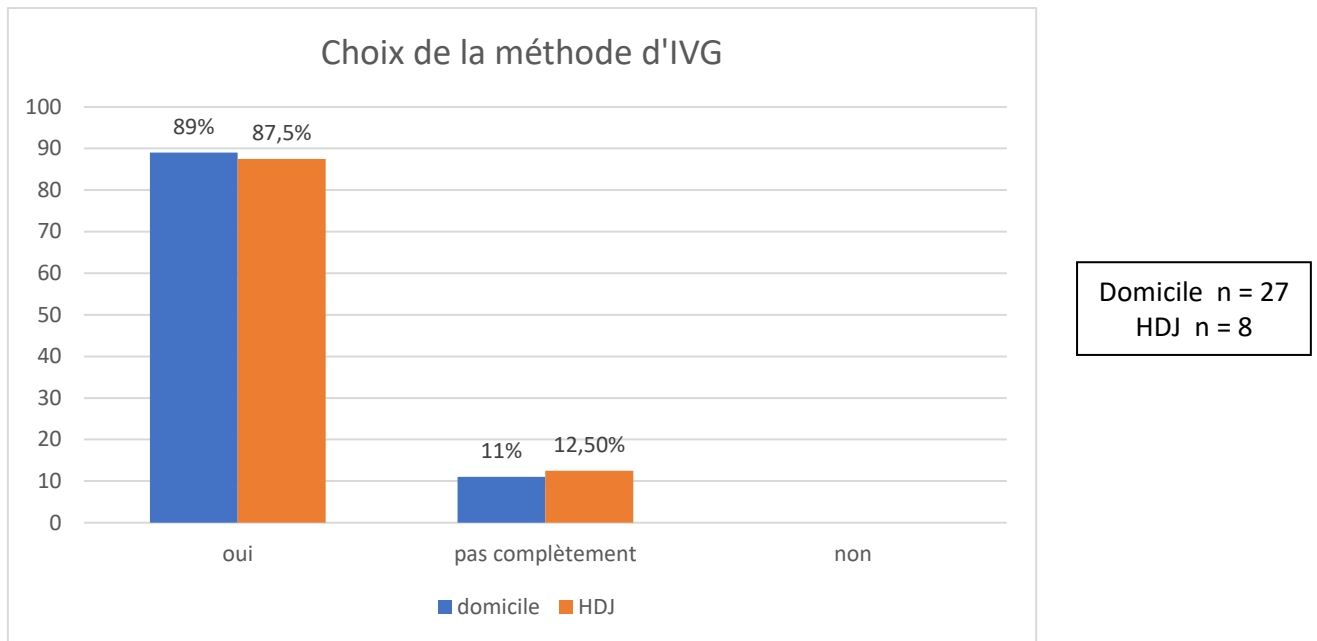


Figure 15 : Sentiment d'avoir choisi la méthode d'IVG selon le lieu de réalisation

La totalité des patientes des deux échantillons estimant avoir eu le choix de la méthode et du lieu de réalisation de l'IVG, pense avoir bénéficié des informations nécessaires pour pouvoir faire ce choix.

### 5.3.3 Délai

53,4 % des patientes de l'effectif « domicile » ont bénéficié de leur IVG entre 4 et 7 jours après le premier contact pour la demande d'IVG.

Les patientes de l'effectif « HDJ » sont 62,5% à avoir bénéficié de leur IVG en moins de 4 jours après leur demande.

Il se dessine dans cette étude une tendance vers des délais plus courts en cas d'IVG médicamenteuse en HDJ plutôt qu'à domicile.



Domicile n = 28  
HDJ n = 8

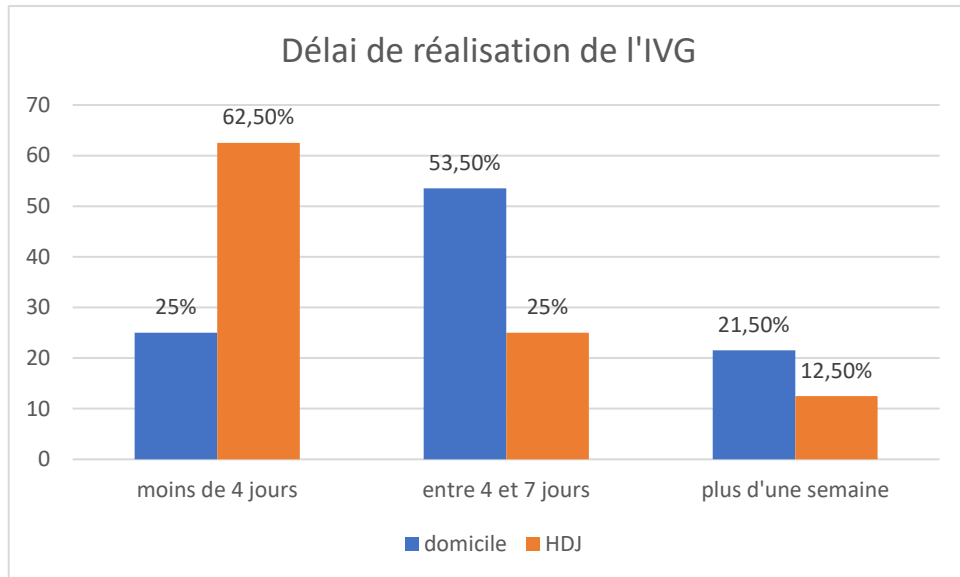


Figure 16 : Délai de réalisation de l'IVG selon le lieu de réalisation

Cette différence dans le délai de réalisation de l'IVG semble être ressentie par les patientes puisque 18% des patientes de l'échantillon domicile trouve ce délai trop long (contre 0% des patientes de l'échantillon « HDJ »).

Il semble important de noter qu'une patiente de l'échantillon domicile a trouvé le délai de réalisation trop court bien que son délai de réalisation se soit situé entre 4 et 7 jours, ce qui confirme que la notion de délai adapté est relative à chacune des patientes et que certaines femmes ont besoin d'un temps de réflexion plus long que d'autres.

La majorité des patientes des deux échantillons ont trouvé le délai de l'IVG adapté (78% pour l'échantillon domicile et 100% pour l'échantillon « HDJ »).

Domicile n = 28  
HDJ n = 8

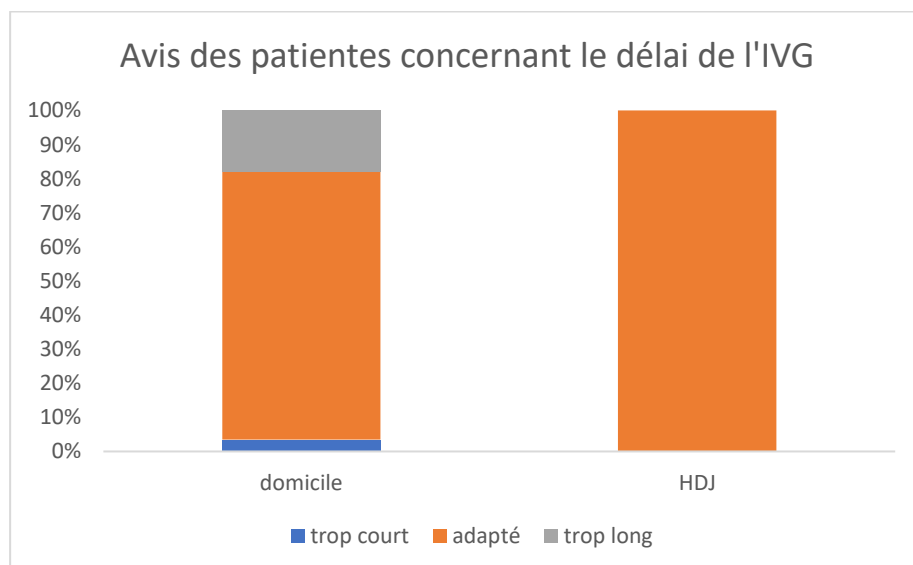


Figure 17 : Avis des patientes concernant le délai de réalisation de l'IVG selon le lieu de réalisation

### 5.3.4 Nombre d'intervenants

On remarque que 86% des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile dans cette étude ont rencontré 3 intervenants ou moins pendant leur parcours. Plus d'un tiers des patientes n'ont même rencontré qu'un seul professionnel de santé.

Toutes les patientes ayant bénéficié de l'IVG médicamenteuse en HDJ ont rencontré plus d'un intervenant durant leur parcours.

Aucune patiente des deux groupes n'a rencontré plus de 5 professionnels de santé.

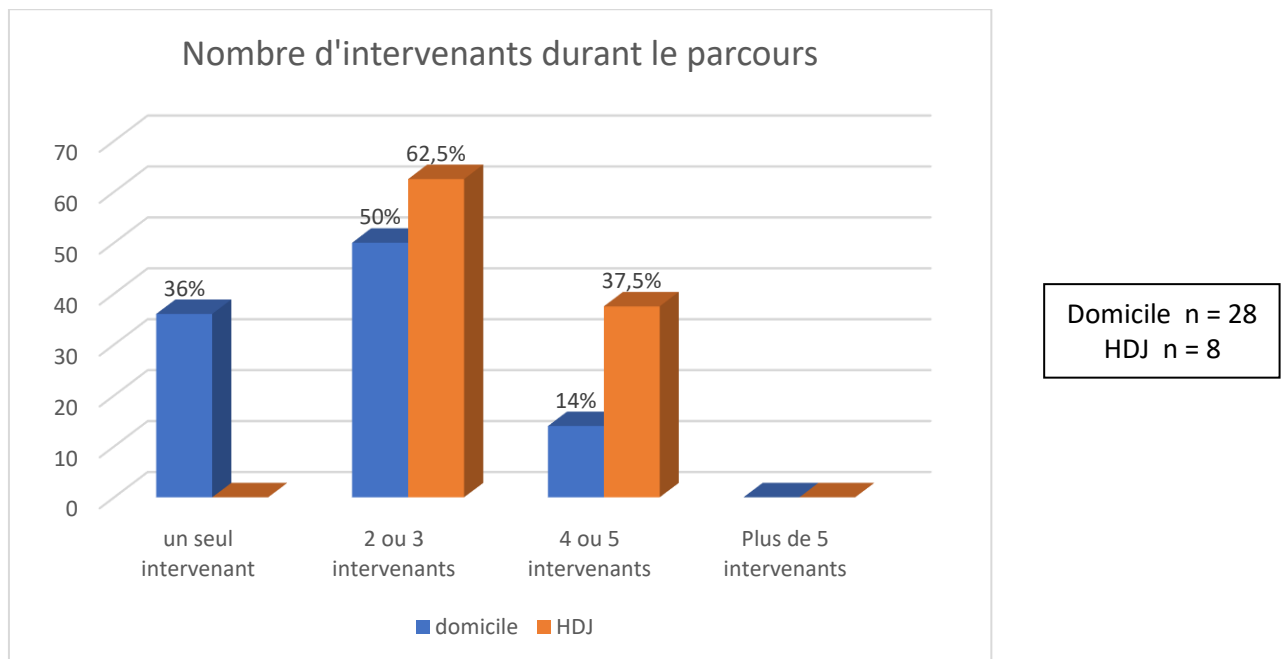


Figure 18 : Nombre d'intervenants rencontrés durant le parcours selon le lieu de réalisation

Toutes les patientes ayant bénéficié de leur IVG en HDJ trouvent le nombre d'intervenants adapté alors qu'elles ont en moyenne rencontré plus de professionnels de santé durant leur parcours que les patientes de l'échantillon « domicile ».

28,5 % des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile trouvent qu'elles ont rencontré trop de professionnels de santé. Notons qu'une patiente de l'échantillon a trouvé qu'il y avait eu trop peu d'intervenants durant son parcours d'IVG.

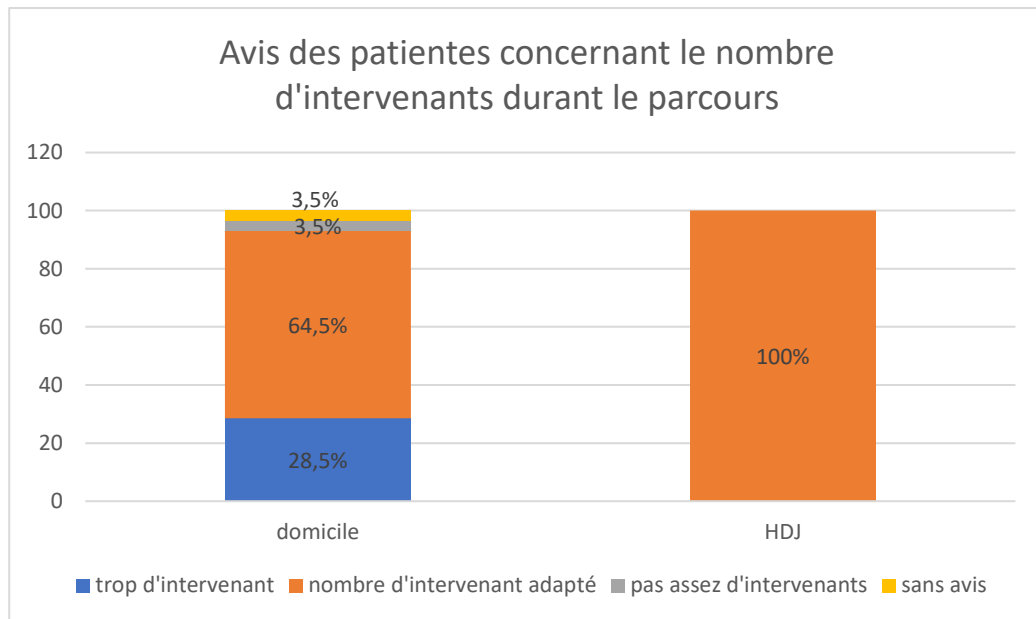


Figure 19 : Avis des femmes concernant le nombre d'intervenants selon le lieu de réalisation de l'IVG

### 5.3.5 Le moment de l'échographie

Toutes les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à l'hôpital ont passé une échographie endovaginale avant la réalisation de l'IVG.

Environ 2/3 des patientes ayant bénéficié de l'IVG à domicile (67,9%) ont réalisé une échographie avant l'IVG.

Le sentiment prédominant lors de l'échographie dans l'échantillon domicile est la tristesse (73,7%), suivi de la culpabilité (52,6%). Autant de patientes se sont senties rassurées que mal à l'aise face à l'attitude de l'échographiste (31,6%). Aucune des patientes de cette échantillon n'a choisi le terme « soulagement » pour qualifier son ressenti au moment de l'échographie.

En HDJ, la moitié des patientes s'est sentie rassurée par l'attitude de l'échographiste. Arrivent ensuite dans les mêmes proportions (37,5%), les sentiments de culpabilité, tristesse et soulagement.

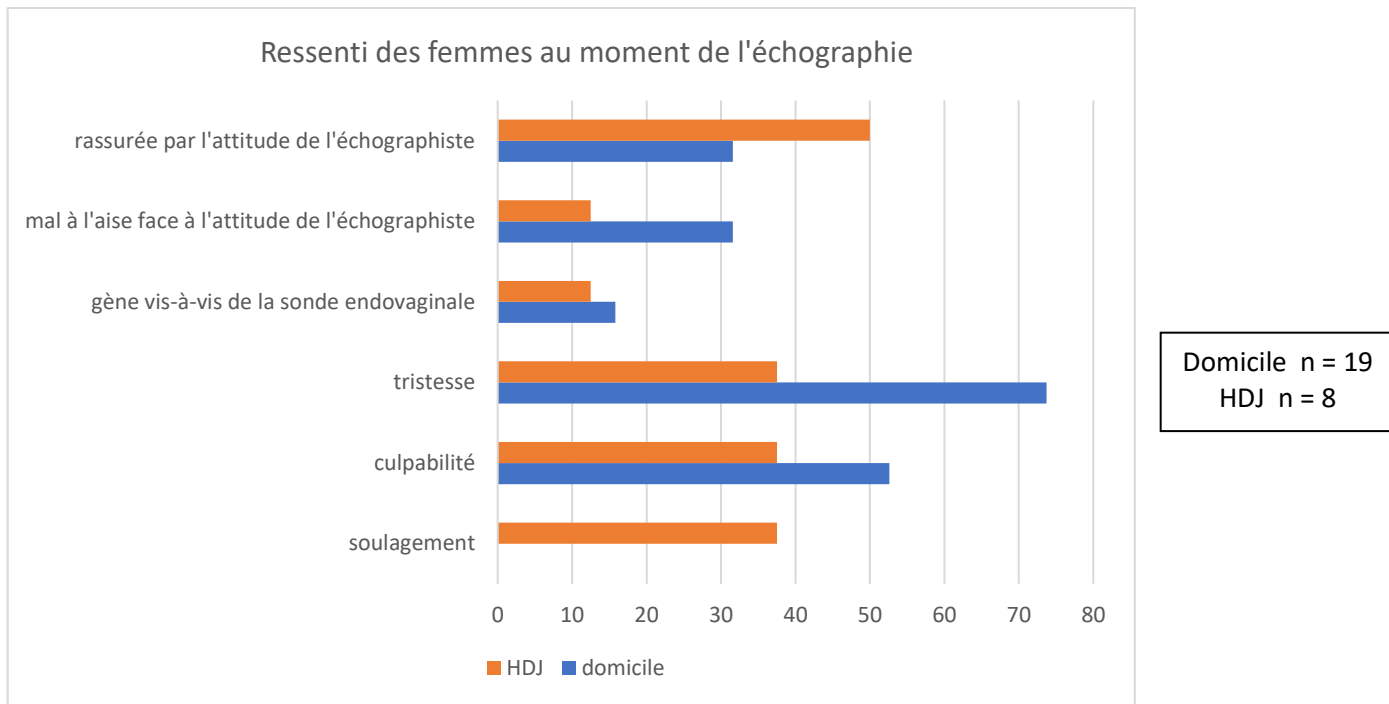


Figure 20 : Ressenti des femmes au moment de l'échographie selon le lieu de réalisation de l'IVG

### 5.3.6 Les raisons ayant motivé une IVG à domicile

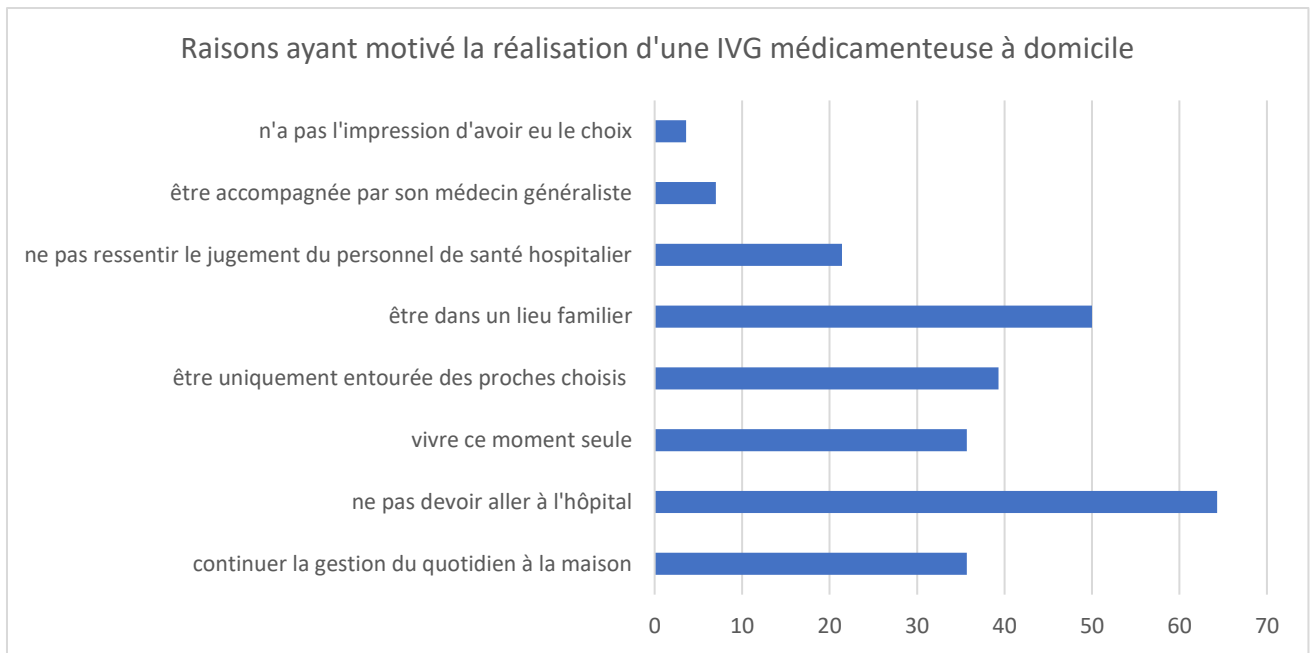
La principale raison ayant motivé les patientes à bénéficier d'une IVG à domicile est de ne pas devoir aller à l'hôpital (64,3%). Vient ensuite la volonté d'être dans un lieu familier pour cet épisode de vie pour 50% des femmes.

Les autres raisons sont retrouvées dans des proportions similaires :

- être uniquement entourée des proches choisis : 39,3%
- continuer la gestion du quotidien de la maison : 35,7%
- être seule pour vivre ce moment difficile : 35,7%

Peu de femmes évoquent la volonté d'être accompagnée par leur médecin généraliste (7%).

Une patiente estime ne pas avoir eu le choix du lieu de son IVG et n'évoque aucune des raisons proposées auparavant.



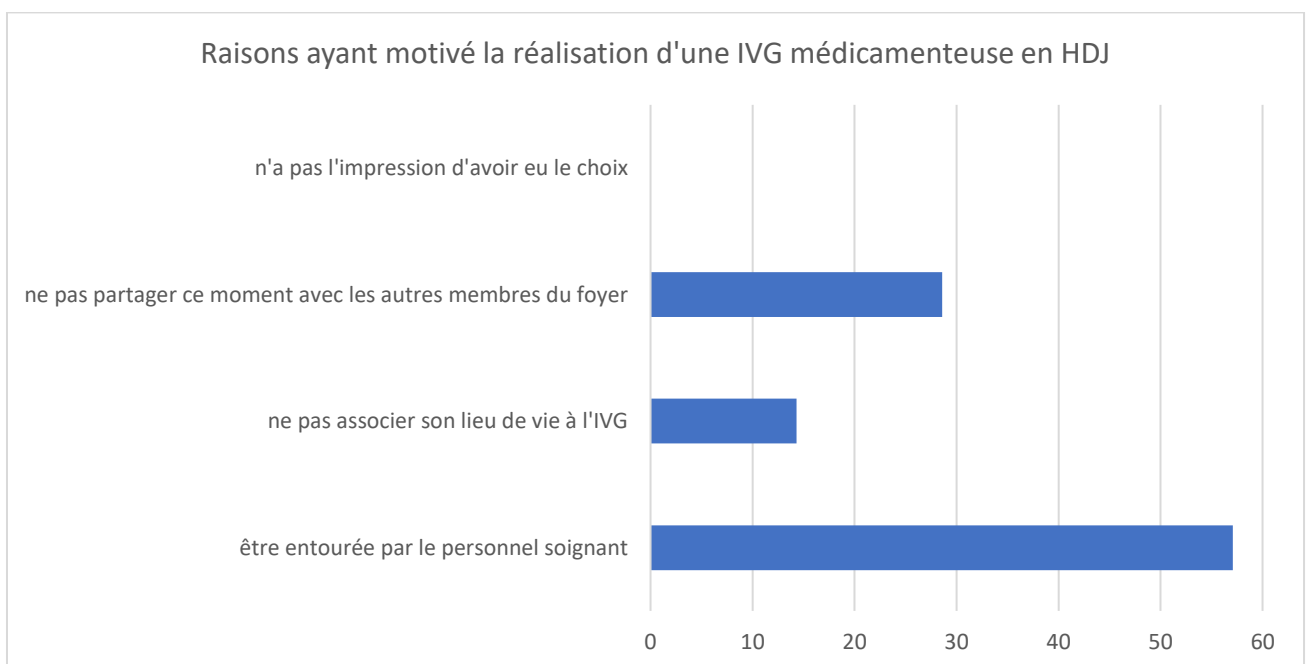
n = 28

Figure 21 : Raisons ayant motivé la réalisation d'une IVG médicamenteuse à domicile

### 5.3.7 Les raisons ayant motivé une IVG en HDJ

La majorité des patientes (57%) déclarent avoir choisi l'IVG médicamenteuse en HDJ afin d'être entourée par le personnel soignant en cas de problème.

Aucune des patientes n'a estimé ne pas avoir eu le choix de son lieu d'IVG.



n = 7

Figure 22 : Raisons ayant motivé la réalisation d'une IVG médicamenteuse en HDJ

### 5.3.8 L'accompagnement par le personnel soignant entre la prise des médicaments et l'expulsion

A domicile, plus de 95% des patientes estiment que l'accompagnement par le personnel soignant entre la prise des médicaments et l'expulsion est adapté ou parfaitement adapté à leurs besoins. Aucune patiente n'a estimé que l'accompagnement n'était pas adapté à ses besoins.

En HDJ, la majorité des patientes (85,7%) ont également trouvé l'accompagnement du personnel soignant adapté ou parfaitement adapté à leurs besoins. Néanmoins on retrouve 14,3% des patientes pour qui l'accompagnement n'était pas adapté aux besoins.

