

SORBONNE UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITE

Année 2019

THESE

N°2019SORUM038

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PAR

Mme POLL Aurélie Claude Marie

Née le 03/02/1988 à Annecy (74)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 SEPTEMBRE 2019

Quels sont les déterminants qui amènent les femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG par méthode médicamenteuse au domicile ? Etude qualitative en Ile de France.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Charlotte BESACIER

PRESIDENT DE THESE : Pr Jean-Marie ANTOINE

MEMBRE DU JURY : Pr Gilles LAZIMI

MEMBRE DU JURY : Dr Jean-Sébastien CADWALLADER

REMERCIEMENTS

Merci,

A Monsieur le Professeur Jean-Marie ANTOINE. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Sébastien CADWALLADER. Pour l'aide technique que vous m'avez apportée sur ce travail et pour l'honneur que vous me faites de juger mon travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Gilles LAZIMI. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération et de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Charlotte BESACIER, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci pour ton soutien et tes conseils. Merci également de m'avoir encadrée lors de mon stage au CPEF de Port Royal.

Aux 14 femmes ayant accepté de participer à cette étude, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

A l'équipe du CPEF de Port Royal pour leur accueil bienveillant et la qualité de leur prise en charge.

Aux équipes médicales et paramédicales des services hospitaliers qui ont participé à ma formation.

Aux Dr RENARD, PRUNIERES-THEVENOT, SOARES, LECLERC et NGUYEN, les médecins généralistes qui m'ont encadrée lors de mes stages en ambulatoire, me faisant ainsi découvrir toutes les facettes de ce métier et me donnant envie d'en faire le mien.

A mes collègues Annéciens, les Dr ODDOU, BEAUMANOIR, DESMARCHELIER, PATEL, PHILIPPE, RIERA, COHENDET et tous ceux qui m'ont accueillie avec bienveillance dans leur région, me permettant chaque jour de m'épanouir dans mon métier.

A mes amis Sandrine, Nevin et Agathe, pour ces dix années passées ensemble à la fac et en stages.

A mes amis de toujours : Aude, Gwendo, Mélanie et Gaëtan. Vous êtes ma famille de cœur.

A ma famille et ma belle-famille, merci pour votre soutien et votre amour au quotidien.

A mes deux amours, Florent et Margot.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

CONTEXTE

A. Historique de l'IVG: le chemin vers la légalisation

B. L'évolution législative

C. L'IVG par méthode médicamenteuse, en pratique

1) Les molécules disponibles

2) le protocole français

3) Les conditions requises à la pratique de l'IVG médicamenteuse

4) le déroulement des consultations

5) Les contre-indications de la méthode médicamenteuse

D. Epidémiologie de l'IVG

1) Les chiffres en France

2) La situation en Europe

3) La situation dans le monde

OBJECTIF ET METHODE

A. Choix de la méthode qualitative

B. Le recrutement des patientes

C. Analyse des entretiens

RESULTATS

A. Les participantes

B. Caractéristiques des entretiens

C. Analyse des entretiens

1) La décision d'IVG

- 1.1) Découverte de la grossesse
- 1.2) Justification de la décision
- 1.3) Contraceptif au moment de la grossesse
- 1.4) Abord du délai de réflexion

2) Le parcours, souvent une première épreuve

- 2.1) Internet comme source principale d'information
- 2.2) Le premier contact
- 2.3) Examens réalisés avant la consultation
- 2.4) Le choix du lieu de soin
- 2.5) Un parcours parfois long et compliqué

3) La représentation de l'IVGM

- 3.1) Un méthode plus rapide face à l'urgence ressentie
- 3.2) L'évocation de l'embryon
- 3.3) Une IVG "a minima"
- 3.4) Une méthode plus douce que l'aspiration
- 3.5) Les craintes liées à l'IVG (douleur, échec, saignement)

4) L'hôpital îlot sécuritaire versus le domicile cocon

- 4.1) La représentation du milieu hospitalier
- 4.2) Le Passé médical : expériences antérieures douloureuses
- 4.3) Le domicile perçu comme un cocon
- 4.4) La place du médecin généraliste
- 4.5) Représentation de la variante en ville : sécurité et accès

5) L'IVG : un acte solitaire ou accompagné :

- 5.1) IVG tabou ou décision partagée
- 5.2) La place de l'entourage
- 5.3) Le rôle du conjoint
- 5.4) L'abord de l'entretien psychologique
- 5.5) L'importance de l'attitude des soignants (comportement, clause de conscience)

DISCUSSION

A. Présentation des principaux résultats

B. Forces et faiblesses de l'étude

- 1) Recrutement des patientes
- 2) Réalisation des entretiens
- 3) Analyse des données

C. Interprétation des données et comparaison à la littérature

1) La décision d'IVG

- 1.1) Caractéristiques des femmes de l'étude
- 1.2) Justification de la décision d'IVG : non obligatoire mais pourtant quasi-systématique
- 1.3) L'IVG : un moment clé dans la vie contraceptive
- 1.4) Abord du délai de réflexion : a priori sans conséquence sur le nombre d'avortements

2) Le parcours, souvent vécu comme compliqué lorsqu'il n'est pas direct

- 2.1) Internet comme source principale d'information
- 2.2) Le premier contact : décisif
- 2.3) Estimation du terme de la grossesse / Examens réalisés avant la consultation
- 2.4) Le choix du lieu de soin
- 2.5) Un parcours parfois long et compliqué
- 2.6) La place du médecin généraliste

3) Le choix de la méthode médicamenteuse

- 3.1) Une méthode plus rapide face à l'urgence ressentie
- 3.2) une IVG "a minima"
- 3.3) Les craintes liées à l'IVG (douleur, échec, saignement)

4) L'hôpital, îlot sécuritaire versus le domicile cocon

- 4.1) Les représentations du milieu hospitalier
- 4.2) Le domicile perçu comme un cocon
- 4.3) Représentation de la variante en ville : sécurité et accès

5) L'IVG, un acte solitaire ou accompagné

- 5.1) Le rôle du conjoint
- 5.2) l'importance de l'attitude des soignants (comportement, clause de conscience)

D. Pistes d'amélioration

E. Ouvertures

1) Vers une plus grande autonomie des femmes ?

