



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement le 28 mars 2024

Par JUSTINE PAITRE

**Quel est le vécu des femmes ayant bénéficié d'une interruption volontaire
de grossesse médicamenteuse à domicile en Poitou-Charentes ?**

**Analyse Phénoménologique à partir de 17 femmes de 21 à 42 ans entre
2019 et 2022.**

Composition du Jury

Président : Pr PERAULT-POCHAT MARIE-CHRISTINE

Membres : Pr RICHER JEAN PIERRE et Dr MICHAUD ETIENNE

Directeur de thèse : Dr TRANCHEE VERGE VALERIE

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement le 28 mars 2024

Par JUSTINE PAITRE

**Quel est le vécu des femmes ayant bénéficié d'une interruption volontaire
de grossesse médicamenteuse à domicile en Poitou-Charentes ?**

**Analyse Phénoménologique à partir de 17 femmes de 21 à 42 ans entre
2019 et 2022.**

Composition du Jury

Président : Pr PERAULT-POCHAT MARIE-CHRISTINE

Membres : Pr RICHER JEAN PIERRE et Dr MICHAUD ETIENNE

Directeur de thèse : Dr TRANCHEE VERGE VALERIE


LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Asseseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Asseseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Asseseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Asseseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Asseseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Asseseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Asseseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Asseseur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, oncologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémie, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Asseseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Johann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **référént relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

A Madame le Professeur PERAULT-POCHAT Marie-Christine

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail et de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur RICHER Jean-Pierre

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Veuillez retrouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MICHAUD Etienne

Pour l'honneur que tu me fais en acceptant de juger cette thèse et de participer à ce jury. Tu trouveras ici l'expression de ma profonde gratitude.

A ma directrice de thèse, Monsieur le Docteur TRANCHEE VERGE Valérie

Tu as accepté de diriger ce travail malgré tes nombreuses obligations et je t'en remercie sincèrement. Merci pour la confiance que tu m'as accordée. Merci de m'avoir accordé tout ce temps, le soir en visio durant de longues heures, après tes journées de travail au cabinet. Merci pour tout.

A toutes les femmes interrogées

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

A tous les professionnels de santé, gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes.

Merci pour votre écoute, et votre aide pour l'inclusion de vos différentes patientes. Vos remarques et votre expérience ont été bénéfiques tout au long de mon projet.

A mes parents,

Merci pour votre soutien depuis toujours et notamment depuis le début de mes études. Merci pour l'affection dont vous avez toujours fait preuve et l'amour inconditionnel que vous m'avez toujours porté. Vous avez toujours cru en moi, même dans les moments les plus difficiles. Vous m'avez toujours encouragée à aller plus loin et c'est grâce à vous que j'en suis arrivée là. 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. Je vous dédie cette thèse.

A Marie,

Ma petite sœur. Toi qui es bien évidemment présente depuis toujours, mais surtout depuis le début de mes études de médecine. Tu as su être là quand j'en avais besoin. Si tu savais comme je suis si fière de la personne que tu es devenue. Tu es une femme extraordinaire. Crois en toi, crois en la vie. Je vous souhaite avec Nicolas tout le bonheur du monde et de la réussite.

A ma famille,

Pour leur soutien pendant de si longues et belles années.

A toi, mon amour,

Mon plus grand soutien au quotidien. Tu es la première, 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. Tu m'apportes la sérénité dont j'ai besoin au quotidien, tu m'écoutes, m'apaises 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. Merci de me faire rire, toi et ton humour débordant ! Je t'aime mon amour. On va maintenant débiter ce nouveau chapitre de vie en accueillant bientôt notre fils pour nous combler et nous donner encore plus de bonheur au quotidien.

A mes beaux enfants, Lino et Ilana,

Pour ces moments partagés ensemble et tous les prochains à venir.

A Yolande,

Ma belle-mère la plus extra ! Tu as toujours été là pour nous, nous en sommes très reconnaissantes. Merci pour tout.

A mes amis,

Mes copains de la fac, Camille, Florence, Margaux, Mathilde, Maxime. A notre amitié depuis toutes ces années et tous nos souvenirs. A nos soirées médecine durant ces longues années d'externat. Vous êtes des amis exceptionnels, merci de faire partie de ma vie.

A toi, ma meilleure amie,

Salomé, depuis bientôt 15 ans d'amitié, je voulais te remercier du plus profond de mon cœur. 15 ans de complicité, d'amour et d'amitié. Tu es une personne inégalable. Il m'est impossible d'imaginer ma vie sans toi. Merci pour toutes ces années de souvenirs tous aussi fous les uns que les autres. Merci de faire partie de ma vie.

Mes copines d'internat, Auriane, Cassandre, Chloé, Jeanne. Je ne vous dirai jamais assez merci pour tout. Toujours là dans mes moments de stress les plus intenses. Toujours les bons mots pour me rassurer. Toujours les premières avec qui faire des conneries et nos fous rires surtout ! A notre amitié pour toujours les filles. A nos vacances en VAN que jamais je n'oublierai. Merci pour tous ces moments ensemble.

I. Introduction	18
II. Méthodologie	20
A. Type d'étude et objectifs	20
B. Population de l'étude.....	20
C. Recrutement des patientes	21
D. Guide d'entretien.....	22
E. Recueil et analyse de données.....	22
F. Cadre légal.....	23
III. Résultats	24
A. Caractéristiques de l'échantillon	24
B. Le vécu avant l'IVG.....	24
1. La découverte de la grossesse	24
2. Prise de décision.....	25
3. L'urgence ressentie	27
C. Le parcours de l'IVG médicamenteuse	28
1. La source initiale de l'information.....	28
2. La première consultation.....	30
3. Le vécu de l'échographie	33
4. Le consentement et la prise des médicaments.....	36
D. Le vécu du domicile	39
1. La place de la femme dans le choix du domicile	39
2. Le domicile comme un cocon	41
3. Le vécu physique : douleurs et saignements	43
4. Expulsion de l'embryon	47
E. Le vécu post-IVG	48
1. A posteriori, quand les femmes parlent de leur IVG.....	48

F.	L'IVG : un acte solitaire ou accompagné.....	52
1.	Entourage / Rôle du conjoint.....	52
2.	Entretiens psychologiques.....	55
G.	Les propositions des patientes pour un meilleur vécu.....	58
1.	Adaptation du temps de travail.....	58
2.	En quête d'informations sur les prises en charge.....	61
3.	Intimité et secret médical	63
4.	Ce que les femmes proposent pour un meilleur vécu.....	63
IV.	Discussion.....	66
A.	Les biais et les forces de l'étude.....	66
B.	Analyse des résultats et comparaison à la littérature.....	68
1.	L'accès à l'IVG	68
2.	Importance du premier contact et de la première échographie	72
3.	Le vécu de l'IVG.....	76
4.	Le vécu après l'IVG	80
C.	Ouvertures et perspectives d'amélioration.....	83
V.	Conclusion	86
VI.	Bibliographie	88
VII.	Annexe :.....	92
A.	Questionnaire destinée aux patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile en région Poitou-Charentes :	92
B.	Lettre d'information destinée aux patientes pour participation à une thèse de médecine générale :	94
C.	Logigramme : Projets de recherche en santé.....	96
D.	Verbatim.....	98

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EVA	Echelle Visuelle Analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
HCE	Haut Conseil à l'Egalité
HCG	Hormone Chorionique Gonadotrope
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IST	Infection Sexuellement Transmissible
SA	Semaine d'Aménorrhée
SYNGOF	Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

I. Introduction

La loi française autorise toutes les femmes, mineures et majeures, à demander à une sage-femme ou à un médecin d'interrompre une grossesse avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse (1).

En 1975, la loi Veil (2) offre aux femmes, la possibilité d'une maternité en accord avec l'évolution de la société et permet de lutter contre les avortements clandestins.

D'après le Code de la santé publique, récemment mis à jour, toutes les femmes doivent avoir la possibilité d'être **informées** sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse proposées et la **liberté de choix de la dite méthode** (3).

Il s'agit d'un droit fondamental de la femme. Quelle que soit la situation de celle qui demande une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), chaque histoire reste unique et singulière.

D'après le rapport du Haut Conseil d'Égalité, il est noté qu'**une femme sur trois** fera dans sa vie, un avortement (4).

En 2022, 234.300 IVG ont été enregistrées en France. Après une nette baisse liée à la pandémie de Covid-19, le nombre d'IVG augmente en 2022 avec le plus haut taux depuis 1990. On constate toujours une **progression des IVG à domicile** avec 89.600 en 2022 (76 600 en 2021 contre 62 100 en 2019) (5).

D'après les chiffres de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) 2023, **78 % des IVG sont médicamenteuses**, qu'elles soient réalisées en établissement ou non (5).

La méthode de l'IVG médicamenteuse, développée depuis 1989, constitue une alternative efficace et sûre à la méthode chirurgicale. L'autorisation et la pratique de l'IVG médicamenteuse en ville et à domicile ont été promulguées dans la loi n° 2001-588 de 2001 du code de santé publique (6).

Malgré un choix croissant pour la méthode de l'IVG médicamenteuse, la littérature reste exsangue en ce qui concerne le ressenti des femmes dans leur parcours de l'IVG ambulatoire.

C'est ce décalage qui, aujourd'hui, motive la pertinence de ce travail de recherche.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) évoque en 2023 un recueil insuffisant de la parole des femmes (7). Elle recommande alors l'élaboration d'enquêtes qualitatives auprès des femmes ayant pratiqué une interruption volontaire de grossesse.

C'est dans ce contexte que sont menées les premières études qualitatives sur le vécu des femmes dans leur parcours d'IVG en ambulatoire. Actuellement, la région Poitou-Charentes reste exclue des observations en cours, ce qui permet de faire de ce travail de recherche, une étude comparative avec les autres espaces régionaux (8–13).

Il est à noter que les travaux d'études se limitent à l'analyse d'IVG médicamenteuse, dans le cadre d'une prise en charge **exclusivement** réalisée par un médecin généraliste conventionné. Nous avons donc décidé de mener ce travail de recherche sur une base de recrutement exhaustif, sans condition de catégorie professionnelle.

Le dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la prise en charge des IVG, relate **une sous-évaluation** du vécu des femmes et de l'impact sur leur qualité de vie (14). Ce même rapport dénonce également que les données actuelles sur l'IVG sont issues essentiellement du **ressenti subjectif** des professionnels de santé et sont donc probablement non représentatives de l'expérience réelle des femmes.

L'objectif principal de notre travail a été de comprendre le vécu de l'IVG médicamenteuse à domicile en Poitou-Charentes à travers le discours et l'expérience des femmes.

Nous avons donc réalisé une analyse phénoménologique, par le biais d'une étude qualitative et étudié le vécu des femmes pour mieux comprendre l'IVG en ambulatoire et explorer les facteurs qui influencent ce vécu.

II. Méthodologie

A. Type d'étude et objectifs

Afin de répondre à la question de recherche, « quel est le vécu des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse à domicile en Poitou-Charentes ? », nous avons choisi de mener une étude qualitative phénoménologique.

Le Poitou-Charentes fait référence dans cette étude à l'ancienne région comportant les 4 départements (la Vienne, les Deux Sèvres, la Charente, la Charente Maritime)

L'objectif principal est d'analyser le vécu des femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse à domicile dans cette région.

Nos **objectifs secondaires** sont de :

- Définir les **facteurs influençant** le vécu
- Proposer d'éventuelles **pistes d'amélioration** de prise en charge.

L'étude est réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés individuels qui se sont déroulés par visiophone.

B. Population de l'étude

Nos critères d'inclusion sont :

- Les femmes majeures
- Les femmes maîtrisant la langue française
- Les femmes ayant déjà réalisé une IVG médicamenteuse ambulatoire jusqu'à 9 Semaine d'Aménorrhée (SA) inclus

Nos critères de non-inclusion sont :

- Les femmes mineures
- Les femmes sous protection juridique
- Les femmes ne parlant pas français

- Les femmes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale
- Les femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à l'hôpital
- Les femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse au-delà de 9 SA
- Les femmes ayant des troubles de l'audition et/ou de la communication verbale et /ou handicap mental
- Les femmes ayant eu recours à une aspiration à la suite d'un échec d'IVG médicamenteuse
- Les femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse hors région Poitou-Charentes

Le critère d'exclusion est :

- Les femmes souhaitant arrêter l'étude en cours

C. Recrutement des patientes

Les patientes ont été recrutées à l'aide des sage-femmes, médecins généralistes et gynécologues de la région Poitou-Charentes :

- Soit par téléphone chez des femmes ayant déjà eu recours à leur IVG, sans notion de délai d'antériorité de l'acte réalisé.
- Soit au cours d'une consultation avec le professionnel, durant le parcours de l'IVG.

Le recrutement a eu lieu de septembre 2022 à février 2023.

Initialement, le recrutement devait se faire exclusivement sur le département de la Charente, mais un trop faible taux de participation nous a conduit à étendre ce recrutement à l'ensemble de la région Poitou-Charentes.

Après accord des participantes, seuls leurs numéros de téléphone nous ont été communiqués par les différents professionnels de santé, afin de garantir leur anonymat.

Dix-sept entretiens ont permis d'atteindre le niveau de suffisance des données.

D. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré pour fournir le cadre général des entretiens semi dirigés (Annexe A).

E. Recueil et analyse de données

Une fiche explicative, destinée aux femmes, a été élaborée pour permettre d'améliorer la compréhension de l'étude. Elle a systématiquement été proposée au moment de la demande de participation par les professionnels de santé. Seules les patientes hésitantes à intégrer l'étude se sont vu remettre la fiche (Annexe B).

Les entretiens ont été menés par la thésarde. Dans un souci de rigueur et d'objectivité, les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord préalable des patientes, puis retranscrits dans leur intégralité.

Le langage familier et le non verbal ont été notés sur papier libre lors des entretiens, pour une éventuelle exploitation lors de l'analyse.

Les noms propres des professionnels de santé, le nom des villes et des hôpitaux, ont été remplacés par des « X » afin de garantir l'anonymat et tout élément identifiable au sein du verbatim a été retiré.

Les extraits des entretiens sont cités en italique (verbatim).

La lecture analytique des entretiens a permis une analyse phénoménologique du vécu des femmes, palpable et réel. L'ensemble des entretiens a bénéficié d'une triangulation.

A partir de nos entretiens, nous avons construit des **étiquettes** expérimentales, pour faire émerger des **propriétés** pertinentes et organiser des **catégories** ayant pour but la recherche de sens, à partir de la description de l'expérience vécu par la femme.

F. Cadre légal

Après discussion avec le délégué de protection des données de l'Université de Poitiers et à l'aide du Logigramme des projets de recherche, notre travail étant totalement anonymisé, nous n'avons pas eu besoin de faire de déclaration de traitement au registre interne (Annexe C).

Avant de débiter chaque entretien semi-dirigé avec les femmes, les éléments d'informations et les objectifs de notre travail ont été rappelés. La démarche d'anonymat est appuyée par l'investigatrice.

Le consentement est obtenu oralement afin de faciliter les échanges en début d'entretien entre la femme et l'investigatrice.

L'enregistrement audio est effacé après la retranscription de l'entretien et le verbatim obtenu, noté par un numéro suivant un ordre aléatoire « E x ».

Ayant initialement **37** femmes potentiellement éligibles à ce travail de thèse, toutes n'ont pas pu répondre présentes ou n'avaient plus l'envie de témoigner. Les 17 entretiens retenus sont numérotés aléatoirement entre 1 et 37 (Annexe D).

Afin de maximiser la protection des données, tous nos VERBATIM ont été cryptés avec un mot de passe pour chaque fichier à l'aide du logiciel *7-ZIP*.

Enfin, les données de cette étude sont stockées sur un ordinateur protégé par un mot de passe.

III. Résultats

A. Caractéristiques de l'échantillon

Dix-sept femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile en région Poitou-Charentes ont été interrogées de septembre 2022 à février 2023.

Elles ont entre 21 et 42 ans. Les catégories socio-professionnelles, la situation maritale et familiale de ces femmes sont variées.

L'IVG datait de 4 ans au plus tard à 1 mois au plus tôt.

La durée des entretiens est comprise entre 18 minutes et 50 minutes .

B. Le vécu avant l'IVG

1. La découverte de la grossesse

Neuf femmes sur 17 ont déclaré avoir été prises au **dépourvu**, donnant lieu à un état parfois de stress voire de sidération. (E1, E6, E9, E11, E13, E20, E21, E31, E35)

E6 « ça a été le choc. J'ai pas du tout réalisé sur le coup de voir ces deux barres. Là je me suis dit ce n'est pas vrai j'en revenais vraiment pas »

E11 « je me souviens le week-end où j'ai appris, j'ai beaucoup pleuré et j'ai regardé la télé, je ne suis pas sortie »

E13 « du coup là je fais le test, je vois la barre s'afficher et là : Panique totale !! »

E31 « j'ai pleuré, j'ai pleuré toutes les larmes de mon corps »

E35 « surtout de l'angoisse, beaucoup beaucoup d'angoisse de me dire oula ça y est, je vais devenir maman, beaucoup trop de responsabilité, je me suis mise à chialer, enfin vraiment horrible ! »

Sans moyen de contraception et après discussion avec son compagnon, E2 a déclaré s'être préparée à une éventuelle grossesse.

E2 « je mettais déjà un peu préparée à l'éventualité et déjà parlé avec mon compagnon si jamais ça arrivait car je suis sans contraception »

Les femmes ont déclaré avoir découvert leur grossesse non désirée par un **retard de règles, des symptômes de grossesse ou la simple connaissance de leur corps.**

E4 « j'ai senti que j'étais fatiguée, des grosseurs, une envie de manger soudaine »

E6 « j'me suis pas inquiétée par ce que ça m'arrivait d'avoir du retard, de principe je fais un test de grossesse juste pour regarder, ça permet de se rassurer car y a eu du stress...et là ça a été positif et là ça a été le choc. J'ai pas du tout réalisé sur le coup de voir ces deux barres là je me suis dit ce n'est pas vrai je n'en revenais vraiment pas. »

E23 « je connais mon corps et je le sentais. J'ai des règles très régulières. »

E 35 « J'avais mal aux seins, j'étais fatiguée, et j'avais un retard de règles oui c'est vrai, j'ai fait un test urinaire tout simplement qui s'est retrouvé positif en effet »

Quinze femmes sur 17 ont déclaré avoir réalisé un test urinaire de grossesse, E2 a contacté son médecin traitant pour une ordonnance de béta hcg et E23 n'a fait aucun test, ni sanguin, ni urinaire, déclarant connaître son corps.