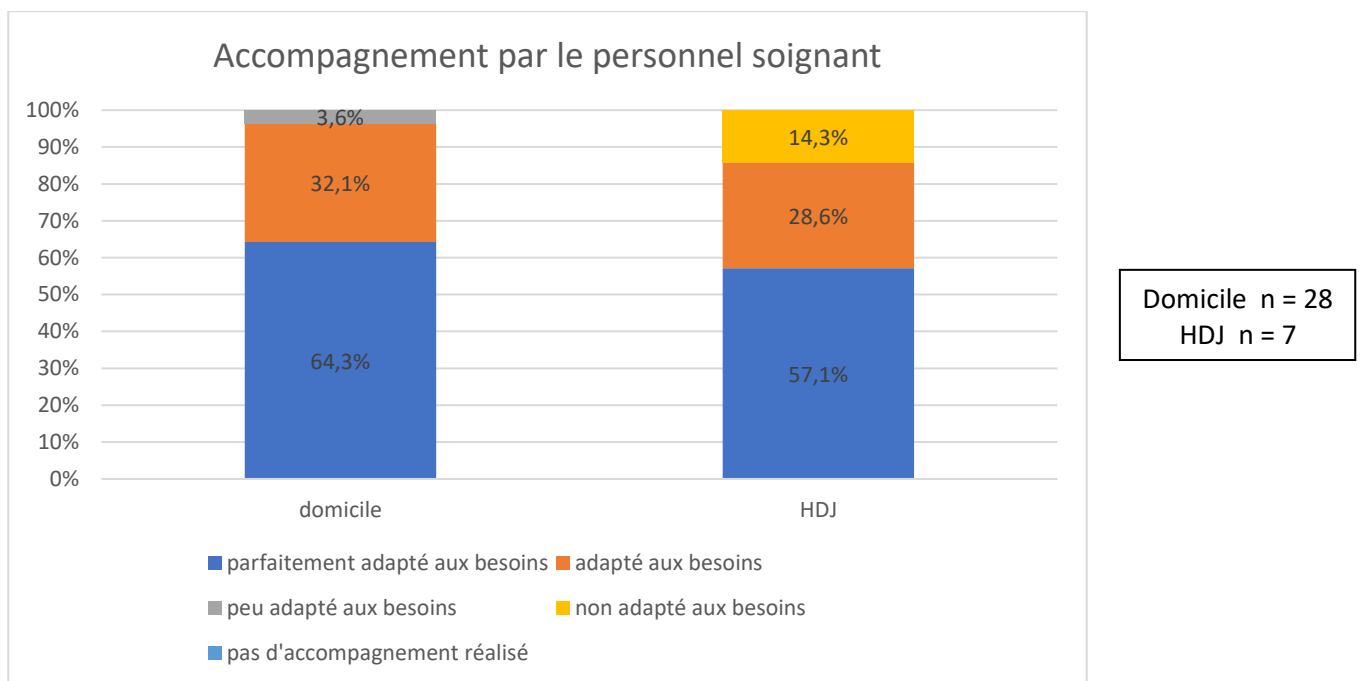


Figure 23 : Ressenti des patientes concernant l'accompagnement par le personnel soignant selon le lieu de réalisation de l'IVG

### 5.3.9 L'accompagnement par les proches

Que ce soit à domicile ou en HDJ une majorité des patientes a été accompagnée par un proche entre la prise des médicaments et le moment de l'expulsion (67,9% des patientes à domicile et 71,4% des patientes en HDJ).

Les patientes estiment que l'accompagnement par leurs proches a été parfaitement adapté ou adapté à leurs besoins.

### 5.3.10 Le moment de l'expulsion

On peut noter qu'une majorité des patientes s'est sentie parfaitement ou suffisamment informée sur le moment de l'expulsion (symptômes possibles, signes devant alerter, conduite à tenir en cas de douleurs) que ce soit à domicile ou en HDJ.

Néanmoins 14,3% des femmes en HDJ et 14,2% des femmes à domicile ont estimé que les informations données étaient insuffisantes. Une femme ayant bénéficié d'une IVG à domicile a même estimé ne pas avoir reçu d'information du tout.

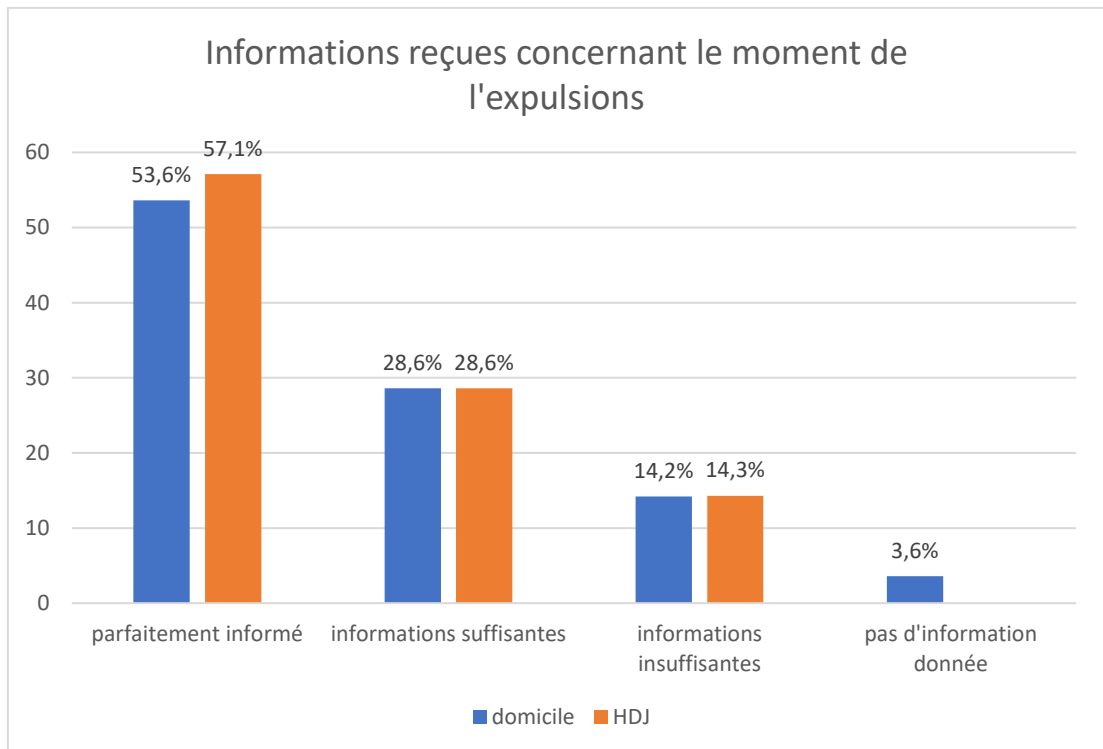


Figure 24 : Informations reçues concernant l'expulsion selon le lieu de réalisation de l'IVG

Pour les patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile, l'élément qui a confirmé l'efficacité de l'IVG médicamenteuse est la surveillance du taux de betaHCG via la prise de sang de contrôle (85,7%).

Les patientes de l'échantillon HDJ se répartissent de façon égale le moment de l'expulsion, la prise de sang de contrôle et l'échographie de contrôle.

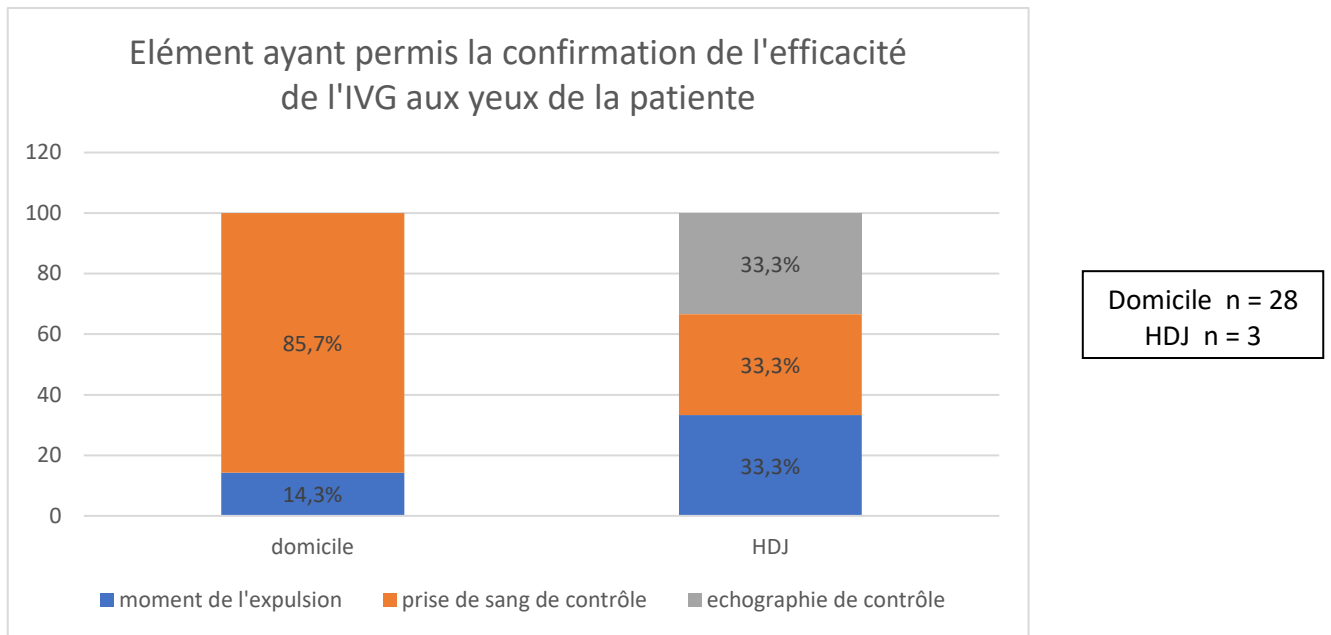


Figure 25 : Elément ayant permis la confirmation de l'efficacité de l'IVG selon le lieu de réalisation

### 5.3.11 Le suivi psychologique

Les réponses au questionnaire montrent que le suivi psychologique n'a pas été proposé à une majorité de patientes notamment à domicile (64,30%).

Pourtant, la plupart des patientes estiment ce suivi utile voir indispensable, aussi bien à domicile qu'à l'hôpital. Aucune patiente n'a estimé un tel suivi inutile.

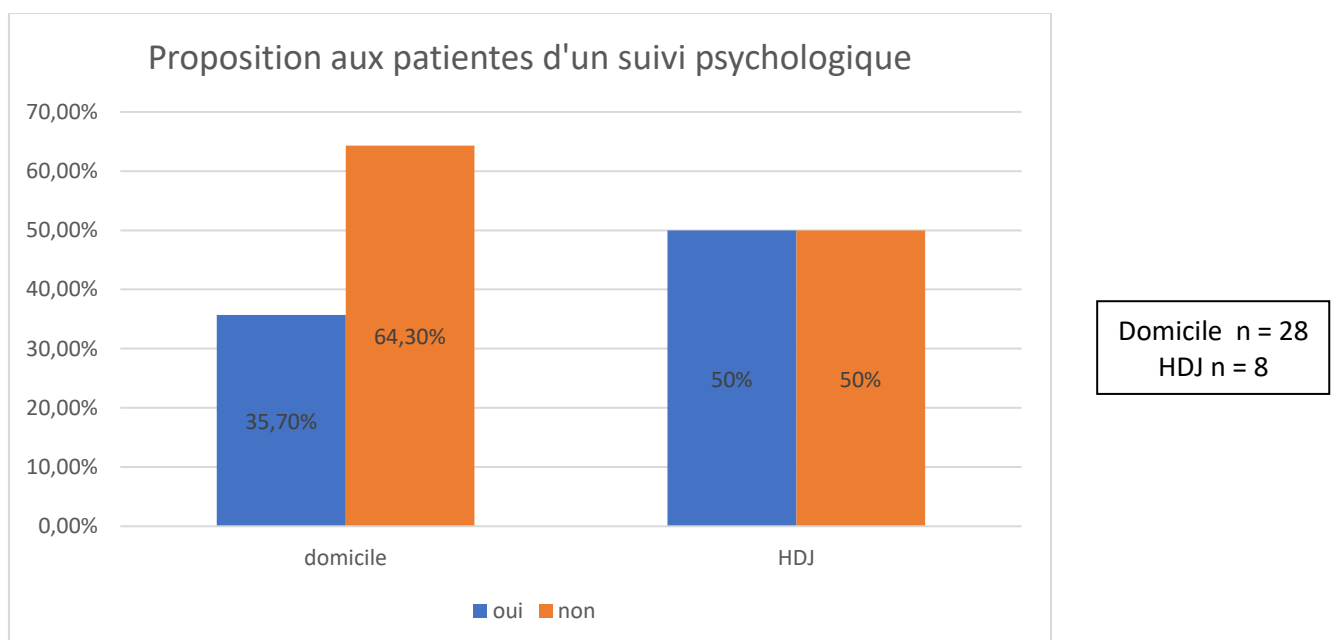


Figure 26 : Proposition d'un suivi psychologique selon le lieu de réalisation de l'IVG



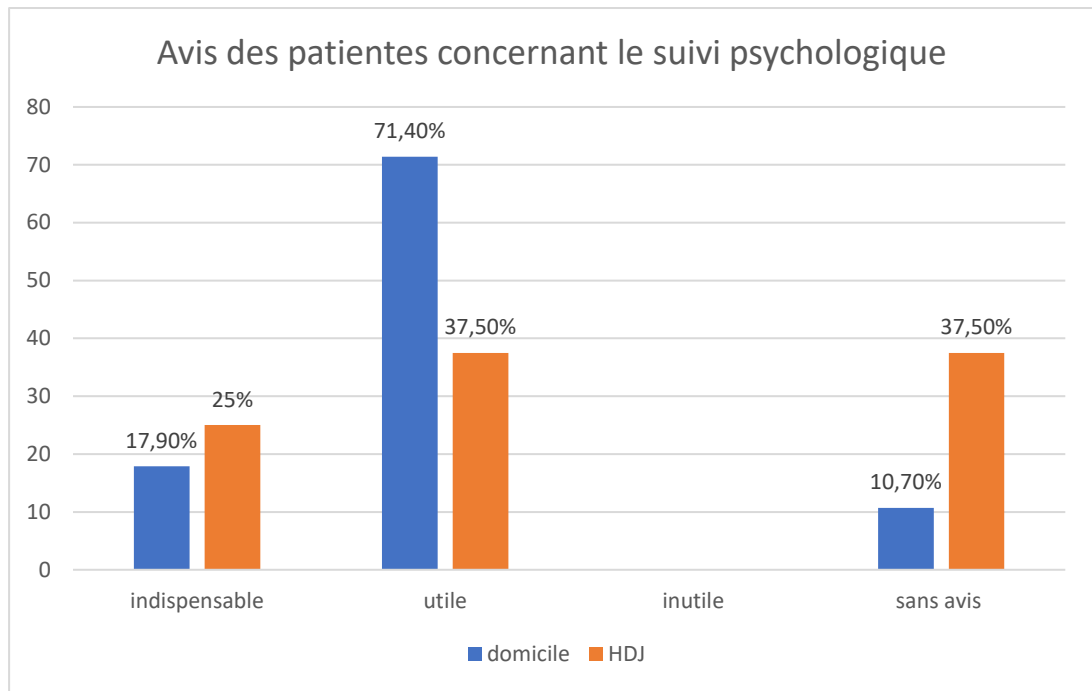


Figure 27 : Avis des patientes concernant le suivi psychologique selon le lieu de réalisation de l'IVG

### 5.3.12 La consultation post-IVG

La grande majorité des patientes aussi bien à domicile qu'en HDJ estime que la consultation post-IVG est indispensable pour toutes les femmes (81,5% à domicile, et 100% en HDJ). Aucune patiente ne trouve cette consultation inutile.

### 5.3.13 L'attitude des soignants durant le parcours IVG

96,5% des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile ont trouvé l'attitude des soignants adaptée à leurs besoins. 87,7% des patientes ayant bénéficié d'une IVG en HDJ sont également de cet avis. Aucune patiente parmi les deux échantillons n'a trouvé l'attitude des soignants pas du tout adaptée.

Néanmoins, 12,5% des patientes de l'échantillon HDJ et 3,6% des patientes de l'échantillon domicile ont trouvé le comportement des soignants peu adapté.

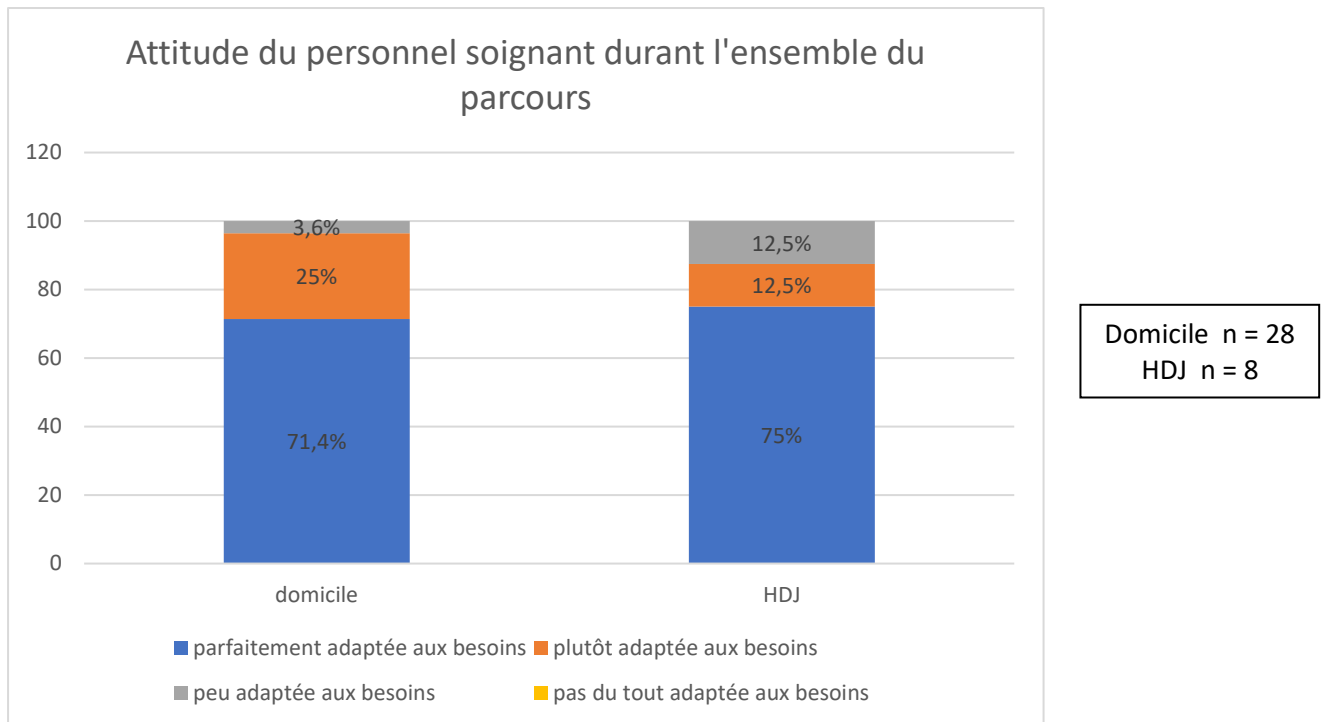


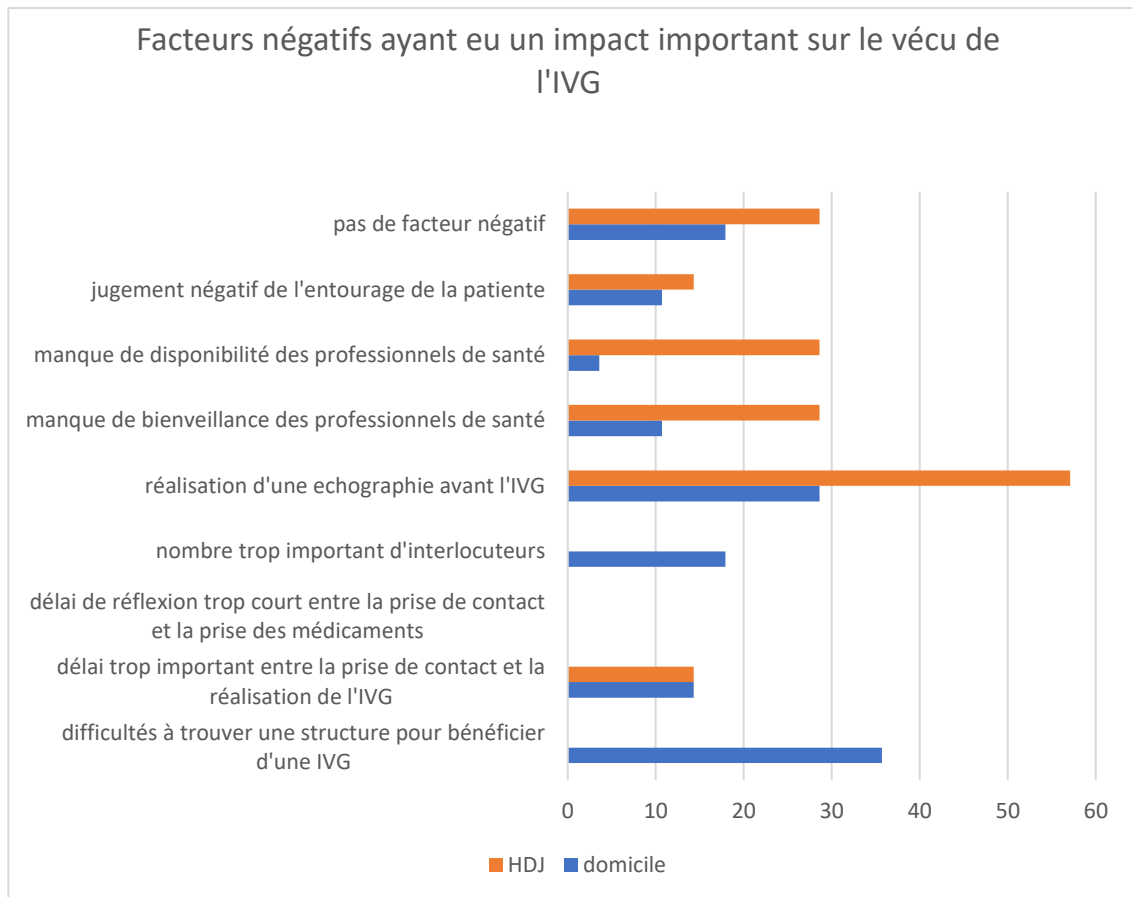
Figure 28 : Attitude du personnel soignant selon le lieu de réalisation de l'IVG

#### 5.3.14 Les facteurs négatifs ayant un impact majeur sur le vécu de l'IVG médicamenteuse

Le facteur négatif influençant majoritairement le vécu des patientes tout échantillon confondu est la réalisation d'une échographie avant l'IVG (28,6% des patientes à domicile et 57,1% des patientes en HDJ).

Concernant l'échantillon domicile on remarque que c'est la difficulté à trouver une structure pour la réalisation de l'IVG qui a le plus influencé le vécu des patientes (pour 35,7% d'entre elles). A l'inverse, aucune des patientes ayant bénéficié d'une IVG en HDJ n'a été gênée par ce facteur.

Il est également important de noter que pour 17,9% des patientes à domicile et 28,6% des patientes en HDJ, il n'est pas mis en évidence de facteur négatif ayant influencé leur vécu de l'IVG.



Domicile n = 28  
HDJ n = 7

Figure 29 : Facteurs négatifs ayant eu un impact important sur le vécu de l'IVG selon son lieu de réalisation

### 5.3.15 Satisfaction globale

Pour évaluer la satisfaction globale des patientes, il leur a été demandé si, avec le recul, une autre méthode d'IVG serait choisie.

L'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile ne choisirait pas d'autre méthode.

Malgré le peu de réponses recueillies, deux patientes de l'effectif HDJ choisiraient une autre méthode d'IVG si cela était possible.

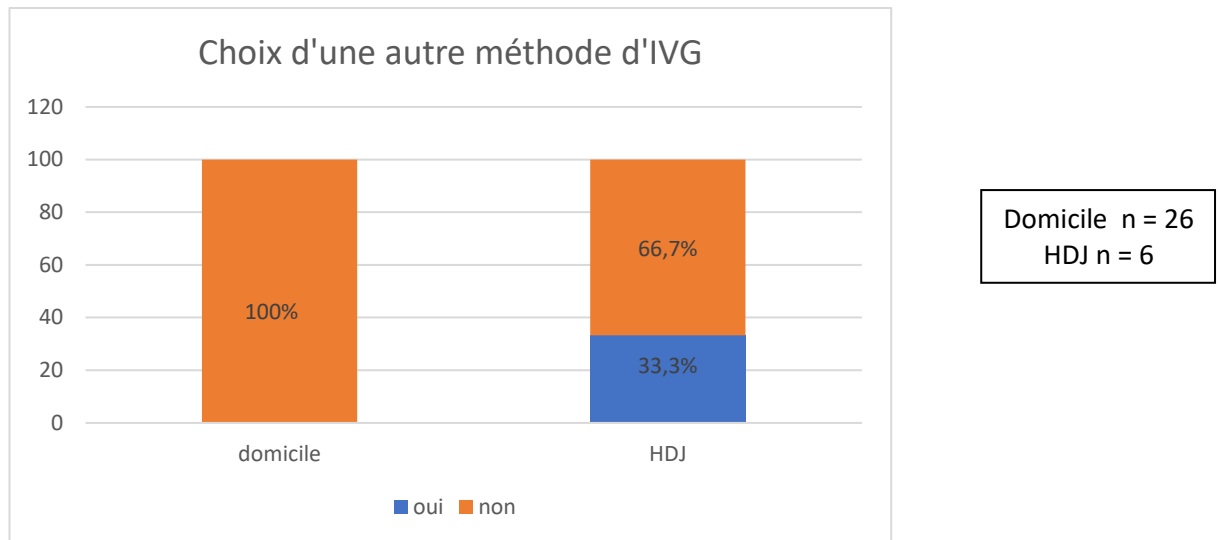


Figure 30 : Choix d'une autre méthode d'IVG par les patientes selon le lieu de réalisation

### 5.3.16 Pistes d'amélioration proposées par les patientes

Les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse proposent plusieurs pistes d'amélioration en fonction de leur expérience.