2) Vers une IVGM entre 7 et 9 SA ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Tableau des questions sociodémographiques

Annexe 3 : Lettre d'information aux patientes

Annexe 4 : Formulaire de consentement des patientes

RESUME ET MOTS CLES

ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

βHCG : béta Human Chorionic Gonadotropin

CDS : Centre de santé

CSIS : Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale

CIVG : Centre autonome d'IVG

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CDS : Centre de Santé

DIU : Dispositif intra utérin

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

DROM : Département ou région d'Outre-mer

GEU : Grossesse Extra Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HCefh : Haut conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes

HPST : Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires

IGAS: Inspection générale des affaires sociales

INED : Institut national des études démographiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IVGM : Interruption Volontaire de Grossesse médicamenteuse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

SA : Semaine d'Aménorrhée

UE : Union européenne

INTRODUCTION

Il aura fallu attendre 1974 et la loi Veil (1) pour que l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) soit autorisée en France. Cette loi a offert aux femmes la possibilité d'avoir une maternité choisie. Les modalités de cette pratique ont évolué au fil du temps : modification des délais, abolition du délai de réflexion, amélioration de la prise en charge financière, assouplissement des conditions permettant d'en bénéficier...

L'ouverture de la méthode médicamenteuse en ambulatoire en 2004 (2) est un tournant pour les patientes comme pour le corps médical. Depuis, le taux global d'IVG reste stable mais le ratio d'IVG médicamenteuses (IVGM) réalisées en ville ne cesse d'augmenter (3).

On pourrait penser que les patientes désireuses de réaliser cette technique en ville consultent alors directement des médecins « de ville » et que celles intéressées par la méthode en hospitalisation se dirigent vers des centres hospitaliers. Or ce n'est pas si simple et les deux parcours se croisent. Le choix des patientes pour telle ou telle méthode reste un choix personnel et multifactoriel.

Nous avons voulu savoir quels étaient les facteurs qui étaient importants dans le choix des femmes d'opter pour une méthode médicamenteuse en ambulatoire lorsqu'elles consultaient dans un centre d'éducation et de planification familiale (CPEF) hospitalier. Connaissaient-elles la possibilité de s'adresser à un médecin généraliste ou à un gynécologue en ville ? Préféraient-elles s'adresser à un centre spécialisé hospitalier ?

Pour cela, nous avons interrogé des femmes sur leurs connaissances vis-à-vis des méthodes d'IVG, sur la possibilité d'une alternative libérale, ainsi que sur leurs représentations des milieux hospitaliers et ambulatoires. Pour mener à bien cette recherche, nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés.

CONTEXTE

A. Historique de l'IVG: le chemin vers la légalisation

De nos jours en France, toute femme enceinte, majeure ou mineure, a le droit de demander l'interruption volontaire de sa grossesse. Ce droit d'avoir une « maternité choisie » est le fruit d'un long combat.

L'avortement semble exister depuis toujours. Il est mentionné pour la première fois dans le code d'Hammourabi, un texte babylonien datant du 18^{ème} siècle avant J.C.

Le Serment d'Hippocrate, datant du 4^{ème} siècle avant J.C, le mentionne également : « je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif ». L'avortement était alors pratiqué de façon clandestine, par des « faiseuses d'anges » ou grâce à des recettes transmises de mères en filles : injection d'eau savonneuse dans l'utérus, pose de sondes dans le col, aiguilles à tricoter, massages... Ces pratiques étaient source d'une morbi-mortalité importantes. (4)

Voici quelques dates clés en France :

- **1810** : L'article 317 du Code pénal instaure le **crime d'avortement**. Les femmes ayant volontairement mis fin à leur grossesse risquent la prison, ainsi que ceux les ayant aidées dans la démarche. Les médecins et les pharmaciens qui ont participé à un avortement sont passibles de travaux forcés.

- **31 juillet 1920** : La loi devient encore plus stricte : elle interdit la simple incitation à l'avortement. Elle interdit également la diffusion de tout contraceptif. (4)

- **5 février 1942** : L'avortement devient un **crime d'État passible de la peine de mort**. Marie-Louise Giraud sera guillotinée le 30 juillet 1942 pour avoir procédé à 27 avortements.

- **1955** : création du mouvement « la Maternité heureuse » dont les objectifs sont de : « lutter contre les avortements clandestins, assurer l'équilibre psychologique du couple, améliorer la santé des mères et des enfants ». Il devient en **1960** le Mouvement français pour le planning familial (4). Le premier centre est un lieu de documentation dans lequel les patientes peuvent être orientées vers des médecins qui acceptent la prescription de produits contraceptifs. Ces produits sont alors détournés de leur usage officiel (traitement des troubles du cycle menstruel). (5)

- **la loi Neuwirth de 1967** (6) : Cette loi autorise la fabrication et l'importation de contraceptifs. Elle a pour but de diminuer le recours à l'avortement. La publicité vis-à-vis des contraceptifs reste pourtant interdite (7).