2. Prise de décision

a) Les femmes sûres de leur décision.

Elles expliquent leur choix en raison d'une **situation personnelle, professionnelle ou familiale (enfants en bas âge ou encore à charge)**. Treize femmes sur 17 étaient **sûres** de leur choix lors de la découverte de la grossesse non désirée.

E4 « après je savais que cela serait une IVG car j'ai un petit bout de 3 mois et je suis toute seule donc faut pas tenter le diable »

E6 « je le savais depuis le départ que je ne voulais pas d'enfant même mon compagnon n'était pas du tout prêt à ça. »

E12 « Je savais que ça serait compliqué de faire une IVG [...] Ma décision était prise, j'étais très claire avec moi-même. »

E21 « Ce n'était pas le moment, on n'était pas prêts »

E 29 « j'étais contente mais en même temps j'étais un peu dégoutée je me disais c'était pas le moment j'ai pas de copain j'ai rien dans ma vie pour avoir un enfant j'ai que mon métier mais j'ai rien d'autre donc pour l'instant c'était pas le bon moment, je suis passée par toutes les émotions j'ai pleuré beaucoup, j'ai beaucoup réfléchi, j'étais nerveuse, ça m'a travaillé... »

E30 « avec mon âge, je me disais quand le bébé aura un an j'en aurais 43... Pour moi dans mon idéal ce n'est pas possible d'être si âgée donc voilà. Je me disais que ce n'était pas les bonnes conditions. »

Il paraissait important à E9, lors de son entretien, de se **justifier** à plusieurs reprises de son choix de l'IVG.

E9 « j'en ai trois, j'ai plus envie de passer deux ans à la maison par ce que faut être avec le bébé. ATTENTION (haussement de voix) j'adore les bébés, j'adore être avec les bébés, mais j'aimerais tellement en avoir encore, mais c'est le contexte actuel. »

b) L'hésitation

Quatre femmes ont fait part de leur hésitation (E11, E23, E35, E36) du fait d'une « situation de vie stable » ou d'antécédent d'IVG. Elles ont évoqué aussi la peur du jugement de l'entourage et le poids d'une norme sociétale. E36 a exprimé un sentiment de décision de couple plutôt qu'une véritable décision personnelle.

E23 « je ne sais pas, j'avais besoin de ces jours-là pour réfléchir même si on était d'accord tous les deux c'est important d'avoir le temps de réfléchir »

E 35 « sur le coup je voulais le garder, après je me suis dit bon au final mes études sont bientôt terminées, je suis en couple depuis 5 ans, j'ai une situation stable. Bon je me suis dit pourquoi pas le garder mais en fait non ... trop de stress. »

E36 « j'ai hésité, vraiment beaucoup comme j'avais déjà avorté une fois dans ma vie »

3. L'urgence ressentie

Une fois leur décision prise, 100% des femmes ont expliqué ce **sentiment d'urgence** pour des raisons médico-psychologiques : ne pas dépasser les délais et ne pas éterniser cette période compliquée.

Les femmes ont exprimé le besoin de voir un professionnel de santé le plus rapidement possible. Elles désiraient être **rassurées, informées** et **orientées** face à cette situation.

E1 « j'étais en total panique »

E6 « je me rends tout de suite à l'hôpital et en fait la dame de l'accueil me dit qu'il faut que je prenne rendez-vous, mais là je lui explique que je ne peux pas attendre plus longtemps, je pleurais tout le temps j'étais nerveuse je voulais voir quelqu'un maintenant ! »

E6 « de tout façon je n'étais pas bien. Honnêtement j'avais qu'une envie c'était de le prendre le plus tôt possible. Je voulais que ça se passe vite. »

E11 « j'étais plutôt contente par ce que c'était plutôt rapide. »

E12 « j'ai dû trouver une sage-femme en urgence dans un cabinet de sage-femme pour la faire, et là pareil c'était super compliqué pour avoir un rendez-vous rapidement »

E21 « Oh oui oui assez rapide ! Le plus tôt possible, je ne savais pas de combien j'étais enceinte donc je voulais le plus tôt possible, je sais déjà que faire une ivg médicamenteuse allait être difficile et je ne voulais pas par aspiration. »

E29 « bon après je voulais le faire le plus vite possible c'est vrai et surtout avant les fêtes surtout »

E31 « j'avais vraiment envie d'être débarrassée de toute ça quoi, pas à me dire qu'il y a quelque chose dans mon ventre et pouvoir me libérer psychologiquement. »

E36 « je voulais être sûre avec une écho pour savoir à combien j'en étais. »

C. Le parcours de l'IVG médicamenteuse

1. La source initiale de l'information

Les femmes interrogées se sont orientées majoritairement vers des professionnels de santé, dont une pour qui le professionnel de santé était sa sœur. (15 femmes sur 17).

Une femme a contacté en premier lieu une amie ayant eu recours dans le passé au même geste interventionnel. Deux autres femmes ont contacté leur sœur.

Les femmes ont révélé avoir reçu des réponses différentes d'un professionnel à un autre. La qualité de l'information a influencé le vécu de ces dernières.

L'attente principale des femmes pour cette première prise d'information est de recevoir des **renseignements objectifs** concernant les méthodes d'avortement et une **orientation rapide** pour l'acte.

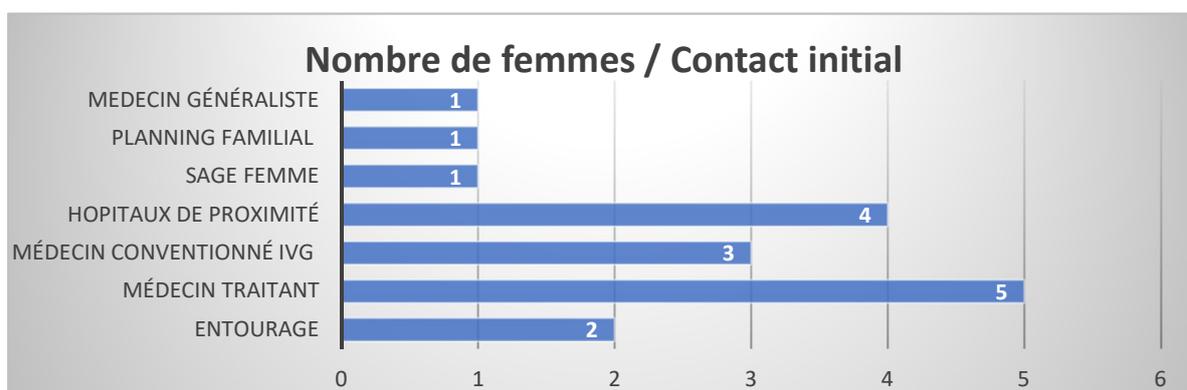


Figure 1 « Le premier contact après l'annonce de la grossesse »

a) *Le médecin traitant*

Deux femmes (E11, E20) se sont exprimées sur le comportement de leur médecin traitant. Elles ont exprimé un sentiment de **jugement** et **d'absence d'orientation**. E11 a déclaré qu'elle aurait aimé être mieux orientée par son **médecin traitant** dès le début de son parcours, afin d'obtenir une information claire rapidement.

E11 « et en plus ce n'était pas cool.... Par ce qu'elle m'a tout de suite demandé « Quelle contraception vous prenez ? » Je me suis dit, « mais elle n'a pas besoin de savoir ça pourquoi ça l'intéresse » et du coup je lui ai dit que je n'en avais pas et je me suis sentie jugée » « surtout dans un premier temps sur la partie information car j'avais l'impression que je parlais à mon médecin généraliste d'une chose dont j'avais pas trop envie, d'en parler avec lui surtout s'il n'allait pas faire grand-chose et c'était le cas, en plus et je me suis sentie jugée. Je n'ai pas aimé ça. J'aurais préféré savoir à qui m'adresser directement. Les personnes qui font des IVG sont plus préparées à ce type de situation. C'est surtout que je ne savais pas à qui m'adresser »

E20 « j'ai contacté mon médecin et bah il est clairement nul il m'a dit bah je peux vous fixer un rdv dans une à deux semaines mais faut aller voir le planning familial... »

Une seule femme (E31) a exprimé avoir reçu une aide réelle de la part de son médecin traitant.

E31 « heureusement j'ai un médecin de famille qui est hyper présent et qui m'a prescrit prise de sang rapidement qui a pu me recevoir et qui m'a bien rassurée. Il m'a dit qu'il m'aiderait à prendre les rendez-vous si j'en avais besoin. Et puis ça a été un appui aussi pour faire les démarches quoi »

b) L'entourage

Pour deux femmes, l'**entourage** familial et amical a permis l'orientation initiale. (E35, E37)

E35 « j'en discute avec ma petite sœur. »

E37 « j'appelle une copine qui avait sa sœur qui avait déjà avorté et je sais quelle pouvait m'orienter vers des personnes qui pouvaient à ce moment-là m'aider. »

c) *La sage-femme*

E23 a contacté en premier lieu sa sage-femme avec qui elle entretenait une relation de confiance. Celle-ci l'avait accouchée à son domicile à deux reprises.

E23 « j'ai contacté ma sage - femme direct avec qui j'ai fait mes deux accouchements à la maison d'ailleurs »

d) *Le besoin de rencontrer un médecin*

E2 a déclaré avoir eu besoin de rencontrer un médecin plutôt qu'un autre professionnel de santé.

E2 « je ne voulais pas aller au planning familial car je voulais un médecin donc j'ai téléphoné au Dr X tout simplement ».

e) *L'adaptation des prises de rendez vous*

E1 et E2 ayant découvert leur grossesse un week-end, ont apprécié de pouvoir prendre leurs rendez-vous sur une plateforme de consultation.

2. La première consultation

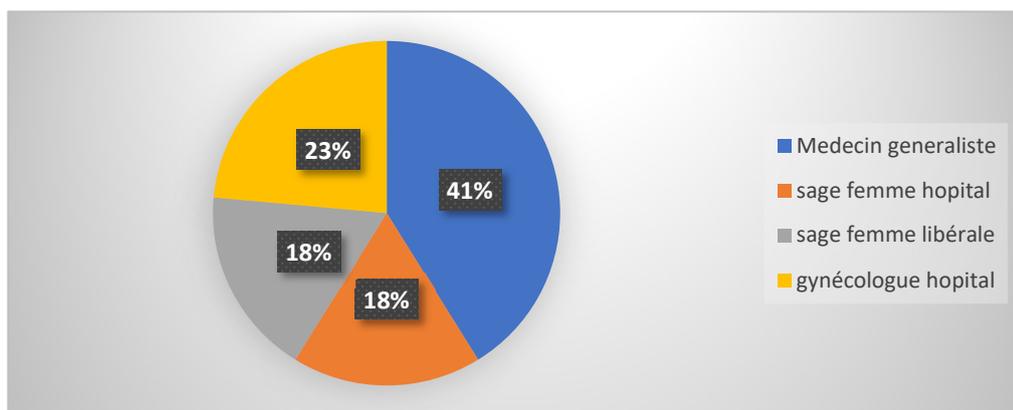


Figure n°2 : Les différents professionnels de santé ayant suivi les femmes durant leur parcours d'IVG médicamenteuse.

Les patientes déclarent que l'attitude du professionnel de santé à ce moment clé du parcours joue un rôle essentiel. Une véritable **relation de confiance** s'installe. Cette consultation permet aux femmes d'exprimer leurs choix, leurs doutes et leurs angoisses.

Toutes les femmes recherchaient les informations telles que : **ne pas être seule**, prévenir dès que possible des **effets indésirables, douleurs et saignements**

a) *Les femmes se sentent à l'écoute*

La majorité des femmes (12 patientes sur 17) ont apprécié leur premier rendez-vous où elles ont reçu conseils et écoute.

E1 « elle a été à l'écoute je trouve, car je lui ai demandé d'avoir un rendez-vous le plus tôt possible [...] Je n'ai senti aucun jugement » « les professionnelles étaient à l'écoute, elles étaient gentilles au début, elles m'ont posé énormément de questions sur les habitudes etc... pourquoi le parcours ect... aucun jugement. Elles m'ont réexpliqué plusieurs fois les choses. C'était doux. Ce n'était pas des personnes froides, pas du tout de jugement. »

E6 « je me sens rassurée par ce que comme je vous l'ai dit, Mme X a été au top et vraiment je suis sortie soulagée, c'est rare de rencontrer des personnes comme ça je pense »

E29 « la sage-femme m'avait bien tout expliqué, les douleurs, elle m'a même donné tout le bilan en papier si j'avais un doute, je pouvais le relire donc ça c'est bien. »

E31 « j'ai eu aucun jugement ça m'a fait plaisir [...] Elle m'a expliqué qu'il y avait plusieurs méthodes et qu'il fallait faire l'écho de datation et qu'on allait voir ça, faire une prise de sang pour voir mon groupe sanguin. Enfin, vraiment elle a été super rassurante. Et une fois qu'on a fait l'écho de datation, là ben elle m'a expliqué les différentes méthodes »

E37 « je me souviens qu'on me pose des questions, sur moi, qu'on me demande ce que je veux, je me sens rassurée lors de ce rendez-vous et que la nana en face de moi, elle est vraiment dans... heu comment dire...dans l'empathie »

« J'ai vraiment aimé la docteure en face de moi qui m'a écoutée, qui m'a conseillée, qui m'a comprise vraiment. »

b) *Des rendez-vous parfois plus compliqués*

Cinq femmes sur 17 (E12, E13, E23, E30, E36) ont exprimé le fait que ces rendez-vous étaient « **trop rapides** » et/ou « **trop légers** » en informations.

E13 « elle ne m'a pas trop expliqué, elle m'a dit voilà ça fait des nausées des douleurs et c'est tout. Elle m'a dit, un médicament, deux médicaments et voilà. »

E23 « c'est assez intrusif comme rendez-vous. Je devais choisir maintenant après les explications, car j'étais dans les limites apparemment avec la chirurgie... »

« si j'avais pu, j'aurais fait les choses avant, pour avoir plus de temps pour réfléchir... là c'était rapide... En plus j'étais obligée de prendre la pilule devant elle. »

E30 « j'avais besoin d'un peu plus de temps heu... hum.. De réflexion. heu... par rapport à moi, pour savoir si je voulais le garder ou pas ! »

E36 « en fait, je n'ai pas eu le temps de réfléchir, mais c'est pris, c'est pris au final, si j'avais réfléchi j'aurais peut-être changé d'avis ce n'était pas forcément bien non plus. Oui j'aurais pu réfléchir, mais réfléchir pourquoi ? au final je pense que je l'aurais quand même fait. Je ne sais pas comment dire, je suis mitigée. »

c) *Parfois sans aucun délai de réflexion*

Cinq femmes (E9, E20, E21, E36, E37) ont déclaré n'avoir eu **aucun jour de délai de réflexion** entre le premier contact médical et la prise des médicaments. Ce même jour elle ont bénéficié de l'échographie, de la signature du consentement et de la prise des médicaments. E36 a déclaré s'être sentie « bousculée » dans son parcours.

E36 « alors bah du coup il m'a demandé si je voulais une IVG ? si j'étais sûre de moi ? bah du coup... en fait direct j'ai dit oui. C'est sorti tout seul »

« Sauf que là je n'étais pas prête, je n'étais pas prête du tout » « Je me suis retrouvée devant le fait accompli [...] ça m'évitera de réfléchir »

d) Maladresse

E12 n'a pas consulté son médecin traitant mais directement un médecin conventionné en IVG. Elle déclare son **mécontentement** suite à des **maladresses** lors de cette première consultation.

E12 « ouais bon pas méchante, mais bon elle m'a dit juste que ça va être douloureux que j'allais trop saigner, bon c'est bien de prévenir mais j'ai trouvé que c'était trop là. »

3. Le vécu de l'échographie

Les femmes ont déclaré que l'obtention de leur rendez-vous pour cet examen pouvait être source de stress. La peur de dépasser les délais légaux a été recensé dans plusieurs entretiens.

a) Un bon vécu de l'échographie

Sur la totalité des femmes, **neuf** d'entre elles n'ont pas trouvé cet examen inconfortable. E31 trouvait cela d'ailleurs « logique », qu'il n'y a aucun son, ni image lors de cet acte médical.

E9 « je me suis sentie très à l'aise, j'étais d'ailleurs super étonnée »

E12 « c'était un homme très gentil, il m'a demandé si ça me dérangeait de voir l'image, il m'a laissée le choix là-dessus, il a été prévenant dans son approche, c'était bien, il m'a bien expliqué. »

E31 « elle était hyper conciliante avec son interne et moi donc en vrai y a eu aucun écran, car il était tourné et tout. Je pense que c'est juste logique en fait de ne pas regarder ni entendre quand on fait une IVG donc voilà, rien à redire »

E35 « c'était très bien, il a fait l'écho en haut, il a abaissé un peu la lumière et ensuite il m'a expliqué qu'il allait mettre du gel, que ça risquait d'être un peu froid. »

Parmi ces 9 femmes, deux (E13 et E21) ont raconté que la précocité de l'âge gestationnel a rendu cet examen échographique moins traumatisant.

E13 « j'étais au clair avec ça et c'était à 2 semaines donc y avait rien à voir »

E21 « au final j'étais enceinte de 5 semaines donc il y avait un tout petit œuf que j'ai vu »

E23 n'a pas eu de mauvais vécu, mais elle aurait aimé visualiser les images de l'échographie. On ne lui aurait pas proposé.

E23 « juste pour voir par curiosité je pense. Après ça n'allait pas changer mon choix mais juste pour voir ce qu'il y a l'intérieur de moi quoi. »

E29 et E36 ont déclaré ne pas avoir voulu regarder l'écran, au risque d'un changement d'avis par la suite.