Un thème récurrent est l'accessibilité à l'IVG. Pour améliorer ce point les femmes proposent de créer une plateforme répertoriant les professionnels pratiquant les IVG (notamment les IVG médicamenteuse à domicile). Elles aimeraient également que plus de professionnels soient formés afin que les délais pour la réalisation d'une IVG soient réduits.

Une autre thématique mise en avant est la prise en charge psychologique. Certaines femmes auraient aimé recevoir un suivi psychologique et n'en ont pas bénéficié. L'une d'entre elles insiste sur l'importance de recevoir de l'aide pour gérer la culpabilité qu'elle a ressentie. Une femme aurait aimé pouvoir participer à un groupe de parole avec des femmes ayant vécu ou vivant la même expérience qu'elle ou avoir accès à des témoignages. Plusieurs femmes auraient souhaité recevoir plus de soutien de la part de leurs proches ou du partenaire.

De nombreuses patientes insistent sur la nécessité d'obtenir une écoute empathique et bienveillante de la part de l'ensemble des acteurs de soin.

Certaines patientes souhaiteraient pouvoir se dispenser de l'échographie avant l'IVG.

Les patientes aimeraient être mieux informées tout au long de leur parcours, notamment :

- sur les molécules utilisées ainsi que leurs effets secondaires
- sur les signes normaux d'expulsion sans que cela soit minimisé

Une patiente aurait aimé pouvoir rester plus longtemps à l'hôpital et ne pas avoir à vivre le moment de l'expulsion à son domicile.

## 6. Discussion

### 6.1 Forces et limites de l'étude

#### 6.1.1 Forces de l'étude

L'un des points forts de cette étude est d'avoir interrogé directement les femmes sur leur ressenti par le biais d'un questionnaire anonyme.

Le fait d'utiliser un questionnaire que les femmes remplissaient seules permettait d'éviter un biais d'information avec des patientes qui n'oseraient pas exprimer honnêtement leur vécu face au praticien qui les a suivies durant leur IVG.

Les questions et les items proposés sont tous issus des résultats d'études qualitatives récentes. Il s'agit donc de thèmes abordés par les femmes elles-mêmes et non de questions rédigées arbitrairement par l'investigateur selon son propre ressenti.

Concernant l'échantillon des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile, les différentes classes d'âge sont représentées de manière équilibrée ce qui permet d'avoir des points de vue de patientes aux caractéristiques différentes, se rapprochant ainsi des réponses que l'on pourrait obtenir dans la population générale.

#### 6.1.2 Limites de l'étude

Malheureusement, le nombre de réponses a été moins important que prévu, malgré les mesures mises en œuvre pour limiter ce biais. Le faible taux de réponse n'a pas permis de réaliser l'étude comparative initialement prévue entre l'échantillon domicile et l'échantillon hôpital de jour. Nous n'avons donc pas pu mettre en évidence de différences statistiquement significatives concernant le vécu des patientes selon le lieu de réalisation de l'IVG. A la place, les données recueillies ont été comparées aux données de la littérature.

On retrouve également un déséquilibre dans le nombre de réponses des deux échantillons avec quatre fois plus de questionnaires récupérés pour l'échantillon « domicile » que pour l'échantillon « hôpital de jour ». Cette inégale répartition vient probablement du fait que sur la période de l'étude, le nombre de femmes qui ont bénéficié d'une IVG médicamenteuse à l'HDJ de Langon était moins important qu'habituellement. Il est important de rappeler que cette recherche a été réalisée durant l'épidémie de covid 19 et que de nombreuses patientes ont préféré bénéficier d'une IVG à domicile.

Cette étude n'a été réalisée que sur un centre pour chacun des échantillons ce qui a d'une part limité le nombre de réponses et d'autre part restreint les caractéristiques des populations étudiées entraînant un biais de sélection. Ce biais de sélection est majoré par le fait que les femmes de l'échantillon « hôpital de jour » étaient quasi exclusivement âgées de 30 à 40 ans,

ce qui ne permet pas d'avoir le point de vue d'un panel représentatif des femmes bénéficiant d'une IVG (dans la population générale ce sont, d'après la DREES (10), les femmes de 20 à 29 ans qui ont majoritairement recours à l'IVG).

Le questionnaire était rendu lors de la consultation post IVG entraînant forcément un nouveau biais de sélection. En effet, certaines patientes ne se présentent pas à la consultation de contrôle et ne pouvaient donc pas rendre le questionnaire durant ce temps-là.

Il paraît nécessaire de signaler que, si la majorité de l'étude s'est déroulée de manière prospective, deux questionnaires ont été récupérés a posteriori après relance téléphonique.

Les réponses aux questionnaires ont donc été étudiées séparément avec la réalisation d'une analyse descriptive pour l'échantillon domicile d'une part et pour l'échantillon hôpital de jour d'autre part. Ces résultats ont par la suite été comparés de manière subjective afin de mettre en évidence des tendances. Les résultats de chacun des échantillons ont également été comparés avec les données de la littérature.

Ainsi, cette étude n'a pas permis de répondre à l'objectif principal initialement défini qui était de mettre en évidence des différences significatives dans le vécu des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse selon son lieu de réalisation. A la place, des différences ont été mises en évidence en comparant les résultats de l'étude avec les données de la littérature. Cela a permis de répondre à l'objectif secondaire qui était d'élaborer des pistes de travail afin d'améliorer le vécu des patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse à partir des différences retrouvées entre les patientes prises en charge à domicile et les patientes prises en charge en HDJ.

## 6.2 Comparaison des résultats principaux avec les données de la littérature existantes

### 6.2.1 Des IVG répétées

Dans cette étude, il y a deux fois plus de patientes ayant des antécédents d'IVG parmi les patientes ayant choisi l'IVG médicamenteuse en hôpital de jour. On remarque également que dans la plupart des cas, les femmes qui ont déjà bénéficié d'une IVG choisissent le même lieu pour la réalisation de la suivante : les femmes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse à domicile avaient en majorité déjà bénéficié de cette méthode lors d'un précédent épisode, et les femmes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse à l'hôpital avaient lors d'une précédente expérience bénéficié d'une IVG chirurgicale ou médicamenteuse à l'hôpital.

Dans la littérature on retrouve peu d'informations comparant les antécédents d'IVG parmi les patientes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse à domicile ou en HDJ.

Néanmoins la thèse d'H. Bréard (29) montre que lors d'une nouvelle IVG les femmes ayant précédemment bénéficié d'une IVG médicamenteuse se tourneront majoritairement vers une IVG médicamenteuse et les femmes ayant précédemment bénéficié d'une IVG chirurgicale iront plutôt vers une IVG chirurgicale de nouveau, ce qui va dans le sens de nos résultats.

Dans cette étude, 39,3% des femmes à domicile et 87,5% des femmes en HDJ rapportent au moins un antécédent d'IVG. La commission IVG de 2016 (3) rappelle que les IVG concernent de plus en plus souvent les mêmes femmes plusieurs fois au cours de leur vie. Les valeurs retrouvées dans ce travail sont néanmoins supérieures aux chiffres retrouvés dans le travail d'H. Bréard et dans cette enquête multicentrique réalisée en France en 2014 par M. Opatowski, F. Bardy, P. David, A. Dunbavand, M-J Saurel-Cubizolles (30).

### 6.2.2 Accès aux informations : l'ambivalence des résultats

Cette étude montre que pour les patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile, le facteur négatif ayant le plus impacté leur vécu est la difficulté à trouver une structure réalisant les IVG médicamenteuses. Pourtant, la majorité des patientes a trouvé l'accès aux informations pour bénéficier d'une IVG facile ou très facile.

Ce facteur négatif n'est pas exprimé par les patientes ayant bénéficié d'une IVG en HDJ. Ce résultat peut être corrélé avec la différence de satisfaction concernant l'accès aux informations : 80% des patientes en HDJ ont trouvé l'accès aux informations facile ou très facile contre seulement 71,4% des patientes à domicile.

Dans la littérature on retrouve peu de données, en France, sur l'accessibilité aux informations pour bénéficier d'une IVG médicamenteuse. Néanmoins l'enquête « Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans » (31), confirme que 38,9 % des femmes utilisent Internet pour des questions de santé, ce qui en fait un moyen important d'accès à l'information.

L'article de la revue d'épidémiologie et de santé publique sur les filières d'accès à l'IVG (32) exprimait déjà l'absence d'une politique sanitaire claire, où se dégageraient deux priorités :

- celle d'une meilleure visibilité de l'offre du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse
- celle d'une meilleure information des praticiens

De la même manière, le rapport de Mme Battistel et de Mme Muschotti (députées à l'Assemblée Nationale) sur l'accès à l'IVG (33), met en évidence une désinformation importante sur internet avec la présence de nombreux sites anti-IVG qui orienteraient le choix des patientes. Cette désinformation constitue un frein à l'accès à l'IVG. L'une des recommandations de ce rapport est de lutter contre la désinformation sur internet en poursuivant les auteurs dans le cadre du délit d'entrave et développer les sites officiels délivrant une information fiable. Il n'existe pas aujourd'hui de base de données officielle regroupant la totalité des personnels pratiquant l'IVG. Il n'y a donc pas de moyen pour une femme souhaitant avorter de savoir quel professionnel de santé proche de chez elle pratique l'IVG.

Ces constats sont à corrélés avec les propositions de la part des patientes interrogées de lister sur un support facilement accessible les professionnels de santé pratiquant les IVG médicamenteuses à domicile. On pourrait l'envisager sur des sites internet clairement référencés, internet étant l'un des moyens privilégiés d'accès aux informations (37,4%) pour les patientes prises en charge à domicile.

### 6.2.3 Le choix des patientes respecté

Quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG médicamenteuse les patientes ont très majoritairement eu le sentiment d'avoir pu choisir leur méthode et le lieu de leur IVG (88,9% des patientes à domicile et 80% des patientes en HDJ) après avoir reçu les explications nécessaires à la prise de décision (100% des patientes dans les deux échantillons).

Les chiffres de cette étude sont nettement supérieurs aux valeurs retrouvées dans le travail de M. Nouvellon (28), où seulement 66,20% des patientes estimaient avoir reçu les informations sur les différentes méthodes d'IVG (contre 96% pour les patientes à domicile et 100% pour les patientes en HDJ dans ce travail).

Dans un article de A. Vilain (34), parmi les IVG réalisées en établissement, 44 % des femmes affirment avoir eu le choix de la technique de l'IVG. Parmi celles qui n'ont pas eu le choix, la raison évoquée dans plus de six cas sur dix est l'avancement de la grossesse qui ne permet plus une IVG médicamenteuse. Cela concerne donc plus particulièrement les patientes bénéficiant d'une IVG chirurgicale d'où la différence importante entre les statistiques de notre étude et celles de cet article. Dans ses recommandations (35), le Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France rappelle que l'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B). Le choix de la méthode par la patiente est un facteur primordial dans le vécu de l'IVG.

Dans cette étude, il y a tout de même 11% des patientes à domicile et 20% des patientes en HDJ qui ont eu le sentiment de ne pas avoir complètement choisi la méthode et le lieu de réalisation de l'IVG. Cette réponse aurait mérité une question avec un commentaire libre afin que les patientes puissent expliquer les raisons de ce ressenti.

### 6.2.4 Des délais qui conviennent aux patientes

Dans le rapport fait à l'Assemblée nationale sur l'accès à l'IVG (36), le délai entre le premier contact et la réalisation de l'IVG est en moyenne de 7,4 jours. Dans notre étude ce délai semble largement respecté puisque 78,6% des patientes à domicile et 100% des patientes en HDJ ont bénéficié de leur IVG médicamenteuse 7 jours ou moins après leur demande.

Le délai de réalisation de l'IVG paraît plus long lors d'une IVG médicamenteuse à domicile puisque 21,4% des patientes ont attendu plus d'une semaine (aucune patiente du groupe HDJ n'a attendu plus de 7 jours).



Dans tous les cas les patientes sont majoritairement satisfaites de ces délais (78,6% des patientes à domicile et 100% en HDJ). De façon étonnante, parmi les patientes à domicile, l'une d'entre elle a trouvé le délai trop court et aurait peut-être eu besoin d'un délai de réflexion plus important.

Ces résultats rappellent que chaque patiente vit ce processus à un rythme différent et que c'est au personnel soignant de percevoir cela et d'adapter la prise en charge en conséquence afin que cette expérience soit vécue dans les meilleures conditions possibles.

#### 6.2.5 De nombreux interlocuteurs

Dans cette étude, les patientes rencontrent plus d'intervenants lorsque la prise en charge a lieu en HDJ par rapport au domicile (35,7% des patientes à domicile ne rencontre qu'un seul intervenant, 100% des patientes en HDJ rencontrent 2 intervenants ou plus).

Le résultat de l'échantillon domicile correspond aux conclusions de la thèse de M. Nouvellon dans laquelle 36,6% des patientes à domicile ne rencontraient qu'un seul intervenant (28).

De façon étonnante, ce sont pourtant les patientes à domicile qui trouvent le nombre d'intervenants trop important (28,6%).

#### 6.2.6 L'échographie : une étape difficile pour les patientes

Parmi les patientes ayant bénéficié de leur IVG à domicile, un tiers n'a pas passé d'échographie avant la réalisation de l'IVG.

Ce sont la culpabilité et la tristesse qui sont majoritairement ressenties par les patientes qui ont bénéficié de cet examen aussi bien à domicile qu'en HDJ. De nombreuses études françaises ou internationales rapportent ces mêmes sentiments de culpabilité et de tristesse chez des patientes pourtant sûres de leur choix (22, 27, 36).

Pour 28,6% des patientes à domicile et pour 50% des patiente en HDJ, la réalisation d'une échographie avant l'IVG est un facteur négatif ayant eu un impact sur leur vécu de l'IVG. L. Attali a réalisé une revue de la littérature à partir de nombreuses bases de données allant de 1990 à 2016 afin d'étudier le vécu psychologique des femmes en demande d'IVG (37). Cette recherche rappelle qu'il est recommandé de respecter le choix de la femme concernant le fait de voir ou non les images échographiques. S. Wylomanski et N. Winer, ont réalisé une analyse de la littérature afin de définir la place de l'échographie dans l'IVG (38). Ce rapport conclue que « *si la réalisation d'une échographie de datation doit être encouragée, pour les femmes déclarant bien connaître la date de leurs dernières règles et/ou la date du rapport sexuel à risque, et pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible, l'absence d'accès à l'échographie de routine ne devrait donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (accord professionnel)* ». En mars 2021, l'HAS a actualisé ses recommandations concernant l'IVG médicamenteuse (14) et a indiqué que l'âge

gestationnel de la grossesse est précisé par l'interrogatoire et l'examen clinique. Le recours à une échographie pelvienne est qualifié de « possible » sans rendre cet examen obligatoire.

Dans cette recherche, 60% des patientes ayant bénéficié d'une IVG en HDJ se sont senties rassurées par l'attitude de l'échographiste. Il est donc indispensable pour améliorer le vécu des femmes que l'ensemble des professionnels de santé apportent à ces patientes une écoute attentive et une attitude empathique et sans jugement.

#### 6.2.7 La volonté de ne pas aller à l'hôpital...

La principale motivation des patientes ayant choisi de bénéficier d'une IVG médicamenteuse à domicile était de ne pas devoir aller à l'hôpital (64,3%). Cette motivation est récurrente dans la littérature (28). Les thèses de V. Rousset et L. Thollot (21) et H. Dorengeon (23) apportent des pistes vis-à-vis de ce refus du milieu hospitalier. Les patientes expliquent dans ces travaux qu'elles associent l'hôpital à la maladie, que ce lieu les renvoie à des peurs ou des traumatismes.

Il est également mis une nouvelle fois en avant la crainte du jugement du personnel hospitalier. Malheureusement, plusieurs études corroborent ces résultats. L'enquête de M. Mathieu et L. Ruault est issue de deux études empiriques et montre une stigmatisation de l'IVG dans le milieu médical (39). Une enquête de l'ARS Ile de France, réalisée en 2015, retrouvait qu'un tiers des patientes ayant bénéficié d'une IVG avaient rencontré des difficultés d'accès ou d'accompagnement et que parmi elles, 15% avaient reçu des pressions psychologiques de la part des professionnels de santé et 12% des commentaires inappropriés ou culpabilisants (33).

#### 6.2.8 ... mais rassurée par la présence du personnel soignant

A l'inverse, les patientes qui ont choisi de bénéficier d'une IVG médicamenteuse en HDJ se sentaient rassurées d'être entourées par le personnel soignant en cas de problème. Ces résultats sont retrouvés dans la thèse de A. Poll (40) où l'hôpital est évoqué comme un lieu à l'image rassurante, un lieu de pointe, dans lequel les femmes se sentent en sécurité en cas de problème médical.

#### 6.2.9 Des informations claires concernant l'expulsion

Dans cette étude, 82,2% des patientes à domicile et 75% des patientes en HDJ ont été satisfaites des informations reçues concernant l'expulsion. Environ 50% d'entre elles estiment même avoir été parfaitement informées des symptômes.

Dans les études qualitatives existantes, les patientes attendent des informations claires sur le processus et les symptômes liés à l'expulsion (23, 27, 40). Elles ne souhaitent pas que ces derniers soient minimisés. L'expulsion est mieux vécue quand les informations données ont

été réalistes. On peut donc s'imaginer qu'une bonne connaissance des signes physiques attendues permet un meilleur vécu de l'IVG. Cette analyse est reprise dans les dernières recommandations de l'HAS (14) qui rappelle explicitement « *l'importance d'une information complète de la femme par les professionnels de santé, en particulier sur les effets indésirables tels que les hémorragies et la douleur. Cette information permet d'augmenter la satisfaction des femmes, notamment en diminuant l'écart entre leurs attentes et l'expérience vécue réellement* ».

Malheureusement, dans la littérature les chiffres diffèrent de notre étude, avec un tiers des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile qui estiment avoir manqué d'information notamment sur les saignements et la douleur dans une étude transversal de 2016 réalisée en Suède (18). Cependant, nos résultats se rapprochent de ceux du travail de M. Nouvellon (28) qui décrit que 88,7% des patientes estiment avoir reçu les informations suffisantes concernant l'expulsion.

#### 6.2.10 Le besoin d'une preuve scientifique pour confirmer la réussite

Dans les études quantitatives, les patientes décrivent souvent la peur de l'échec de la méthode médicamenteuse (24, 25, 26, 40). Ces résultats sont confirmés dans notre étude avec seulement 14,3% des patientes à domicile pour qui les symptômes de l'expulsion étaient suffisants pour confirmer l'efficacité de l'IVG. La prise de sang de contrôle a été nécessaire pour rassurer les autres patientes.

Cette peur de l'échec est plutôt surprenante quand on sait que le taux de réussite de la méthode médicamenteuse est de plus de 95%. D'après le rapport d'activité du réseau REVHO, en 2017 (41), le taux d'échec de la méthode, c'est à dire lorsqu'une aspiration complémentaire a dû être réalisée à cause d'une grossesse évolutive, d'une hémorragie, d'une rétention partielle ou globale ou encore d'un saignement persistant, a été de 1.46%. Il y a donc eu une réussite de la méthode dans 98% des cas.

#### 6.2.11 Un suivi psychologique peu proposé, des patientes en souffrance

Dans cette étude, 64,3% des patientes à domicile et 80% des patientes en HDJ ne se sont pas vu proposer de suivi psychologique. Pourtant quand on les interroge, 89,3% des patientes qui ont bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile trouvent qu'un tel suivi est utile voir indispensable. Dans les commentaires libres, une patiente a précisé que ce suivi était important pour gérer le sentiment de culpabilité présent lors d'une IVG chez un grand nombre de femmes. Ce sentiment est décrit de façon récurrente dans des travaux de recherche qualitative (26, 27).

Dans la littérature, et plus particulièrement dans l'étude quantitative de M. Nouvellon (28), 71,83% des femmes ont le sentiment d'avoir reçu l'aide nécessaire face au vécu

psychologique. Ce chiffre semble élevé quand on voit le faible nombre de patiente à qui un suivi psychologique a été proposé dans notre étude.

Cela mériterait une attention plus particulière notamment au cours de la période avant l'IVG. En effet, c'est dans cette phase que se concentre la majorité des manifestations psychologiques et psychopathologique (42).

#### 6.2.12 Une différence de satisfaction en fonction de lieu de réalisation de l'IVG ?

Dans notre étude les patientes ayant choisi la méthode médicamenteuse à domicile semblent plus satisfaites que les patientes prises en charge en HDJ.

Deux éléments qui diffèrent dans la prise en charge selon le lieu de réalisation pourraient expliquer cette différence :

- la réalisation d'une échographie avant l'IVG (systématique en HDJ dans le centre hospitalier de Langon où a eu lieu le recueil des questionnaires). Il a été démontré dans ce travail que le moment de l'échographie était un moment difficile pour les patientes

- le nombre d'interlocuteur, qui semble plus important en HDJ par rapport à une prise en charge au domicile

Cette tendance se retrouve dans la littérature internationale. L'étude de T.D. Ngo et al. (2) mettait en évidence que 88,4% des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile étaient satisfaites de cette méthode contre 85,6% des patientes en HDJ. L'écart se creuse quand les investigateurs demandent aux patientes si elles choisiraient la même méthode lors d'une nouvelle IVG : 94,4% des patientes ont répondu favorablement parmi les patientes à domicile contre seulement 61,6% des patientes en HDJ.

Dans notre enquête la formulation de la question était différente mais les réponses vont dans le même sens : aucune des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile ne changerait de méthode en cas de nouvelle IVG alors que 66,7% des patientes de l'échantillon HDJ choisiraient une autre méthode d'IVG.

### 6.3 Propositions d'amélioration basées sur les commentaires des patientes et les résultats de l'étude

La dernière question de cette étude était une question ouverte et interrogeait les patientes sur ce qui, selon leur propre expérience, pourrait améliorer le vécu des femmes au cours d'une IVG.

Trois thèmes, déjà abordés dans le questionnaire distribué, ont été retrouvés de façon récurrente : l'accès à l'IVG, l'attitude des professionnels de santé et la qualité des informations

communiquées. Un thème a été évoqué et n'était pas présent dans notre questionnaire : un temps d'échange avec d'autres patientes.

### 6.3.1 Un accès à l'IVG facilité

Concernant l'accès à l'IVG, les patientes proposent de lister les professionnels de santé pratiquant les IVG, notamment les IVG médicamenteuses à domicile, sur un site internet facilement accessible. Cette demande est légitime au vu des résultats de notre étude qui montrent qu'une grande partie des patientes ayant bénéficié d'une IVG à domicile ont trouvé les renseignements sur internet. Cette proposition rejoint la recommandation faite dans le rapport d'information pour l'Assemblée nationale (33) de « *mettre en place un répertoire des professionnels pratiquant l'IVG sur le modèle du site [ivglesadresses.org](http://ivglesadresses.org), géré et mis à jour par les ARS. Chaque ARS aurait à sa charge la mise en place d'un tel réseau sur le territoire relevant de sa compétence, selon des modalités laissées à sa discrétion ou déterminées par voie réglementaire.* »

Afin que l'accès à l'IVG soit plus facile et rapide, les patientes proposent également de former de plus nombreux professionnels de santé à l'IVG. Depuis la loi de santé de janvier 2016 (43), les sage-femmes peuvent réaliser les IVG médicamenteuses. Cette réforme a permis d'augmenter le nombre de professionnels de santé pratiquant les IVG et ainsi de faciliter l'accès à l'IVG.

En 2019, 662 médecins généralistes, 832 gynécologues et 420 sage-femmes pratiquaient des IVG médicamenteuses en cabinet libéral (10). Le site internet de la DREES, permet de retrouver les effectifs des praticiens exerçant une activité libérale chaque année (44). Ainsi, on peut voir qu'en 2019, 66 771 médecins généralistes, 5078 gynécologues et 7251 sage-femmes exerçaient au moins en partie en cabinet libérale. C'est donc 0,99% des médecins généralistes, 16,4% des gynécologues et 5,8% des sage-femmes exerçant dans un cabinet libéral qui proposaient les IVG médicamenteuses en 2019.