- **le 5 avril 1971**, le journal le Nouvel Observateur publie le « manifeste des 343 », un texte qui regroupe la signature de 343 femmes célèbres ayant eu recours à une IVG. (8)

- **Le 5 février 1973**, dans le même journal sera publié le « manifeste des 331 » qui regroupe cette fois-ci le nom de 331 médecins qui reconnaissent avoir pratiqué des avortements.

Mais le tournant français sera marqué par la prise de parole de Madame Simone Veil devant l'assemblée nationale en **novembre 1974** afin de présenter son projet de loi légalisant l'IVG. Cette loi sera promulguée en **janvier 1975** pour une durée de 5 ans puis votée définitivement le **30 novembre 1979**. (1)

B. L'évolution législative

Initialement, la loi Veil autorisait l'IVG à des femmes étant à **moins de 12 semaines** d'aménorrhée (SA), dans une « **situation de détresse** », de façon encadrée par un médecin **qui exerce dans un établissement** de santé.

Cette loi fut d'abord modifiée par la loi du 4 juillet 2001 (9) **en allongeant le délai d'IVG de 12 à 14 SA**, en permettant à **une mineure** le simple consentement d'une personne majeure et non plus l'autorisation parentale obligatoire, mais aussi en **supprimant l'obligation d'entretien psycho-social** pour les majeures. C'est aussi la première fois qu'est évoquée la possibilité de réaliser une IVG en ville. Il faudra attendre la loi du 9 août 2004 (2) pour que **les conditions d'une IVGM** soient précisées : jusqu'à sept SA en ville et 9 SA en milieu hospitalier.

En 2009, la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux hôpitaux, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) vise à favoriser l'accès à la contraception et à l'IVG (10). En octobre de la même année, la pratique des IVG est autorisée, **dans les centres de santé (CDS) et les centres de planification familiale (CPEF)** (11).

La prise en charge financière est également source d'améliorations successives. Initialement aux frais de la patiente, l'IVG est prise en charge partiellement (80%) pour les femmes majeures à partir de 1982 et gratuite pour les mineures. En mars 2013, L'IVG **est prise en charge à 100% par la sécurité sociale** (11) mais il faudra attendre 2016 pour que la prise en charge concerne également les actes « satellites » comme les prises de sang et échographies (12, 13).

En 2014, une loi **supprime la notion de « détresse »** nécessaire à la réalisation de l'IVG et élargit la notion de « délit d'entrave à l'IVG ».

Enfin en 2016, la loi sur la modernisation du système de santé (12) **supprime le délai de réflexion d'une semaine**, permet aux sages-femmes de réaliser des IVGM et autorise les CDS à réaliser des IVG instrumentales (14).

On voit donc qu'au fil des ans cette loi s'assouplit en France. Pour autant l'IVG reste un acquis qui est sans cesse attaqué. En juillet 2018, l'assemblée nationale rejette l'inscription du droit à la contraception et à l'IVG dans la constitution, en argumentant que ce droit leur semble suffisamment garanti. Pourtant certains pays restreignent toujours les accès à ce droit, comme la Pologne ou les Etats-Unis.

C. L'IVG par méthode médicamenteuse, en pratique :

Une recommandation récente de juin 2018 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (15) refait le point sur les protocoles d'IVG par méthode médicamenteuse. Cette méthode repose sur la prise d'une anti-progestérone (mifépristone) suivie 36 à 48 heures plus tard d'une prostaglandine (misoprostol ou géméprost). Elle peut être réalisée dans un établissement de santé hospitalier jusqu'à neuf SA alors qu'elle est limitée à sept SA en cabinet de ville, CDS ou CPEF.

1) Les molécules disponibles

La Mifépristone est un stéroïde de synthèse ayant des propriétés anti-progestérone. La progestérone est une hormone essentielle au maintien de la grossesse. En France, les molécules ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'IVGM sont Mifégyne° et Miffee°.

Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 qui stimule la contractilité utérine en se fixant aux récepteurs spécifiques dans le myomètre. Elle ramollit et ouvre le col de l'utérus. C'est en 2004, après la parution des décrets d'application de la loi Aubry, que les pouvoirs publics demandent la commercialisation du misoprostol avec une AMM sous le nom de Gymiso° à 200 µg puis secondairement MisoOne° (400µg). Pourtant l'IVG était pratiquée auparavant avec de la sulprostone (Nalador)°, un analogue synthétique de la prostaglandine E2, puis avec le Cytotec° (misoprostol). Bien que n'ayant pas l'AMM dans cette indication, le Cytotec° restait le médicament de référence dans de nombreux centres hospitalier du fait de son coût moindre (40 fois moins cher que le Gymiso°). Cette molécule a été retirée du marché en mars 2018 (16).