E29 « elle n'a rien allumé, elle savait je pense comme j'étais sûre de ma décision [...] ça aurait pu me faire changer d'avis »

E36 « il ne m'a pas demandé, mais bon après moi je n'ai pas regardé par ce que je me connais, j'aurais sûrement penché pour le garder pour le coup... Je me suis dit il ne vaut mieux pas que je regarde »

b) Examen échographique parfois difficile

Quatre femmes ont exprimé le vécu d'un moment « difficile » soit par, **un manque d'interaction avec l'échographiste (E1), la visualisation des images (E2, E4, E6) ou la remise en main propre des résultats avec ou sans images imprimées. (E1, E4)**

E1 « un petit truc qui m'a chafouiné mais c'est totalement ma faute c'est que quand j'ai fait l'échographie, la dame elle a fait l'écho elle a imprimé et elle me l'a donné et dit au revoir. »

E2 « elle m'a dit qu'on pouvait éteindre mais j'ai laissé, j'ai regardé, ça m'a un peu perturbé car on voit une petite forme quand même... »

« Le seul truc que je n'aurais pas fait si c'était à refaire serait de ne pas regarder l'écho. »

E4 « c'est devant moi, donc, moi même si je ne veux pas regarder, je suis obligée de regarder et puis quand elle me donne l'écho y a la photo... Donc bon. Mais je n'ai pas fait de sentiment. »

E6 « je ne sais plus si elle me propose ou pas de regarder l'écran mais moi j'ai regardé de moi-même j'avoue parce que c'est particulier quand même... c'est très spécial »

c) Compte rendu de l'échographie

Six femmes (E1, E4, E31, E35, E36, E37) ont déclaré ressortir de cet examen, le compte rendu de l'échographie en main propre. Seule, E1 et E4 avaient sur leur compte rendu, les **photos** de la grossesse non désirée.

E1 « j'ai vu écrit sur le dossier, activité cardiaque présente et ça, ça m'a fait mal. »

E4 « du coup voilà ça a été très rapide et un peu procédurier. »

« La décision était prise, donc ce n'était pas la peine quoi de regarder les choses comme ça... »

d) La voie d'abord

Trois femmes ont été surprises par la réalisation de l'échographie par voie vaginale ou au contraire par voie abdominale. (E2, E31, E36)

E2 « elle n'a pas pu voir au début car j'ai l'utérus retro versé donc elle est passée par voie vaginale »

E31 « je pensais que c'était une écho externe mais en fait c'était à l'intérieur de mon vagin »

E36 « j'ai été étonnée par ce que je pensais qu'il fallait obligatoirement que ce soit interne et là il me l'a fait externe »

4. Le consentement et la prise des médicaments

Cette deuxième consultation, normalement dédiée à la **confirmation du choix de l'IVG** puis la **prise des médicaments**, est parfois réalisée dès le premier temps de consultation. Seule E36 a déclaré **ne pas avoir signé de consentement**.

a) *La prise des premiers médicaments devant le professionnel de santé*

(1) Rassurant et bienveillant

Huit femmes sur 17 ayant pris les premiers médicaments devant le professionnel de santé, (médecin ou sage-femme) ont évoqué le côté **rassurant, bienveillant et professionnel** des conditions de cette prise. (E1, E2, E6, E9, E13, E23, E31, E37)

E1 : « le cadre de le faire avec elle sur le premier médicament pour voir, m'a montré qu'elle était présente et c'était quelque chose d'important pour moi »

E2 « je préfère que ce soit avec elle pour le coup, c'est un vrai accompagnement et c'est très rassurant pour moi en tout cas. »

E6 « la prise directement avec le professionnel, c'est plus rassurant d'être avec le professionnel, mais en soit à la maison aussi comme le deuxième on le prend seule à la maison »

E9 « alors moi ça ne m'a pas dérangé du tout, après je pense que professionnellement pour elle déjà elle doit savoir si je l'ai pris ou pas »

E31 « alors oui...peut-être que ça a un côté quand même plus rassurant de le prendre devant les médecins on se dit à ce moment-là, bon ça commence ! »

E6 a **décidé** de prendre les premiers comprimés le jour de son anniversaire. Elle a déclaré qu'elle voulait surtout que cela soit rapide, que ce soit sur ce jour symbolique ou pas.

E6 « de tout façon je n'étais pas bien. Honnêtement j'avais qu'une envie c'était de le prendre le plus tôt possible. Je voulais que ça se passe vite »

Trois femmes (E11, E23 et E30) ont préféré prendre les médicaments avec le professionnel de santé. Elles ont déclaré que cela aurait pu être la cause d'une possible **hésitation** et d'un **possible changement d'avis** une fois de retour à leur domicile.

E11 « je pense que c'était bien de prendre devant elle à ce moment-là, par ce que si j'avais attendu encore un peu j'aurais peut-être changé d'avis »

E 23 « je ne veux pas un troisième enfant... Voila... Il fallait. » « Je pense que si tu rentres à la maison tu peux hésiter » (Tristesse de l'humeur)

E30 « le fait de les prendre peut-être de mon côté m'aurait permis de me dire bon aller j'attends encore un peu, je me laisse deux trois jours encore... »

(2) Les côtés plus négatifs

E13 a utilisé l'adjectif « **dangereux** » dans son verbatim en qualifiant le premier médicament.

E13 « c'est rassurant parce qu'honnêtement on sait pas qui va prendre le médicament, on sait pas ce qu'on va faire avec, les gens malhonnêtes, donc non non non c'est normal quoi. C'est un médicament quand même dangereux »

E4 a exprimé son **étonnement** et son **interrogation** devant le fait de prendre les premiers comprimés devant le professionnel de santé.

E4 « je me suis juste dis pourquoi le prendre devant elle ? c'est qu'il y a un risque ? J'aurais dû poser la question d'ailleurs pour insister à le prendre devant elle, est-ce que c'est pour pas que je fasse machine arrière ? est-ce que c'est un médicament très fort avec des effets secondaires très forts ? »

b) *La prise des premiers médicaments au domicile*

La première prise médicamenteuse **peut se faire** lors de cette consultation ou à domicile. E29 et E35 ont déclaré avoir pris les premiers médicaments à leur domicile et non devant le professionnel de santé.

E29 « n'importe, par ce que je le prendrais de toute façon, si elle avait préféré devant elle je l'aurais fait »

E35 « j'aurais dû le faire, mais finalement je ne l'ai pas fait ! Par ce que heu... j'avais mon anniversaire le vendredi soir et j'avais invité plein de gens à la maison et je ne voulais pas avoir à faire l'avortement le lendemain le samedi en ayant la tête dans le cul car j'ai trop bu la veille. Donc c'est moi qui lui ai demandé de décaler la prise, donc je suis repartie avec les comprimés et je les ai pris, les premiers le samedi du coup. »

c) *La prise des deuxième médicaments*

Pour E21 la prise du deuxième médicament a été vécu comme une véritable épreuve entraînant de la tristesse.

E21 « je n'étais pas bien du tout, car je savais que c'était la fin [...] J'ai réalisé qu'il partait quoi (tremblement de voix)... il y avait beaucoup de colère et de tristesse en même temps » (tristesse de l'humeur) »

D. Le vécu du domicile

1. La place de la femme dans le choix du domicile

Le choix du lieu de réalisation de l'interruption volontaire de grossesse intervient dans le vécu. Certaines femmes ont eu la possibilité d'avoir le choix, d'autre non. La méthode de l'IVG **médicamenteuse à l'hôpital** n'a pas toujours été présentée.

- Sept femmes sur 17 ont déclaré ne pas avoir reçu de proposition de pratiquer cet IVG à l'hôpital.
- Sept femmes sur 17 ont eu le **choix** entre l'IVG médicamenteuse à l'hôpital ou au domicile.
- E21 et E23 ont raconté ne plus savoir.
- E37 n'en parlait pas

a) *L'ignorance de cette possibilité*

Trois femmes sur 17 **ignoraient** le fait que l'on puisse réaliser une IVG à **domicile**.
(E4, E23, E36)

E4 « ah mais je ne savais même pas qu'on pouvait le faire à la maison !! (Rire) »

E23 « on ne connaissait pas en fait les IVG à la maison. Avant le rdv je ne savais pas comment ça marche »

E36 « j'avais lu la procédure et c'est à ce moment-là que j'ai su que j'allais le faire chez moi, parce que pour moi c'était hôpital ou rien »

b) *Le choix du domicile*

En raison de la présence de son nourrisson, E4 a expliqué son choix pour l'IVG à domicile.

E4 « j'ai eu le choix. Je pense que c'est mieux, une fois qu'elle m'a expliqué les potentiels risques je pense que pour moi c'est mieux de le faire à domicile comme j'ai la petite aussi le fait de se déplacer, ça aurait été contraignant pour moi. Je dois la garder la journée. »

c) Manque d'information sur la méthode chirurgicale

E23 n'avait pas ressenti une véritable relation de confiance. Elle voulait connaître les options pour réaliser une IVG chirurgicale. Elle avait en effet déjà eu recours à cette méthode. Selon elle, elle n'a pas été informée comme elle aurait voulu, probablement dû à une difficulté de compréhension (Le français n'étant pas sa langue natale).

E23 « ça ne change pas grand-chose, mais j'ai demandé les choses plusieurs fois car les gens parlent très vite. Et comme je ne connaissais pas les IVG à la maison c'est ça j'ai eu beaucoup beaucoup d'informations avec ce rdv, mais c'était obligé. Tu as beaucoup d'informations en peu de temps quoi... Si j'avais pu j'aurais fait les choses avant pour avoir plus de temps pour réfléchir là c'était rapide... »

« La seule chose qui n'allait pas vraiment, elle a pas dit pour l'aspiration. Elle ne m'a pas demandé si je voulais faire ça. »

Elle n'a pas eu les réponses à ses questions au moment de la première consultation et a déclaré un ressenti d' « obligation » de réaliser son IVG à domicile.

Une réelle **peur** ressort dans le discours de E23, ne connaissant pas cette méthode.

E23 « comme ça, ça fait un peu un... quelque chose qu'on ne connaît pas, j'ai imaginé le pire, j'étais angoissée car je ne connaissais pas. C'est vrai qu'à ce moment-là j'ai commencé à me dire si j'ai bien choisi en fait de le faire par médicaments. Quand on ne connaît pas, on fait des angoisses. »

2. Le domicile comme un cocon

Le domicile a été une évidence pour la plupart d'entre-elles, notamment pour **l'intimité**, la présence d'un **entourage familial** et la possibilité d'un moment **calme** et **cocooning**.

a) *L'intimité*

L'intimité a été recherché par les patientes.

E11 « non je préfère à la maison je crois bien, on est plus au calme, chez nous c'est mieux, je voulais surtout être toute seule dans cette période-là. »

E9 a bénéficié d'une IVG médicamenteuse quelques années auparavant, à l'hôpital. Sa deuxième IVG a eu lieu au domicile, elle nous raconte son expérience.

E9 « donc j'ai eu la première fois à l'hôpital et les infirmières la première fois venaient me voir, c'était vraiment de la bienveillance ce jour « est ce que vous n'avez pas de douleur ? » elle me donnait tout de suite les traitements pour la douleur c'était bien mais c'est qu'être chez soi c'est encore un autre confort »

b) *L'entourage*

La présence de l'entourage au domicile a été apprécié par la plus tard des femmes.

E29 « j'ai préféré le faire à la maison avec ma famille » « J'avais un peu peur quand même d'être à l'hôpital, même si y avait les infirmières et les médecins j'aurais été sans mes proches, ce n'était pas pareil, là elles étaient à côté de moi j'étais plus rassurée »

c) Cocooning

Le côté cocooning du domicile a été très apprécié par les femmes de l'étude.

E1 « il y a plus de liberté par exemple pour exprimer sa douleur, exprimer tout en général même » « Aller dans un hôpital, ce n'est pas mon kiff, donc rester chez moi ça m'arrange aussi »

E11 « non je préfère à la maison je crois bien, on est plus au calme, chez nous c'est mieux, je voulais surtout être toute seule dans cette période-là. »

E2 « d'être chez soi simplement, c'est rassurant, on est chez soi on est bien, si on veut aller aux toilettes on y va tout de suite, on n'attend pas d'avoir des gens qui viennent nous voir, on est vraiment tranquille avec notre ami(e) ou notre compagnon en fonction de la personne qui est disponible et c'est ultra rassurant. Et cela ne m'a pas du tout angoissée »

E31 « ce sera peut-être plus léger si psychologiquement faire ça chez moi dans mon environnement et moins banaliser ça à l'hôpital. Surtout pour que ce soit plus léger pour moi à passer cette étape et qu'il n'y a pas de traumatisme dans ma tête. »

E36 « il y a le côté quand même cocooning, on est à la maison quand même c'est sympa. »

E23 a déclaré avoir préparé pour la deuxième prise médicamenteuse, une pièce dans sa maison, aménagée tel un nid douillet pour ce moment intime.

E23 « je me suis mise dans le canapé dans un petit bureau j'ai bien installé mon petit endroit à côté de la salle de bain » « Quand ça a commencé je me suis mise dans le noir toute seule avec un peu de musique »

d) L'anonymisation

L'intimité du domicile et **l'anonymat** que permet la prise en charge ambulatoire, sont recherchés par les femmes, qui considèrent l'IVG comme un acte personnel. E9 a exprimé le regret de ne pas avoir de sage-femme au domicile comme il y a 6 ans lors de sa première IVG.

3. Le vécu physique : douleurs et saignements

Ressentir des **douleurs** et objectiver du **sang** est une chose rassurante pour toutes les femmes interrogées, c'est pour elles un sentiment **d'efficacité**.

a) Les douleurs

(1) Supportables

Cinq femmes (E9, E21, E23, E36, E37) ont déclaré avoir ressenti des douleurs légèrement plus fortes que les règles, du moins supportables.

E21 « les douleurs pas tellement, surtout des douleurs un peu plus fortes que des règles, mais sinon les saignements je ne pensais pas autant ! »

E37 « je n'ai pas saigné tant que ça, j'ai des amies qui m'ont raconté des hémorragies et tout, alors que moi à côté j'ai vraiment rien senti »

Trois femmes (E4, E20, E30) ont déclaré ne pas avoir ressenti de douleur. Ces trois femmes, n'appréhendaient pas la douleur, ayant déjà vécu un accouchement.

E4 « j'accepte la souffrance, j'ai accouché toute seule avec des contractions horribles !

Mais je me disais que ça ne pouvait pas faire aussi mal que ça en fait ! »

E20 « je n'appréhendais pas trop en termes de douleur, mais bon c'est pas un accouchement non plus, franchement ça va ! »

E30 « vraiment pas grand-chose, vraiment , vraiment... »

Trois femmes sur 17 n'avaient **pas pris d'antalgique** comme préconisé. (E9, E20, E36)

E9 « je n'ai pas pris les médicaments pour la douleur car je voulais me persuader que ça sortait »

Neuf femmes sur 17 (E1, E2, E6, E11, E12, E13, E29, E31, E35) ont déclaré avoir ressenti des douleurs plutôt importantes.

E11 « en tout cas, quand elle m'a dit le mot douleur je ne m'attendais pas du tout à ça. Et au saignement c'est pareil je ne m'attendais pas à ça, cette quantité ! »

E31 « très rapidement j'ai eu mal, sacrément mal, je dirais même (rire) »

E36 « j'ai commencé d'un coup à avoir très très mal et très très froid aussi. Je grelottais quand je parlais. Après sous un plaid et la bouillote j'ai commencé à ne plus avoir froid et la douleur est passée »

E6 a appelé le SAMU devant des douleurs déclarées comme « **atroces** ».

E6 « je voyais trouble, j'ai failli faire un malaise, je criais de douleur, mon copain a appelé le SAMU pour savoir par rapport aux médicaments je n'étais vraiment vraiment pas bien »

L'adjectif « **horrible** » a été retrouvé dans 3 verbatims pour décrire la douleur ressentie (E35, E13, E31) L'adjectif « **affreux** » a lui été retrouvé dans un seul verbatim (E35).

E13 « la première heure c'est horrible j'ai carrément pris un plaid et mon coussin dans les WC, mais c'était horrible ! »

E31 « j'ai eu des contractions mais horrible ! mais horrible ! »

E35 « j'ai ce besoin de pousser et ça me fait super mal, j'ai de vraies contractions utérines qui deviennent de plus en plus régulières je suis en sueur, je suis trempée, c'est horrible vraiment affreux, c'est horrible et ça dure une heure je me tords en deux. »

Dans notre étude, **10 femmes sur 17** avaient déjà bénéficié d'une IVG et/ou accouché. Neuf sur les 17 déclarent avoir ressenti moins de douleur qu'aux actes précédents. Une patiente, (E35) (G2P0) a ressenti des douleurs très fortes même en ayant, déjà dans le passé

vécu une IVG médicamenteuse. Elle a ressenti une douleur très forte selon ses dires, malgré la prescription d'antalgique de palier II à base d'opioïdes par la sage-femme.

E35 « j'appréhendais d'autant plus ! j'avais peur de resouffrir j'en ai donc parlé à X et il m'a dit comme la première j'avais pris que ibuprofène et doliprane il m'a prescrit du paracétamol codéiné en plus du reste, donc je me dis très bien. Je prends donc le premier médoc et en fait bah, c'était pire. Je ne sais pas pourquoi. C'est super bizarre vraiment je n'ai jamais accouché mais j'ai ce besoin de pousser et ça me fait super mal »

b) Les saignements

E20 « j'me suis dit c'est normal enfin voilà, j'me suis dit c'est que ça marche bien. Normalement mes règles elles ne coulent pas trop donc la voilà j'me suis dit ça marche »

E37 « je n'ai pas saigné tant que ça, j'ai des amies qui m'ont raconté des hémorragies et tout alors que moi à côté j'ai vraiment rien senti »

E4 a déclaré avoir **perdu connaissance à plusieurs reprises** durant son IVG à domicile. Elle a exprimé plusieurs sentiments comme de la colère, de l'angoisse et beaucoup de peur. La patiente a eu besoin d'appeler le SAMU à deux reprises devant des saignements abondants et incessants.

E4 « je pense que j'ai perdu facilement un bidon de 2L ! » « J'ai appelé Mme X mais elle n'était pas là, j'ai eu sa remplaçante qui me dit que pour eux c'est normal mais ça m'a surpris, ça m'a paru bizarre parce que moi je vois que je saigne tellement ! »
« j'ai perdu tellement de sang que j'ai eu peur vraiment »

E31 a expulsé dans la nuit après la prise du premier médicament, la prise du deuxième médicament n'ayant provoqué aucun saignement, mais de fortes douleurs à type de contractions.