Ces chiffres laissent à penser qu'il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé exerçant en cabinet libéral à l'IVG médicamenteuse. On retrouve également une recommandation en ce sens dans le rapport d'information des députés M-N. Battistel et C. Muschotti, qui proposent de « *développer et pérenniser l'accès aux différentes techniques d'IVG sur l'ensemble du territoire, en intégrant dans la formation initiale et la formation continue des praticiens susceptibles de pratiquer une IVG (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes), une formation pratique à ces techniques, y compris pour l'IMG qui concerne des grossesses plus avancées que celles rentrant dans le délai de l'IVG* » (33).

Plusieurs travaux ont cherché à comprendre les freins à la réalisation de l'IVG médicamenteuse notamment chez les médecins généralistes (45, 46). Le manque de formation, les lourdeurs administratives et le côté chronophage de cette activité sont les raisons évoquées de façon récurrente par les médecins généralistes.

### 6.3.2 Des professionnels plus empathiques

Certaines patientes auraient souhaité plus d'empathie de la part des professionnels de santé. Ce point est retrouvé dans de nombreuses thèses qualitatives (22, 24-27). En effet, ces travaux montrent l'impact important sur le vécu des patientes du jugement des professionnels de santé. Les qualités attendues par les femmes sont une écoute attentive, de l'empathie et l'absence de jugement.

En Suède, une enquête transversale multicentrique (47) a démontré une association significative entre un haut niveau de satisfaction et l'impression d'une prise en charge attentive de la part de l'équipe soignante.

### 6.3.3 Un temps d'échange

Certaines femmes auraient aimé pouvoir échanger avec d'autres patientes qui vivent ou ont vécu la même expérience à travers des groupes de parole.

En saisissant « IVG et groupes de parole » sur un moteur de recherche on trouve en premier résultat l'association « AGAPA » qui propose « *accueil, écoute et soutien aux personnes en souffrance à la suite de la mort d'un bébé autour de la naissance ou d'une grossesse qui n'a pu être menée à terme quelle qu'en soit la raison : fausse couche, mort fœtale in utero, grossesse extra-utérine, interruption médicale de grossesse, IVG, réduction embryonnaire.* » L'association s'est d'abord développée en île de France puis a créé plusieurs antennes locales sur l'ensemble du territoire (48).

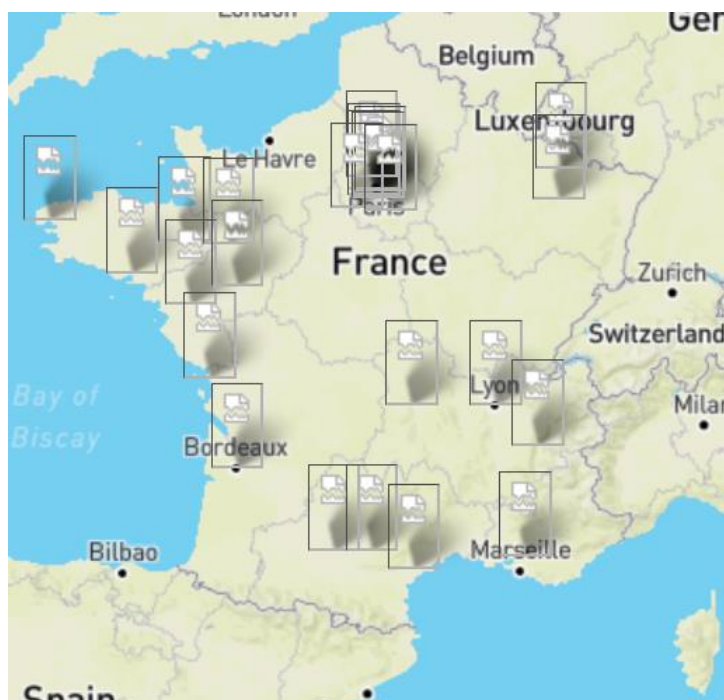


Figure 31 : Carte représentant les localisations de l'association Agapa (48)

Afin de répondre à ce besoin il serait intéressant d'une part de mettre en place des groupes de parole à l'échelle locale et d'autre part de diffuser les coordonnées des associations déjà existantes et répondant à ce besoin.

#### 6.3.4 Des informations plus réalistes

Dans les commentaires, les patientes réclament des informations plus précises concernant le déroulement de l'IVG, les molécules utilisées et les symptômes attendus.

Il a été montré qu'une explication claire du processus et des symptômes attendus entraîne un meilleur vécu de l'IVG. Dans le travail de L. Roques, les patientes abordaient peu les saignements et l'expulsion car elles considéraient cela comme des symptômes normaux, attendus et prévisibles puisqu'ils avaient été expliqués au préalable par le médecin (26). Les symptômes semblent donc être mieux vécu quand les femmes savent à quoi d'attendre (25).

Ce postulat concorde avec les dernières recommandations de l'HAS (14) qui insistent sur « *l'importance d'une information complète de la femme par les professionnels de santé, en particulier sur les effets indésirables tels que les hémorragies et la douleur, est à souligner. Cette information permet d'augmenter la satisfaction des femmes, notamment en diminuant l'écart entre leurs attentes et l'expérience vécue réellement* ». Il revient donc aux professionnels de santé d'apporter des informations adaptées à la demande de la patiente et à son niveau de compréhension.

## 7. Conclusion

Dans cette recherche les patientes étaient satisfaites de leur prise en charge. Ce taux de satisfaction peut être corrélé au fait que les patientes ont le sentiment d'avoir choisi leur méthode d'IVG, ce facteur étant reconnu dans la littérature comme étant l'élément déterminant dans la satisfaction des patientes lors d'une IVG.

Ce travail tout comme les données de la littérature met en évidence que les facteurs négatifs influençant le plus le vécu des femmes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse sont les difficultés d'accès à l'IVG, un nombre important d'interlocuteur, le moment de l'échographie avant l'IVG.

Afin d'améliorer leur vécu, les patientes émettent des propositions que l'on peut déjà retrouver dans un rapport de l'Assemblée nationale et les recommandations de l'HAS : lister les professionnels pratiquant les IVG sur une source internet, former plus de professionnels de santé à l'IVG médicamenteuse, faciliter le parcours de soin, donner aux patientes des informations claires et précises sur le déroulement de l'IVG et les symptômes attendus.

L'attitude des professionnels de santé est dans la littérature un facteur majeur dans le vécu de l'IVG. Dans notre étude, les patientes étaient satisfaites de l'attitude des soignants néanmoins dans les commentaires libres elles sont nombreuses à avoir souligné la nécessité d'être prise en charge par des professionnels de santé empathiques et bienveillants.

Dans cette recherche, les patientes prises en charge à domicile semblent plus satisfaites que les patientes ayant bénéficié de leur IVG médicamenteuse en HDJ. Ce travail mériterait d'être réalisé au sein de plusieurs cabinet libéraux et dans différents centres hospitaliers afin de réaliser une étude multicentrique. Cela permettrait d'obtenir des échantillons suffisants pour pouvoir confirmer cette différence de satisfaction selon le lieu de réalisation de l'IVG médicamenteuse et mettre en évidence des différences significatives entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital.



## 8. Bibliographie

- (1) Fauche P, Hassoun D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. 3<sup>ème</sup> ed. Paris : Vuibert ;2018.
- (2) Ngo T D, Park M H, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic : a systematic review. WHO. 2011; 89(5) :360-370.
- (3) Commission IVG. IVG : état des lieux et perspectives d'évolution du système d'information [Internet]. Juillet 2016 [cité le 26 avril 2021]. Disponible sur [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)
- (4) Code pénal (ancien). Article 317 [Internet]. [cité le 15 septembre 2019]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>
- (5) Hassoun D. Histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France [Internet]. [cité le 15 septembre 2019]. Disponible sur <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>
- (6) Gouvernement.fr. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. [Cité le 15 septembre 2019]. Disponible sur <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
- (7) INA. 5 avril 1971 : le manifeste des 343 [Internet]. 2011 [cité le 15 septembre 2019]. Disponible sur <https://www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/5-avril-1971-le-manifeste-des-343/>
- (8) Gautreau E. Loi sur l'avortement de Simone Veil : un texte au départ provisoire devenu emblématique [Internet]. 2017 [cité le 15 septembre 2019]. Disponible sur [https://www.francetvinfo.fr/societe/droits-des-femmes/loi-sur-l-avortement-de-simone-veil-un-texte-au-depart-provisoire-devenu-emblematisque\\_2262709.html](https://www.francetvinfo.fr/societe/droits-des-femmes/loi-sur-l-avortement-de-simone-veil-un-texte-au-depart-provisoire-devenu-emblematisque_2262709.html)
- (9) Code de la santé publique. Chapitre II : Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. (Articles L2212-1 à L2212-11) - Légifrance [Internet]. [cité le 21 décembre 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- (10) Vilain A. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. Etudes et résultats. 2020 ;1163 :1-7.
- (11) Ministère des solidarités et de la santé. IVG et mesures exceptionnelles en période COVID-19 [Internet]. [cité le 01 avril 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ivg-et-covid-19>

- (12) Journal officiel. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination [Internet]. [cité le 31 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- (13) HAS. Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse [Internet]. 2010 [cité le 21 décembre 2020]. Disponible sur : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- (14) HAS. Interruption volontaire de grossesse, mise à jour du 11 mars 2021 [internet]. [cité le 11 octobre 2021]. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour)
- (15) Communiqué de presse de Olivier Veran. Confinement : Le Gouvernement mobilisé pour maintenir l'accès à l'IVG dans les meilleures conditions [Internet]. 2020 [cité le 1 avril 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/confinement-le-gouvernement-mobilise-pour-maintenir-l-acces-a-l-ivg>
- (16) Gironde Le département. L'IVG médicamenteuse. Gironde Mag. 2019 ;126 :30-31.
- (17) RPNA, ARS. Programme régional d'accès à l'IVG en Nouvelle Aquitaine [Internet]. 2019 [cité le 26 avril 2021]. Disponible sur [www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr](http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr)
- (18) 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.
- (19) Heath J, Mitchell N, Fletcher J. A comparison of termination of pregnancy procedures: Patient choice, emotional impact and satisfaction with care. *Sexual & Reproductive Healthcare*. mars 2019;19:42-9.
- (20) Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception*. 1 avr 2012;85(4):394-7.
- (21) Lim-Bougherra F. Vécu de femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse en cabinet de médecine générale : approche qualitative. Thèse de médecine, Rouen : Université de Rouen ;2014.
- (22) Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires. Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées. Thèse de médecine, Toulouse : Université Toulouse III ;2015.
- (23) Dorengon H. Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire. Thèse de médecine, Créteil : Université Paris Est Créteil ;2016.
- (24) 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. Thèse de médecine, Rennes : Université de Rennes ;2019.

- (25) Dorier M. Expériences vécues de femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste. Etude qualitative et mise en perspective auprès de 13 femmes dans le Languedoc-Roussillon. Thèse de médecine, Montpellier : Université de Montpellier ;2019.
- (26) Roques L. Quel est le vécu des femmes qui réalisent une IVG médicamenteuse en ambulatoire par un médecin généraliste. Thèse de médecine, Montpellier : Université de Montpellier ;2019.
- (27) Hy E. Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale. Thèse de médecine, Montpellier : Université de Montpellier ;2020.
- (28) Nouvellon M. Parcours de soin et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes. Thèse de médecine, Marseille : Université Aix-Marseille ; 2018.
- (29) Breard H. Etude de la satisfaction des patientes sur la prise en charge des IVG en Haute-Normandie en fonction du terme et de la méthode. Thèse de médecine, Rouen : Université de Rouen ; 2019.
- (30) Opatowski M, Bardy F, David P, 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. Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie. 2017 ;45 :22-27.
- (31) Beck F, Nguyen Thanh V, Richard J-B, Heard D, Renahy E. Usage d'Internet pour la sante parmi les 15-30 ans. Les comportements de santé des jeunes. INPES. 2010 ; 159-175.
- (32) Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: approches qualitative et quantitative. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2003 ; 51( 6) :631-647.
- (33) Battistel M N, Muschotti C. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. 2020 [citéle 4 octobre 2021]. Disponible sur [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information#)
- (34) Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Revue française des affaires sociales. 2011 ;1 :116-147.
- (35) Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France. Recommandation pour la pratique clinique : interruption volontaire de grossesse, 2016
- (36) Aléx L, Hammarström A. Women's experiences in connection with induced abortion-a feminist perspective. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004;(18):160-8.

- (37) Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1552-1567.
- (38) Wylomanski S, Winer N. Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* Dec 2016 ;45(10) :1477-1489.
- (39) Mathieu M, Ruault L. Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix.* 2014 ; 107 :33-59.
- (40) Poll A. Quels sont les déterminants qui amènent les femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG par méthode médicamenteuse au domicile ? Etude qualitative en Ile de France. Thèse de médecine, Paris : Université Sorbonne ; 2019.
- (41) ARS. Rapport d'activité réseau REVHO [Internet]. 2017 [cité le 28 septembre 2021]. Disponible sur : [http://revho.fr/wp-content/uploads/2018/04/RA-REVHO-2017\\_v\\_grand-public-1.pdf](http://revho.fr/wp-content/uploads/2018/04/RA-REVHO-2017_v_grand-public-1.pdf)
- (42) Bianchi-Demicheli F. Conséquences psychiatriques et psychologiques de l'interruption de grossesse. *Revue médicale Suisse.* 2007 ;3 :401-407.
- (43) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- (44) Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques [Internet]. 2019 [cité le 03 octobre 2021]. Disponible sur [https://drees.shinyapps.io/Cartographie\\_des\\_indicateurs/](https://drees.shinyapps.io/Cartographie_des_indicateurs/)
- (45) Zibaut Z. Identification des freins rencontrés par les médecins généralistes pour la réalisation en cabinet de ville de l'IVG médicamenteuse en Loire Atlantique et en Vendée. Thèse de médecine, Orléans : Université de Nantes ; 2020.
- (46) Soufflet H. Impact d'une formation des professionnels de santé à l'IVG médicamenteuse, sur la prise en charge et l'orientation des patientes en midi-pyrénées. Thèse de médecine, Toulouse : Université Toulouse III ; 2016.
- (47) Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012;17(4):260-269.
- (48) Association Agapa [Internet]. [cité le 11 octobre 2021]. Disponible sur <https://association-agapa.fr/>

## 9. Annexes

### 9.1 Annexe 1 : Loi Veil

18 Janvier 1975	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE	739
<b>LOIS</b>		
<b>LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975</b> <b>relative à l'interruption volontaire de la grossesse (1).</b>		
L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté, Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :		
<b>TITRE I<sup>er</sup></b>		
Art. 1 <sup>er</sup> . — La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.		
Art. 2. — Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation publique ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.		
<b>TITRE II</b>		
Art. 3. — Après le chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé « Interruption volontaire de la grossesse ».		
Art. 4. — La section I du chapitre III bis du titre I <sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :		
<b>SECTION I</b>		
<i>Interruption volontaire de la grossesse</i> <i>pratiquée avant la fin de la dixième semaine.</i>		
« Art. L. 162-1. — La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.		
Loi n° 75-17	TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)	
Assemblée nationale :		
	Projet de loi n° 1287 ;	
	Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1334) ;	
	Discussion les 26, 27 et 28 novembre 1974 ;	
	Adoption le 28 novembre 1974.	
Sénat :		
	Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 114 (1974-1975) ;	
	Rapport de M. Jean Mézard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 120 (1974-1975) ;	
	Discussion les 13 et 14 décembre 1974 ;	
	Adoption le 14 décembre 1974.	
Assemblée nationale :		
	Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1406 ;	
	Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1417) ;	
	Discussion et adoption le 19 décembre 1974.	
Sénat :		
	Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 166 (1974-1975) ;	
	Rapport de M. Mézard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 167 (1974-1975) ;	
	Discussion et adoption le 19 décembre 1974.	
Assemblée nationale :		
	Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1460 ;	
	Rapport de M. Berger, au nom de la commission mixte paritaire (n° 1467) ;	
	Discussion et adoption le 20 décembre 1974.	
Sénat :		
	Rapport de M. Jean Mézard, au nom de la commission mixte paritaire, n° 171 (1974-1975) ;	
	Discussion et adoption le 20 décembre 1974.	
	Décision de Conseil constitutionnel en date du 15 janvier 1975, publiée au Journal officiel du 18 janvier 1975.	
	« Art. L. 162-2. — L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.	
	« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation publique ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.	
	« Art. L. 162-3. — Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :	
	« 1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;	
	« 2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :	
	« a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;	
	« b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article 162-4.	
	« Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.	
	« Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.	
	« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.	
	« Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.	
	« Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.	
	« Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.	
	« Art. L. 162-6. — En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.	
	« L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.	
	« Art. L. 162-7. — Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.	
	« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.	
	« Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.	
	« Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.	
	« Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.	
	« Art. L. 162-9. — Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.	

« Art. L. 162-10. — Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.

« Art. L. 162-11. — L'interruption de grossesse n'est autorisée pour une femme étrangère que si celle-ci justifie de conditions de résidence fixées par voie réglementaire.

« Les femmes célibataires étrangères âgées de moins de dix-huit ans doivent en outre se soumettre aux conditions prévues à l'article L. 162-7. »

Art. 5. — La section II du chapitre III bis du titre I<sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

#### SECTION II

##### *Interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique.*

« Art. 162-12. — L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« L'un des deux médecins doit exercer son activité dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 176 et l'autre être inscrit sur une liste d'experts près la Cour de cassation ou près d'une cour d'appel.

« Un des exemplaires de la consultation est remis à l'intéressée; deux autres sont conservés par les médecins consultants.

« Art. L. 162-13. — Les dispositions des articles L. 162-2 et L. 162-8 à L. 162-10 sont applicables à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour motif thérapeutique. »

Art. 6. — La section III du chapitre III bis du titre I<sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée :

#### SECTION III

##### *Dispositions communes.*

« Art. L. 162-14. — Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent chapitre. »

#### TITRE III

Art. 7. — I. — L'intitulé de la section I du chapitre V du livre II du code de la santé publique est modifié comme suit :

#### SECTION I

*Etablissements d'hospitalisation recevant des femmes enceintes.*

II. — A l'article L. 176 du code de la santé publique les mots « une clinique, une maison d'accouchement ou un établissement privé » sont remplacés par les mots « un établissement d'hospitalisation privé ».

III. — L'article L. 178 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« Art. L. 178. — Le préfet peut, sur rapport du médecin inspecteur départemental de la santé prononcer le retrait de l'autorisation prévue à l'article L. 176 si l'établissement cesse de remplir les conditions fixées par le décret prévu audit article ou s'il contrevient aux dispositions des articles L. 162-6 (2<sup>e</sup> alinéa) et L. 162-9 à L. 162-11. »

IV. — Il est introduit dans le code de la santé publique un article L. 178-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 178-1. — Dans les établissements visés à l'article L. 176 le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées chaque année ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux.

« Tout dépassement entraînera la fermeture de l'établissement pendant un an. En cas de récidive, la fermeture sera définitive. »

Art. 8. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'avortement volontaire, effectué dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre I<sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique, ne peuvent excéder les tarifs fixés en application de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

Art. 9. — Il est ajouté au titre III, chapitre VII du code de la famille et de l'aide sociale un article L. 181-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 181-2. — Les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au chapitre III bis du titre I<sup>er</sup> du livre II du code de la santé publique sont pris en charge dans les conditions fixées par décret. »

Art. 10. — L'article L. 647 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 647. — Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2 000 à 20 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'interruption de grossesse, même licite, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, sauf dans les publications réservées aux médecins et aux pharmaciens, auront fait de la propagande ou de la publicité directe ou indirecte concernant soit les établissements dans lesquels sont pratiquées les interruptions de grossesse, soit les médicaments, produits et objets ou méthodes destinés à procurer ou présentés comme de nature à procurer une interruption de grossesse.

« En cas de provocation, de propagande ou de publicité au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie. »

Art. 11. — Les dispositions du titre II de la présente loi seront applicables tant que le titre I<sup>er</sup> restera en vigueur. L'application des articles L. 161-1, L. 650 et L. 759 du code de la santé publique est suspendue pour la même durée.

Art. 12. — Le début du deuxième alinéa de l'article 378 du code pénal est ainsi rédigé :

« Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance... »

(Le reste sans changement.)

Art. 13. — En aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. A cet effet, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de protection maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information.

Art. 14. — Chaque centre de planification ou d'éducation familiale constitué dans les centres de protection maternelle et infantile sera doté des moyens nécessaires pour informer, conseiller et aider la femme qui demande une interruption volontaire de grossesse.

Art. 15. — Les décrets pris pour l'application de la présente loi seront publiés dans un délai de six mois à compter de la date de sa promulgation.

Art. 16. — Le rapport sur la situation démographique de la France, présenté chaque année au Parlement par le ministre chargé de la population, en application de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967, comportera des développements sur les aspects socio-démographiques de l'avortement.

En outre, l'Institut national d'études démographiques analysera et publiera, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations prévues à l'article L. 162-10 du code de la santé publique.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 17 janvier 1975.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,  
JACQUES CHIRAC.

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur,  
MICHEL PONIATOWSKI.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,  
JEAN LECANUET.

Le ministre du travail,  
MICHEL DURAFOUR.

Le ministre de la santé,  
SIMONE VEIL.

## DÉCRETS, ARRÊTÉS ET CIRCULAIRES

### MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Décret portant admission à la retraite  
d'un maître des requêtes au Conseil d'Etat.

Par décret du Président de la République en date du 16 janvier 1975, M. Duraffeur (Paul), maître des requêtes au Conseil d'Etat, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Décret admettant un magistrat à faire valoir ses droits à la retraite.

Par décret du Président de la République en date du 17 janvier 1975, M. Momot (Robert), conseiller à la cour d'appel de Reims, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1<sup>er</sup> février 1975.

Décrets portant nomination de magistrats.

Par décret du Président de la République en date du 17 janvier 1975, vu l'avis du Conseil supérieur de la magistrature :

M. Boulay (Maurice), juge directeur du tribunal d'instance de Paris (14<sup>e</sup>), est nommé conseiller à la cour d'appel de Reims, en remplacement de M. Momot, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Sont nommées :

Juge directeur du tribunal d'instance de Paris (14<sup>e</sup>) : Mme Pons (Lucienne), épouse Cabannes, juge directeur du tribunal d'instance de Paris (15<sup>e</sup>), en remplacement de M. Boulay.

Juge directeur du tribunal d'instance de Paris (15<sup>e</sup>) : Mme Caillon (Jacqueline), épouse Poupard, juge au tribunal d'instance de Neuilly-sur-Seine, en remplacement de Mme Pons, épouse Cabannes.

Par décret du Président de la République en date du 17 janvier 1975, vu l'avis du Conseil supérieur de la magistrature, sont nommés juges au tribunal de grande instance de Nanterre (postes créés) :

M. Le Thuy Tayet (Philippe), juge au tribunal de grande instance de Cayenne (en surnombre).

M. Blanche-Barbat (Emile), juge au tribunal de grande instance de Pointe-à-Pitre, chargé du service du tribunal d'instance de Pointe-à-Pitre.

M. Payebien (Henri), juge au tribunal de grande instance de Chalon-sur-Saône, chargé du service du tribunal d'instance du Creusot.

Par décret du Président de la République en date du 17 janvier 1975 :

M. Boulard (Henri), procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lisieux, est nommé substitut du procureur général près la cour d'appel d'Orléans, en remplacement de M. Dupla de Beysat, nommé premier substitut du procureur de la République près le tribunal de grande instance de Nanterre.

M. Nesa (Ange), procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Hazebrouck, est nommé premier substitut du procureur de la République près le tribunal de grande instance de Lille, en remplacement de M. Ricard, détaché auprès du ministère de la défense afin d'exercer des fonctions judiciaires militaires.

Par décret du Président de la République en date du 17 janvier 1975, M. Testut (Jean), procureur de la République près le tribunal de grande instance de Péronne, est nommé substitut du procureur de la République près le tribunal de grande instance de Nanterre (poste créé).

### MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

Arrêtés conférant la médaille de la gendarmerie nationale.

Ces textes sont publiés au n° 2 du Bulletin officiel des décorations, médailles et récompenses paru ce jour.

Modification du décret n° 51-82 du 22 janvier 1951  
fixant le régime de solde des militaires à solde spéciale.

DÉCRET N° 75-18 DU 15 JANVIER 1975

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la défense et du ministre de l'économie et des finances,

Vu la loi n° 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires ;

Vu le décret n° 51-82 du 22 janvier 1951 fixant le régime de solde des militaires à solde spéciale, modifié notamment par le décret n° 74-328 du 18 avril 1974,

Décrète :

Art. 1<sup>er</sup>. — L'article 1<sup>er</sup> du décret du 22 janvier 1951 susvisé est remplacé par les dispositions suivantes :

Article 1<sup>er</sup>.

Le tarif de la solde spéciale allouée aux militaires, hommes du rang, accomplissant la durée légale du service actif est fixé par arrêté conjoint du ministre de la défense et du ministre de l'économie et des finances.

Art. 2. — Le ministre de la défense et le ministre de l'économie et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française et prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1975.

Fait à Paris, le 15 janvier 1975.

JACQUES CHIRAC.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la défense,  
JACQUES SOUFFLET.

Le ministre de l'économie et des finances,  
JEAN-PIERRE FOURCADE.

# INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)

———— Dossier-guide ————





---

## Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>LE PREMIER TEMPS : LA CONSULTATION D'INFORMATION</b>	<b>6</b>
<b>LE DEUXIÈME TEMPS : LE RECUEIL DU CONSENTEMENT</b>	<b>8</b>
<b>LE TROISIÈME TEMPS : LA RÉALISATION DE L'IVG</b>	<b>10</b>
L'IVG instrumentale	11
L'IVG médicamenteuse	12
<b>LE QUATRIÈME TEMPS : LA CONSULTATION DE CONTRÔLE</b>	<b>15</b>
<b>LA CONTRACEPTION APRÈS UNE IVG</b>	<b>17</b>
La prescription d'une contraception	17
Le choix d'une contraception	18
La mise en place de la contraception	18
Où trouver des informations complémentaires sur la contraception ?	19
<b>ANNEXES</b>	<b>21</b>

---

## INTRODUCTION

---

Le droit à l'avortement est un acquis majeur des femmes et le fruit d'un long combat pour disposer de leur corps. L'annexe 5 de ce document rappelle les différentes étapes qui ont abouti à garantir ce droit par la loi.

Qu'elle soit majeure ou mineure, toute femme enceinte ne souhaitant pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de celle-ci. Seule la femme concernée peut en faire la demande.

Une interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être pratiquée avant la fin de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse, ce qui correspond à la fin de la 14<sup>e</sup> semaine après le début des dernières règles (14 semaines d'aménorrhée).



Afin que les délais soient respectés, il est important, lorsque la décision de recourir à une IVG est prise, d'engager les démarches rapidement.

Deux techniques sont possibles pour réaliser une IVG :

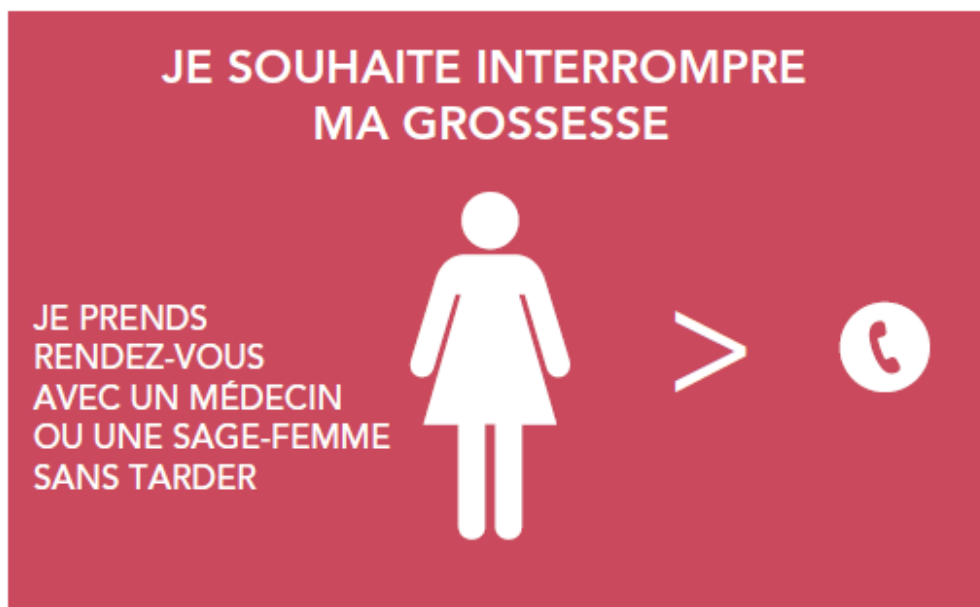
- la **méthode instrumentale** : elle ne peut être pratiquée que par un médecin ;
- la **méthode médicamenteuse** : elle peut être pratiquée par un médecin ou une sage-femme.

Il est à noter que l'ensemble des frais liés à l'IVG est remboursé à 100 % par l'assurance maladie (annexe 2).

Comme le prévoit la réglementation en vigueur, ce guide a pour objet de vous accompagner dans votre choix et de vous fournir les informations nécessaires à la réalisation d'une IVG.

Des informations sont également accessibles :

- au numéro national anonyme et gratuit « Sexualités – Contraception – IVG » : 0800 08 11 11.
- dans les centres de planification ou d'éducation familiale ou dans les établissements d'information, de consultation et de conseil familial. Les adresses et les coordonnées de ces structures, établies par département figurent sur : [www.ivg.social-sante.gouv.fr](http://www.ivg.social-sante.gouv.fr).
- sur le site Internet du ministère des Affaires sociales et de la Santé : [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr).



Si vous souhaitez interrompre votre grossesse, vous pouvez prendre rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme :

- dans un cabinet de ville ;
- dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), ou un centre de santé ;
- dans un établissement de santé (hôpital ou clinique).



**Attention aux délais pour l'IVG**, notamment si celle-ci est prévue dans un établissement de santé.

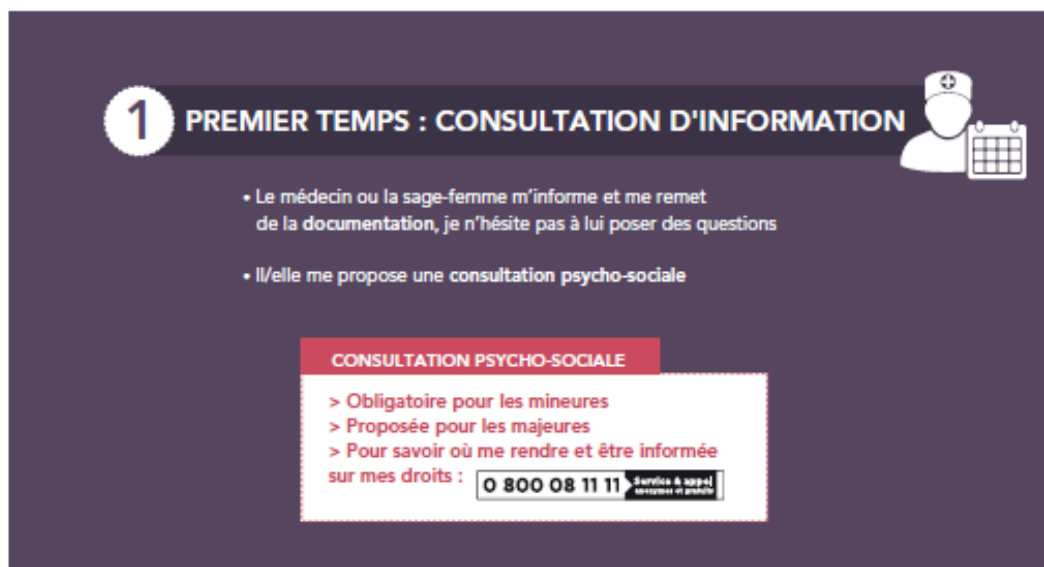
Tous les établissements de santé publics ou privés ne pratiquent pas les deux techniques d'IVG (instrumentale et médicamenteuse). Il est important de s'informer le plus tôt possible auprès de l'établissement choisi ou au numéro national anonyme et gratuit « Sexualités – Contraception – IVG » : 0800 08 11 11.

Certains établissements sont surchargés et les délais peuvent être très longs. Il est nécessaire d'en tenir compte pour prendre rendez-vous.

---

## LE PREMIER TEMPS : LA CONSULTATION D'INFORMATION

---



**1 PREMIER TEMPS : CONSULTATION D'INFORMATION**

- Le médecin ou la sage-femme m'informe et me remet de la documentation, je n'hésite pas à lui poser des questions
- Il/elle me propose une consultation psycho-sociale

**CONSULTATION PSYCHO-SOCIALE**

- > Obligatoire pour les mineures
- > Proposée pour les majeures
- > Pour savoir où me rendre et être informée sur mes droits :

**0 800 08 11 11** Service à appel gratuit

### Au cours de cette consultation :

- Vous faites votre demande d'IVG.
- Vous recevez ce dossier guide et des informations orales :
  - sur les différentes méthodes d'IVG : instrumentale et médicamenteuse (voir « la réalisation de l'IVG », page 10) ;
  - sur les lieux de réalisation et notamment la possibilité de choix dont vous disposez :
    - pour une IVG instrumentale : en établissement de santé (hôpital, clinique) ou dans un centre de santé habilité,
    - pour une IVG médicamenteuse : en établissement de santé (hôpital, clinique), dans un cabinet de ville, dans un centre de planification ou dans un centre de santé ;
  - sur les risques et les effets secondaires possibles.

- Le médecin ou la sage-femme vous propose un **entretien psychosocial**. Il est **facultatif si vous êtes majeure, mais obligatoire si vous êtes mineure**.

Vous bénéficierez d'une écoute, d'un soutien psychologique, d'informations ou de conseils appropriés à votre situation. Ce moment d'écoute et de dialogue est important pour vous accompagner durant cette période parfois difficile.

#### **LA CONSULTATION PSYCHOSOCIALE PRÉALABLE À L'IVG**

Elle se déroule entre les deux temps préalables à l'IVG. Cette consultation est **facultative si vous êtes majeure, obligatoire si vous êtes mineure**.

Elle a lieu dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé, avec une personne qualifiée pour mener ces entretiens, dite « conseillère conjugale ».

Au cours de cette consultation, il vous sera proposé un accompagnement social et psychologique.

**Après cette consultation, vous disposez d'un délai de réflexion de 48 heures avant de remettre votre consentement écrit.**

---

## LE DEUXIÈME TEMPS : LE RECUEIL DU CONSENTEMENT

---

### 2 DEUXIÈME TEMPS : LE RECUEIL DU CONSENTEMENT



- Je décide avec mon médecin ou ma sage-femme de la méthode d'intervention en fonction de ma situation personnelle et des disponibilités des centres médicaux
- Je confirme ma demande d'IVG et remets mon consentement écrit
- S'il/elle ne pratique pas lui/elle-même l'IVG, il/elle me donne une liste de spécialistes
- Dans ce cas, il/elle me remet une attestation prouvant que je me suis bien conformée aux étapes préalables obligatoires

Il n'existe plus de délai de réflexion minimal entre le premier et le deuxième temps, sauf si vous avez choisi de bénéficier de l'entretien psychosocial. Après cet entretien, vous avez un délai de réflexion de 48 heures avant de remettre votre consentement écrit. L'entretien psychosocial est obligatoire si vous êtes mineure.

Si vous êtes majeure et que vous n'avez pas choisi de bénéficier de l'entretien psychosocial, vous prenez le temps de réflexion que vous jugez nécessaire pour votre décision, en tenant compte du délai légal pour la réalisation de l'IVG (12 semaines de grossesse).

À l'occasion de ce deuxième temps :

- Vous confirmez votre demande d'IVG par écrit et remettez votre consentement au médecin ou à la sage-femme.

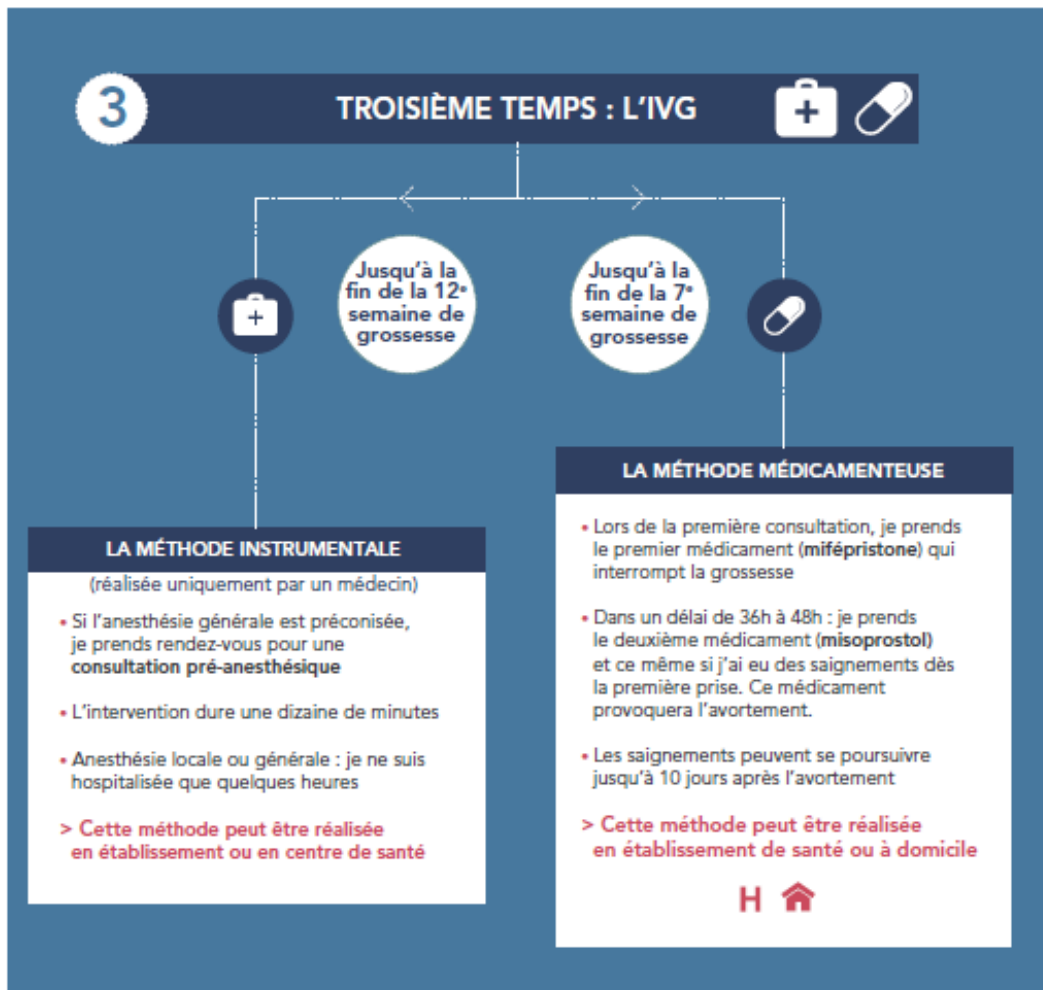
- Vous choisissez votre méthode d'IVG, ainsi que son lieu de réalisation.
- Il s'agit également d'un moment privilégié avec le médecin ou la sage-femme :
  - pour décider de la méthode contraceptive à mettre en place après l'IVG ;
  - pour vous faire prescrire, si besoin, un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le VIH, ainsi qu'un frottis cervico-vaginal.
- Lorsque le professionnel (médecin ou sage-femme) ne pratique pas lui-même l'IVG, il doit vous communiquer le nom d'un praticien ou d'une structure réalisant cet acte. Il vous restitue votre demande et vous remet une attestation prouvant que vous vous êtes bien conformée aux étapes préalables obligatoires (temps d'information et temps de remise du consentement).

#### LES AUTRES CONSULTATIONS MÉDICALES

Lorsque la technique envisagée nécessite une anesthésie autre que strictement locale, une consultation pré-anesthésique est obligatoire avant l'intervention.



## LE TROISIÈME TEMPS : LA REALISATION DE L'IVG



Il existe deux méthodes d'IVG :

- la méthode instrumentale ;
- la méthode médicamenteuse.

La technique utilisée dépend de votre choix, de vos attentes et du terme de votre grossesse. Vous pouvez effectuer ce choix avec l'aide du médecin ou de la sage-femme.

### **L'IVG instrumentale**

L'IVG instrumentale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse, soit 14 semaines après le début de vos dernières règles.

Elle est pratiquée uniquement par un médecin dans un établissement de santé ou un centre de santé autorisé.

Vous pouvez choisir une IVG instrumentale si vous préférez que l'intervention se déroule rapidement et en une seule fois.

### **Le déroulement de l'IVG instrumentale**

#### **La méthode**

L'IVG instrumentale consiste à aspirer le contenu de l'utérus après dilatation du col. L'ouverture du col utérin peut être facilitée par l'administration d'un médicament. Une canule de calibre adapté au stade de la grossesse est introduite par le médecin dans l'utérus pour aspirer le contenu utérin.

#### **L'anesthésie**

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. Vous choisissez, avec l'aide du médecin, le mode d'anesthésie le mieux adapté à votre situation.

#### **La réalisation**

Le plus souvent, une surveillance de quelques heures est suffisante dans l'établissement ou le centre de santé pour une IVG, même si elle est pratiquée sous anesthésie générale.

L'intervention dure une dizaine de minutes. Elle se déroule obligatoirement dans un bloc opératoire lorsque l'anesthésie générale est choisie.

Une contraception efficace est indispensable dès la réalisation de l'IVG. La méthode contraceptive que vous avez choisie vous sera prescrite avant la sortie.

## Quels troubles peuvent survenir lors d'une IVG instrumentale ?

Les complications immédiates sont rares :

- la survenue d'une hémorragie lors d'une IVG est un événement très rare ;
- la perforation de l'utérus lors d'une aspiration instrumentale est un événement exceptionnel.

Les complications après une IVG sont rares. Cependant, dans les jours suivant l'intervention, vous pouvez, dans certains cas, présenter :

- de la fièvre, avec une température supérieure à 38 °C ;
- d'importantes pertes de sang ;
- de fortes douleurs abdominales ;
- un malaise.

Si vous présentez l'un ou plusieurs de ces symptômes/signes, vous devez alors rapidement contacter l'établissement où a eu lieu votre IVG, car cela peut être un signe de complication.

## L'efficacité de la méthode

Le taux de réussite de la méthode instrumentale est de 99,7 %, le risque d'échec est donc très faible.

## L'IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 5<sup>e</sup> semaine de grossesse, soit au maximum 7 semaines après le début des dernières règles dans un cabinet de ville, un centre de planification ou d'éducation familiale, ou un centre de santé.

En ville, seuls les médecins ou les sages-femmes ayant conclu une convention avec un établissement de santé sont habilités à pratiquer des IVG médicamenteuses.

Cette date limite peut être prolongée jusqu'à 7 semaines de grossesse (soit 9 semaines après le début des dernières règles) dans le cas d'une prise en charge dans un établissement de santé (hôpital, clinique). Un protocole médicamenteux spécifique sera utilisé pour ce délai supplémentaire de 2 semaines.

L'IVG médicamenteuse est pratiquée :

- en établissement de santé (hôpital, clinique) ;
- en cabinet de ville, auprès d'un médecin ou d'une sage-femme agréés ;
- dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF) agréé ;
- dans un centre de santé agréé.

### Le déroulement de l'IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse consiste en la prise de deux médicaments :

#### 1. La prise de la mifépristone, à l'occasion d'une consultation avec un médecin ou une sage-femme.

Ce médicament **interrompt la grossesse**. Il 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.

À l'issue de cette première étape, il peut survenir des saignements plus ou moins importants.



Les saignements ne sont pas le signe que la grossesse est arrêtée. Il est donc indispensable de prendre le 2<sup>e</sup> médicament.

La méthode contraceptive choisie peut vous être prescrite lors de cette consultation.

#### 2. La prise du misoprostol, entre 36 h et 48 h plus tard.

Ce médicament est pris soit à domicile, soit à l'occasion d'une consultation. Il augmente les contractions et provoque l'IVG. Les contractions utérines induisent des douleurs qui ressemblent à celles des règles, parfois plus fortes (douleurs pelviennes) et qui peuvent être réduites grâce à la prescription d'antalgiques.

Les saignements peuvent se produire très vite après la prise du misoprostol, mais parfois plus tardivement :

- dans 60 % des cas, l'IVG intervient dans les 4 heures suivant la prise du misoprostol ;
- dans 40 % des cas, l'IVG aura lieu dans les 24 à 72 heures suivant la prise du misoprostol.

Les saignements durent généralement une quinzaine de jours.  
Cette méthode ne nécessite ni anesthésie ni intervention chirurgicale.

### **Quels troubles peuvent survenir lors d'une IVG médicamenteuse ?**

Les événements immédiats indésirables les plus fréquents sont :

- des douleurs pelviennes pour lesquelles le médecin ou la sage-femme vous prescrit des antalgiques ;
- des saignements ;
- des troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée.

Dans les jours suivant l'IVG, vous pouvez, dans certains cas, présenter notamment :

- de la fièvre, avec une température supérieure à 38 °C ;
- des pertes très abondantes de sang ;
- de très fortes douleurs abdominales ;
- un malaise.

Si vous présentez l'un ou plusieurs de ces symptômes/signes, vous devez alors rapidement contacter le professionnel qui vous a pris en charge pour l'IVG, car cela peut être un signe de complication.



Le mémo pratique *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile* figurant en annexe 3 de ce dossier vous accompagne tout au long de cette démarche et vous détaille les symptômes à surveiller.

### **L'efficacité de la méthode**

Le taux de succès de la méthode médicamenteuse est d'environ 95 %.

---

## LE QUATRIÈME TEMPS : LA CONSULTATION DE CONTRÔLE

---

**4** QUATRIÈME TEMPS : CONSULTATION DE CONTRÔLE

> **OBLIGATOIRE**  
Afin de m'assurer de la réussite du processus et de l'absence de complications.

Entre 14 et 21 jours plus tard

**+** **CONSULTATION PSYCHOSOCIALE**  
Si j'en ressens le besoin

Une **visite de contrôle** est absolument nécessaire après l'IVG. Elle permet de s'assurer que la grossesse est bien interrompue et qu'il n'existe pas de complication.

Elle doit intervenir entre le 14<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour après l'IVG, parfois plus tôt selon les circonstances cliniques.

- Dans le cadre de l'IVG instrumentale, c'est le médecin qui réalise cette consultation.
- Dans le cadre de l'IVG médicamenteuse, elle a lieu au cabinet du médecin ou de la sage-femme de ville ou en établissement de santé.

Lors de la consultation de contrôle, le médecin ou la sage-femme vérifie que vous disposez d'une contraception adaptée à votre situation.

Il/elle vous propose également de bénéficier d'un entretien psychosocial si vous le souhaitez.



Dans les deux cas (IVG médicamenteuse ou instrumentale), si votre groupe sanguin est rhésus négatif, vous recevrez une injection de gamma-globulines anti-D pour éviter des complications lors d'une prochaine grossesse. Pensez à vous munir de votre carte de groupe sanguin.



---

## LA CONTRACEPTION APRÈS UNE IVG

---



La possibilité d'une nouvelle grossesse existe immédiatement après une IVG. Aussi est-il nécessaire d'utiliser un moyen contraceptif juste après l'intervention.

Les consultations médicales réalisées pour effectuer une IVG vous permettent de recevoir une information détaillée sur les méthodes contraceptives disponibles et d'échanger avec le médecin ou la sage-femme pour choisir la contraception qui vous convient. Une grossesse pouvant survenir rapidement, la méthode contraceptive choisie sera mise en place dès que possible après la réalisation de l'IVG.

### La prescription d'une contraception

Peuvent prescrire une contraception après une IVG :

- les médecins ;
- les sages-femmes.

Les centres de planification ou d'éducation familiale délivrent à titre gratuit des médicaments ou objets contraceptifs aux mineures désirant garder le secret et aux personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale.

Pour la jeune femme mineure d'au moins 15 ans, l'ensemble du parcours contraceptif réalisé chez un médecin libéral ou une sage-femme (consultations<sup>1</sup>, examens biologiques), ainsi que la délivrance des moyens de contraception pris en charge par l'assurance maladie sont gratuits et protégés par le secret, si la mineure le souhaite.

1. Une consultation par an et une consultation de suivi la première année d'accès à la contraception. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.



## **Le choix d'une contraception**

Afin de vous aider dans votre choix, les différentes méthodes contraceptives disponibles sont rappelées en annexe 4.

Aucune méthode n'est contre-indiquée après une IVG, sauf le dispositif intra-utérin (DIU), en cas d'épisode infectieux lors de l'IVG. Par ailleurs, les moyens de contraception nécessitant des manipulations vaginales (anneau vaginal, cape cervicale, etc.) ne sont pas recommandés immédiatement après l'intervention, pendant le premier cycle suivant l'IVG.

## **La mise en place de la contraception**

La contraception est mise en place dès la réalisation de l'IVG.

Un dispositif intra-utérin (au cuivre ou à la progestérone) peut être posé immédiatement après la réalisation de l'IVG instrumentale (sauf en cas d'épisode infectieux) ou lors de la visite de contrôle pour une IVG médicamenteuse.

Une contraception hormonale, œstroprogestative (pilule, patch transdermique) ou progestative (pilule, implant) peut être débutée :

- le jour même ou le lendemain d'une IVG instrumentale ;
- le jour de la prise de misoprostol – prise du 2<sup>e</sup> médicament – pour une IVG médicamenteuse.

Les préservatifs masculins peuvent être utilisés dès la reprise des rapports sexuels. Ce sont les seuls contraceptifs qui protègent des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH-Sida.

## LA CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence réduit le risque de grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé (absence de contraception, oubli de pilule, rupture de préservatif...).

Son utilisation doit rester occasionnelle ; elle ne peut remplacer une contraception régulière.

L'efficacité de la contraception d'urgence est maximale si elle est prise dans les quelques heures qui suivent le rapport, et au plus tard dans les 5 jours.

Il existe deux types de contraception d'urgence :

- la contraception d'urgence hormonale, accessible sans ordonnance en pharmacie. Elle est gratuite et délivrée de façon anonyme pour les mineures ;
- le dispositif intra-utérin au cuivre, sur prescription médicale (médecin, sage-femme).