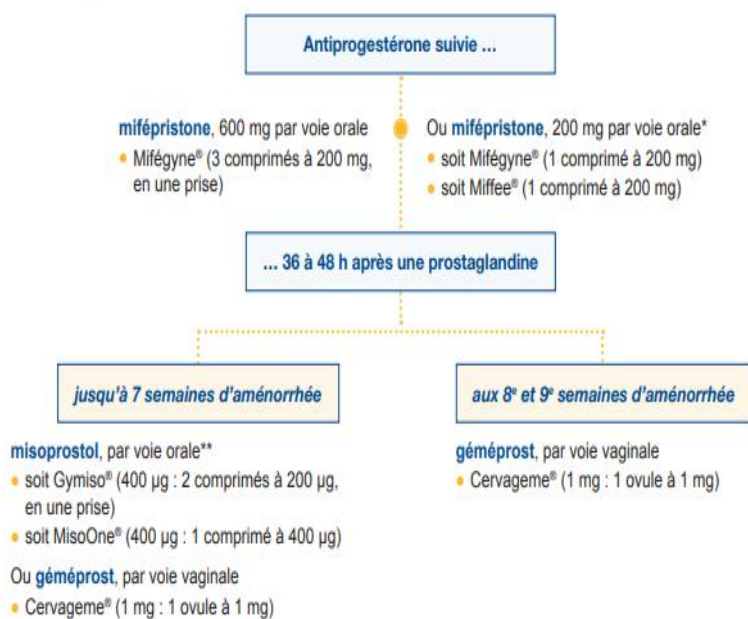
2) le protocole français

Selon la recommandation de l'HAS de 2018 (15), le protocole à respecter pour la réalisation d'une IVGM à domicile consiste en une prise de 600 mg de mifépristone (Mifégyne°) par voie orale, suivie 36 à 48 heures plus tard d'une prise de 400 µg de misoprostol par voie orale ou de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

Une alternative est possible avec une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale mais seulement si elle est associée avec du géméprost par voie vaginale.

L'IVG médicamenteuse

Les seuls protocoles validés par l'AMM sont les suivants :



Source : Les protocoles HAS 2018 pour l'IVGM (15)

Pour les IVGM réalisées en milieu hospitalier, entre 7 et 9 SA, la première étape reste similaire mais elle est associée seulement avec du géméprost par voie vaginale en deuxième phase. En pratique ce protocole est rarement utilisé.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a également publié une recommandation concernant les IVGM en 2016 (35). Le protocole est légèrement différent de celui de la HAS. Il consiste en la prise d'une dose unique de 200 mg de mifépristone par voie orale puis 24 à 48 heures après, la prise de 400µg de misoprostol par voie orale, buccale, sublinguale voire vaginale pour les IVG réalisées avant 7SA. Pour celles réalisées entre 7 et 9 SA, la première étape est identique : prise de 200 mg de mifépristone par voie orale puis 24 à 48h plus tard, prise de 800µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale voire vaginale (mais la voie orale est moins efficace et moins tolérée)(35).

3) Les conditions requises à la pratique de l'IVGM:

Une IVGM peut donc être réalisée dans un établissement de santé public ou privé, avec hospitalisation jusqu'à 9SA ou sans hospitalisation jusqu'à 7SA selon le choix de la patiente. Elle peut être également pratiquée en dehors d'un établissement de santé par un médecin de ville ou dans les CDS et les CPEF, jusqu'à 7SA.

Pour la pratiquer, les médecins (généralistes ou gynécologues) doivent justifier d'une expérience professionnelle adaptée et avoir passé une convention avec un établissement de santé autorisé à la pratique des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique et s'engageant à recevoir la patiente en cas d'urgence) (2).

Le médecin réalisant l'IVG en ville doit se procurer les médicaments nécessaires dans une pharmacie d'officine. Ces médicaments sont uniquement délivrés aux médecins de ville ayant signé une convention avec un établissement de santé (2).

Des réseaux ont été créés pour faciliter la pratique et assurer la formation des professionnels de santé. En Ile de France, il s'agit du réseau REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie, qui a été créé en 2004.

4) le déroulement des consultations

Le schéma de consultation est strictement identique, que l'IVG soit réalisée en établissement ou en ville (2, 15).

Lors de la première consultation :

-le médecin doit délivrer des informations claires et précises sur la procédure.

-un entretien psychosocial doit être proposé aux femmes majeures. Il est obligatoire pour les mineures.

-le médecin doit réaliser un interrogatoire et un examen clinique afin de dater la grossesse et de rechercher d'éventuelles contre-indications à la technique médicamenteuse. Il peut être amené à réaliser une échographie de datation ou à la prescrire. Un dépistage des maladies sexuellement transmissibles et un frottis cervico-vaginal peuvent être proposés selon le contexte, mais en pratique, ils ne sont pas inclus dans le forfait IVG pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

-la question de la contraception ultérieure doit aussi être abordée lors de cette première consultation.

-La détermination du groupe sanguin et du rhésus sont prescrites et doivent être réalisées par la patiente avant la deuxième consultation.

Le délai de réflexion d'une semaine n'est plus obligatoire. Un délai de 48 heures doit toutefois être respecté entre l'entretien psychosocial et la prise médicamenteuse, ce qui signifie qu'il est systématique pour une patiente mineure.

Lors de la deuxième consultation :

-la patiente signe un consentement écrit puis prend, devant le médecin, la mifepristone par voie orale.

-le médecin doit réexpliquer à la patiente la prise des médicaments antalgiques de palier 1 : ibuprofène en première intention, paracétamol en deuxième intention (15)

-chez les femmes rhésus négatif, une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D (Rhophylac°) est prescrite. Elle doit être administrée par le médecin ou par une infirmière au plus tard dans les 72 heures suivant la prise du misoprostol par la patiente.