E31 « j'ai perdu énormément de sang en effet, avant de prendre les deuxièmes médicaments mais c'était un sang hyper hyper abondant »

c) *Des effets secondaires plus ou moins attendus*

Six femmes sur 17 ont déclaré qu'elles ne s'attendaient à cela en termes de douleur et/ou saignement durant leur IVG. (E4, E6, E11, E13, E31, E35)

E11 « en tout cas, quand elle m'a dit le mot douleur, je m'attendais pas du tout à ça. Et au saignement ce n'est pas pareil je m'attendais pas à tout ça, cette quantité ! »

E 13 « je ne pensais surtout pas que j'allais avoir aussi mal, on ne m'a rien dit quoi. Je n'ai pas été assez prévenue je trouve »

E31 « au niveau de la douleur j'étais surprise, par contre elle m'avait prévenue que ça allait être plus fort que des règles, mais alors par contre je m'attendais pas à ça, j'avais l'impression que ça me brûlait, ça me piquait »

E35 « j'aurais aimé ne pas être enceinte, ou au moins être sûr de vouloir le garder. Avoir d'autres explications sur les douleurs, être plus précis, plus clair dans les douleurs, les saignements... »

E36 a supposé un probable **échec** devant l'absence des effets attendus. Contrairement à E35 qui ne s'attendait pas à saigner aussi longtemps.

E36 « je n'ai pas saigné pendant au moins deux heures [...] j'ai eu un peu peur que ça n'expulse pas.

E35 « j'ai saigné longtemps pendant 3 semaines je remplissais des serviettes à les changer pendant 2/3 heures pendant trois semaines. »

E30 a exprimé l'importance et la réassurance d'une information initiale **conforme au vécu une fois seule au domicile.**

4. Expulsion de l'embryon

a) Le « nom » du produit d'expulsion

Les femmes ont employé des termes variables pour exprimer le produit d'expulsion : «les caillots », « le truc », « le fœtus ». La visualisation du produit d'expulsion a pu être **rassurante**, parfois **traumatisante**.

Dans le cas d'une première IVG et malgré l'information donnée elles ont déclaré ne pas savoir à quoi s'attendre.

E29 « j'ai eu beaucoup de caillots, à chaque contraction j'avais des petits caillots, ça a duré 4 heures »

E30 « je regardais et à un moment il y avait une petite boule et je ne savais pas trop, je me suis dit bah tiens c'est peut-être ça mais vraiment c'est pas simple quoi...»

E31 « quand j'ai regardé, je me demandais vraiment ce qui était en train de sortir en fait... »

E37 « donc je vais aux toilettes, et là le truc tombe au fond de ma serviette »

La femme (E23) qui avait le terme de grossesse le plus avancé de notre étude (9 SA) a été **traumatisée lors de son expulsion**, en nommant son produit d'expulsion « fœtus » et décrivant la vue du « placenta ».

E23 « ce qui m'a le plus choqué moi, c'était une grosse contraction avec beaucoup de sang dans la culotte après j'ai appelé mon mari pour aller dans le bain je ne m'attendais pas à ça et là j'ai vu.... Le fœtus. Ça c'était le moment qui était trop fort pour moi, très marquant, c'était la vraie forme enfin, c'était quand même compliqué, j'ai pris une bassine...y avait le placenta. J'ai pris un médicament pour les angoisses à ce moment-là... J'avais besoin de me calmer un petit peu... »

b) *Ressenti de l'expulsion*

E37 a exprimé un sentiment de **soulagement** au moment de l'expulsion.

E37 « non mais c'était vraiment un soulagement quand j'ai vu le truc sortir et je me suis dit que c'était bon en fait »

E. Le vécu post-IVG

1. A posteriori, quand les femmes parlent de leur IVG

a) *Achèvement*

Un sentiment **d'achèvement**, de **soulagement** a été exprimé chez 3 femmes (E29, E31, E36).

E29 « je suis encore jeune, j'ai que 23 ans donc bon ! J'ai le temps d'avoir des enfants ! »

E31 « je l'ai rangé dans un petit coin de ma tête en mode c'est fait c'est bon »

E36 « c'est fait c'est fait on ne va pas revenir en arrière. Je ne m'apitoie pas sur mon sort»

« le fait que ça se soit bien passé m'a drôlement soulagée en fait, et je me suis sentie libérée de ce stress et cette décision »

b) *Soulagement*

Certaines femme ont exprimé un sentiment de soulagement.

E36 « Le fait que ce soit bien passé m'a drôlement soulagé en fait je me suis sentie libérée de ce stress... de cette décision... »

c) Tristesse

Les femmes ont parfois exprimé de la tristesse.

E6 « je me sentais fautive [...] ça a été très dur à accepter »

E9 « je n'ai pas envie que dans quelques mois on me dise « tu vois il aurait été la » ! y'a des choses voilà je suis sûre de moi, j'ai toujours eu envie de faire ce dont j'avais envie j'ai aucun souci avec mes décisions »

E21 « je n'aime pas de principe les contraceptions mais je ne veux pas refaire une IVG, vraiment pas »

E29 « c'est une assez grosse épreuve »

E30 « c'est vraiment pas simple quand on sent la vie en soit, et je ne regrette pas du tout mon choix pas contre »

E4 « je pense que dans ma vie future, j'y penserai, que ce sera là oui en effet, mais ce n'est pas quelque chose qui va m'empêcher de vivre » « C'est quelque chose qui sera dans mes prières, Dans mon cœur. »

Une profonde **tristesse a été exprimée**, en particulier par E1 et E23 en post-IVG, lors de leur entretien.

E1 « je me sens vidée, en plus je travaille avec des enfants en ce moment en périscolaire en plus de mes études [...] c'est un peu dur d'être avec des enfants en ce moment... (tristesse de l'humeur) »

E23 « depuis cette IVG je me sens triste, c'est monté dans ma tête je n'ai pas de soutien (pleure) [...] J'ai plein de choses dans ma tête en ce moment, je rumine beaucoup depuis l'IVG »

d) Stigmatisation

Les femmes ont pu ressentir une certaine **stigmatisation du fait d'avoir pratiquer** une IVG. Cette stigmatisation entraîne chez certaines de l'anxiété.

E31 « *c'est pas anodin quand même et même si c'est voulu et qu'on est au clair dans notre tête avec tout ça, nos choix et qu'on est équilibré, on est quand même en train de prendre un médicament pour vider notre utérus* »

e) *Culpabilisation*

Elles ont pu ressentir un sentiment de **culpabilité** dû à l'image socioculturelle, voire religieuse de l'IVG.

E13 « *ça m'a mis KO, tout ce que je mangeais me donnait envie de vomir, j'ai perdu 3 ou 4 kilos après mon IVG j'étais vraiment pas bien* »

« *Honnêtement ça va, on va dire que ça va mieux, au début y a un peu de culpabilité tu vas affronter le regard des autres en mode « ah bon ! Encore ! »* »

E30 « *j'y pense... j'y pense un peu en me disant j'espère que... j'ai un sentiment de pas regretter mais j'y pense toujours Pffff c'est compliqué hein je pense qu'entre heu... Enfin là je pense que c'était sur une grossesse vraiment viable* » (ralentissement de la voix, baisse les yeux) [...] « *Je garde en tête que ce bébé était surtout super viable et que voilà bah si j'avais laissé plus parler la raison mais... heu ... Après je sens bien que régulièrement je suis obligée de me dire « bon tu sais pourquoi tu l'as fait !!! » J'essaie de me rappeler un peu à l'ordre.* »

E12 a exposé les discours culpabilisant des médecins et de ses proches d'avoir été traitée d'une Infection Sexuellement Transmissible (IST) et d'avoir bénéficié d'une IVG médicamenteuse.

E12 « *toujours cette culpabilisation de se dire que si j'avais fait attention il ne serait pas arrivé. En fait, y a quelques années, j'ai fait une IST avec complication salpingite péritonite opérée suspicion appendicite puis occlusion sur bride bref, du coup les gens m'ont dit là que j'ai déjà eu l'IST ça suffit faut que je fasse attention, bon je les ai bien renvoyés chier hein mais bon, j'avais pas besoin d'entendre ça. C'est pour ça que je suis encore un peu soulée de tout ça, des médecins et tout. Et ce discours culpabilisant c'est bon quoi...* »

E6 avance quant à elle des termes en rapport avec un infanticide.

E6 « pour moi c'était dramatique, pour moi c'était grave. Me dire que je prenais un cachet pour évacuer un enfant c'était atroce pour moi vraiment »

f) *Regret*

E 35 a exprimé clairement un sentiment de **regret** d'avoir réalisé cette IVG

E35 « et surtout plus jamais d'IVG ! Plus jamais ça ! Limite je me suis remise en question ça s'est tellement mal passé que j'aurais dû le garder »

g) *Déni de situation*

E11 et E23 ont exprimé un **déni** de la situation voire une forme de naïveté

E11 « je pense que j'ai pris le temps d'accepter un peu la situation et pour accepter ce qui était le mieux pour moi. Je me souviens le week end où j'ai appris j'ai beaucoup pleuré et j'ai regardé la télé, je ne suis pas sortie. Et je me disais si je ne mange pas est ce que ça va impacter ça et je ne serais plus enceinte »

E23 « en fait j'ai fait l'autruche [...] Et quand je suis rentrée en France j'ai contacté ma sage-femme.

h) *Accompagnement*

E20 et E37 ont déclaré avoir eu un **très bon accompagnement**.

E37 « j'ai vraiment apprécié la docteure en face de moi, qui m'a beaucoup écoutée, qui m'a compris vraiment c'était super. Les choses ont été faites de façon très correctes »

E20 « j'ai eu un accompagnement super, on est super bien accompagné »

i) *Désespoir*

E12 a déclaré avoir été mal informée et a ressenti du désespoir durant son parcours d'IVG médicamenteuse.

E12 « oui c'est compliqué et en plus désespérant, j'avais vraiment l'impression que tout était fait pour que ce soit compliqué. Ce n'est déjà pas facile, juste l'acte en lui-même. Vraiment je me suis sentie assez seule pour le coup. On ne se sent pas informée quoi... »

F. L'IVG : un acte solitaire ou accompagné

1. Entourage / Rôle du conjoint

a) *Pas ou peu d'accompagnement*

Cinq femmes sur 17 ont déclaré avoir eu un accompagnement et un soutien **insuffisant**, voire **inexistant**, que ce soit de la part de leur compagnon, quand il existait ou de leur entourage en général.

E1 « il m'a pas du tout soutenu, il n'est pas venu me voir »

E11 « je n'ai pas trop retrouvé le soutien dont j'avais besoin avec lui et en plus personnellement ça n'allait pas bien non plus en plus avec mes amies, on s'est fâché pas très longtemps avant, ce n'était pas le moment idéal »

« Mon mari était là, il essayait de me soutenir tout ça mais.... Mais...j'avais l'impression que ça ne servait à rien. »

E12 « y'a mon compagnon qui est là, mais j'aurais préféré qu'il ne soit pas là (rire) »

« Inutile quoi, il ne se sentait pas trop concerné, donc bon... »

E1 était seule, malgré les conseils des professionnels de santé. Ces deux amies, qui devaient être présentes chez elle, ne sont jamais venues.

E1 « j'étais un peu inquiète, car le médecin m'a dit qu'il ne fallait surtout pas être seule, et que les deux personnes qui devaient se relayer pour venir me voir à tour de rôle ne sont pas venues, ni pris de mes nouvelles. C'est plutôt cela qui m'a déstabilisé je dirais, le fait d'avoir peur, de me sentir seule, comme abandonnée. Je craignais de faire un malaise et que personne ne soit là par exemple. »

E30 s'était sentie « **obligée** » de faire son IVG sur son lieu de travail n'ayant pas la possibilité de rester chez elle n'ayant averti personne de sa décision. Elle s'est sentie seule, mais avait tout de même pensé à en parler à l'infirmier sur son lieu de travail si de possibles effets indésirables apparaissaient.

E30 « je lui avait dit que je sentais que j'avais des symptômes de grossesse et puis après quand j'ai vu que c'était positif je lui ai montré heu...(silence), et puis voilà, le reste j'ai fait sans qu'il sache »

« Personne en fait, parce que mon mari n'était pas au courant, je voulais pas le dire, à personne, c'est pour ça aussi que j'ai décidé d'aller au boulot, parce que je travaille avec un infirmier au boulot, donc si je m'étais sentie mal je lui aurais dit je pense »

E23 s'est vu imposé la présence de ces deux enfants à la maison, compliquant la réalisation du geste et la situation au domicile.

E23 « je me suis sentie un peu seule, il était là, mais pas avec moi [...] Je tremblais, j'étais seule face à mes douleurs, je me demandais ce qui se passait ce n'était pas simple »

« j'ai une amie je voudrais lui parler, j'avais un peu peur du jugement je lui ai dit que c'était une fausse couche »

b) Accompagnement satisfaisant

Douze femmes sur 17 (E2, E4, E6, E9, E13, E20, E21, E29, E31, E35, E36, E37) ont déclaré avoir eu un accompagnement satisfaisant de la part de leur entourage ou de leur

conjoint. Pour cause d'obligation **professionnelle** les compagnons de E35 et E36 n'ont pas pu rester avec elles, mais le soutien était présent, ont-elles déclaré.

E20 « y avait mon chéri avec moi toute la journée »

E37 « mon copain était au courant, mes amis très proches aussi.... Après mes parents j'avais pas forcément envie de leur en parler »

E35 « ma meilleure amie qui était disponible. J'étais avec elle et j'étais pas seule »

E9 « il est resté avec moi toute la journée, il est venu me voir plusieurs fois savoir si j'avais des douleurs, il est même venu me demander si j'avais besoin de cachet »

E6 « mon copain, il a été super présent, il a été là »

E2 a expliqué qu'au vu d'une pathologie psychiatrique chez son compagnon, elle n'a pas voulu lui dire la vérité. Mais elle raconte tout de même **un soutien très important** de sa part quand elle lui annonce une « **fausse couche spontanée** ».

E2 « il n'est pas au courant donc j'ai dit tout simplement que j'avais fait une fausse couche. C'était beaucoup plus simple pour lui par ce que je pense qu'il l'aurait vraiment mal vécu. Par contre, après la fausse couche il y a eu de l'écoute quand j'ai avorté dimanche. J'ai expliqué que je faisais probablement au vu de retard et aux pertes importantes. Il a été adorable enfin vraiment je n'ai pas eu de soucis. »

E31 vivait chez ses parents mais n'a pas voulu les mettre au courant. Elle a été accompagnée d'une amie et a eu le soutien attendu de sa part.

E31 « mon amie a été hyper présente pour moi, à toujours savoir si j'avais besoin de quelque chose. J'étais pas forcément.... Par ce que j'étais quand même un peu cachée je suis chez mes parents. »

E13 a déclaré un **fort soutien** de la part de son mari. A posteriori, elle raconte qu'elle aurait aimé un peu plus d'intimité.

E13 « tu as juste envie d'être dans ta bulle et tu as envie de dire non c'est bon va là-bas !

ça sert à rien »

« en vrai, quand il était là mon mari à me parler, j'avais pas envie de répondre j'avais envie d'être seule. Je voulais me concentrer car j'avais vraiment très mal. T'a tellement de mal à parler, ils savent pas quoi faire, ils sont impuissants, tu sais pas si faut rassurer les gens avec toi ou si tu gères ta douleur à toi... »

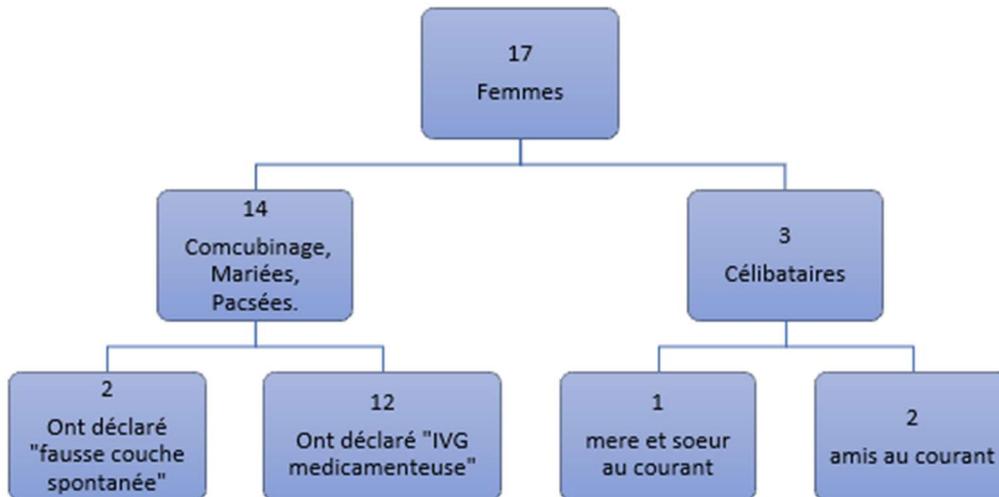


Figure n°3 « Situation matrimoniale des femmes de cette étude »

2. Entretiens psychologiques

a) Certaines femmes déjà suivies par un psychologue

Parmi les 17 femmes, **3 avaient déjà un suivi psychologique** en dehors de ce contexte d'IVG et en ont d'ailleurs parlé avec leur propre thérapeute. (E1,E6, E21).

Cependant, sur les trois patientes, **E1 et E21 auraient voulu qu'on leur propose** cette aide spécifique, ce qui n'a pas été fait. **E6** n'en ressentait pas le besoin, mais cet entretien lui a été proposé.

E1 « Après on m'ai demandé si j'avais déjà un psychologue et du coup oui, c'est peut-être

*pour ça que j'ai pas eu cette proposition » « Je dirais que oui j'aurais aimé quand même »
E6 « Oui, elle m'a dit que je pouvais demander si j'avais besoin n'importe quand. Sachant que j'en vois déjà un pour autre chose. »*

E21 « oui j'aurais aimé, après je suis déjà suivie par des psychologues donc voilà je leur en ai parlé à ce moment-là, même si je suis suivie pour autre chose... »

b) Les femmes n'ayant pas eu de proposition d'entretien

Quatre femmes sur 17 **auraient aimé qu'on leur propose un entretien psychologique** et **cela n'a pas été fait** (E1, E21, E23, E30). E1 a d'ailleurs pensé qu'on ne lui avait pas proposé car, avait déjà un suivi psychologique en dehors de son IVG.