La contraception d'urgence hormonale n'est pas fiable à 100%. Si malgré son utilisation, vous observez un retard de règles et qu'une grossesse a lieu, il est important de consulter un médecin ou une sage-femme.

### Où trouver des informations complémentaires sur la contraception ?

- Après des centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ainsi que des établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF). Les coordonnées de ces structures, établies par département, sont disponibles sur les sites Internet mentionnés ci-dessous.

- Auprès du numéro national anonyme et gratuit « Sexualités – Contraception – IVG » : 0 800 08 11 11.
- Sur les sites Internet suivants :
  - [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) : ce site vous aide à choisir la méthode de contraception qui vous convient le mieux en fonction de votre mode de vie et de votre situation personnelle ;
  - [www.ivg.social-sante.gouv.fr](http://www.ivg.social-sante.gouv.fr) : ce site vous apporte les informations utiles concernant les IVG et la contraception après une IVG.

---

**ANNEXES**

---

<b>Annexe 1</b>	
Spécificité de l'IVG chez la jeune femme mineure	21
<b>Annexe 2</b>	
Les forfaits IVG	23
<b>Annexe 3</b>	
Mémo pratique sur l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile	26
<b>Annexe 4</b>	
Les moyens de contraception	35
<b>Annexe 5</b>	
Les références législatives et réglementaires	37

---

## SPÉCIFICITÉ DE L'IVG CHEZ LA JEUNE FEMME MINEURE

---

La loi permet à toute femme enceinte, y compris mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse, de demander à un médecin ou une sage-femme son interruption.

Si vous êtes mineure, vous devez demander cette intervention vous-même, en dehors de la présence de toute autre personne.

### **Avec le consentement des parents**

Vous pouvez choisir de demander le consentement à l'un de vos parents ou à votre représentant légal et être ainsi accompagnée par un de ces proches dans votre démarche d'IVG.

### **Sans le consentement des parents**

Si vous voulez garder le secret vis-à-vis de vos parents ou si leur consentement n'est pas obtenu (refus des parents de donner leur consentement ou impossibilité de contacter l'un d'entre eux), l'IVG ainsi que les actes médicaux – notamment l'anesthésie et les soins qui leur sont liés – sont pratiqués à votre seule demande. Dans ces situations, vous devez vous faire accompagner dans votre démarche par une personne majeure de votre choix.

Si vous êtes mineure et que vous en faites la demande, vous pourrez bénéficier de l'anonymat total pour pratiquer un avortement et ce, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG que vous aurez choisi.

### **Pour que l'IVG soit pratiquée :**

Vous devez détenir les documents attestant de la réalisation des démarches obligatoires :

- l'attestation, remise par le médecin ou la sage-femme, qui précise que vous vous êtes conformée aux **étapes médicales préalables** obligatoires (temps d'information et temps de remise du consentement) ;
- l'attestation de **consultation psychosociale** ;
- **votre confirmation écrite de demande d'IVG** ;
- **le consentement écrit de votre père ou de votre mère** (ou de votre représentant légal), **ou une attestation désignant le choix de l'adulte accompagnant** si vous êtes mineure et que vous ne disposez pas de ce consentement.

### **La prise en charge financière de l'IVG pour les mineures**

Les dispositions légales prévoient, pour les femmes mineures non émancipées et sans consentement parental, une prise en charge totalement anonyme et gratuite de l'IVG.

Que l'IVG soit médicamenteuse ou instrumentale, aucune demande de paiement ne sera donc faite pour :

- les consultations préalables à l'IVG ;
- les examens complémentaires permettant notamment la datation de la grossesse (analyses de sang, échographies, etc.) ;
- la consultation pré-anesthésique si nécessaire ;
- les frais de soins et d'hospitalisation pour les IVG pratiquées dans un établissement de santé ou les frais liés à la réalisation des IVG médicamenteuses pratiquées par un médecin ou une sage-femme hors établissement de santé (consultations de remise des médicaments, consultation de contrôle, médicaments).

### LES FORFAITS IVG

Les frais relatifs à l'IVG à proprement parler sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, l'ensemble des examens associés à l'IVG sont eux aussi intégralement remboursés.

L'IVG est prise en charge à 100 % dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais pour :

- les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental ;
- les femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire ;
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME).

#### Coût des examens réalisés en ville

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, les coûts associés aux examens nécessaires à la réalisation d'une IVG peuvent intégralement être pris en charge en ville. Ces examens peuvent être réalisés en ville, que l'IVG soit effectuée en ville ou à l'hôpital.

Ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin ou d'une sage-femme associés aux codes suivants :

Code prestation	Examens concernés	Tarifs à partir du 1 <sup>er</sup> avril 2016
FPB	Analyses biologiques avant l'IVG	69,12 €
FUB	Contrôles biologiques après l'IVG	17,28 €
IPE	Vérification échographique avant l'IVG	35,65 €

Le médecin ou la sage-femme pourra également facturer, lors de la consultation de contrôle (après l'IVG), une échographie de contrôle (consultation et échographie = 30,24 €).



## Annexe 2

Les laboratoires de biologie médicale et d'imagerie ne peuvent pas pratiquer de dépassement tarifaire sur ces actes.

### **Coût de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville**

L'IVG médicamenteuse en médecine de ville (cabinet médical, centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale) est remboursée par l'assurance maladie à 100 %, avec des tarifs fixés par arrêté à chaque étape.

Le médecin ou la sage-femme qui réalise l'ensemble d'une IVG facture chacune de ces étapes, pour une rémunération forfaitaire qui représente entre 187,92 € et 193,16 €.

Ce forfait comprend :

- la consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG. Cette consultation peut être remboursée à 100 % en ville, même si l'IVG est ensuite réalisée à l'hôpital ;
- les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle (au cours de laquelle le médecin ou la sage-femme peut choisir de réaliser un contrôle par échographie) ;
- l'éventuelle injection d'anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est Rh-négatif.

### **Coût de l'IVG médicamenteuse en établissement de santé**

L'IVG médicamenteuse en établissement de santé (hôpital, clinique) est remboursée par l'assurance maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire fixé entre 192.75 € et 282.91 €.

Ce prix comprend :

- les analyses de laboratoire préalables à l'IVG ;
- l'échographie préalable à l'IVG ;
- la consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG, si celle-ci n'a pas été réalisée en ville ;
- les deux consultations médicales de prise des médicaments, les médicaments et la consultation médicale de contrôle (au cours de laquelle le médecin ou la sage-femme peut choisir de réaliser un contrôle par échographie) ;



## Annexe 2

- l'éventuelle injection d'anticorps anti-D pour les femmes dont le rhésus sanguin est Rh-négatif ;
- l'analyse de contrôle biologique après l'IVG.

Les examens biologiques et les échographies intervenant avant et après l'IVG peuvent être réalisés, sur prescription médicale, par des laboratoires en ville et être remboursés à 100 %.

### **Coût de l'IVG instrumentale**

L'IVG instrumentale est remboursée par l'assurance maladie à 100 % sur la base d'un tarif forfaitaire variable de 463,25 € à 664,05 € en fonction de l'établissement de santé (hôpital ou clinique ou centre de santé), du type d'anesthésie (locale ou générale) et de la durée de l'hospitalisation.

Ce prix comprend :

- la consultation médicale de remise de consentement, préalable à l'IVG, si celle-ci n'a pas été réalisée en ville ;
- les analyses préalables à l'IVG ;
- l'anesthésie locale ou générale et la consultation pré-anesthésique si besoin, l'acte d'IVG et la surveillance, l'accueil et l'hébergement ;
- la consultation médicale de contrôle (au cours de laquelle le médecin peut choisir de réaliser un contrôle par échographie).

Le forfait journalier n'est pas facturable.

## Annexe 3

# MÉMO PRATIQUE SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE



EN SAVOIR +

[WWW.IVG.GOUV.FR](http://WWW.IVG.GOUV.FR)

## Annexe 3

### INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE

Mémo pratique



## Annexe 3

---

### Sommaire

---

IVG, PLUSIEURS SOLUTIONS EXISTENT .....	p. 3
1 - COMMENT SE PASSE L'IVG MÉDICAMENTEUSE ? .....	p. 4
2 - QUAND S'INQUIÉTER ET QUOI FAIRE ? .....	p. 6
3 - ET APRÈS, QUEL SUIVI ? .....	p. 7

*Sources :*

*L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes)  
Le Mouvement français pour le planning familial  
L'Association nationale des centres d'IVG et de contraception  
Le Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO)*

### 1 - COMMENT SE PASSE L'IVG MÉDICAMENTEUSE ?

Deux médicaments différents sont à prendre à 36 h/48 h d'intervalle : la **mifépristone**, puis le **misoprostol**. Ces médicaments vous sont remis par le médecin ou la sage-femme.

#### ► **Le jour où vous prenez le 1<sup>er</sup> médicament (mifépristone) et le lendemain**

Il n'y a pas habituellement de réactions importantes après la prise de ce médicament. Vous pouvez saigner un peu. Très rarement vous pouvez saigner plus abondamment avec quelques douleurs. N'hésitez pas à prendre les **antidouleurs** que le médecin ou la sage-femme vous a prescrits. Si cela ne cesse pas, consultez votre médecin ou votre sage-femme. Vous pouvez mener vos activités normalement.

#### ► **Le jour où vous prenez le 2<sup>e</sup> médicament (misoprostol)**

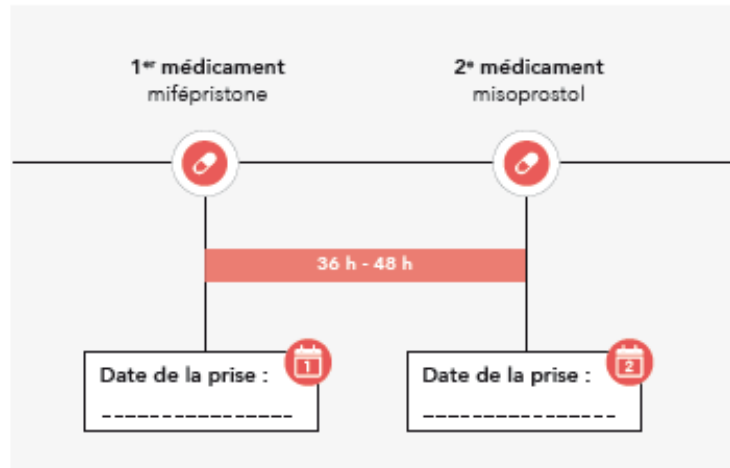
Même si vous avez déjà saigné après la prise du premier médicament, il est **indispensable** de prendre le second comme prévu. En effet, le 1<sup>er</sup> médicament a bloqué la grossesse. C'est le 2<sup>e</sup> médicament qui provoque les contractions et l'avortement. Il est donc nécessaire de le prendre.

Les saignements peuvent être plus abondants que les règles. Cela peut s'accompagner de douleurs, comme des douleurs de règles ou plus fortes.

**Des effets indésirables** sont possibles : nausées ou vomissements, parfois des diarrhées, une poussée de fièvre à 38 °C. Ces symptômes ne durent que quelques heures.

L'avortement se produit le plus souvent dans les **4 heures** qui suivent la prise de ce 2<sup>e</sup> médicament. Il aura lieu parfois plus tardivement (jusqu'à 3 jours).

## Annexe 3



### POUR METTRE TOUTES LES CHANCES DE VOTRE CÔTÉ :

- ✓ Ne pas prévoir de voyage ou d'événement important pendant 3 jours car si l'avortement se produit souvent rapidement, dans d'autres cas il aura lieu dans les 3 jours.
- ✓ S'installer confortablement à la maison ou chez une personne de confiance.
- ✓ Ne pas être seule pour avoir une aide en cas de besoin.
- ✓ Si vous avez des enfants, prévoir quelqu'un pour s'en occuper pendant les quelques heures qui suivent la prise du deuxième médicament.
- ✓ Prendre les médicaments antidouleurs que le médecin vous a prescrits avant d'avoir mal, selon les conseils de l'ordonnance.
- ✓ Éviter de prévoir un déplacement professionnel ou la reprise d'activités de loisirs avant la visite de suivi.

### 2 - QUAND S'INQUIÉTER ET QUOI FAIRE ?

- Si vous avez vomi moins de 30 minutes après la prise des médicaments **▶ Recontactez le centre ou le médecin ou la sage-femme qui vous a prise en charge pour l'IVG.**
- Si vous avez des saignements trop importants c'est-à-dire si vous devez changer de serviette hygiénique toutes les 30 minutes (serviette taille maxi) pendant plus de deux heures de suite **▶ Allez aux urgences qui vous ont été recommandées par le médecin ou la sage-femme avec votre fiche de liaison, et si possible votre carte vitale.**
- Si vous avez très mal malgré les antidouleurs prescrits **▶ Consultez le médecin ou la sage-femme qui vous a prise en charge pour l'IVG ou allez aux urgences directement.**
- Si vous avez de la fièvre dans les jours qui suivent la deuxième prise de médicament **▶ Consultez le médecin ou la sage-femme qui vous a prise en charge pour l'IVG.**
- Si vous n'avez pas saigné ou peu dans les 3 jours après la deuxième prise de médicament **▶ Consultez le médecin ou la sage-femme qui vous a prise en charge pour l'IVG (sans attendre la visite de suivi prévue).**

En cas d'inquiétude, contactez en premier lieu le médecin ou la sage-femme qui vous a prise en charge pour l'IVG au numéro : .....

En cas d'urgence, contactez :

- l'établissement de santé recommandé par votre médecin ou la sage-femme

- le numéro .....

- l'adresse .....

- le 112 ou le 15

---

### 3 - ET APRÈS, QUEL SUIVI ?


---

► **La visite de suivi**

Il est normal de saigner pendant une quinzaine de jours, parfois jusqu'à la visite de suivi.

**Cette visite est indispensable** car elle permet de vérifier que la grossesse est bien interrompue, et qu'il n'y a pas besoin de geste complémentaire. En effet, dans un nombre très faible de cas, la grossesse peut continuer d'évoluer malgré des saignements importants.

Le rendez-vous est prévu 14 à 21 jours après l'IVG

J'ai rendez-vous le : 

-----

► **Le mois suivant**

Si vous n'avez pas de règles ou de saignements 4 à 6 semaines après la réalisation de l'IVG, prenez contact avec le centre, le médecin ou la sage-femme qui vous a prise en charge pour l'IVG.

**RESTEZ VIGILANTE**

Une grossesse est possible dès le premier mois qui suit l'avortement. C'est pourquoi il est primordial de parler contraception le plus tôt possible avec votre médecin ou votre sage-femme, qui saura vous conseiller sur la méthode la plus adaptée à votre mode de vie.

Toutes les informations à ce sujet sur le site :  
[www.choisirmacontraception.fr](http://www.choisirmacontraception.fr)



## Annexe 3

# IVG

**MON CORPS, MON CHOIX, MON DROIT**

**EN SAVOIR +**

**WWW.IVG.GOUV.FR**

**0 800 08 11 11** Service & appel  
anonymes et gratuits





Sexualités - Contraception - IVG

Numéro accessible en métropole et dans les DOM  
le lundi de 9 h à 22 h et du mardi au samedi de 9 h à 20 h.







## LES MOYENS DE CONTRACEPTION

## LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>DIU (Dispositif Intra-Utérin)</b> Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.</p>	<p>DIU au cuivre : 30,50 €. DIU hormonal : entre 10,33 et 11,87 €. Remboursé à 65 %.</p> <p>Gratuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ;</li> <li>• pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</li> </ul>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PILULE CONTRACEPTIVE</b> Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées oestroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules oestroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>De 1,28 à 1,68 €/mois pour les pilules remboursées à 65 % (c'est-à-dire les pilules de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> générations). Les autres sont à tarification libre.</p> <p>Gratuites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ;</li> <li>• pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</li> </ul>	<p>Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.</p>
 <p><b>PATCH CONTRACEPTIF</b> Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4<sup>e</sup> semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode oestroprogestative car il contient deux types d'hormones : un oestroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 13 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>IMPLANT CONTRACEPTIF</b> Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>106,32 €. Remboursé à 65 %.</p> <p>Gratuit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les mineures : en pharmacie<sup>2</sup> et sans condition d'âge dans les CPEF<sup>3</sup> ;</li> <li>• pour les non-assurées sociales : dans les CPEF<sup>3</sup>.</li> </ul>	<p>Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016. <sup>2</sup> Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. <sup>3</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.




## Annexe 4

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR?
 <p><b>ANNEAU VAGINAL</b> Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4<sup>e</sup> semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son utilisation sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.</p>	<p>Environ 16 €/mois. Non remboursé.</p>	<p>Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE</b> Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dième très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.</p>	<p>Environ 61 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale non remboursée.</p>	<p>Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser. Délivré sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF<sup>2</sup>. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.</p>
 <p><b>PRÉSÉRATIF MASCULIN</b> En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en maintenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>2</sup> et les CeGIDD<sup>3</sup>.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur Internet.</p>
 <p><b>PRÉSÉRATIF FÉMININ</b> Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).</p>	<p>Environ 8,30 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF<sup>2</sup> et les CeGIDD<sup>3</sup>.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie et sur Internet.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

<sup>2</sup> Centres de planification et d'éducation familiale.

<sup>3</sup> Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST.

LA MÉTHODE	PRIX <sup>1</sup>	COMMENT L'OBTENIR ?
 <p><b>SPERMICIDES</b> Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovale qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.</p>	<p>Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.</p>	<p>Sans ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>PROGESTATIFS INJECTABLES</b> Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.</p>	<p>Chaque dose coûte 3,4 €. Remboursés à 65 %.</p>	<p>Sur ordonnance en pharmacie.</p>
 <p><b>LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE</b> Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site <a href="http://www.chositsacontraception.fr">www.chositsacontraception.fr</a> ou <a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a> rubrique « Contraception » (voir le livret d'information <a href="#">Sterilisation à visée contraceptive</a>).</p>	<p>Remboursés à 80 %.</p>	<p>L'intervention ne peut être réalisée : • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.</p>

<sup>1</sup> Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.



Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

---

### LES RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

---

#### **IVG : un droit garanti par la loi**

La loi (article L. 2212-1 du Code de la santé publique) permet à **toute femme enceinte**, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de celle-ci. Seule la femme concernée peut en faire la demande.

Ce droit est garanti par la loi. L'entrave à l'IVG constitue un délit puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.

#### **2016**

- 26 janvier

La loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine. Elle permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé des IVG instrumentales.

#### **2014**

- 4 août

La loi n° 2014-873 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 et étend le délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG.

#### **2001**

- 4 juillet

La loi n° 2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception réforme les lois Neuwirth sur la contraception (1967) et Veil sur l'IVG (1975), allonge le délai légal de 10 à 12 semaines de grossesse et assouplit les conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures.

## Annexe 5

### 2000

- 13 décembre  
Promulgation de la loi n° 2000-1209 relative à la contraception d'urgence.

### 1993

- 27 janvier  
La loi n° 93-121 crée, notamment, un délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse et supprime la pénalisation de l'auto-avortement.

### 1982

- 31 décembre  
La loi n° 82-1172 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure instaure la prise en charge par l'État des dépenses engagées par l'assurance maladie au titre des IVG.

### 1979

- 31 décembre  
La loi n° 79-1204 sur l'IVG rend définitives les dispositions de la loi de 1975 qui supprime notamment certaines entraves à la réalisation de l'IVG.

### 1975

- 17 janvier  
La loi n° 75-17 autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dite « loi Veil » est adoptée pour une période de cinq ans.

### 1974

- 4 décembre  
Loi portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, qui libéralise la contraception et élargit le dispositif de la loi de 1967 : notamment le remboursement de la contraception par la Sécurité sociale et suppression de l'autorisation parentale pour les mineures (loi n° 74-1026).

## Annexe 5

- 13 novembre - 20 décembre

Après une longue procédure législative, le projet de loi sur l'interruption volontaire de grossesse, présenté en Conseil des ministres le 13 novembre, est adopté le 20 décembre par l'Assemblée nationale.

La loi autorise l'IVG dans un délai de 10 semaines, sur simple demande à un médecin; elle laisse la possibilité à tout médecin ou à tout établissement hospitalier privé de refuser de donner suite à une demande d'IVG; elle s'efforce de limiter les IVG à des cas de nécessité et d'empêcher qu'elles ne deviennent un moyen de réguler les naissances; elle ne prévoit pas le remboursement par la Sécurité sociale, mais une prise en charge sur demande au titre de l'aide médicale.

### 1967

- 28 décembre

La loi n° 67-1176 relative à la régulation des naissances, dite «loi Neuwirth», autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs, leur vente exclusive en pharmacie sur ordonnance médicale, avec autorisation parentale pour les mineures, et interdit toute publicité commerciale ou propagande anti-nataliste.

Rédaction : DGS • Conception : Éditions Dicom • juin 2018

### 9.3 Annexe 3 : questionnaires

Questionnaire destiné aux patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile :

## QUESTIONNAIRE

ETUDE QUANTITATIVE SUR LE VECU DES FEMMES AYANT BENEFICIE D'UNE IVG  
MÉDICAMENTEUSE EN AMBULATOIRE : DIFFERENCES ENTRE UNE PRISE EN CHARGE A  
DOMICILE ET A L'HOPITAL

Madame, le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur votre vécu de  
l'interruption volontaire de grossesse.

Ce questionnaire est anonyme et une fois rempli vous pourrez le déposer en toute discrétion  
dans la boîte prévue à cet effet lors de votre consultation de contrôle.

Les informations restent ainsi strictement confidentielles et anonymes.

Elles seront utilisées dans le cadre d'une thèse de médecine générale pour la réalisation d'une  
étude dont le but est de chercher s'il existe des différences dans le vécu des femmes selon si  
l'IVG est réalisée à domicile ou en structure de soin.

L'intérêt de cette étude est de faire ressortir des pistes pour améliorer le vécu des femmes qui  
bénéficient d'un IVG.

Je vous remercie par avance de votre participation à ce projet.

Sophie Galvagnon

Pour toutes questions relatives à ce questionnaire, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse  
suivante : questionnaire.sudgironde@gmail.com



- 1) Quel âge avez-vous ?
- moins de 18 ans
  - de 18 à 24 ans
  - de 25 à 29 ans
  - de 30 à 40 ans
  - plus de 40 ans
- 2) Aviez-vous déjà réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG) auparavant ?
- oui
  - non
- Si oui, de quelle(s) méthode(s) aviez-vous bénéficié ?
- IVG chirurgicale
  - IVG médicamenteuse à l'hôpital
  - IVG médicamenteuse à domicile
- 3) Comment avez-vous obtenu les informations pour bénéficier d'une IVG (plusieurs réponses possibles) :
- Par mon gynécologue
  - Par mon médecin généraliste (ou son remplaçant)
  - J'ai appelé directement un centre réalisant les IVG
  - J'ai fait des recherches sur internet
  - Par les conseils d'un proche
  - J'avais déjà bénéficié d'une IVG et j'ai rappelé la même structure
  - Je me suis rendue dans un service d'urgences
  - Autre (à compléter) : .....
- 4) Qu'avez-vous pensé de l'accès aux informations pour bénéficier d'une IVG ?
- Très facile d'obtenir des informations
  - Facile d'obtenir des informations
  - Difficile d'obtenir des informations
  - Très difficile d'obtenir des informations
- 5) Lors de votre première consultation vous a-t-on expliqué les différentes méthodes possibles pour réaliser une IVG (médicamenteuse à domicile, médicamenteuse à l'hôpital, chirurgicale) ?
- Oui
  - Non
- 6) Qu'avez-vous pensé de la qualité des informations qui vous ont été données sur les méthodes d'IVG ?
- Informations parfaitement claires
  - Informations plutôt claires
  - Informations peu compréhensibles
  - Informations incompréhensibles
  - Pas d'information donnée
- 7) Avez-vous pu choisir la méthode et le lieu de réalisation de votre IVG ?
- Oui
  - Pas complètement
  - Non
- Si oui, pensez-vous avoir bénéficié des informations dont vous aviez besoin pour choisir votre méthode d'IVG ?
- Oui
  - Non
- 8) Combien de temps s'est-il écoulé entre le premier contact pour la demande d'IVG et la réalisation de l'IVG ?
- Moins de 4 jours
  - Entre 4 et 7 jours
  - Plus d'une semaine
- 9) Que pensez-vous de ce délai ?
- Trop court
  - Adapté
  - Trop long

10) Combien de personnes différentes avez-vous rencontré lors de votre parcours (médecin, sage-femme, infirmière, échographiste, psychologue...)?

- Un seul intervenant
- 2 ou 3 intervenants
- 4 ou 5 intervenants
- Plus de 5 intervenants

11) Que pensez-vous de ce nombre d'intervenants ?

- C'est trop
- C'est adapté
- Ce n'est pas assez
- Je n'ai pas d'avis sur la question

12) Avez-vous bénéficié d'une échographie avant la réalisation de l'IVG ?

- Oui
- Non

Si oui, quel(s) mot(s) décrit(vent) le mieux ce que vous avez ressenti au moment de l'échographie ? (plusieurs réponses possibles)

- Soulagement
- Culpabilité
- Tristesse
- Gêné vis-à-vis de l'utilisation la sonde endovaginale (par voie naturelle)
- Mal à l'aise devant l'attitude de l'échographiste
- Rassurée par l'attitude de l'échographiste
- Autre (à compléter) : .....