-il doit lui remettre une fiche de liaison et d'information afin que la femme dispose de repères pour le déroulement de l'IVG et pour la survenue d'éventuelles complications, ainsi que les coordonnées du médecin et celles du centre hospitalier à contacter en cas d'urgence.

-si la patiente décide de prendre le misoprostol à son domicile, le médecin doit lui remettre ces médicaments.

La troisième phase de l'IVG a lieu soit au cabinet du médecin de ville soit au domicile de la patiente, 36 à 48 heures plus tard et consiste en la prise du misoprostol par la patiente. Si cette étape est réalisée au domicile, la surveillance par un proche est alors recommandée. Un arrêt de travail peut être proposé à la patiente pour cette phase de l'IVG, du fait des douleurs provoquées et des saignements.

Si la contraception choisie par la patiente au décours de l'IVG est une contraception orale, celle-ci devra être débutée par la patiente le jour même de la prise du misoprostol.

La dernière phase est celle de la consultation de contrôle, 15 à 21 jours après l'IVG. Cette visite consiste en un examen clinique, associé à un dosage plasmatique de β HCG plasmatiques. Ceux-ci doivent avoir diminué d'au moins 80% par rapport au dosage initial à J15. L'échographie n'est pas systématique.

En cas d'échec de la méthode, la patiente doit être réorientée pour réaliser une aspiration.

En cas de souhait de la patiente de la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) ou d'un implant, celle-ci sera réalisée lors de cette étape (après vérification de la vacuité utérine en cas de pose de DIU). Cette dernière consultation permet de s'assurer que la patiente a bien compris l'utilisation de son moyen de contraception. Un entretien psychosocial peut être à nouveau proposé.

5) Les contre-indications de la méthode médicamenteuse :

Cette méthode peut être contre-indiquée du fait de la prise de deux médicaments, mais aussi par rapport à la pratique de l'IVG au domicile de la patiente. (15, 17, 35)

Contre-indications à la mifépristone :

- Insuffisance surrénalienne chronique
- Allergie connue à la substance active ou à l'un des excipients
- Asthme sévère non contrôlé par le traitement
- Porphyrisme héréditaire

Contre-indications au misoprostol

- Hypersensibilité au misoprostol ou à l'un de ses excipients
- Antécédents d'allergies aux prostaglandines

Contre-indications à la méthode médicamenteuse

- Grossesse extra utérine (GEU).
- Troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant
- Anémie profonde <10g/dL
- DIU en place, sans possibilité de retrait lors de la première consultation

A celles-ci s'ajoutent des contre-indications relatives, plutôt liées à la patiente elle-même ou au fait de pratiquer la méthode à domicile (17, 18):

- Difficultés de compréhension des informations (problèmes liés à la langue ou autres)
- Problèmes socio-économiques importants, grande précarité
- Ambivalence de la patiente, qui risque de s'arrêter en cours de procédure (tératogénicité des médicaments administrés en cas de souhait de poursuite de la grossesse).
- Impossibilité d'effectuer une visite de contrôle 15 à 21 jours après.

- Crainte de la part de la patiente de fortes douleurs ou de saignements abondants ou de voir le produit d'expulsion.
- Centre hospitalier avec service d'urgence à plus d'une heure de transport du domicile de la patiente
- Impossibilité d'avoir un(e) accompagnant(e) au domicile le jour de la prise du misoprostol
- Absence de confort minimum au domicile de la patiente (toilettes sur le palier...) ou charge familiale importante (enfants présents au domicile le jour de la prise de misoprostol)

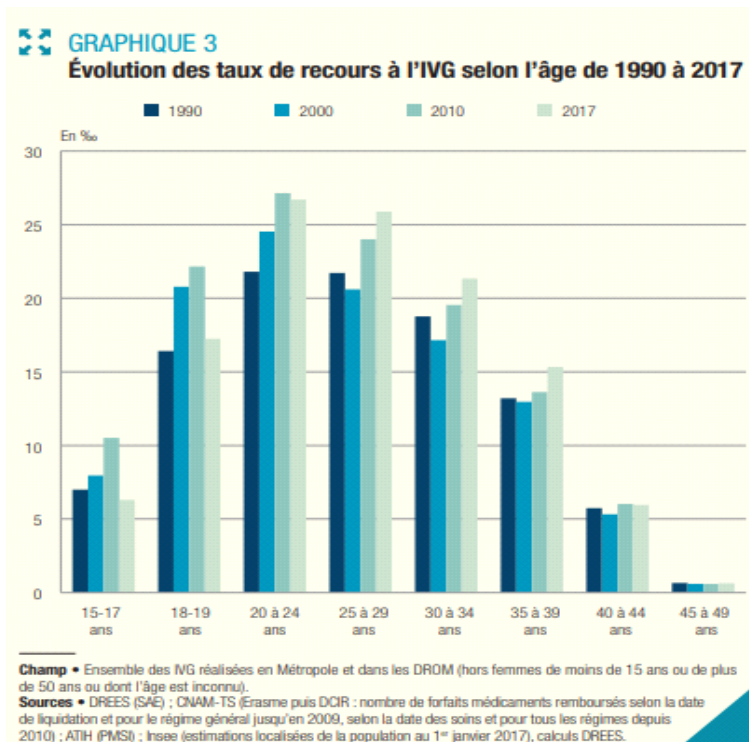
D. Epidémiologie de l'IVG

1) Les chiffres en France

D'après le rapport de la DREES de septembre 2018 (3), 216 700 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en 2017 en France. Elles se classent en trois catégories :

- 168 609 interruptions volontaires de grossesse réalisées en milieu hospitalier (en France métropolitaine et dans les DROM).
- 43 579 IVGM pratiquées en cabinet de ville
- 4 498 IVG réalisées en CDS ou CPEF.