E1 « Après on m'a demandé si j'avais déjà un psychologue et du coup oui, donc c'est peut-être pour ça... »

E23 « J'ai plein de chose dans ma tête en ce moment, je rumine beaucoup depuis cette IVG » « J'aurais voulu avoir un numéro pour parler si j'avais besoin, sans jugement ni rien qui puisse être là si besoin et dans mon entourage, il n'y a pas »

E30 « ouais, je pense ouais, que j'aurais bien aimé, quand j'ai appelé le planning familial aussi pour m'aider à poser les choses »

c) Les femmes à qui l'entretien a été proposé

Parmi les **8 femmes** à qui l'entretien **psychologique a été proposé** et qui l'ont **refusé**, seule E29 a déclaré en ressentir le besoin plus tard.

E29 « après je me doute bien qu'il faut en parler là c'est une assez grosse épreuve donc je sais très bien qu'il faut en parler, je pense que j'irais de moi-même hein ! »

Parmi ces mêmes 8 femmes, E36 a déclaré qu'elle avait déjà bénéficié d'un entretien psychologique, lors d'une IVG alors qu'elle était mineure. Ce dernier ne lui avait pas semblé forcément bénéfique à l'époque.

E36 « non, car la première fois j'y étais obligé donc voilà et ça ne m'a pas aidé, c'était inutile. Si je dois parler à quelqu'un c'était plus mes amis qui me connaissent plutôt qu'une personne que je ne connais pas. »

d) Les femmes n'ayant pas eu de proposition d'entretien psychologique et n'en souhaitaient pas.

Les quatre femmes à qui cet entretien **n'a pas été proposé et qui n'en souhaitaient pas se sont exprimées**

E2 « Alors dans mon cas à moi non car j'étais totalement consciente de ma décision mais je pense qu'il pourrait être proposé de façon systématique pour d'autre personne. »

E13 « pas du tout parce que peut être que j'étais claire et nette et que je n'ai pas réfléchi quoi. Plus vite ça ira, mieux ce sera. »

E31 « j'ai dit que je n'en ai pas besoin »

Au total, dans notre étude, aucune femme n'a bénéficié d'entretien psychologique même si certaines avaient déjà un suivi autre.

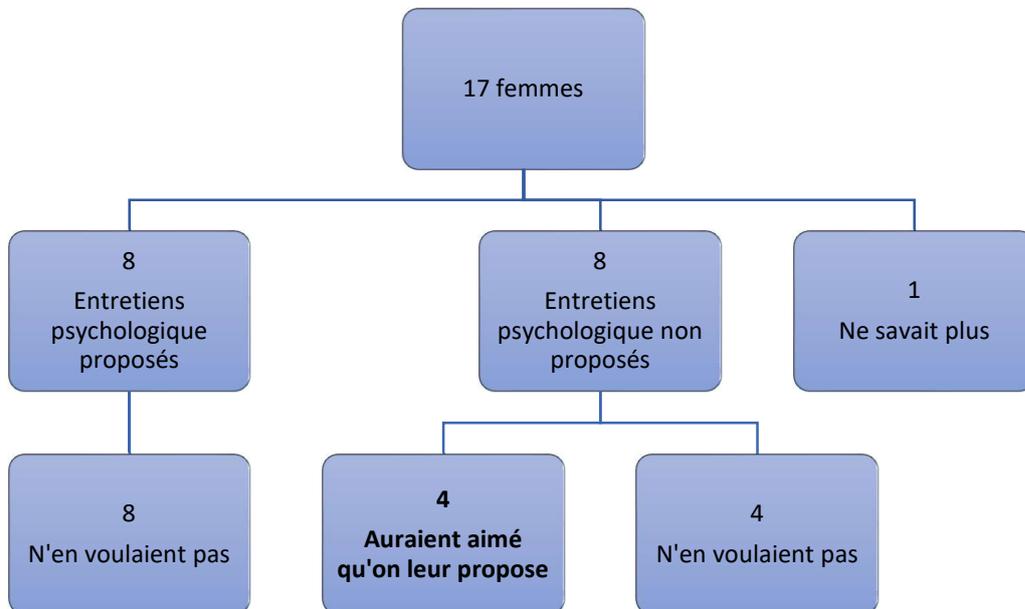


Figure n°4 « Les différentes situations face à l'entretien psychologique »

G. Les propositions des patientes pour un meilleur vécu

1. Adaptation du temps de travail

a) Pas de proposition

Six femmes sur 11 étaient en activité professionnelle et n'ont pas bénéficié de prescription d'arrêt de travail.

Parmi les 6 femmes à qui aucune prescription d'arrêt de travail n'a été proposée, **cinq** femmes (E6, E11, E13, E30, E35) **auraient souhaité** à posteriori en bénéficier. E11 déclare qu'elle aurait souhaité cet arrêt dès la première prise médicamenteuse.

E6 a regretté qu'aucune prescription d'arrêt de travail ne lui ait été proposé et qu'elle n'en a point sollicité. E13 n'ayant pas eu de prescription d'arrêt de travail, a dû prendre un **jour de congés**.

E6 « lundi, la première journée, j'ai dû aller au boulot, j'ai fait demi-tour je n'ai pas pu y aller. » « Mais heu alors ça dépend de chacun, mais deux trois jours ne m'aurait surtout pas fait de mal... Après c'est moi qui n'ai pas demandé... »

E11 « aussi j'aurais bien voulu un arrêt de travail après la première pilule, c'est vrai que physiquement j'allais bien mais moralement, non pas du tout » « Donc, la première pilule j'ai pris mercredi et après j'ai été travailler, je n'étais pas très bien émotionnellement, j'aurais bien aimé avoir un arrêt de travail pour le lendemain mais bon Ça n'a pas été fait »

E13 « on est tellement KO, on se vide de notre sang, c'est vraiment chiant d'aller bosser quand on n'a pas d'arrêt par rapport à ça... Enfin moi je n'ai pas eu d'arrêt de travail, j'ai dû prendre sur mes jours de congés ! »

E35 n'avait pas pris les premiers comprimés comme prévu initialement avec la sage-femme pour que la deuxième prise coïncide avec un **jour de repos**. De plus, **aucune prescription d'arrêt de travail ne lui a été proposée**.

E35 « alors non... ce n'est pas ce qu'il s'est passé en fait, j'ai hésité samedi et finalement j'ai réfléchi, après je préférais les prendre le lundi et non pas samedi et comme ça les deuxièmes tombaient sur mon jour de off, ça m'évitait de poser un jour ou deux. » « J'étais extrêmement crevée et c'est vrai que j'aurais bien aimé avoir un arrêt de travail, j'avoue »

E30 s'était mise en télétravail sur les conseils du médecin généraliste durant le parcours de soin de son IVG. **Cette femme a fait part de son incompréhension totale.**

E30 « je pensais avoir un arrêt de travail et on ne me l'a pas proposé par exemple... Donc elle m'a dit que ça allait être compliqué de travailler, donc elle m'a dit qu'il valait mieux que je fasse du télétravail ce jour-là sauf que même ça c'était compliqué. Ce que je n'ai pas trop compris c'est que si on pense que ça va être douloureux pourquoi on ne propose pas en systématique un arrêt de travail juste une journée quoi, pour que ça puisse se faire tranquillement, c'était un peu décalé quoi du coup, moi j'ai bossé quoi... Ne serait-ce qu'une journée ou deux. »

b) Prescription d'arrêt de travail

Cinq femmes sur 17 ont obtenu une prescription d'arrêt de travail

E31 ayant bénéficié d'un arrêt de travail a exprimé le fait que cela devrait être **obligatoire.**

E20 « oui, elle m'a mis en arrêt deux jours ! Mais comme vous savez y a trois jours de carence ou je ne sais pas quoi mais bon ça m'a fait quand même mine de rien deux jours de repos et mine de rien ça fait du bien. »

E31 « et on ne sait jamais en plus comment le corps va réagir, c'est nécessaire, vraiment je dirais même obligatoire d'avoir un arrêt de travail. »

E21 a bénéficié **d'un seul** jour d'arrêt de travail et a dû solliciter trois professionnels de santé afin d'obtenir une prolongation d'une semaine complète.

E21 « bah je trouve ça court moi, surtout mentalement quoi, être dehors de sentir que je saigne et je sais que ce ne sont pas mes règles qui coulent quoi, ça fait bizarre j'aurais préféré être chez moi ! » « je me suis arrêtée une semaine au total »

E36 avait eu la possibilité d'avoir plusieurs jours d'arrêt. Elle s'était tout de même arrangée au préalable avec son employeur afin de faire coïncider son jour de repos avec sa deuxième prise médicamenteuse.

E36 « mais je lui ai expliqué que j'avais du coup décaler mes jours de boulot et de repos et il m'a proposé de faire un arrêt vendredi et samedi. Après je n'ai pas accepté j'ai dit non. »

c) Hors cadre professionnel

Six femmes sur 17 n'ont pas bénéficié d'arrêt de travail car elles étaient soit étudiantes, soit sans emploi.

Cependant elles se sont exprimées sur le sujet. E12 ne pouvait se permettre d'être absente car était en situation d'examen à la faculté.

E12 « bah en fait je reprenais la fac, j'avais un examen à la fac donc bon, je n'ai pas eu le choix » « pfff bof, après c'était vraiment ces trois heures de douleurs le plus dur, mais c'était tout le contexte, mentalement qui n'allait pas et qui m'épuisait. ».

E37 « après je suis étudiante mais bon quand même le proposer c'est quand même mieux »

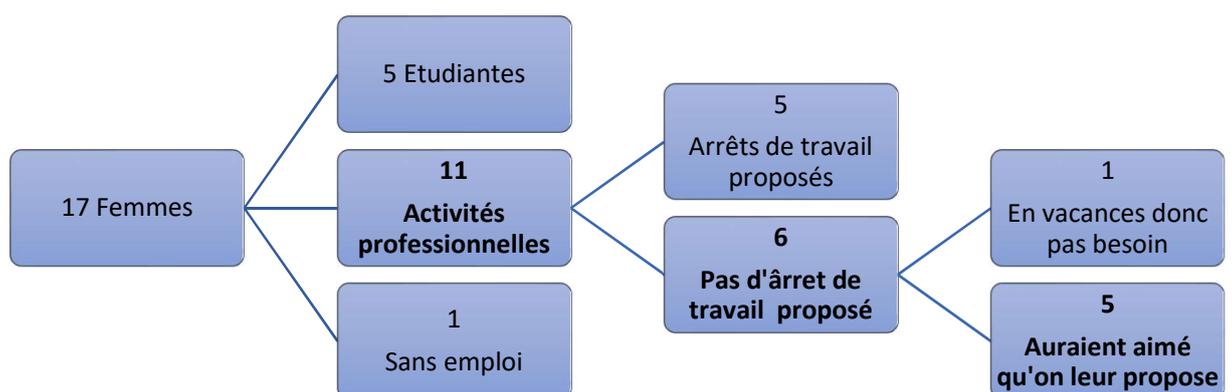


Figure n°5 « Situation vis-à-vis des arrêts de travail »

2. En quête d'informations sur les prises en charge

a) Récupération d'information avant les consultations

Les femmes ont expliqué qu'elles ont au préalable recherché des informations afin de mieux comprendre et appréhender cet IVG. Elles ont parfois exprimé un manque d'information initiale.

(1) Sur internet

E1 « il a fallu chercher sur internet sur le site du CHU planning familial. J'ai regardé les trois praticiens autorisés à pratiquer les IVG. »

E4 « tout de suite j'ai regardé sur internet j'ai tapé IVG à X et ça m'a donné un site avec les noms des 4 médecins qui pratiquent l'IVG »

E11 « j'ai regardé sur internet je ne savais pas trop et le planning familial j'ai appelé le matin et on m'a dit que c'était l'après-midi, donc là j'étais trop anxieuse j'ai vu mon médecin. »

(2) Témoignage

E30 « ... j'allais beaucoup voir sur les forums justement d'autres femmes et j'ai lu beaucoup de témoignages d'autres femmes de jeunes femmes qui n'avaient jamais accouché »

(3) Reportage

E6 « on peut entendre parfois des gens avec qui la prise en charge des IVG se passe mal, j'avais beaucoup d'appréhension, vraiment, alors que c'était tout le contraire » « Ils ont fait un reportage en effet sur les IVG y a pas si longtemps en plus, enfin bref elle m'a bien rassurée et c'était très dur pour moi d'accepter »

(4) Via les centre médicaux

E6 « j'ai téléphoné en pleurant à mon cabinet, je n'arrivais pas à aligner deux mots. Enfin c'était super compliqué »

E9 « j'appelle l'hôpital de X qui me dit heu... Ce sera un rendez-vous dans 3 semaines ! »

E13 « je savais comment fonctionnait l'hôpital de X, j'y suis allée directement, et ils m'ont donné les coordonnées du planning familial de X »

b) Information différente de la réalité

E1 a exprimé sa **déception** de la prise en charge de son médecin. Elle avait consulté internet et avait vu que l'entretien devait être obligatoirement proposé ce qui n'a pas été fait. Cela l'a mis dans une situation de perte de confiance devant le professionnel de santé.

E1 : « j'avais lu plusieurs trucs sur internet et j'avais vu justement cet entretien et quand on sait qu'on doit nous le proposer et que ce n'est pas fait, je trouve pour ma part que cela crée un décalage, manque de confiance. »

c) Manque d'information

E31 « au niveau d'internet, des suivis, des rapports ou quoi que ce soit, il n'y a rien en fait que ça soit en vidéo, en témoignage. Mise à part le ministère de la santé qui dit trois phrases et puis en fait quand t'y va ça ne se passe pas trop comme ça, en fait ben y a rien. Alors oui c'est tabou mais ce sont des choses ou j'aurais aimé pouvoir avoir un peu plus d'éléments, de recherche, des documents ou des trucs en ligne par rapport à ça. Les retours sur les IVG je n'ai pas trouvé grand-chose en tout cas dans la langue française »

3. Intimité et secret médical

Le respect de l'intimité n'a pas été respecté pour deux femmes dans cette étude, l'une d'elles a souffert de l'inconséquence de son compagnon alors qu'une autre a souffert de l'absence de respect du secret médical.

E1 a déclaré avoir été particulièrement touchée et déçue par l'attitude de son compagnon qui a utilisé et envoyé les photos de l'échographie à sa mère (à lui) sans son consentement.

E1 « il a juste kiffé de son côté de prendre en photo les images et de les envoyer à sa mère qui elle n'a pas du tout trouvé ça drôle et était super déçue quand elle a su que j'allais avorter. Et lui il a trouvé ça drôle, sauf que je lui disais que c'était pas drôle, et que ça me faisait pas rire. Il a voulu envoyer à toute sa famille »

E37 a été victime d'une violation du secret médical informant ainsi les membres de sa famille.

E37 « honnêtement je ne l'ai pas crié sur tous les toits hein mais mon copain était au courant, mes amis très proches aussi après mes parents j'avais pas forcément envie de leur en parler sauf que heu... il s'avère que ma mère travaille à l'hôpital de x et j'ai été faire une prise de sang après le rendez-vous pour les beta et en fait l'infirmière qui m'a vu a vu mon nom et prénom et a croisé ma mère plus tard dans les couloir et lui a dit «j'ai vu ta fille tout à l'heure» du coup bah m'a mère m'a demandé pourquoi j'étais aller faire une prise de sang dans la journée bon voilà... j'ai fini par lui dire mais je crois que mon père n'est pas au courant. »

4. Ce que les femmes proposent pour un meilleur vécu

La dernière question posée cherchait à savoir ce que chaque femme aurait souhaité vivre autrement : de la découverte de cette grossesse non désirée jusqu'au moment de notre échange.

a) *Facilitation à l'accès de l'IVG*

E12 a mis l'accent sur les **difficultés d'organisation** concernant les différents rendez-vous à planifier.

E12 « ... c'est mon copain qui a fait les démarches mais si ça devait être moi, ça aurait été trop compliqué ! je le voyais passer les appels où on entendait ce n'était pas possible, pas possible, rien que pour voir un médecin quoi... J'étais atterrée rien qu'à l'entendre... vraiment. »

b) *Respect du temps de réflexion*

E30 aurait aimé **plus de temps** et **plus de réflexion** car elle a longuement hésité.

E30 « dans l'accompagnement, que mes questions surtout j'avais besoin d'un peu plus de temps heu... hum... De réflexion... Euh... [,,] pour savoir si je voulais le garder ou pas ! mais en gardant toujours la possibilité de le faire en médicamenteux quoi, je ne voulais pas dépasser les délais quoi »

c) *Prescription d'arrêt de travail*

Toutes les femmes n'ayant pas bénéficié d'arrêt de travail, l'ont regretté et ont proposé qu'une mise au repos soit systématique, voir obligatoire.

E29 s'est attardée sur le fait qu'être **entourée** était la chose la plus importante pour elle durant ce parcours d'IVG médicamenteuse à domicile.

E29 « les femmes qui veulent le faire à la maison il faut être bien entourée, cocoonée... Je crois que c'est la chose la plus importante. »

IV. Discussion

A. Les biais et les forces de l'étude

a) *Les biais*

- Biais lié à l'investigateur

Mon inexpérience en matière de recherche qualitative a pu être source de biais dans le recueil et dans l'analyse des données malgré une lecture attentive des livres de méthodologie. J'ai conscience que la méthodologie d'une étude phénoménologique n'était pas totalement acquise.

- Biais de recrutement

Les femmes interrogées étaient **volontaires**, ce qui implique un biais de recrutement. On peut en effet se demander si parmi celles qui ont refusé l'entretien, leur vécu a été peut-être plus compliqué. Nous n'avons pas de données concernant le motif de refus des patientes.

Nous avons choisi de ne pas interroger de mineures, craignant que tous les professionnels de santé ne soient pas en accord avec cela.

- Biais de sélection

Le fait d'avoir été considéré comme professionnel de santé a pu entraîner une limite de la liberté de parole des femmes interrogées. Cela a pu affecter la volonté des femmes à participer à cette étude.

- Biais de formulation

Mon inexpérience en matière de recherche qualitative et particulièrement de réalisation d'entretiens semi-directifs a pu être source de biais de formulation tant sur la qualité des entretiens que sur l'analyse des données. Ce biais a été diminuée par la triangulation des données.

L'utilisation d'un **enregistreur** a pu induire une **inhibition** de la part de certaines femmes.

- Biais de mémoire

Pour les femmes dont l'IVG remontait à plusieurs années, on peut supposer qu'il existait un biais de mémoire lors des entretiens, pouvant alors influencer la qualité des informations reçues.

b) Les forces

Malgré le sujet qui a pu être perçu comme sensible par les patientes, nous sommes arrivées à saturation des données après 17 entretiens.