13) Pour quelles raisons avez-vous choisi la méthode médicamenteuse à domicile ? (plusieurs réponses possibles)

- Pour pouvoir continuer à gérer le quotidien de la maison
- Pour ne pas devoir aller à l'hôpital
- Pour vivre ce moment seule
- Pour être uniquement entourée des proches que j'avais choisi pour m'accompagner
- Pour être dans un lieu familier
- Pour ne pas ressentir le jugement du personnel soignant d'un établissement de santé
- Pour être accompagnée par mon médecin généraliste
- Je n'ai pas eu le choix
- Autre (à compléter) : .....

14) Comment qualifieriez-vous l'accompagnement du (ou des) médecin(s) entre la prise des médicaments et l'expulsion ?

- Accompagnement parfaitement adapté à mon besoin
- Accompagnement adapté à mon besoin
- Accompagnement peu adapté à mon besoin
- Accompagnement non adapté à mon besoin
- Absence d'accompagnement

15) Avez-vous été accompagnée par un proche entre la prise des médicaments et le moment de l'expulsion ?

- Oui
- Non

Si oui, comment qualifieriez-vous l'accompagnement par votre entourage entre la prise des médicaments et l'expulsion ?

- Accompagnement parfaitement adapté à mon besoin
- Accompagnement plutôt adapté à mon besoin
- Accompagnement peu adapté à mon besoin
- Accompagnement non adapté à mon besoin

16) Comment qualifieriez-vous les informations que vous avez reçues concernant le moment de l'expulsion (les symptômes possibles, les signes devant vous alerter, la conduite à tenir en cas de douleur...)?

- Pas d'information donnée
- Informations données insuffisantes
- Informations données suffisantes
- Parfaitement informée de ce qui pouvait arriver

- 17) Quel est l'élément qui, pour vous, a confirmé l'efficacité de l'IVG ?
- Le moment de l'expulsion m'a assuré de l'efficacité de l'IVG
  - Les prises de sang de contrôle (avec la diminution des Beta HCG)
  - L'échographie de contrôle (si elle a été réalisée)
- 18) Vous a-t-on proposé un suivi psychologique au cours de votre parcours ?
- Oui
  - Non
- 19) Que pensez-vous de ce type de suivi ?
- C'est indispensable
  - Cela peut être utile
  - C'est inutile
  - Je n'ai pas d'avis
- 20) Quel est votre avis concernant la consultation qui a lieu après l'IVG ?
- Indispensable pour toutes les femmes
  - Utile pour certaines femmes seulement
  - Inutile
- 21) Comment qualifieriez-vous l'attitude du personnel soignant durant l'ensemble de votre parcours ?
- Parfaitement adapté à mes besoins
  - Plutôt adapté à mes besoins
  - Peu adapté à mes besoins
  - Pas du tout adapté à mes besoins
- 22) Durant votre parcours d'IVG quels sont les facteurs qui ont eu l'impact le plus important sur votre vécu (plusieurs réponses possibles) ?
- Difficulté à trouver la structure pour la réalisation de l'IVG
  - Délai trop important entre la prise de contact et la réalisation de l'IVG
  - Délai de réflexion trop court entre la première consultation et la prise des médicaments
  - Nombre trop important d'interlocuteurs
  - Réalisation d'une échographie avant l'IVG
  - Manque de bienveillance de certains professionnels de santé
  - Manque de disponibilité des professionnels de santé
  - Jugement négatif de l'entourage familial et/ou amical
  - Aucun facteur négatif
  - Autre (à compléter) : .....
- 23) Si vous en aviez la possibilité, choisiriez-vous une autre méthode d'IVG ?
- Oui
  - Non
- 24) Qu'est ce qui selon vous pourrait améliorer le vécu des femmes au cours d'une IVG médicamenteuse ?
- .....
- .....
- .....
- .....

Merci de votre participation

Questionnaire destiné aux patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à l'hôpital :

## QUESTIONNAIRE

ETUDE QUANTITATIVE SUR LE VECU DES FEMMES AYANT BENEFICIE D'UNE IVG  
MEDICAMENTEUSE EN AMBULATOIRE : DIFFERENCES ENTRE UNE PRISE EN CHARGE A  
DOMICILE ET A L'HOPITAL

Madame, le but de ce questionnaire est de recueillir des informations sur votre vécu de  
l'interruption volontaire de grossesse.

Ce questionnaire est anonyme et une fois rempli vous pourrez le déposer en toute discrétion  
dans la boîte prévue à cet effet lors de votre consultation de contrôle.

Les informations restent ainsi strictement confidentielles et anonymes.

Elles seront utilisées dans le cadre d'une thèse de médecine générale pour la réalisation d'une  
étude dont le but est de chercher s'il existe des différences dans le vécu des femmes selon si  
l'IVG est réalisée à domicile ou en structure de soin.

L'intérêt de cette étude est de faire ressortir des pistes pour améliorer le vécu des femmes qui  
bénéficient d'un IVG.

Je vous remercie par avance de votre participation à ce projet.

Sophie Galvagnon

Pour toutes questions relatives à ce questionnaire, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse  
suivante : [questionnaire.sudgironde@gmail.com](mailto:questionnaire.sudgironde@gmail.com)

- 1) Quel âge avez-vous ?
- moins de 18 ans
  - de 18 à 24 ans
  - de 25 à 29 ans
  - de 30 à 40 ans
  - plus de 40 ans
- 2) Aviez-vous déjà réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG) auparavant ?
- oui
  - non
- Si oui, de quelle(s) méthode(s) aviez-vous bénéficié ?
- IVG chirurgicale
  - IVG médicamenteuse à l'hôpital
  - IVG médicamenteuse à domicile
- 3) Comment avez-vous obtenu les informations pour bénéficier d'une IVG (plusieurs réponses possibles):
- Par mon gynécologue
  - Par mon médecin généraliste (ou son remplaçant)
  - J'ai appelé directement un centre réalisant les IVG
  - J'ai fait des recherches sur internet
  - Par les conseils d'un proche
  - J'avais déjà bénéficié d'une IVG et j'ai rappelé la même structure
  - Je me suis rendue dans un service d'urgences
  - Autre (à compléter) : .....
- 4) Qu'avez-vous pensé de l'accès aux informations pour bénéficier d'une IVG ?
- Très facile d'obtenir des informations
  - Facile d'obtenir des informations
  - Difficile d'obtenir des informations
  - Très difficile d'obtenir des informations
- 5) Lors de votre première consultation vous a-t-on expliqué les différentes méthodes possibles pour réaliser une IVG (médicamenteuse à domicile, médicamenteuse à l'hôpital, chirurgicale) ?
- Oui
  - Non
- 6) Qu'avez-vous pensé de la qualité des informations qui vous ont été données sur les méthodes d'IVG ?
- Informations parfaitement claires
  - Informations plutôt claires
  - Informations peu compréhensibles
  - Informations incompréhensibles
  - Pas d'information donnée
- 7) Avez-vous pu choisir la méthode et le lieu de réalisation de votre IVG ?
- Oui
  - Pas complètement
  - Non
- Si oui, pensez-vous avoir bénéficié des informations dont vous aviez besoin pour choisir votre méthode d'IVG ?
- Oui
  - Non
- 8) Combien de temps s'est-il écoulé entre le premier contact pour la demande d'IVG et la réalisation de l'IVG ?
- Moins de 4 jours
  - Entre 4 et 7 jours
  - Plus d'une semaine
- 9) Que pensez-vous de ce délai ?
- Trop court
  - Adapté
  - Trop long

- 10) Combien de personnes différentes avez-vous rencontré lors de votre parcours (médecin, sage-femme, infirmière, échographiste, psychologue...) ?
- Un seul intervenant
  - 2 ou 3 intervenants
  - 4 ou 5 intervenants
  - Plus de 5 intervenants
- 11) Que pensez-vous de ce nombre d'intervenants ?
- C'est trop
  - C'est adapté
  - Ce n'est pas assez
  - Je n'ai pas d'avis sur la question
- 12) Quel(s) mot(s) décrit(vent) le mieux ce que vous avez ressenti au moment de l'échographie réalisée avant l'IVG ? (plusieurs réponses possibles)
- Soulagement
  - Culpabilité
  - Tristesse
  - Gêne vis-à-vis de l'utilisation la sonde endovaginale (par voie naturelle)
  - Mal à l'aise devant l'attitude de l'échographiste
  - Rassurée par l'attitude de l'échographiste
  - Autre (à compléter) : .....
- 13) Pour quelles raisons avez-vous choisi la méthode médicamenteuse à l'hôpital ? (plusieurs réponses possibles)
- Pour être entourée par le personnel soignant en cas de besoin
  - Pour ne pas associer mon lieu de vie à cet épisode
  - Pour que les autres membres du foyer ne partagent pas ce moment
  - Je n'ai pas eu le choix
  - Autre (à compléter) : .....
- 14) A l'hôpital, comment qualifieriez-vous l'accompagnement par les équipes soignantes entre la prise des médicaments et l'expulsion ?
- Accompagnement parfaitement adapté à mon besoin
  - Accompagnement adapté à mon besoin
  - Accompagnement peu adapté à mon besoin
  - Accompagnement non adapté à mon besoin
  - Absence d'accompagnement
- 15) Avez-vous été accompagnée par un proche entre la prise des médicaments et le moment de l'expulsion ?
- Oui
  - Non
- Si oui, comment qualifieriez-vous l'accompagnement par votre entourage entre la prise des médicaments et l'expulsion ?
- Accompagnement parfaitement adapté à mon besoin
  - Accompagnement plutôt adapté à mon besoin
  - Accompagnement peu adapté à mon besoin
  - Accompagnement non adapté à mon besoin
- 16) Comment qualifieriez-vous les informations que vous avez reçues concernant le moment de l'expulsion (les symptômes possibles, les signes devant vous alerter, la conduite à tenir en cas de douleur...) ?
- Pas d'information donnée
  - Informations données insuffisantes
  - Informations données suffisantes
  - Parfaitement informée de ce qui pouvait arriver
- 17) Quel est l'élément qui, pour vous, a confirmé l'efficacité de l'IVG ?
- Le moment de l'expulsion m'a assuré de l'efficacité de l'IVG
  - Les prises de sang de contrôle (avec la diminution des Beta HCG)
  - L'échographie de contrôle (si elle a été réalisée)

18) Vous a-t-on proposé un suivi psychologique au cours de votre parcours ?

- Oui
- Non

19) Que pensez-vous de ce type de suivi ?

- C'est indispensable
- Cela peut être utile
- C'est inutile
- Je n'ai pas d'avis

20) Quel est votre avis concernant la consultation qui a lieu après l'IVG ?

- Indispensable pour toutes les femmes
- Utile pour certaines femmes seulement
- Inutile

21) Comment qualifieriez-vous l'attitude du personnel soignant durant l'ensemble de votre parcours ?

- Parfaitement adapté à mes besoins
- Plutôt adapté à mes besoins
- Peu adapté à mes besoins
- Pas du tout adapté à mes besoins

22) Durant votre parcours d'IVG quels sont les facteurs qui ont eu l'impact le plus important sur votre vécu (plusieurs réponses possibles) ?

- Difficulté à trouver la structure pour la réalisation de l'IVG
- Délai trop important entre la prise de contact et la réalisation de l'IVG
- Délai de réflexion trop court entre la première consultation et la prise des médicaments
- Nombre trop important d'interlocuteurs
- Réalisation d'une échographie avant l'IVG
- Manque de bienveillance de certains professionnels de santé
- Manque de disponibilité des professionnels de santé
- Jugement négatif de l'entourage familial et/ou amical
- Aucun facteur négatif
- Autre (à compléter) : .....

23) Si vous en aviez la possibilité, choisiriez-vous une autre méthode d'IVG ?

- Oui
- Non

24) Qu'est-ce qui selon vous pourrait améliorer le vécu des femmes au cours d'une IVG médicamenteuse ?

.....  
.....  
.....  
.....

Merci de votre participation

**CNIL.**3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr**Cadre réservé à la CNIL**

N° d'enregistrement :

## DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

### 1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : GALVAGNON Sophie	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 13 BIS ROUTE DE TARTAVISAT	Code APE :
Code postal : 33650 Ville : MARTILLAC	Téléphone : 0677720478
Adresse électronique : SOPHIE.GALVAGNON@GMAIL.COM	Fax :

### 2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence
MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

### 3 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : GALVAGNON Sophie	
Service :	
Adresse : 13 BIS ROUTE DE TARTAVISAT	
Code postal : 33650 - Ville : MARTILLAC	Téléphone : 0677720478
Adresse électronique : SOPHIE.GALVAGNON@GMAIL.COM	Fax :

Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :



**4** Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : GALVAGNON Sophie

Date le :

Fonction : Médecin, Praticien

Adresse électronique : SOPHIE.GALVAGNON@GMAIL.COM

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL : 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

## 9.5 Annexe 5 : transcription des réponses aux questionnaires dans un tableau Excel

patientes domicile	age	atcd_IVG	atcd_IVG_chi	atcd_IVG_me	atcd_IVG_me	infos_gyneco	infos_MG
1	4	1	0	0	1	1	1
2	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	1
3	2	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
4	2	1	0	1	0	0	0
5	2	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
6	2	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
7	2	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	1	1
8	2	0 NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
9	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
10	3	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	1	1
11	3	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
12	3	1	0	0	1	1	0
13	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
14	4	1	0	0	1	0	0
15	3	1	0	0	1	0	1
16	2	0 NonApp	NonApp	NonApp	1	0	0
17	3	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
18	5	1	0	0	1	0	0
19	3	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
20	3	0 NonApp	NonApp	NonApp	1	0	0
21	3	1	0	0	1	1	0
22	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	1	0	0
23	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
24	3	1	0	1	0	1	0
25	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	1	0	0
26	4	1	0	0	1	0	0
27	5	1	1	0	0	1	1
28	2	1	0	0	1	0	0
hopital							
1h	2	1	1	1	0	1	0
2h	4	1	1	0	1	1	0
3h	4	1	1	0	0	0	1
4h	4	1	1	0	0	0	0
5h	4	1	1	0	0	1	0
6h	4	0 NonApp	NonApp	NonApp	0	0	0
7h	4	1	0	1	0	1	0
8h	4	1	1	0	0	0	0

infos_centre	infos_interne	infos_proche	infos_atcd	infos_urgenc	infos_autre	acces_infos	explications
0	0	0	0	0	0	1	
0	1	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	4	1
1	0	0	0	0	0	2	1
0	0	1	0	0	0	3	1
1	1	0	0	0	0	3	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	1	0	0	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	1	1
0	0	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	2	1
1	0	0	0	0	0	3	1
0	1	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	1	0	0	0	1	1
1	1	1	0	0	0	4	0
1	0	0	0	0	0	1	1
0	1	1	0	0	0	1	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	3	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	1	1	0	0	0	3	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	1	0	0	0	3	1
0	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	3	1
0	0	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	1	1
0	1	0	0	0	0	2	1
0	0	0	0	0	0	1	1
1	0	0	1	0	0	1	1

qualite_explic	choix_IVG	infos_necess	delai_IVG	avis_delai	nombre_intel	avis_nombre	echographie
	1	1	2	2	2	2	1
1	1	1	2	2	2	2	0
1	1	1	2	2	2	1	1
1	1	1	2	2	1	2	1
1	1	1	2	2	1	2	0
2	1	1	3	3	3	1	1
1	1	1	2	2	2	1	1
1	1	1	2	2	2	2	1
1	1	1	1	2	1	2	0
1	1	1	1	2	2	2	0
1	1	1	2	2	2	2	1
1	1	1	3	2	2	2	1
1	1	1	1	2	1	3	1
1	1	1	2	2	1	2	1
1	1	1	2	2	2	2	1
1	1	1	3	2	2	2	0
1	1	1	2	2	2	2	0
2	1	1	1	2	1	4	1
1	1	1	2	2	3	1	1
1	1	1	1	2	1	2	1
1	1	1	2	2	3	2	1
1	2	1	1	2	2	2	0
2	1	1	3	3	2	1	1
2	2	1	1	2	2	1	1
2	1	1	2	3	1	2	0
2	0 NonApp		3	3	3	1	1
2	1	1	2	2	2	1	1
1	1	1	2	1	1	2	0
1	1	1	3	2	1	2	1
2	2	1	3	3	2	2	0
1	1	1	1	2	2	2	1
2	2 NonApp		1	2	3	2	1
2	1	1	2	2	3	2	1
1	1	1	1	2	2	2	1
1	1	1	1	2	2	2	1
1	1	1	1	2	2	2	1
1	1	1	1	2	2	2	1
1	1	1	2	2	2	2	1
1	1	1	3	2	3	2	1

echo\_soulage echo\_culpabi echo\_tristess echo\_gene\_s echo\_gene\_a echo\_rassure echo\_autre gestion\_quot

	0	1	0	0	0	0	0	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	0
	0	1	1	0	0	1	0	0
	0	0	1	1	0	1	0	0
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	0
	0	0	0	0	1	0	0	0
	0	1	1	0	0	0	0	1
	0	0	0	0	1	0	0	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1
	0	1	1	0	1	0	0	1
	0	1	1	0	1	0	0	0
	0	0	1	0	0	0	0	0
	0	1	1	1	1	0	0	0
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	0
	0	0	1	0	1	0	0	0
	0	0	0	1	0	0	0 gène par rap	0
	0	0	1	0	0	1	0	1
	0	0	1	0	0	1	0	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	0
	0	1	1	0	0	0	0	1
	0	1	0	0	0	1	0	0
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1
	0	0	1	0	0	0	0	0
	0	1	1	0	0	1	colère	0
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	0
	0	1	1	0	0	0	0	0
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	0
	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	0	NonApp
	0	0	0	0	1	0	0	NonApp
	1	0	0	0	0	1	0	NonApp

pas\_d\_hopita seule      proches\_choi lieu\_familier ne\_pas\_resse accompagner methode\_imj raisons\_autre

	1	0	1	1	0	0	0 pas utile d'all	
	1	1	0	1	0	0	0	0
	1	0	1	0	0	0	0	0
	1	1	1	1	0	0	0	0
	0	0	1	1	0	0	0	0
	0	0	0	0	1	0	0	0
	0	1	0	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	1	0	0
	1	0	1	0	0	0	0	0
	1	1	0	1	0	0	0	0
	0	0	1	1	0	0	0	0
	1	1	0	0	1	0	0	0
	0	1	0	0	0	0	0	0
	0	0	1	0	0	0	0	0
	1	0	0	0	0	0	1	0
	0	0	0	1	0	0	0	0
	0	1	0	1	0	0	0 pour que ce s	0
	1	0	1	1	0	1	0	0
	0	0	0	0	0	0	0 pour que ce s	0
	1	0	0	0	1	0	0	0
	1	0	1	1	1	0	0	0
	1	0	1	1	0	0	0	0
	1	1	0	1	0	0	0	0
	1	0	1	0	1	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0 adapté à la pr	0
	1	1	0	1	0	0	0	0
	1	0	0	0	1	0	0	0
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp

proximite\_pe preserver\_do sans\_membri methode\_im raisons\_autre accompagner accompagner accompagner

NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	2
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	2
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	2
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	2
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	2
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	3	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	1	1
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	1	0 NonApp	
NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	NonApp	2	1	2
1	0	1	0	0	1	0 NonApp	
0	0	0	0	0	4	1	1
0	1	1	0	0	2	1	1
0	0	0	0 "maison"		1	1	1
1	0	0	0	0	2	1	1
1	0	0	0	0	1	0 NonApp	
1	0	0	0	0	1	1	1

infos\_expulsi confirmation\_suiivi\_psy suivi\_psy\_avi consultation\_attitude\_soig difficulte\_stri delai\_trop\_lo

4	2	0	2		1	0	0
3	2	0	2	1	1	0	0
3	1	0	2	1	2	1	0
4	2	1	2	1	2	0	0
2	2	0	2	1	1	0	0
3	2	1	2	2	2	1	1
1	2	0	1	1	1	0	0
4	2	1	2	1	1	0	0
4	2	1	2	1	1	0	0
4	2	0	2	1	1	0	0
4	2	0	2	1	1	0	0
3	2	0	4	1	1	0	0
3	1	0	1	1	1	1	0
4	1	0	2	2	1	0	0
4	2	1	2	1	1	1	0
3	2	0	2	1	2	0	0
4	2	0	2	2	2	1	0
2	2	1	2	1	1	0	0
3	2	0	2	1	1	0	0
4	2	1	1	1	1	0	0
3	1	1	2	1	2	1	1
2	2	0	4	1	2	0	0
4	2	0	2	2	1	1	1
2	2	0	1	1	3	0	1
4	2	1	1	1	1	1	0
4	2	0	2	1	1	1	0
4	2	1	2	2	1	0	0
4	2	0	4	1	1	1	0
4		0	4	1	1	0	0
2	3	0	1	1	3	0	0
4		1	1	1	2	0	1
3		0	4	1	1		
		0	4		1	0	0
3	2	1	2	1	1	0	0
4	1	1	2	1	1	0	0
4 "echec de l'iv		1	2	1	1	0	0



Variable	Modalité	Libellé
age	1	moins de 18 ans
age	2	de 18 à 24 ans
age	3	de 25 à 29 ans
age	4	de 30 à 40 ans
age	5	plus de 40 ans
atcd_IVG	1	oui
atcd_IVG	0	non
atcd_IVG_chir	1	oui
atcd_IVG_chir	0	non
atcd_IVG_med_hop	1	oui
atcd_IVG_med_hop	0	non
atcd_IVG_med_dom	1	oui
atcd_IVG_med_dom	0	non
infos_gyneco	1	oui
infos_gyneco	0	non
infos_MG	1	oui
infos_MG	0	non
infos_centre_IVG	1	oui
infos_centre_IVG	0	non
infos_internet	1	oui
infos_internet	0	non
infos_proche	1	oui
infos_proche	0	non
infos_atcd	1	oui
infos_atcd	0	non
infos_urgences	1	oui
infos_urgences	0	non
infos_autre		
acces_infos	1	très facile
acces_infos	2	facile
acces_infos	3	difficile
acces_infos	4	très difficile
explications_methodes	1	oui
explications_methodes	0	non
qualite_explications_IVG	1	informations parfaitement
qualite_explications_IVG	2	informations plutôt claires
qualite_explications_IVG	3	informations peu compréhensibles
qualite_explications_IVG	4	informations incompréhensibles
qualite_explications_IVG	5	pas d'information donnée
choix_IVG	1	oui
choix_IVG	2	pas complètement
choix_IVG	3	non
infos_necessaires	1	oui
infos_necessaires	0	non
delai_IVG	1	moins de 4 jours
delai_IVG	2	entre 4 et 7 jours
delai_IVG	3	plus d'une semaine
avis_delai	1	trop court
avis_delai	2	adapté

avis_delai	3 trop long
nombre_intervenants	1 un seul intervenant
nombre_intervenants	2 2 ou 3 intervenants
nombre_intervenants	3 4 ou 5 intervenants
nombre_intervenants	4 plus de 5 intervenants
avis_nombre_intervenant	1 trop d'intervenants
avis_nombre_intervenant	2 nombre d'intervenants ada
avis_nombre_intervenant	3 pas assez d'intervenants
avis_nombre_intervenant	4 pas d'avis sur la question
echographie	1 oui
echographie	0 non
echo_soulagement	1 oui
echo_soulagement	0 non
echo_culpabilite	1 oui
echo_culpabilite	0 non
echo_tristesse	1 oui
echo_tristesse	0 non
echo_gene_sonde	1 oui
echo_gene_sonde	0 non
echo_gene_attitude	1 oui
echo_gene_attitude	0 non
echo_rassuree	1 oui
echo_rassuree	0 non
echo_autre	
gestion_quotidien	1 oui
gestion_quotidien	0 non
pas_d_hopital	1 oui
pas_d_hopital	0 non
seule	1 oui
seule	0 non
proches_choisis	1 oui
proches_choisis	0 non
lieu_familier	1 oui
lieu_familier	0 non
ne_pas_ressentir_jugement	1 oui
ne_pas_ressentir_jugement	0 non
accompagnement_MG	1 oui
accompagnement_MG	0 non
methode_imposee_domicile	1 oui
methode_imposee_domicile	0 non
raisons_autre_domicile	
proximite_personnel_soignant	1 oui
proximite_personnel_soignant	0 non
preserver_domicile	1 oui
preserver_domicile	0 non
sans_membres_foyer	1 oui
sans_membres_foyer	0 non
methode_imposee_hopital	1 oui
methode_imposee_hopital	0 non
raisons_autre_hopital	



accompagnement_personnel_soignant_avis	1 parfaitement adapté au be:
accompagnement_personnel_soignant_avis	2 adapté au besoin
accompagnement_personnel_soignant_avis	3 peu adapté au besoin
accompagnement_personnel_soignant_avis	4 non adapté au besoin
accompagnement_personnel_soignant_avis	5 pas d'accompagnement réa
accompagnement_proche	1 oui
accompagnement_proche	0 non
accompagnement_proche_avis	1 parfaitement adapté au be:
accompagnement_proche_avis	2 adapté au besoin
accompagnement_proche_avis	3 peu adapté au besoin
accompagnement_proche_avis	4 non adapté au besoin
infos_expulsion	1 pas d'information donnée
infos_expulsion	2 informations insuffisantes
infos_expulsion	3 informations suffisantes
infos_expulsion	4 parfaitement informée
confirmation_efficacite	1 moment de l'expulsion
confirmation_efficacite	2 prises de sang de contrôle
confirmation_efficacite	3 échographie de contrôle
suivi_psy	1 oui
suivi_psy	0 non
suivi_psy_avis	1 indispensable
suivi_psy_avis	2 utile
suivi_psy_avis	3 inutile
suivi_psy_avis	4 pas d'avis sur la question
consultation_post_IVG	1 indispensable pour touyes l
consultation_post_IVG	2 utile pour certaines femme
consultation_post_IVG	3 inutile
attitude_soignants	1 parfaitement adapté au be:
attitude_soignants	2 plutôt adapté au besoin
attitude_soignants	3 peu adapté au besoin
attitude_soignants	4 pas du tout adapté au beso
difficulte_structure	1 oui
difficulte_structure	0 non
delai_trop_long	1 oui
delai_trop_long	0 non
delai_trop_court	1 oui
delai_trop_court	0 non
nombre_interlocuteurs	1 oui
nombre_interlocuteurs	0 non
echographie	1 oui
echographie	0 non
manque_bienveillance	1 oui
manque_bienveillance	0 non
manque_disponibilite	1 oui
manque_disponibilite	0 non
jugement_entourage	1 oui
jugement_entourage	0 non
aucun_facteur_negatif	1 oui
aucun_facteur_negatif	0 non
impact_autre	
autre_methode	1 oui
autre_methode	0 non
amelioration_vecu	