Le taux d'IVG, est stable depuis plus de 30 ans. En 2017, on compte 14.4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 26,2 dans les DROM. C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26.7 femmes sur 1000 en moyenne).

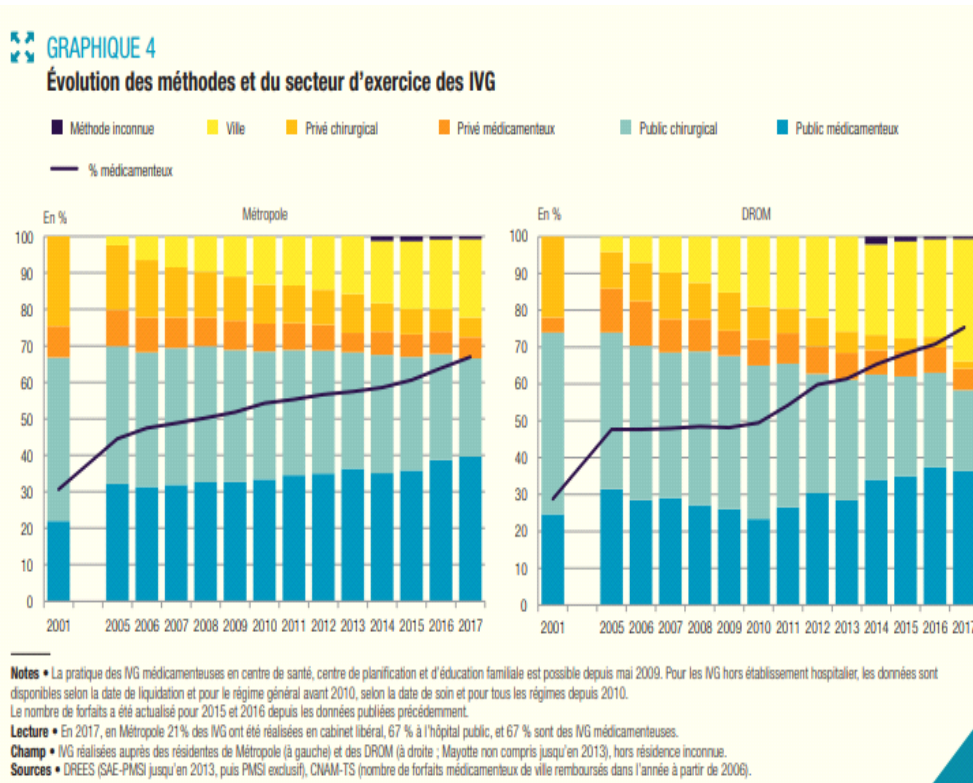


Source : DREES septembre 2018 (3)

Il existe une forte disparité nationale selon les régions. En Ile de France, région de l'étude, le taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans est de 17.4, soit au dessus de la moyenne nationale. Cela représente 52 092 IVG dont 14 475 en cabinet libéral (27.7%) et 35 371 en milieu hospitalier (68%).

Là encore, cette région possède un taux d'IVG réalisées en cabinet libéral supérieur au taux français métropolitain qui est de 19.2%. Il existe en effet une forte disparité en fonction des régions (moins de 10% en Pays de la Loire et dans le Grand-Est contre plus de 25 % des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Ile-de-France et dans les DROM).

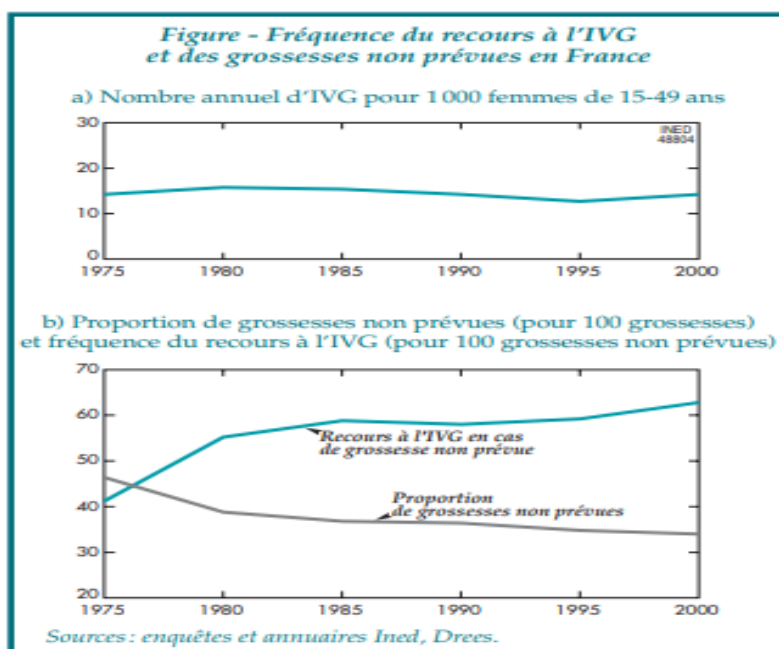
Le type d'IVG a également évolué avec le temps : en 2017, 59 % des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVGM, contre 10 % en 1992. Globalement, 67.5 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole contre 47% en 2006.