Nous avons observé une saturation des données à partir de 15 entretiens, deux supplémentaires ont été réalisés afin de confirmer cette saturation.

L'étude a été menée de manière à obtenir une **triangulation** des données.

La diversité des professionnels de santé ayant participé à cette étude accorde un recrutement exhaustif. Très peu de thèses ont été réalisées avec ce genre de recrutement.

Aucune étude n'a été retrouvée traitant des IVG médicamenteuses en Poitou – Charentes, contrairement au reste de la France.

B. Analyse des résultats et comparaison à la littérature

1. L'accès à l'IVG

a) *Les informations apportées aux femmes*

L'accès à une information objective relative à l'interruption volontaire de grossesse est fondamental et doit garantir le droit des femmes dans de bonnes conditions.

Dans notre étude, l'expérience de proche et/ou l'information via les médias semblaient être la source principale de leur connaissance. Internet reste un moyen plutôt fiable d'avoir des renseignements généraux sur l'IVG, mais cela peut parfois manquer de clarté.

Conscient de l'impact **du numérique** dans la vie des jeunes générations, un rapport a été établi par le Haut Conseil d'Égalité en 2013 sur « *l'information sur l'avortement sur Internet* » (15). Parmi les **15-30 ans, 57,23%** des femmes utilisent internet pour des questions de santé et **80%** d'entre elles considèrent les informations recueillies sur internet comme **fiables**. Dans notre étude, 3 femmes, âgées de 18 à 30ans, ont eu le réflexe d'aller rechercher l'information initiale sur internet. Ce qui représente **25%** de notre effectif de patientes parmi les 18-30ans (12 femmes). Ce qui est en dessous du chiffre du rapport de 2013. On peut supposer que la différence est peut-être liée aux mineures prises en compte dans ce rapport contrairement à notre étude.

La place d'internet est à prendre en compte par le professionnel de santé comme nous l'a suggéré E1 (21ans).

E36 (26 ans) a découvert sur internet la possibilité de réaliser son IVG à domicile. Elle aurait cependant souhaité une information plus claire sur internet lors de la découverte de sa grossesse non désirée selon ses dires. **Vingt ans après** l'autorisation de cette méthode, un manque d'information envers les femmes est constaté.

En 2017, 41% des établissements de santé interrogés en Nouvelle Aquitaine, déclaraient avoir une ligne **téléphonique** dédiée aux IVG (16).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2021, « chaque établissement de santé prenant en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette seule activité » (17).

Dans notre étude, sur les 7 femmes (41%) ayant eu un suivi en établissement de santé, **une seule** femme a déclaré être ressortie de sa première consultation avec un numéro d'urgence.

L'étude d'Hedqvist et al. (18) montre que **21%** des femmes déclarent une **mauvaise information** sur l'IVG de façon générale. Dans notre étude, 5 femmes sur 17 relatent une information trop légère et non conforme à la réalité, soit **29%**, ce qui est un peu plus élevé que la donnée chiffrée précédente.

Un site gouvernemental, du ministère de la santé, mis à jour très régulièrement garanti aux femmes toutes les informations dont elles auraient besoin afin d'améliorer **l'accès** à l'IVG. Elles ont ainsi la possibilité de trouver facilement, le déroulement des différentes méthodes d'IVG, un tchat en ligne, gratuit et confidentiel, qui est une **déclinaison du numéro vert national** (19). **Aucune** femme de notre étude n'a été informée de l'existence de ce site internet ni du numéro vert.

Dans son rapport d'information de 2020 (20), afin d'améliorer **l'accès** à l'IVG, l'Assemblée Nationale recommande de « *mettre en place un répertoire des professionnels pratiquant l'IVG sur le modèle du site ivglesaddresses.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.* »

Etonnamment, aucun professionnel n'est répertorié pour la ville de Poitiers et ses alentours alors que plusieurs médecins sont conventionnés pour cette activité (en libéral ou au CHU de Poitiers).

Dans notre étude, 3 femmes ont écrit sur Google « IVG médicamenteux », associé à leur ville, afin d'avoir accès à un médecin conventionné en IVG. Elles ne sont donc pas passées par le site internet cité ci-dessus. Du moins, on peut supposer qu'elles n'en ont pas parlé, n'ayant trouvé aucune information leur permettant d'avoir accès à l'IVG.

L'accès à l'IVG reste encore fragile, comme le déplorent les professionnels. Ils rappellent que, dans les faits, le recours à l'avortement est inégal selon le profil, le lieu de résidence ou le niveau social des femmes. (*dernier rapport de la DREES paru en septembre 2023*) (5). Les femmes dans notre thèse confirment cette difficulté d'accès à l'IVG comme le décrit le dernier rapport de la DREES.

b) La place du professionnel de santé

- Le rôle du médecin traitant :

Dans notre étude, **cinq** femmes sur 17 ont contacté leur médecin traitant. **Une seule** femme sur les 5 a déclaré avoir eu une réelle aide de la part de ce dernier. Deux parmi ces 5 ont déclaré avoir ressenti un **jugement** et/ou une **absence d'orientation adaptée** de la part de celui-ci.

En 2013, la thèse du docteur Chefeg Ben Aissa Raja et al, retrouve que **44%** des femmes **n'ont pas parlé de cette grossesse non désirée à leur médecin traitant**, en ramenant la notion de «médecin de famille » comme argument principal (21).

Selon sa thèse qualitative, le Docteur Sophie Martin, s'est intéressée à **la place du médecin traitant** dans le parcours des IVG durant le vécu des femmes ayant fait leur IVG en ambulatoire (22). Seules **3 femmes sur les 18** interrogées ont contacté leur médecin traitant. Trois raisons principales ont été évoquées par les femmes qui n'ont pas souhaité rencontrer leur médecin traitant :

- La peur d'un éventuel jugement par le médecin traitant.
- Le souhait que l'IVG reste « une parenthèse » en dehors de leur suivi habituel.
- La croyance que le médecin traitant ne peut pas les aider sachant qu'il n'a pas traité de problème gynécologique ou intime jusque-là.

Ces propos interrogent sur la vision qu'ont les patients de leur médecin traitant.

- Le rôle des médecins généralistes qui pratiquent des IVG

Sept femmes dans notre étude ont été suivies et accompagnées par un médecin généraliste conventionné en IVG. Parmi les 7, une femme n'a pas apprécié le contact avec ce premier médecin et a dû changer de praticien durant son parcours.

Deux thèses ont étudié le vécu des femmes suivies par un médecin généraliste conventionné (10,12). Les résultats de ces deux études sont similaires. Les qualités principales de ces médecins sont : **l'empathie**, la **réassurance**, la **neutralité**, l'apport **d'informations** claires et une relation de **confiance**. Les femmes ont trouvé le suivi plus « *carré* » et l'apport d'information plus clair. Elles ont déclaré que le médecin « *savait de quoi il parlait* ».

- Le rôle des sages-femmes :

Depuis 2016, les sages-femmes sont autorisées à réaliser des IVG médicamenteuses. Cette loi a été très bien accueillie par les sage-femmes et beaucoup ont demandé à être formées (23). Nous pouvons supposer que cette ouverture de l'offre de soin permet une meilleure accessibilité à l'IVG.

Le docteur Charlotte Frager montre dans sa thèse en 2020 que 95,1% des sage-femmes sont satisfaites ou plutôt satisfaites de l'ajout de la pratique des IVG médicamenteuses à leurs compétences. Cela leur permet d'acquérir une **nouvelle compétence**, de répondre à la **demande des patientes** et de diminuer les **délais** de prise en charge (24).

Dans notre étude, 6 femmes (36%) ont été suivies par une sage-femme (en libéral ou à l'hôpital) et ont déclaré avoir apprécié cette prise en charge. L'une d'elle a fait intervenir la sage-femme qui avait suivi ses deux premières grossesses et qui l'a dirigée spontanément vers une consœur.

2. Importance du premier contact et de la première échographie

a) Les consultations et leurs délais

- Concernant les délais de consultation :

Les femmes expliquent souvent ce sentiment d'urgence par « des raisons médico-psychologiques : ne pas dépasser les délais et ne pas s'éterniser dans cette période difficile psychologiquement » (25).

Les recommandations de la HAS depuis 2001 sont : « Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans **les 5 jours** suivant son appel. » (17).

Dans notre étude, 14 femmes sur 17 nous annoncent un délai de **4.5 jours** en moyenne, ce qui correspond sensiblement à la demande de la HAS.

7 femmes ont obtenu leur rendez-vous dans un délai de 5 jours, les sept autres l'ont obtenu dans la semaine suivant leur appel.

Nous noterons que le délai s'étale du jour même à 1 semaine.

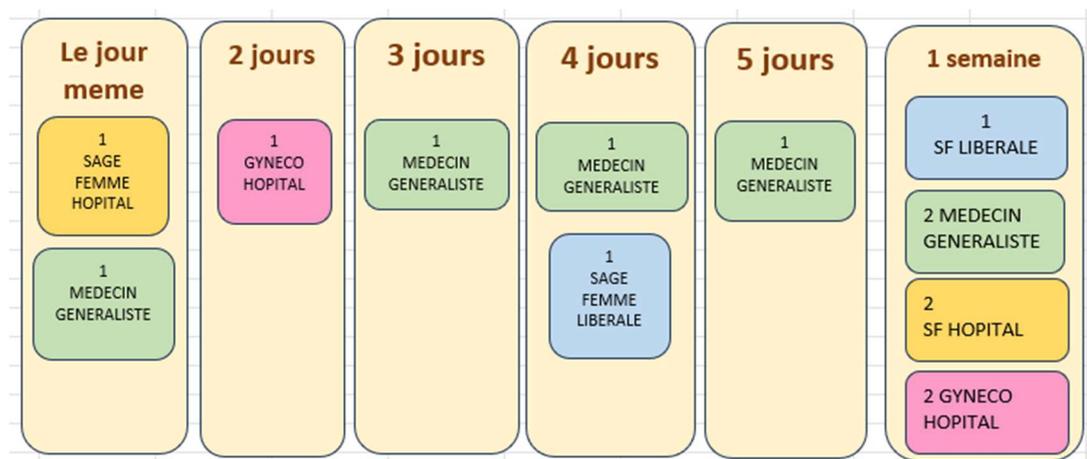


Figure n°6 : Comparaison des différents délais pour le premier contact médical par rapport aux différents professionnels de santé dans notre étude.

A partir de l'illustration ci-dessus, il nous paraît difficile d'établir un lien entre les différents professionnels et les délais du premier rendez-vous médical dans notre étude.

C. Quandalle et al. (26) quant à lui, nous montre dans son étude, une différence de délais du premier rendez-vous allant de **5.22** jours pour les médecins **généralistes** à **0.67** jour en moyenne pour **les sages-femmes**.

Selon le « *Programme régional d'accès à l'IVG en Nouvelle Aquitaine* » de 2017, les établissements de santé déclarent un délai moyen de **4.2** jours pour le premier rendez-vous (16). Ce chiffre est très proche de celui de notre étude qui est de **4.5** jours pour le Poitou-Charentes.

- **Concernant les consultations :**

Lors de la première consultation, la patiente fait sa **demande orale** d'avortement, elle reçoit des **informations** orales et un guide sur l'IVG ; le médecin ou la sage-femme lui propose un **entretien psycho-social**.

Cette consultation donne lieu à la **délivrance d'une attestation** de consultation médicale.

Au cours de la seconde consultation, la patiente reçoit la deuxième attestation de consultation médicale, elle **confirme** sa demande d'avortement **par écrit à son médecin ou à sa sage-femme**.

Depuis la loi du 4 mars 2022 (27), il n'existe plus de délai de réflexion minimal entre ces deux temps de consultation qui peuvent donc avoir lieu au cours d'une seule et même consultation. L'intervalle entre les deux est conditionné par le choix de la femme.

Dans notre étude :

- **Cinq** femmes, soit 29%, n'ont eu **qu'un** seul temps de consultation (demande d'IVG, échographie et prise de comprimés). Parmi ces dernières, **une** femme a relaté le fait de ne pas « *être prête* » et « *mise devant le fait accompli* ». Les 4 autres, plutôt sûres de leur décision, ont apprécié cet unique rendez-vous.
- **Huit** soit 47%, ont eu **deux** temps de consultation (demande d'ivg et échographie puis prise de comprimés).

- **Quatre** soit 8%, ont eu **trois** temps de consultation. (Demande d'IVG, puis échographie et enfin prise de comprimés).

Il est à noter qu'une femme sur les 17 n'a pas signé de consentement.

La thèse du docteur Laurène Roques de 2020 rapporte que certains médecins n'ont fait qu'une consultation au lieu des deux, obligatoire lors de l'écriture de cette thèse (10). Cette même étude rapporte que **peu** de femmes se sont plaintes du manque de temps.

Même si deux rendez-vous ne sont plus obligatoires, il aurait peut-être été préférable de proposer deux rendez-vous distincts, ce qui aurait permis à notre patiente de mieux vivre cet acte.

Une revue de la littérature de L. Attali en 2016 (25) montre que les **consultations médicales pré-IVG n'influaient pas** la décision de réalisation de cet acte. Il s'agissait surtout d'un temps **d'échange, d'écoute et d'informations**. Ce sont d'ailleurs aussi les demandes des femmes dans notre étude.

L'étude de Bajos et al. (28) montre que la durée du parcours dépend fortement du degré d'implication du premier interlocuteur et non du nombre d'intervenants. Ceci est confirmé dans notre étude pour les femmes qui n'ont pas pu être bien informées et orientées initialement par leur médecin généraliste.

b) Le vécu de l'échographie

L'échographie peut générer un stress qui doit être pris en compte dans ce contexte d'IVG. Certes, il n'y a pas d'urgence médicale, mais la notion de **délai légal** vient majorer cette anxiété.

Dans notre étude, 9 femmes sur 17 déclarent ne pas avoir trouvé cet examen inconfortable. Pour les 8 autres, **l'anxiété** est la thématique qui émerge majoritairement des entretiens vis-à-vis de cet examen médical. Cette anxiété a surtout été suscitée par la visualisation de l'image échographique.

La thèse du docteur Lim-Bougherra Françoise retrouve que 3 femmes sur les 11 interrogées ont **mal** vécu la visualisation de leur grossesse durant l'échographie pré IVG (11).

Sept femmes sur 17, soit **41%** des patientes dans notre étude, ont eu accès à la visualisation de leur grossesse. **Trois** d'entre elles ont déclaré ce moment comme douloureux et inconfortable. Ce résultat est plutôt concordant avec le travail de thèse ci- dessus.

F. Vendittelli s'est intéressé aux comportements des femmes face à l'image échographique lors de la datation de la grossesse dans un article issu de la revue « *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* » en 2004. On retrouve que **84.5%** des femmes ne souhaitaient **ni voir, ni conserver une image échographique** (29). Cette même étude rapporte que l'image échographique, les paroles ou les « mimiques » de l'échographiste influencent de façon positive ou négative le vécu des patientes. Dans notre étude, une femme a été étonnée par le silence de l'échographiste lors de cet examen. Elle est sortie du rendez-vous, le compte rendu et les images échographiques en main avec l'inscription « *activité cardiaque présente* », ce qui a influé de façon négative son vécu.

Ceci soulève la question du respect du choix des femmes. Il est à noter que 7 femmes de notre étude ont été confrontées à l'image sans avoir parfois donné leur accord. Une femme dans notre étude aurait d'ailleurs préféré visualiser les images sans avoir osé le demander. Il semble important d'être à l'écoute, d'anticiper et de respecter leur demande.

Dans sa thèse, le docteur Lorenz Cormier s'intéresse au vécu des femmes durant l'échographie pré-IVG. (30) Il retrouve un vécu négatif des patientes face à l'attitude inadaptée ou aux mots maladroits de l'échographiste. Notre étude retrouve des facteurs similaires au sujet du vécu négatif de l'échographie. Les modalités de pratique de l'échographie (abdominale ou intra vaginale) n'ont parfois pas été données aux femmes avant leur réalisation, ce qui confirme parfois le manque d'information lors de cet examen.

3. Le vécu de l'IVG

a) *La décision et l'acceptabilité de l'IVG*

D'après les recommandations de 2016, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) considère que « *Les consultations médicales pré-IVG n'influent pas sur la décision d'interrompre ou non la grossesse et une majorité de femmes est assez sûre de son choix lors de ces consultations.* » (31).

Dans notre étude, **13 femmes sur 17 (76%)** étaient sûres de leur décision. Les quatre femmes restantes ont fait part de leur hésitation du fait d'antécédant d'IVG pour une et de situation de « vie stable » pour les trois autres. Elles déclarent avoir gardé une ambivalence jusqu'à la prise des médicaments voir au-delà.

Selon la littérature, les femmes se sentent obligées de justifier leur décision d'avorter. Certaines femmes sont restées discrètes devant leur famille et/ou leur entourage, pensant trouver une réaction négative. Certaines décisions sont prises par la femme sans concertation avec leur partenaire. Elles reconnaissent que leur choix est une décision **intime** en regard de leur histoire personnelle et familiale. Ces résultats sont similaires aux nôtres. Même si cela reste **difficile à quantifier**, des sentiments négatifs de culpabilité, tristesse, honte, solitude et angoisse ont été mis en avant dans notre étude, à l'instar des résultats d'autres études. (8,10,22,32)

Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité (HCE) sur l'accès à l'IVG de 2020 (33) énonce comme objectif n°1 : Le droit à l'IVG comme **droit fondamental** européen. Une seule femme a évoqué dans son discours la notion de **droit à l'IVG** comme justification. A l'opposé, une autre femme utilise des termes se référant à un infanticide. La maîtrise et l'utilisation de ce droit est très variable d'une femme à l'autre.

D'après un article de A. Ohl-hurtaud et al. de 2021 en France, nous observons une meilleure acceptation du droit à l'IVG passant de 74% en 2014 à 92% en 2021 (34). Cette même étude montre que l'acceptation du geste augmente chez les femmes ayant déjà eu

recours à une IVG. Dans notre étude, les **7 femmes** ayant bénéficié d'une IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) antérieure ont exprimé une acceptation plus importante.

b) Le vécu psychologique à domicile

Le **rejet de l'hospitalisation** est exprimé par la quasi-totalité des femmes. Les femmes de notre étude associent fortement l'hôpital à la maladie et aux interventions chirurgicales. Cette motivation est d'ailleurs retrouvée dans la littérature (8,11–13,22).