## 9.6 Annexe 6 : statistiques descriptives

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Âge de la patiente au moment duremplissage du questionnaire</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
moins de 18 ans	0 (0)	0 (0)
de 18 à 24 ans	8 (28.571)	1 (12.5)
de 25 à 29 ans	9 (32.143)	0 (0)
de 30 à 40 ans	9 (32.143)	7 (87.5)
plus de 40 ans	2 (7.143)	0 (0)
<b>Antécédents d'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	11 (39.286)	7 (87.5)
non	17 (60.714)	1 (12.5)
<b>Antécédent d'IVG chirurgicale</b>		
N (m.d. ; %)	11 (0 ; 0)	7 (0 ; 0)
oui	1 (9.091)	6 (85.714)
non	10 (90.909)	1 (14.286)
<b>Antécédents d'IVG médicamenteuse à l'hôpital</b>		
N (m.d. ; %)	11 (0 ; 0)	7 (0 ; 0)
oui	2 (18.182)	2 (28.571)
non	9 (81.818)	5 (71.429)
<b>Antécédents d'IVG médicamenteuse à domicile</b>		
N (m.d. ; %)	11 (0 ; 0)	7 (0 ; 0)
oui	8 (72.727)	1 (14.286)
non	3 (27.273)	6 (85.714)
<b>Informations pour bénéficier d'une IVG obtenues via leur gynecologue</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	11 (39.286)	4 (57.143)
non	17 (60.714)	3 (42.857)
<b>Informations pour bénéficier d'une IVG obtenues via leur médecin généraliste</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	8 (28.571)	1 (14.286)
non	20 (71.429)	6 (85.714)
<b>Informations pour bénéficier d'un IVG obtenues directement auprès d'un centre réalisant les IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	6 (21.429)	2 (28.571)
non	22 (78.571)	5 (71.429)

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Informations pour bénéficiaire d'une IVG obtenues en cherchant sur internet</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	10 (35.714)	0 (0)
non	18 (64.286)	7 (100)
<b>Informations pour bénéficiaire d'une IVG obtenues sur les conseils d'un proche</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	7 (25)	0 (0)
non	21 (75)	7 (100)
<b>Informations pour bénéficiaire d'une IVG obtenues auprès de la structure où la patiente a déjà bénéficié d'une IVG par le passé</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	0 (0)	1 (14.286)
non	28 (100)	6 (85.714)
<b>Informations pour bénéficiaire d'une IVG obtenues en se rendant dans un service d'urgences</b>		
N (m.d. ; %)	27 (1 ; 3.571)	7 (1 ; 12.5)
oui	0 (0)	0 (0)
non	27 (100)	7 (100)
<b>Accès aux informations pour bénéficiaire d'une IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
très facile	9 (32.143)	4 (50)
facile	11 (39.286)	3 (37.5)
difficile	6 (21.429)	1 (12.5)
très difficile	2 (7.143)	0 (0)
<b>Explications données concernant les différentes méthodes d'IVG possibles</b>		
N (m.d. ; %)	27 (1 ; 3.571)	8 (0 ; 0)
oui	26 (96.296)	8 (100)
non	1 (3.704)	0 (0)
<b>Qualité des informations données sur les méthodes d'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	27 (1 ; 3.571)	8 (0 ; 0)
informations parfaitement claires	19 (70.37)	6 (75)
informations plutôt claires	8 (29.63)	2 (25)
informations peu compréhensibles	0 (0)	0 (0)
informations incompréhensibles	0 (0)	0 (0)
pas d'information donnée	0 (0)	0 (0)

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Choix de la méthode et du lieu de réalisation de l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	27 (1 ; 3.571)	8 (0 ; 0)
oui	24 (88.889)	7 (87.5)
pas complètement	3 (11.111)	1 (12.5)
non	0 (0)	0 (0)
<b>Obtention des informations nécessaires pour le choix de la méthode</b>		
N (m.d. ; %)	26 (1 ; 3.704)	7 (0 ; 0)
oui	26 (100)	7 (100)
non	0 (0)	0 (0)
<b>Temps écoulé entre la demande et la réalisation de l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
moins de 4 jours	7 (25)	5 (62.5)
entre 4 et 7 jours	15 (53.571)	2 (25)
plus d'une semaine	6 (21.429)	1 (12.5)
<b>Avis de la patiente sur le délai entre la demande d'IVG et sa réalisation</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
trop court	1 (3.571)	0 (0)
adapté	22 (78.571)	8 (100)
trop long	5 (17.857)	0 (0)
<b>Nombre d'intervenants rencontrés par la patiente au cours du parcours IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
un seul intervenant	10 (35.714)	0 (0)
2 ou 3 intervenants	14 (50)	5 (62.5)
4 ou 5 intervenants	4 (14.286)	3 (37.5)
plus de 5 intervenants	0 (0)	0 (0)
<b>Avis de lapatiente sur lenombre d'intervenants rencontrés au cours de son parcours IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
trop d'intervenants	8 (28.571)	0 (0)
nombre d'intervenants adapté	18 (64.286)	8 (100)
pas assez d'intervenants	1 (3.571)	0 (0)
pas d'avis sur la question	1 (3.571)	0 (0)
<b>Réalisation d'un echographie avant l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	19 (67.857)	8 (100)
non	9 (32.143)	0 (0)

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Soulagement ressenti au moment de l'échographie</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	0 (0)	3 (37.5)
non	19 (100)	5 (62.5)
<b>Culpabilité ressentie au moment de l'échographie</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	10 (52.632)	3 (37.5)
non	9 (47.368)	5 (62.5)
<b>Tristesse ressentie au moment de l'échographie</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	14 (73.684)	3 (37.5)
non	5 (26.316)	5 (62.5)
<b>Gêne ressentie vis-à-vis de la sonde endo-vaginale au moment de l'échographie</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	3 (15.789)	1 (12.5)
non	16 (84.211)	7 (87.5)
<b>Mal à l'aise vis-à-vis de l'attitude de l'échographeur au moment de l'échographie</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	6 (31.579)	1 (12.5)
non	13 (68.421)	7 (87.5)
<b>Rassurée par l'attitude de l'échographeur au moment de l'échographie</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	6 (31.579)	4 (50)
non	13 (68.421)	4 (50)
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour pouvoir continuer à gérer le quotidien à la maison</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	10 (35.714)	-
non	18 (64.286)	-
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour ne pas devoir aller à l'hôpital</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	18 (64.286)	-
non	10 (35.714)	-
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour vivre ce moment seule</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	10 (35.714)	-
non	18 (64.286)	-

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour être uniquement entourée des proches choisis par la patiente</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	11 (39.286)	-
non	17 (60.714)	-
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour être dans un lieu familial</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	14 (50)	-
non	14 (50)	-
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour ne pas ressentir le jugement du personnel soignant d'un établissement de santé</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	6 (21.429)	-
non	22 (78.571)	-
<b>Méthode médicamenteuse à domicile choisie pour être accompagnée par son médecin généraliste</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	2 (7.143)	-
non	26 (92.857)	-
<b>Méthode médicamenteuse à domicile car la patiente n'a pas eu le choix</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	0 (0 ; NaN)
oui	1 (3.571)	-
non	27 (96.429)	-
<b>Méthode médicamenteuse à l'hopital choisie pour être entourée par le personnel soignant en cas de besoin</b>		
N (m.d. ; %)	0 (0 ; NaN)	7 (1 ; 12.5)
oui	-	4 (57.143)
non	-	3 (42.857)
<b>Méthode médicamenteuse à l'hopital choisie pour ne pas associer le lieu de vie à l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	0 (0 ; NaN)	7 (1 ; 12.5)
oui	-	1 (14.286)
non	-	6 (85.714)

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Méthode médicamenteuse à l'hopital choisie pour que les autres membres du foyer ne partagent pas ce moment</b>		
N (m.d. ; %)	0 (0 ; NaN)	7 (1 ; 12.5)
oui	-	2 (28.571)
non	-	5 (71.429)
<b>Méthode médicamenteuse à l'hopital car la patiente n'a pas eu le choix</b>		
N (m.d. ; %)	0 (0 ; NaN)	7 (1 ; 12.5)
oui	-	0 (0)
non	-	7 (100)
<b>Avis sur la qualité de l'accompagnement du médecin/personnel soignant entre la prise des médicaments et l'expulsion</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
parfaitement adapté au besoin	18 (64.286)	4 (57.143)
adapté au besoin	9 (32.143)	2 (28.571)
peu adapté au besoin	1 (3.571)	0 (0)
non adapté au besoin	0 (0)	1 (14.286)
pas d'accompagnement réalisé	0 (0)	0 (0)
<b>Accompagnement de la patiente par un proche entre la prise des médicaments et le moment de l'expulsion</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	19 (67.857)	5 (71.429)
non	9 (32.143)	2 (28.571)
<b>Avis sur la qualité de l'accompagnement du/ des proche(s) entre la prise des médicaments et l'expulsion</b>		
N (m.d. ; %)	19 (0 ; 0)	5 (1 ; 16.667)
parfaitement adapté au besoin	14 (73.684)	5 (100)
adapté au besoin	5 (26.316)	0 (0)
peu adapté au besoin	0 (0)	0 (0)
non adapté au besoin	0 (0)	0 (0)
<b>Qualité des informations reçues concernant le moment de l'expulsion</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
pas d'information donnée	1 (3.571)	0 (0)
informations insuffisantes	4 (14.286)	1 (14.286)
informations suffisantes	8 (28.571)	2 (28.571)
parfaitement informée	15 (53.571)	4 (57.143)



	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Element qui a confirmé l'efficacité de l'IVG pour la patiente</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	3 (5 ; 62.5)
moment de l'expulsion	4 (14.286)	1 (33.333)
prises de sang de contrôle	24 (85.714)	1 (33.333)
echographie de contrôle	0 (0)	1 (33.333)
<b>Proposition d'un suivi psychologique à la patiente</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
oui	10 (35.714)	4 (50)
non	18 (64.286)	4 (50)
<b>Avis de la patiente concernant un suivi psychologique durant l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
indispensable	5 (17.857)	2 (25)
utile	20 (71.429)	3 (37.5)
inutile	0 (0)	0 (0)
pas d'avis sur la question	3 (10.714)	3 (37.5)
<b>Avis de la patiente concernant la consultation post IVG</b>		
N (m.d. ; %)	27 (1 ; 3.571)	7 (1 ; 12.5)
indispensable pour toutes les femmes	22 (81.481)	7 (100)
utile pour certaines femmes	5 (18.519)	0 (0)
inutile	0 (0)	0 (0)
<b>Avis de la patiente concernant l'attitude du personnel soignant durant l'ensemble de son parcours d'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	8 (0 ; 0)
parfaitement adapté au besoin	20 (71.429)	6 (75)
plutôt adapté au besoin	7 (25)	1 (12.5)
peu adapté au besoin	1 (3.571)	1 (12.5)
pas du tout adapté au besoin	0 (0)	0 (0)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG de la difficultés à trouver une structure pour la réalisation de l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	10 (35.714)	0 (0)
non	18 (64.286)	7 (100)

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG d'un delai trop long entre la prise de contact et la réalisation de l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	4 (14.286)	1 (14.286)
non	24 (85.714)	6 (85.714)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG d'un delai de réflexion trop court entre la première consultation et la prise des médicaments</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	0 (0)	0 (0)
non	28 (100)	7 (100)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG du nombre trop important d'interlocuteurs</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	5 (17.857)	0 (0)
non	23 (82.143)	7 (100)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG de la réalisation d'une echographie avant l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	8 (28.571)	4 (57.143)
non	20 (71.429)	3 (42.857)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG du manque de bienveillance de certains professionnels de santé</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	3 (10.714)	2 (28.571)
non	25 (89.286)	5 (71.429)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG du manque de disponibilité des professionnels de santé</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	1 (3.571)	2 (28.571)
non	27 (96.429)	5 (71.429)
<b>Impact important sur le vécu de l'IVG du jugement négatif de l'entourage familial et/ou amical</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	3 (10.714)	1 (14.286)
non	25 (89.286)	6 (85.714)
<b>Pas de facteur négatif ayant eu un impact sur le vécu de l'IVG</b>		
N (m.d. ; %)	28 (0 ; 0)	7 (1 ; 12.5)
oui	5 (17.857)	2 (28.571)
non	23 (82.143)	5 (71.429)

	<b>Groupe (domicile vs hopital)</b>	
	<b>Domicile</b>	<b>Hopital</b>
<b>choix d'une autre méthode pour la réalisation de l'IVG si cela était possible</b>		
N (m.d. ; %)	26 (2 ; 7.143)	6 (2 ; 25)
oui	0 (0)	2 (33.333)
non	26 (100)	4 (66.667)

*Notes:*

N: sample size ; m.d.: missing data ; Qualitative data are expressed as group size (%)

## 10. Table des matières

1.	Sommaire .....	7
2.	Liste des abréviations .....	8
3.	Introduction.....	9
3.1	Contexte : .....	9
3.2	L'interruption volontaire de grossesse en France.....	10
3.2.1	Histoire de l'interruption volontaire de grossesse en France .....	10
3.2.2	L'interruption volontaire de grossesse en France de nos jours .....	14
3.3	Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse .....	15
3.3.1	Cadre réglementaire.....	15
3.3.2	Déroulement d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire .....	16
3.3.3	Spécificités liées à une IVG médicamenteuse à domicile (avant l'épidémie de covid-19) 18	
3.3.4	Spécificités liées à une IVG médicamenteuse ambulatoire en établissement de santé	19
3.3.5	Spécificités liées au covid-19 .....	19
3.4	Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ambulatoire en Gironde.....	20
3.4.1	Offre de soins proposée en Gironde .....	20
3.4.2	Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en Gironde .....	21
3.5	Problématique .....	21
3.5.1	Justification de la pertinence du sujet choisi .....	21
3.5.2	Données de la littérature déjà existantes .....	22
3.5.3	Objectifs.....	23
4.	Matériel et méthodes.....	25
4.1	Vue d'ensemble.....	25
4.2	Choix des items.....	25
4.3	Population de l'étude .....	29
4.4	Ethique et confidentialité.....	30
4.5	Distribution du questionnaire .....	30
4.6	Recueil et exploitation des données .....	31
5.	Résultats .....	32
5.1	Diagramme de flux .....	32
5.1.1	IVG médicamenteuse à domicile.....	32
5.1.2	IVG médicamenteuse en hôpital de jour.....	33
5.2	Population étudiée .....	34
5.2.1	Catégories d'âge :.....	34

5.2.2	Antécédents d'IVG :.....	35
5.3	Résultats de l'étude.....	36
5.3.1	Accès à l'IVG médicamenteuse : .....	36
5.3.2	Informations concernant l'IVG .....	38
5.3.3	Délai.....	39
5.3.4	Nombre d'intervenants .....	41
5.3.5	Le moment de l'échographie.....	42
5.3.6	Les raisons ayant motivé une IVG à domicile.....	43
5.3.7	Les raisons ayant motivé une IVG en HDJ .....	44
5.3.8	L'accompagnement par le personnel soignant entre la prise des médicaments et l'expulsion.....	45
5.3.9	L'accompagnement par les proches.....	45
5.3.10	Le moment de l'expulsion .....	46
5.3.11	Le suivi psychologique .....	47
5.3.12	La consultation post-IVG .....	48
5.3.13	L'attitude des soignants durant le parcours IVG .....	48
5.3.14	Les facteurs négatifs ayant un impact majeur sur le vécu de l'IVG médicamenteuse ..	49
5.3.15	Satisfaction globale .....	50
5.3.16	Pistes d'amélioration proposées par les patientes .....	51
6.	Discussion.....	52
6.1	Forces et limites de l'étude .....	52
6.1.1	Forces de l'étude .....	52
6.1.2	Limites de l'étude .....	52
6.2	Comparaison des résultats principaux avec les données de la littérature existantes .....	53
6.2.1	Des IVG répétées .....	53
6.2.2	Accès aux informations : l'ambivalence des résultats.....	54
6.2.3	Le choix des patientes respecté .....	55
6.2.4	Des délais qui conviennent aux patientes.....	55
6.2.5	De nombreux interlocuteurs .....	56
6.2.6	L'échographie : une étape difficile pour les patientes .....	56
6.2.7	La volonté de ne pas aller à l'hôpital... ..	57
6.2.8	... mais rassurée par la présence du personnel soignant .....	57
6.2.9	Des informations claires concernant l'expulsion .....	57
6.2.10	Le besoin d'une preuve scientifique pour confirmer la réussite.....	58
6.2.11	Un suivi psychologique peu proposé, des patientes en souffrance .....	58
6.2.12	Une différence de satisfaction en fonction de lieu de réalisation de l'IVG ? .....	59

6.3	Propositions d'amélioration basées sur les commentaires des patientes et les résultats de l'étude 59	
6.3.1	Un accès à l'IVG facilité .....	60
6.3.2	Des professionnels plus empathiques.....	61
6.3.3	Un temps d'échange.....	61
6.3.4	Des informations plus réalistes .....	62
7.	Conclusion .....	63
8.	Bibliographie.....	64
9.	Annexes .....	68
9.1	Annexe 1 : Loi Veil .....	68
9.2	Annexe 2 : Mémo pratique IVG.....	71
9.3	Annexe 3 : questionnaires .....	111
9.4	Annexe 4 : déclaration MR-004.....	119
9.5	Annexe 5 : transcription des réponses aux questionnaires dans un tableau Excel .....	121
9.6	Annexe 6 : statistiques descriptives .....	130
10.	Table des matières.....	139
11.	Table des figures .....	142
12.	Tableaux.....	144
13.	Résumé .....	145
14.	Abstract.....	146

## 11. Table des figures

Figure 1 : Historique de l'IVG en France .....	13
Figure 2 : IVG en 2019 selon les modalités de réalisation et la région de résidence des femmes.....	15
Figure 3 : Séquences possibles de prises des médicaments en fonction du terme de la grossesse.....	17
Figure 4 : Carte de la Gironde montrant la localisation des centres de planification et d'éducation familial.....	20
Figure 5 : Déroulement de l'étude .....	25
Figure 6 : Diagramme de flux IVG médicamenteuses à domicile .....	32
Figure 7 : Diagramme de flux IVG médicamenteuses en HDJ .....	33
Figure 8 : Répartition par tranche d'âge des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile .....	34
Figure 9 : Répartition par tranche d'âge des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en HDJ .....	34
Figure 10 : Antécédents d'IVG en fonction du lieu de réalisation de l'IVG médicamenteuse .....	35
Figure 11 : Méthode et lieu de réalisation des IVG antérieures en fonction du lieu de réalisation de l'IVG actuelle.....	36
Figure 12 : Moyen d'accès à l'IVG selon le lieu de réalisation .....	37
Figure 13 : Obtention des informations selon les patientes en fonction du lieu de réalisation de l'IVG .....	37
Figure 14 : Qualité des informations en fonction du lieu de réalisation de l'IVG .....	38
Figure 15 : Sentiment d'avoir choisi la méthode d'IVG selon le lieu de réalisation .....	39
Figure 16 : Délai de réalisation de l'IVG selon le lieu de réalisation .....	40
Figure 17 : Avis des patientes concernant le délai de réalisation de l'IVG selon le lieu de réalisation .....	40
Figure 18 : Nombre d'intervenants rencontrés durant le parcours selon le lieu de réalisation .....	41
Figure 19 : Avis des patientes concernant le nombre d'intervenants selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	42

Figure 20 : Ressenti des femmes au moment de l'échographie selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	43
Figure 21 : Raisons ayant motivé la réalisation d'une IVG médicamenteuse à domicile .....	44
Figure 22 : Raisons ayant motivé la réalisation d'une IVG médicamenteuse en HDJ .....	44
Figure 23 : Ressenti des patientes concernant l'accompagnement par le personnel soignant selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	45
Figure 24 : Informations reçues concernant l'expulsion selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	46
Figure 25 : Elément ayant permis la confirmation de l'efficacité de l'IVG selon le lieu de réalisation .....	47
Figure 26 : Proposition d'un suivi psychologique selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	47
Figure 27 : Avis des patientes concernant le suivi psychologique selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	48
Figure 28 : Attitude du personnel soignant selon le lieu de réalisation de l'IVG .....	49
Figure 29 : Facteurs négatifs ayant eu un impact important sur le vécu de l'IVG selon son lieu de réalisation .....	50
Figure 30 : Choix d'une autre méthode d'IVG par les patientes selon le lieu de réalisation .....	51
Figure 31 : Carte répertorient les localisations de l'association Agapa .....	61



## 12. Tableaux

Tableau 1 : Questions retenues pour étudier chacune des problématiques retrouvées dans la littérature .....	25-28
---	-------

## 13. Résumé

**Titre** : Etude quantitative sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire : différences entre une prise en charge à domicile et à l'hôpital.

**Introduction** : Ce travail porte sur le vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire. Dans la littérature on retrouve peu de travaux sur ce thème dans lesquels les auteurs ont interrogé directement les femmes. Le but de cette recherche était de mettre en évidence des différences dans le vécu des femmes selon si l'IVG médicamenteuse avait été réalisée à domicile ou en hôpital de jour.

**Méthode** : Pour répondre à cette problématique, un questionnaire anonyme a été distribué à des patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile et en hôpital de jour. Ce questionnaire a été rédigé à partir de thèmes issus des thèses qualitatives réalisées sur ce sujet et donc à partir des observations des femmes elles-mêmes. Une étude quantitative descriptive a été réalisée sur chacun des échantillons afin de comparer les résultats aux données de la littérature existantes.

**Résultats** : Il ressort de ce travail de thèse que les facteurs influençant le plus le vécu des femmes interrogées sont les difficultés d'accès à l'IVG, un nombre important d'interlocuteurs, le moment de l'échographie avant l'IVG. Les patientes ont été globalement satisfaites de leur prise en charge. Ce taux de satisfaction est probablement lié au fait qu'elles ont pu choisir le lieu et leur méthode d'IVG.

**Conclusion** : A partir de ces résultats, plusieurs pistes de travail ont pu être élaborées afin d'améliorer le vécu des femmes bénéficiant d'une IVG médicamenteuse en ambulatoire notamment répertorier les professionnels de santé pratiquant l'IVG à domicile sur un site internet facilement accessible, créer des groupes de paroles afin que les femmes puissent partager leur expérience, former les professionnels de santé à l'IVG médicamenteuse afin de les sensibiliser sur le comportement à adopter pour améliorer le vécu des patientes (attitude d'écoute, empathie, informations délivrées claires et réalistes).

## 18. Abstract

**Title :** Quantitative study on the experience of women who have benefited from an outpatient medical abortion : differences between care at home and in hospital.

**Introduction :** This work wells on the experience of women who have been through a medical abortion in ambulatory care. In medical literature, there are only a handful works in which authors have directly asked women about their experience. The goal of this research was to display differences between these women's experiences whether the medical abortion happened at home or in a day hospital.

**Method :** To answer the problem, an anonymous questionnaire was given out to patients who had been through a medical abortion at home or in a day hospital. This questionnaire was written based on themes that were found in qualitative thesis that tackled the subject and, as a result, based on the women's remarks. A descriptive and quantitative study has been realized on each of the samples in order to compare the results with the data in pre-existing literature.

**Results :** The thesis' results show that the factors that influenced the most the experience of the respondents were how difficult it was to access to a voluntary termination of pregnancy, the important number of people they had to speak to and the ultrasound before the abortion. The patients were globally satisfied with the way they were taken care of. This level of satisfaction was probably linked to the fact that they could choose the place and method of their abortion.

**Conclusion :** With these results, a few propositions were made to improve the experience of women going through a medical abortion in ambulatory care such as listing the health professionals who carried out abortion at home on a website that would be easily accessible, creating discussion groups where women could share their experience and training health professionals to perform medical abortion by making them conscious of the importance of the type of behavior they should carry out to improve the experience of those women (listening, empathy, delivering clear and realistic information).