Source : DREES septembre 2018 (3)

Dans son étude de 2004 (19), l'équipe de l'INSERM menée par Nathalie Bajos s'interroge sur l'absence d'évolution du nombre d'IVG en France. La contraception est de mieux en mieux diffusée : en 1978, 52 % des femmes « à risque » utilisaient une méthode médicale (pilule ou stérilet) contre de 82% en 2004. Il en est résulté une diminution du nombre de grossesses non prévues qui représentaient 46 % des grossesses vers 1975, 36 % quinze ans plus tard, 33 % en 2004. Ce qui fait que le nombre d'IVG reste stable malgré tout, c'est que des femmes en situation de grossesse non désirée choisissent plus souvent de recourir à l'IVG.

Alors que quatre grossesses non prévues sur dix (41 %) se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de six sur dix aujourd'hui (62 %). L'IVG **n'est donc pas une alternative à une méthode contraceptive** mais permet aux femmes d'avoir "une maternité choisie".



Source : Population et société, 2004 (19)

2) La situation en Europe :

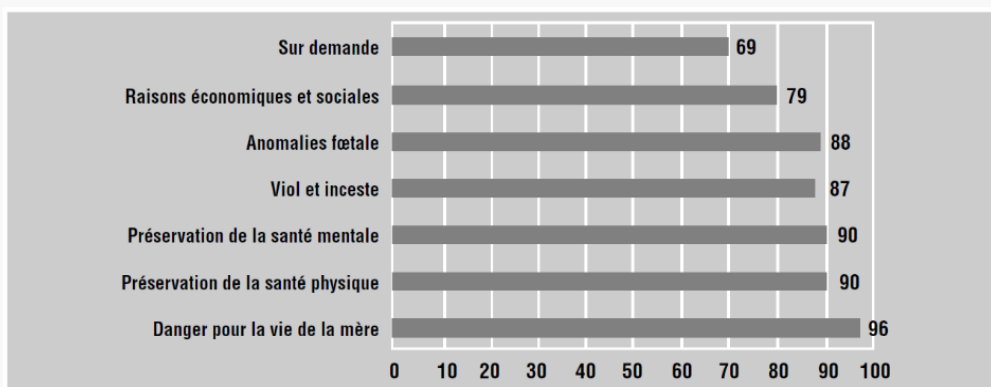
En Europe, la majorité des pays autorisent l'IVG **sur simple demande de la mère**, sans conditions (20). Le délai maximal pour avorter varie selon les pays de 10 semaines (Portugal) à 24 semaines de grossesse (Royaume-Uni, Pays-Bas), avec une moyenne autour de 12 semaines de grossesse (soit 14 SA).

En décembre 2018 suite à un référendum, l'Irlande, un pays catholique qui condamnait alors fermement l'avortement, en légalise son accès sans condition médicale ni morale.

D'autres pays émettent des conditions à la réalisation d'une IVG : viol ou risque vital pour la mère à Chypre ; risque vital pour la mère à Malte ; viol, risque vital pour la mère ou malformations fœtales graves en Pologne.

Les habitantes des pays qui refusent pour le moment d'encadrer légalement l'avortement sont contraintes d'avorter de façon illégale dans leur pays ou de se rendre dans des pays européens voisins. Dans un rapport de 2008, la commission Européenne des questions sociales, de la santé et de la famille (20) considère ce "tourisme de l'avortement" problématique pour la santé et la sécurité des femmes. Il est également considéré comme inégalitaire car il dépend de leurs ressources financières et de leur âge. Ce rapport conclut que l'avortement en Europe devrait être dépénalisé afin "de préserver la vie, de réduire les dépenses de santé et de mieux répondre aux besoins concrets des femmes".

Tableau 1: Motifs d'autorisation de l'avortement – pourcentage d'Etats européens membres de l'OMS ← NOTE



Source : Avis de la commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes. Avril 2008 (20)

En ce qui concerne l'IVGM, la France fut le premier pays européen à l'autoriser en 1988, suivie par la Grande Bretagne (1990) et la Suède (1991). L'IVGM hors établissement de santé n'est actuellement pratiquée qu'en France, en Belgique, en Suède et en Suisse. (17)

3) La situation dans le monde

L'avortement est limité dans plus des deux tiers des pays du monde. En 2011, seuls 58 pays (environ 30%) permettent les IVG sans aucune justification médicale ou morale. Le délai est donc l'unique contrainte pouvant limiter l'accès à l'IVG. Les autres pays dans lesquels l'avortement est autorisé le limitent à certaines conditions : risque pour la santé physique ou mentale de la mère, maladie chez le fœtus, etc.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **en 2018 près de 44 millions d'IVG ont eu lieu dans le monde**. Quasiment la moitié de celles-ci étaient considérées comme à risque car réalisées de façon illégale (21). Mais de façon parallèle, la mortalité liée à l'avortement diminue depuis 20 ans, passant de 60 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes en 2008. Ce chiffre équivaut à environ 47 000 décès par an. Cette baisse est en partie liée à la diffusion de l'avortement médicamenteux. L'illégalité n'est donc plus forcément un synonyme d'insécurité (22).

OBJECTIF ET METHODE :

A. Choix de la méthode qualitative

L'objectif de cette étude est de comprendre quels sont les facteurs qui déterminent le choix d'une femme de s'orienter vers une méthode d'IVGM en ambulatoire lorsque que celle-ci consulte dans un planning familial hospitalier. Nous avons voulu comprendre quelles étaient les connaissances, les attentes et les craintes de ces femmes. Nous avons également questionné leur rapport au milieu hospitalier et au milieu ambulatoire.