Le fait de se retrouver dans un environnement familial leur paraissaient **rassurant**. Pour la plupart des femmes de notre étude, elles se projetaient dans leur **organisation** du jour de la prise du deuxième médicament. Le domicile leur a apporté de la **liberté**, afin de trouver des **activités** de détente comme la lecture, la télévision, la préparation d'un espace cocooning. Ces lieux leur permettaient d'être **entourées** de leur proche.

Dans la littérature, la prise en charge en ambulatoire répond à une demande de **rapidité**, de **discrétion** et de **confort** :

- Le Docteur Laurène Roques met l'accent dans sa thèse sur l'intimité qui a été plébiscitée par les femmes de son étude (10). Cette notion d'intimité et d'anonymat a été fortement recherché par nos patientes.
- La thèse du Docteur Céline Prudhomme retrouve que le domicile permet de mieux **contrôler la situation**, en donnant une certaine **liberté** d'organisation, sans avoir à se justifier (12). De rares femmes dans notre étude n'ont pas bénéficié de cette liberté d'organisation.
- Les femmes dans la thèse du Docteur Sophie Martin décrivent un manque « d'humanisation » lorsqu'on leur a proposé une prise en charge à l'hôpital. Elles n'appréciaient pas l'intervention de plusieurs tiers dans leur prise en charge (22). Tout comme dans notre étude, **l'intimité** et la recherche d'une **lieu familial** a été recherché par les femmes. De plus, **l'anonymat** de la prise en charge a été un élément fort recherché dans cette étude, tout comme dans la nôtre.

Selon plusieurs études, la réalisation d'une IVG à domicile dans le passé ayant été plutôt bien vécue a permis l'absence de crainte d'une nouvelle réalisation. (8,10–12,22,32) Cela s'applique également aux cinq des femmes dans notre étude.

Les résultats de la thèse du Docteur Marion Nouvellon en 2018, retrouve que **66,20%** des patientes estimaient avoir reçu les informations sur les différentes méthodes d'IVG, afin de pouvoir choisir entre l'hôpital ou le domicile. Dans notre étude, **sept** femmes (sur les 14 femmes se souvenant si on leur avaient proposé d'aller à l'hôpital) (soit **50%**) ont eu la possibilité de **choisir**. Ce chiffre est inférieur à ce travail de thèse ci-dessus.

Sur les 17 femmes interrogées, 11 (**65%**) ont réalisé leur IVG entre **5 et 6 semaines d'aménorrhées**.

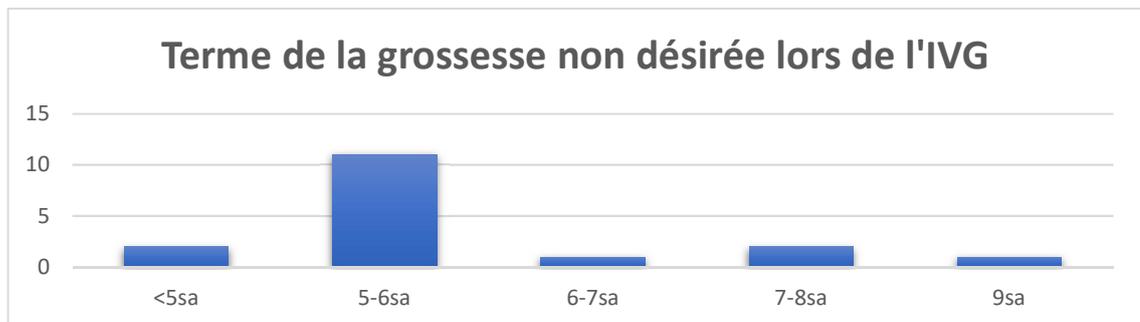


Figure n°7 : « Terme de la grossesse non désirée lors de l' IVG médicamenteuse. »

La thèse du Docteur Andrieu Fanny en Nouvelle Aquitaine ne retrouve aucune différence significative lors de la comparaison du vécu des femmes ayant fait leur IVG médicamenteuse à domicile que ce soit à < 7SA ou entre 7SA et 9SA (35).

Ces données suggèrent que les patientes ayant réalisé leurs IVG médicamenteuses entre 7 et 9 SA n'ont pas un vécu plus difficile que celles réalisées avant 7SA. Nous retrouvons des résultats similaires dans notre étude, excepté pour E23 ayant le terme de plus avancé dans notre étude.

c) *Une douleur physique et psychique*

- **Les douleurs et les saignements**

L'accès à l'information du déroulement de l'IVG doit permettre d'appréhender la douleur physique et psychique.

Dans sa thèse, le Docteur Emilienne Hy en 2020 (8), déclare que la **douleur** et les **saignements** sont les principaux symptômes recueillis par les femmes lors de l'expulsion. Ces symptômes sont en effet identiques à ceux de notre étude.

Cependant, la douleur est un état difficile à évaluer, car très subjective et donc influencée par de nombreux facteurs notamment psychologiques et contextuels.

Dans un article de Hedqvist et al. de 2016, issue de la revue « Sexual & Reproductive Healthcare » (18) 119 femmes ont été interrogées lors d'entretiens semi-dirigés, en s'intéressant aux **douleurs et saignements** ressentis durant leur IVG à domicile. Près de la moitié des femmes ayant déjà avorté ou accouché ont déclaré ressentir moins de douleur. Les mêmes résultats sont retrouvés dans notre étude.

M. Azerot et al. dans son étude transversale (36) a évalué « la douleur physique ressentie par les femmes durant leur IVG médicamenteuse », puis a déterminé s'il existait des critères en lien avec cette douleur. D'après cet ouvrage, on retrouve de façon **significative** une douleur moindre (EVA <3/10) chez les femmes avec un **IMC élevé**, les femmes plus âgées et surtout multipares et/ou multigestes.

Comparable à notre étude, la douleur est moindre et plus facilement supportée chez les femmes multipares et / ou multigestes. Il est à souligner que nous ne connaissions pas le poids ni la taille des femmes et que l'âge n'était pas un critère concernant le ressenti des douleurs des femmes dans notre étude durant leur IVG.

Malgré les douleurs, parfois intenses, aucune femme n'a regretté le choix de la méthode.

- **Le produit d'expulsion**

L'expulsion est vécue différemment selon les femmes dans notre étude, tout comme dans d'autres travaux (11,13,37). A ce stade de grossesse, il est souvent difficile d'analyser le produit d'expulsion, comme le prouve les différents termes assez vagues des patientes dans notre étude.

La vision du produit d'expulsion intervient sur le vécu, par la représentation que les femmes peuvent s'en faire. Elle est surtout synonyme d'efficacité et de fin de l'IVG.

Dans la thèse du Docteur Roques Laurène (10), l'expulsion est en général « **déshumanisée** », peut être pour en faire un événement **moins marquant**, un événement **naturel** et **attendu** durant leur parcours. Ce constat est le même dans notre étude, les femmes ayant surtout insisté sur le côté libérateur et rassurant.

Il semble donc important d'informer les patientes de cette étape qui peut être traumatisante selon le terme de la grossesse, comme nous le confirme la patiente E23.

4. Le vécu après l'IVG

a) Un suivi psychologique peu proposé, des femmes en souffrance

Les femmes ressentent parfois de la **culpabilité**, de la **peur** et/ou de la **tristesse** face à ce qui peut être vécu comme le résultat d'un « échec ». Malgré ces émotions négatives, il se dégage un sentiment de **soulagement** et **d'accomplissement**. Ces émotions sont retrouvées dans notre étude et au sein d'études similaires (8–10,12,22,32).

La HAS, dans ses recommandations de 2021, concernant les IVG médicamenteuses déclare que « *À l'occasion de la demande d'IVG, un entretien d'information, de soutien et d'écoute (entretien psychosocial) doit pouvoir être proposé **systématiquement** par le médecin ou la sage-femme et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. Il est obligatoire pour les femmes mineures.* » (17)

Dans notre étude, 8 femmes sur 17, **soit 47%** n'ont pas eu de proposition d'entretien psychosocial. Deux femmes parmi ces 8 l'ont considéré comme utile et indispensable, elles ont déclaré un besoin de parler sans jugement et de pouvoir « *poser les choses* ».

Dans la thèse du Docteur Lim-Bougherra Françoise de 2014, 3 femmes sur 11 soit **27%** se sont vu proposer un entretien psychologique qu'elles ont toutes décliné. (11) Parmi les 8 autres femmes, une patiente aurait aimé en bénéficier.

Dans notre étude, 8 femmes sur 17 se sont vues proposer un entretien, soit **47%**. Elles ont aussi toutes décliné cet entretien. Mais sur les 8 femmes qui n'ont pas eu cette possibilité, **4 auraient aimé qu'on leur propose**, soit 50%.

A distance, la littérature met en évidence qu'il n'y a aucune différence en termes de santé mentale entre les femmes ayant vécu une IVG et le groupe comparatif (femmes tout venant n'ayant pas vécu d'IVG). Nous n'avons pas pu établir ce lien dans notre étude car nous n'avons pas assez de temps à distance de l'IVG. (38)

b) Un besoin de temps de repos non proposé, des femmes épuisées

Même si elles peuvent bénéficier d'une prescription d'arrêt de travail, elles sont nombreuses à ne pas l'obtenir ou à ne pas oser le demander ne se considérant pas « malades ».

Elles doivent cependant articuler leurs activités personnelles ou professionnelles et le travail abortif. Les femmes sont donc parfois contraintes de dissimuler leur grossesse ainsi que leurs démarches pour obtenir une IVG.

Dans les recommandations de la HAS en 2021 sur les IVG médicamenteuses, il est précisé qu'« *un arrêt de travail peut être également envisagé* » (17).

Très peu d'études, de thèses ou d'articles, français ou anglophones, font part du besoin des femmes d'avoir un temps de repos.

Amélie Gourdet dans son mémoire de sage-femme en 2020 a interrogé 85 professionnels de santé (médecins et sages-femmes). Les résultats ont mis en évidence que 24.7% des professionnels prescrivaient systématiquement un arrêt de travail et 31.8%

seulement en cas de demande de la patiente. Cependant, 3.5% déclarent ne jamais en prescrire (39).

Nous rappelons que dans notre étude, sur les 11 femmes en activité professionnelle, 6 d'entre elles ne se sont pas vues proposer d'arrêt de travail. Elles auraient aimé à posteriori bénéficier de temps de repos. Ce temps semble **nécessaire**, ce qui est confirmé par les femmes ayant eu cette prescription.

Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016 (40). Depuis cette date, ces dernières ont le droit de réaliser cet intervention et de prescrire un arrêt de travail de 4 jours (renouvelable une fois) dans ce cadre. Cette mesure, prévue par la loi de modernisation du système de santé et visant à faciliter l'accès des femmes à l'IVG, n'a pas vraiment été du goût du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (Syngof).

En 2016, dans un article paru dans plusieurs revues, le syndicat des gynécologues (Syngof) avait créé une polémique en suggérant que les IVG médicamenteuses devaient être réalisées par les femmes lors de jours non travaillés (41).

Selon la gynécologue Dr Paganelli Elisabeth : un arrêt de travail ne doit être prescrit qu'en cas de «*complications*». Si «*tout se passe bien*», «*on propose à la patiente de choisir le jour de l'expulsion un jour férié [...] ou de poser un jour de congé (cela lui évite de donner un arrêt de travail à son employeur et de craindre de devoir s'expliquer avec ses collègues)*». Le tout, au nom de l'égalité entre les hommes et les femmes : «*Si on considère que la femme est l'égale de l'homme au sein du travail et qu'elle puisse enfin être payée comme l'homme et avec égalité, il faut que les professionnels de santé évitent les arrêts de travail injustifiés à leurs patientes*», semblant oublier que les hommes, eux, n'ont pas d'utérus (41).

C. Ouvertures et perspectives d'amélioration

La dernière question de notre étude était une question ouverte et interrogeait les femmes sur ce qui, aurait pu être amélioré pour un meilleur vécu. **Quatre critères** ayant impacté leur vécu comme négatif ont été mis en exergue :

- Le manque **d'informations** pour trouver une **structure réalisant les IVG** médicamenteuses.
- Les mauvaises conditions de réalisation de **l'échographie** pré-IVG.
- L'absence d'accompagnement **psychologique**.
- L'absence de prescription d'un **temps d'arrêt de travail**.

a) Faciliter les informations concernant l'accès à l'IVG

En premier lieu, au cours des études de médecine, que ce soit pendant l'externat ou l'internat, l'IVG est un sujet très rapidement abordé. Notre formation pourrait intégrer le ressenti des femmes.

Des interventions sur le sujet pourraient s'organiser dès la fin du collège, par des étudiants, car cette période est parfois le début de l'activité sexuelle.

La loi n° 2004-569 de 2004 (42) devait assurer un **accès facilité à l'IVG**, en particulier par l'obligation faite aux chefs de service de gynéco-obstétrique des établissements publics d'améliorer cette prise en charge. Comme vu dans cette thèse, ainsi que d'autres travaux, cela semble encore difficile. Le dernier rapport du DREES en 2023 a d'ailleurs déclaré que l'accès à l'IVG était encore difficile, 20 ans après la loi. Le Sénat a pourtant voté le 8 mars 2023, à l'occasion de la journée internationale des droits des femmes l'inscription dans la Constitution Française : « *la liberté des femmes à recourir à l'interruption volontaire de grossesse* ». Cela assurera solennellement, que rien ne pourra entraver ou défaire ce droit. Il sera ainsi irréversible (43).

Un affichage du **numéro vert national** gratuit et anonyme pourrait être proposé dans les salles d'attente pour les professionnels de santé.

S'assurer que les femmes aient les numéros des urgences gynécologiques de l'hôpital le plus proche après la première consultation, semble intéressant.

Une mise à jour de la liste des différents professionnels de santé en capacité de prendre en charge les IVG avec l'aide du site www.ivgadresses.org semble nécessaire.

b) L'échographie PRE IVG

L'échographie, est une source d'angoisse pour la femme et peut induire une décision plus incertaine, donc plus difficile à vivre psychologiquement.

Pour ne pas majorer ce sentiment déjà difficile et ainsi ne pas influencer leur parcours d'IVG, il serait bon de mieux expliquer à la femme comment va se dérouler l'examen. Dans le respect du choix de la femme, il semble important de leur demander en systématique si elle souhaite ou non regarder les images.

Il serait important de simplifier le compte rendu des échographies de datation. Les professionnels de santé pourraient par exemple, ne pas notifier, comme lors d'une échographique gynécologique hors IVG l'activité cardiaque présente, si elle est perçue durant l'examen. Une simple confirmation de grossesse intra utérine et une datation semble suffisante.

c) Les entretiens psychosociaux

De manière générale, les femmes émettent le souhait de pouvoir discuter et échanger au sujet de leur situation soit avec un psychologue soit avec des femmes ayant vécu une IVG médicamenteuse.

Ce désir reflète un besoin d'écoute et de compréhension, un besoin d'être confortées dans leur choix d'avorter ou bien simplement de pouvoir exprimer, verbaliser les sentiments et émotions qui les traversent.

C'est alors au professionnel de santé, durant le parcours de prise en charge des IVG des femmes, de savoir le proposer de manière systématique comme le recommande la législation.

Pour rappel, la moitié des femmes de notre étude n'ont pas bénéficié de cette proposition de soutien psychologique.

Se pose alors deux problématiques, d'une part sur la **difficulté d'accès** à ce genre de suivi, d'autre part, sur l'aspect **financier** qui pourrait représenter un frein pour les femmes dans le besoin.

Il faut reconnaître, qu'il existe, à l'heure actuelle, une **saturation** des Centres-Médico-Psychologiques, entraînant un allongement des délais pour obtenir un premier rendez-vous, entraînant le risque d'abandon de prise en charge par la patiente.

Les consultations avec les psychologues libéraux pourraient pallier cette situation, mais ils ne sont actuellement pas pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Serait-il envisageable de créer un forfait psychologique suite à l'IVG médicamenteuse pour celle qui le nécessiterait ?

Le médecin généraliste tient une place déterminante surtout depuis que cette consultation a été rendue facultative pour les femmes majeures. Il semble intéressant de profiter de la consultation de demande d'IVG pour en faire un **espace d'écoute et d'expression** pour la femme. C'est d'ailleurs ce que les femmes recherchaient dans notre étude : de l'information et de l'écoute.

d) Arrêt de travail

Comme énoncé plus haut dans cette thèse, très peu d'études dénoncent le manque de prescription d'arrêt de travail durant le parcours d'IVG des femmes, pourtant elles déclarent à l'unanimité que cela devrait être obligatoire ou du moins fortement recommandé.

Il serait important que chaque professionnel de santé expose aux femmes la possibilité d'une prescription d'arrêt de travail par nécessité de repos physique et psychologique .

V. Conclusion

Nous nous sommes intéressés aux parcours des femmes lors de leur IVG médicamenteuse à domicile.

Tout au long de leur parcours, les femmes ont été confrontées à divers facteurs ayant amélioré ou altéré leur vécu de l'IVG dès la découverte de leur grossesse.

Le discours des 17 femmes interrogées dans ce travail a permis de mettre en lumière les facteurs communs ayant influencé leurs parcours d'IVG médicamenteuse à domicile. Elles ont témoigné des difficultés rencontrées, ainsi que de leur ressenti lors des différentes étapes.

L'accès à l'IVG reste compliqué, en raison d'une mauvaise orientation initiale, de plus accentué par un défaut de connaissance des femmes et des médecins généralistes concernant les filières de soins. Le recours au médecin traitant pour l'orientation initiale est peu fréquent.

Pourtant, le médecin généraliste a toute sa place dans ce parcours, permettant une médecine de proximité notamment dans les zones rurales et un accès à l'IVG plus rapide et personnalisé. Même s'il ne réalise pas cet acte, il est parfois le premier interlocuteur contacté. Le médecin généraliste peut également être sollicité dans le suivi à moyen et long terme notamment dans le cadre des conséquences psychologiques.

La formation des médecins à l'IVG devrait inclure le point de vue des femmes, leur vécu, leur expérience, en complément des connaissances légales et théoriques.

Dans notre étude, les femmes expriment une satisfaction globale de leur prise en charge. Le choix de la méthode ambulatoire leur permettait de préserver leur intimité, d'être entourées de leur proche, d'avoir recours à des soins personnalisés et surtout une prise en charge adaptée.

Ne pas minimiser les effets secondaires lors de la consultation pré-IVG permet aux femmes de mieux les gérer au domicile.

La méthode médicamenteuse à domicile, qui a démontré son acceptabilité et son efficacité depuis de nombreuses années, mérite la poursuite de nos efforts pour la rendre plus accessible. Ces dernières années, cette méthode a connu une croissance importante (78% des

IVG sont médicamenteuses en 2022). Il semble donc important de pérenniser cette pratique en formant les différents professionnels de santé et en délivrant des informations claires et loyales aux patientes en demande d'IVG.

Pour améliorer le vécu et la prise en charge des IVG en ambulatoire, les femmes ont fait des propositions pour optimiser les parcours d'IVG médicamenteuses :

- Une amélioration sur l'accès aux informations de l'IVG.
- Une amélioration des conditions de réalisation de l'échographie.
- Une proposition systématique d'un entretien psychologique
- Une proposition systématique d'un arrêt de travail.

Dans notre étude, les conséquences psychologiques de l'IVG médicamenteuse n'ont pas été suffisamment relevées lors des entretiens. Un travail de recherche plus axé sur ces conséquences à moyen et long terme pourrait être mené.

VI. Bibliographie

1. Interruption volontaire de grossesse (IVG) [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551>
2. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
3. Code de la santé publique. Livre II : Interruption volontaire de grossesse (Articles L2211-1 à L2223-2) - Légifrance.
4. Jaunait A. Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2: Accès à l'IVG dans les territoires Rapport n°2013-1104-SAN-009. 3 mars 2023;
5. Etude et Résultat, DREES septembre 2023 n° 1281 [Internet]. [cité 1 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>
6. Loi du 4 juillet 2001 n° 2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631/>
7. ARS - Interruption volontaire de grossesse : Recommandations et appui à l'orientation des patientes en Île-de-France. [Internet]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/index.php/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-recommandations-et-appui-lorientation-des-patientes-en-ile>
8. Hy E. Analyse phénoménologique du vécu de l'IVG médicamenteuse chez les femmes prises en charge en médecine générale. Thèse de l'université de Montpellier. 8 oct 2020;
9. Dorier M. Expérience vécue de femmes ayant fait une IVG médicamenteuse en hospitalisation de jour ou à domicile via le médecin généraliste. These de l'université de Montpellier. 19 sept 2019;
10. Roques L. Quel est le vécu des femmes qui réalisent une IVG médicamenteuse en ambulatoire par un médecin généraliste. Thèse de l'université de Montpellier. 21 sept 2020;
11. Lim-Bougherra F. Vécu de femmes ayant réalisé une Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse en cabinet de médecine générale. Thèse de l'université de Rouen. 8 oct 2014;
12. 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 l'université de Rennes. 1 mars 2019;

13. Nouvellon M. Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes. Thèse de l'université de Marseille. 1 juin 2018;
14. Rapport de synthèse IGAS octobre 2009- Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. [Internet]. Disponible sur: https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/104000051.pdf
15. Rapport n°2013-0912-HCE-008 HCE relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet [Internet]. [cité 15 sept 2023]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee-3.pdf
16. Programme régional d'accès à l'IVG en Nouvelle-Aquitaine 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/programme-regional-dacces-livg-en-nouvelle-aquitaine-2019>
17. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. 11 mars 2021; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/reco406_recommandations_ivg_medicamenteuse_mel.pdf
18. Hedqvist M, Brodin L, Tydén T, Larsson M. M. Hedqvist, L. Brodin, T. Tydén, M. Larsson. « *Women's experiences of having an early medical abortion at home* ». Sex Reprod Healthc. 1 oct 2016;9:48-54.
19. ivg.gouv.fr | Le Site officiel sur l'IVG [Internet]. [cité 16 sept 2023]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/>
20. Rapport d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse n°3343 - 15e législature [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/115b3343_rapport-information
21. Chefeg Ben Aissa R, Brocaïl PE, Cottet J. L' Interruption Volontaire de Grossesse en ville, 8 ans après la loi: quels sont les freins chez les médecins généralistes ? [Thèse de medecine]. [France]: Université de Tours.; 2013.
22. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Thèse de l'université de Paris Descartes. 5 mars 2014;
23. Dutriaux N. Mise en place des IVG médicamenteuses dans un cabinet de sages-femmes libérales. Vocat Sage-Femme. mars 2017;16(125):23-5.
24. Frager C. Sage-femme et interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : évaluation des freins à la mise en place et à la pratique en ville dans la région Sud Provence Alpes Côte d'Azur et Corse . Mémoire de sage-femme de l'université de Marseille. 2020.

25. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 déc 2016;45(10):1552-67.
26. Quandalle C, Favre J, Vérité E, Gautier S, Subtil D, Berkhout C, et al. *Interruption volontaire de grossesse dans les Hauts-de-France : quel délai pour un premier rendez-vous ?* *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 févr 2019;67(1):51-7.
27. Bedja L. Renforcement du droit à l'avortement : Publication de la loi mars 2022. *Le Quotidien* [Internet]. 9 mars 2022; Disponible sur: <https://www.lexbase.fr/article-juridique/81697876-brevesrenforcementdudroitlavortementpublicationdelaloi>
28. Bajos N, Moreau C, Ferrand M. *Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative. Vol 51 - N° 6 P. 631-647 - décembre 2003* [Internet]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/107099/filieres-d-acces-a-l-interruption-volontaire-de-gr>
29. Vendittelli F, Lachcar P. *Femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse et image échographique.* *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 1 nov 2004;32(11):965-8.
30. Cormier L. Le vécu des femmes sur l'échographie pré-IVG médicamenteuse dans les cabinets de médecine générale à La Réunion. Thèse de médecine de l'université de la Réunion. 15 nov 2022;
31. Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français [Internet]. [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/2016-IVG.pdf?x72671>
32. Galvagnon S. 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. Thèse de médecine de l'université de Bordeaux. 9 déc 2021; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03484001>
33. Garantir l'accès à l'IVG à toutes les femmes - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/le_monde_demain_vigilance_egalite_1_adapter_1_ivg_pour_en_garantir_1_acces_a_toutes_les_femmes.pdf
34. A. Ohl-Hurtaud ., Hennequin T, Carrau-Truillet S, Boiteux-Chabrier M, Pham BM, Barbe C. "Acceptation du recours à l'interruption volontaire de grossesse chez les Français de 18–24 ans en 2013 ; Vol 70 - N° 5 P. 203-208 - octobre 2022. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1543040/acceptation-du-recours-a-l-interruption-volontaire>
35. Andrieu F. Vécu des IVG médicamenteuses à domicile jusqu'à 9 SA: étude comparative, multicentrique en Nouvelle Aquitaine: Thèse de médecine de l'université de Bordeaux. 9 juin 2022;
36. Azerot M, Etchemendigaray C, Rousseau A, Brûlé A. « Évaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse

- médicamenteuse* »; Vol 14 - N° 3 P. 94-99 - Juin 2015. Rev Sage-Femme [Internet]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408815000334>
37. Gorioux H, Bercier S. *Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire* [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://books.google.com.au/books?id=MatOzQEACAAJ>
38. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. « *Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence* » Vol 78 - N° 6 P. 463-450 - Décembre 2008. Contraception [Internet]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782408003697>
39. Gourdet A. Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une Interruption Volontaire de Grossesse par méthode médicamenteuse: étude des Pratiques Professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes. Mémoire de sage-femme de l'université de Clermont-Ferrand. 2020;
40. Extrait du DREES 2022 - Fiche 24 - Les interruptions volontaires de grossesse. [Internet]. [cité 6 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2024%20-%20Les%20interruptions%20volontaires%20de%20grossesse.pdf>
41. Deborde J. Libération. Pour le Syndicat des gynéco, certains avortements entraînent «des arrêts de travail injustifiés». Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2016/06/20/pour-le-syndicat-des-gyneco-certains-avortements-entraiment-des-arrets-de-travail-injustifies_1460828/
42. Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES n° 2004-569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissement de santé - APHP DAJDP [Internet]. Disponible sur: <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdhosdssdrees-n-2004-569-du-26-novembre-2004-relative-a-lamelioration-des-conditions-de-realisation-des-interruptions-volontaires-de-grossesse-pratique-des-ivg-en-ville-et-en/>
43. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0230 du 04/10/2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=42wVGFfapWxnYmUy_tRpkPZsf0o4UWEPg6au_JpvXLE=

VII. Annexe :

A. Questionnaire destinée aux patientes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse à domicile en région Poitou-Charentes :

Explication du but de l'étude : Bonjour, je m'appelle Justine, je me permets de vous contacter ce jour car je finis ma formation en médecine générale et réalise une enquête et je m'intéresse au vécu des femmes ayant bénéficié d'une IVG médicamenteuse en région Poitou Charentes. Si vous me le permettez, je souhaiterais enregistrer notre échange pour faciliter l'analyse et retranscrire au mieux vos propos. Cet entretien est strictement anonyme, ne sera pas diffusé et tous les enregistrements seront supprimés. Vous pouvez refuser de répondre aux questions et arrêter l'entretien sans vous justifier.

Présentez-vous :	
Avez-vous des enfants (âge) ? Antécédents d'IVG ? Situation familiale (mariée/Pacsée/en concubinage/en couple/célibataire) ? Quelle est votre profession ? Quels sont vos hobbies ? Lieu de vie ? Quel était votre mode de vie au moment de l'IVG ? (Les enfants ? Conjoint ? Emplois ? Âge ?)	
Pouvez-vous me raconter votre parcours d'IVG ?	
Dans quelles circonstances avez-vous découvert la grossesse ?	
Combien et quels professionnels de santé avez-vous consulté (ou pensé consulté) et pourquoi ? Avez-vous appelé plusieurs centres ?	
Comment se sont déroulées les consultations médicales ? 1ère consultation / 2ème consultation	
Prise médicamenteuse (où ? quand ? comment ? pourquoi ?)	
Avez-vous eu le choix de la date de votre IVG ?	
Présence de professionnel de santé ? si non, auriez -vous préféré?	
Ou auriez-vous préféré venir les chercher le jour J ou les avoirs à la maison ? Avez-vous souhaité en bénéficier ? Pourquoi ? Qu'en avez-vous pensé ?	
Quels ont été vos ressentis au cours des différentes étapes de votre prise en charge ?	
Le vécu des douleurs ? des saignements ? de l'expulsion ?	
Meilleure organisation pour vous de réaliser IVG med en ville ?	
Quelle a été la place de votre entourage / en avez-vous parlé à vos proches ?	
Cette IVG a-t-elle eu un impact sur votre vie ?	

Contraception /Couple /Sexualité/ Humeur / Sommeil /Profession /Relation avec vos proches	
Que pensez-vous de votre choix d'avoir réalisé cette IVG médicamenteuse en ambulatoire / milieu hospitalier ?	
Selon vous, y-a-t 'il des choses à changer dans la prise en charge des femmes dans votre situation? Si oui, quoi ?	
Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude, une fois nos thèses passées ?	

B. Lettre d'information destinée aux patientes pour participation à une thèse de médecine générale :

Objectif de la thèse : *Analyse du ressenti des femmes ayant bénéficié d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) par méthode médicamenteuse.*

Madame,

Je suis interne de **médecine générale**, et je vous propose de participer à une étude, dans le cadre de ma **thèse**.

Je souhaiterais vous contacter afin de discuter du vécu de votre IVG.

Après avoir rencontré plusieurs femmes dans la même situation que vous, je compte mettre les témoignages en commun. Le but étant de trouver les points positifs et négatifs, de cette méthode.

Je garantie bien entendu votre **anonymat tout au long de l'étude**. Pour cela, il vous faudra **choisir un nom** différent de votre identité réelle.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

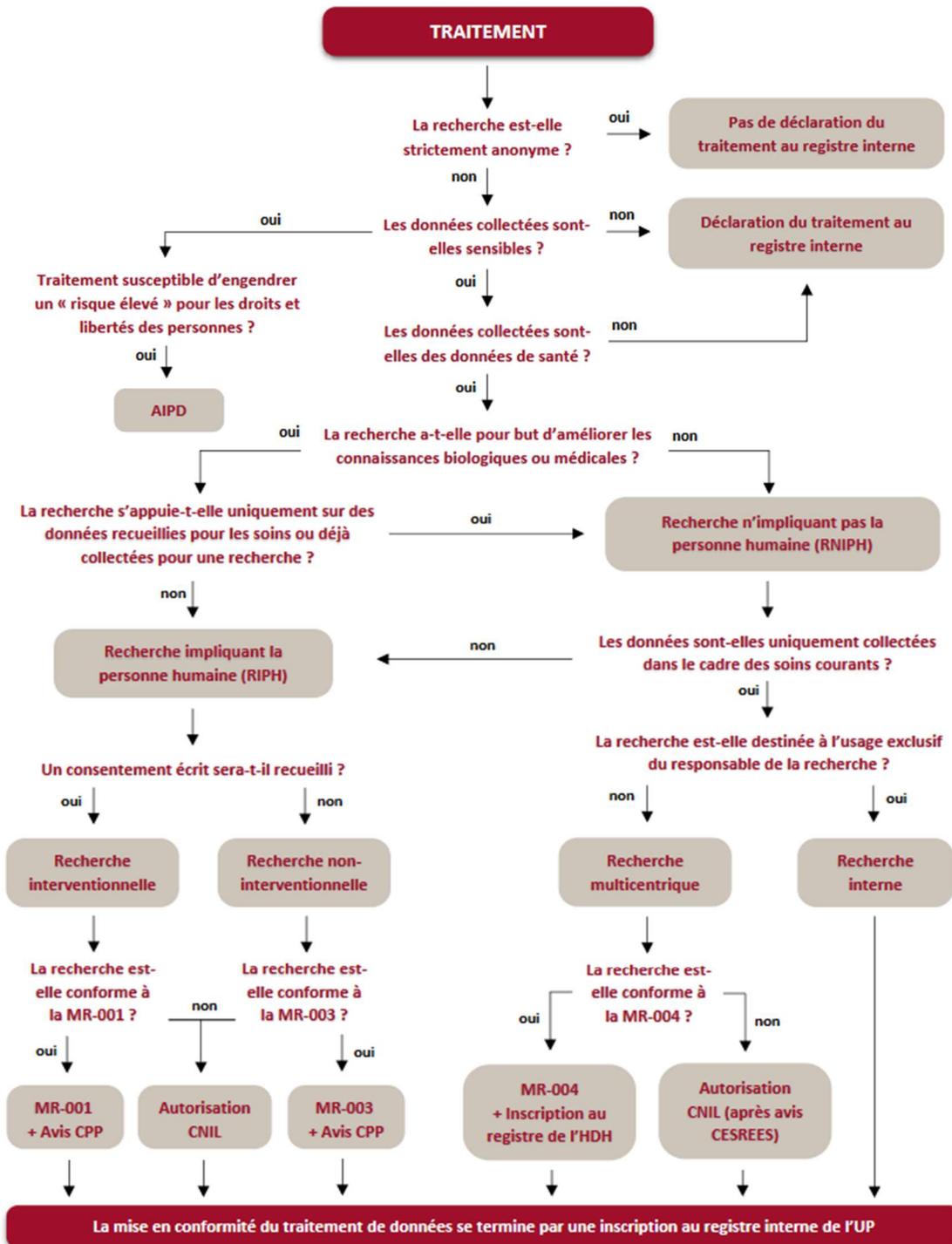
N'hésitez pas à me contacter par mail (justine.paitre@gmail.com) ou par téléphone (Justine PAITRE : 07.54.21.97.87)

⇒ Dans tous les cas, **ne me donnez jamais votre identité.**

Merci pour le temps que vous m'accorderez,
Justine PAITRE

C. Logigramme : Projets de recherche en santé

Logigramme : projets de recherche en santé



D. Verbatim

Cf – Clé USB



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Contexte : L'expérience des femmes bénéficiant d'une d'IVG médicamenteuse reste peu étudiée en phénoménologie, alors que cette IVG est en progression. **Objectif :** Analyser le vécu des femmes ayant eu recours à l'IVG médicamenteuse en ambulatoire en Poitou-Charentes et définir les facteurs influençant leur vécu afin de proposer des améliorations de prise en charge. **Méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse à domicile. **Résultats :** 17 femmes ont participé à l'étude. Le vécu a été influencé par le contexte de vie, leurs connaissances sur l'IVG, l'examen échographique, les professionnels de santé et l'entourage. Les symptômes physiques ont été acceptables pour la plupart des femmes, tout en restant très subjectifs. Certaines femmes ont regretté l'absence de suivi psychologique et l'absence de prescription d'un temps de repos. **Conclusion :** La liberté du choix des modalités de cet acte, en fonction du mode de vie de chacune, constitue la première étape de l'acceptation et de l'appropriation de ce droit. La communication et l'information sont à privilégier entre les femmes et les différents professionnels de santé. Les médecins devraient bénéficier d'une meilleure formation. Les femmes ont besoin d'être écoutées et soutenues psychologiquement.

Mots clés : Interruption de grossesse médicamenteuse à domicile, phénoménologique, Poitou-Charentes, vécu, médecin généraliste, écoute active.

Context: The experience of women undergoing medication induced abortion remains an insufficiently explored area in phenomenology, even though this type of abortion is on the increase. **Objective:** To analyse the experiences of women who have undergone medication induced abortion as outpatients in the Poitou-Charentes and define the influencing factors surrounding their experience, in order to suggest improvements in management. **Method:** Qualitative study by semi-structured one on one interviews with women having undergone medication induced abortion at home. **Results:** 17 women participated in the study. The women's experiences were influenced by the context in which they lived, their knowledge of abortion, the ultrasound examination, healthcare professionals and their social environment. The physical symptoms were acceptable for most of the women, although they remained very subjective. Some women regretted the lack of psychological follow-up and the absence of a prescribed recovery period. **Conclusion:** The freedom to choose the modalities of this procedure, according to each woman's lifestyle, constitutes the first step towards acceptance and appropriation of this right. An emphasis on communication and information between women and the various healthcare professionals is particularly important. Doctors should benefit from a better training programme. Women need to be listened to and supported psychologically.

Key words: Medication induced abortion at home, phenomenological, Poitou-Charentes, experience, general practitioner, active listening.