Nous avons pour cela choisi de faire une **étude qualitative** (23) car cette technique nous permettait de recueillir des données verbales complexes. En réalisant des **entretiens semi-dirigés**, nous avons ainsi pu recueillir des informations plus larges et plus personnelles. Pour nous, le recours à des questionnaires, comme c'est le cas dans la méthode quantitative, n'aurait pas permis l'essor d'idées inconnues auparavant. Nous voulions comprendre et non quantifier.

Les entretiens ont été réalisés avec l'aide d'une **grille d'entretien** (*disponible en annexe 1*) établie en amont à partir des données de la littérature et d'hypothèses formulées par les investigatrices. Ce guide a été testé lors des entretiens. Nous n'avons pas jugé nécessaire de le modifier en cours d'étude.

B. Le recrutement des patientes :

L'étude a eu lieu au CPEF de l'hôpital Port Royal. Les patientes venant pour un premier rendez-vous d'IVG et choisissant une méthode médicamenteuse à leur domicile étaient informées de la possibilité de participer à cette étude. Si elles étaient intéressées, un document explicatif leur était remis, expliquant les objectifs de l'étude puis nous les incluons dans l'étude après la signature d'un consentement écrit. Un entretien semi dirigé dans un bureau du centre avec l'enquêtrice ou un entretien téléphonique leur était proposé. Les femmes ont donc été questionnées après avoir été vues en entretien par le médecin du centre et par l'infirmière pour la mise en place de l'IVG. Certaines avaient également bénéficié d'un entretien psychologique. Elles étaient donc vues après avoir fait leur choix, voir pour certaines, après avoir pris le premier comprimé de mifépristone.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord de la patiente puis retranscrits intégralement. Les retranscriptions d'entretiens n'ont pas été retournées aux participantes pour commentaire.

Seules les femmes majeures ont été incluses, car le recueil du consentement des parents aurait été difficile pour les patientes mineures.

C. Analyse des entretiens

Les entretiens ont donc été retranscrits en intégralité (à l'aide du logiciel Word). Puis nous avons fait **une analyse inductive du discours** (24). Cette analyse se déroule en trois étapes : nous avons dans un premier temps analysé chaque entretien de manière individuelle afin d'en dégager des unités de sens. Pour augmenter la validité interne, ce codage manuel a été réalisé par deux personnes : la directrice de thèse et l'auteure de cette thèse.

Nous avons ensuite attribué des étiquettes à chaque unité de sens. Après avoir fait cela pour chaque entretien, une analyse globale des catégories a pu nous permettre de créer des grands groupes d'idées communes à tous les entretiens. Bien que l'analyse soit influencée par les objectifs de recherche au départ, les résultats proviennent directement de l'analyse des données brutes et non pas à partir de réponses souhaitées.

Les critères de validité interne de la grille COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research (68)) ont été respectés.

Au total, nous avons estimé que nous étions arrivées à saturation des données au cours du douzième entretien, ce qui a été confirmé par l'absence de nouvelles idées lors des entretiens 13 et 14.

RESULTATS

A. Les participantes

Au total, parmi vingt patientes correspondant aux critères d'inclusion, quatorze ont bien voulu participer à l'étude. Douze entretiens étaient en "face à face" et deux étaient par téléphone. Parmi les douze entretiens en face à face, deux étaient en présence du conjoint (à la demande des patientes).

Les femmes interrogées étaient âgées de 18 à 37 ans, soit une moyenne de 27 ans. Parmi elles, 13 étaient en couple, 1 était célibataire. Cinq femmes avaient déjà des enfants. Cinq femmes avaient un antécédent d'IVG.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants de l'étude

N°	Age	Age conjoint	Situation de vie	Professions	Ville	ATCD gynéco	Médecin traitant	Gynéco	Sécu/mutuelle	Terme écho	ATCD planning ?
1	18	19	En couple Sans enfants	Étudiants	Thiais (94)	G1P0	Oui	Non	+/+	5SA+6j	Oui
2	34	37	Mariés 4 enfants	Vendeuse/ Boulangier	Bagneux (92)	G6P4 (1 FCS)	Oui	Oui	+/+	5SA	Oui
3	25	30	En couple 2 enfants	Animatrice/ Facteur	St Michel sur Orge (91)	G3P2	Oui	Oui	+/+	5SA+3J	Non
4	37	34	En couple 2 enfants	Manipulatrice radio/plombier	Plessis Robinson (92)	G7P2 1GEU 2 IVG med	Oui	Oui	+/+	4SA+5j	Non
5	25	32	En couple sans enfants	Journaliste/ Manutentionnaire	Paris	G4P0 2 IVG med 1IVG chir	Non	Non	+/+	5SA	Non
6	20	22	En couple sans enfants	Sans emplois	Paris	G1P0	Oui	Non	+/+	6SA	Oui
7	28	28	En couple Sans enfants	Étudiante/ Ingénieur	Neuilly sur Marne (93)	G1P0	Non	Non	-/-	5SA+4j	Oui
8	32	26	En couple un enfant	Hôtesse/ Hôte d'accueil	Paris	G2P1	Oui	Oui	+/+	5SA+2j	Oui
9	22	24	En couple sans enfants	Étudiante/ Entrepreneur	Malakoff (92)	G1P0	Oui	Non	+/+	5SA+6j	Non
10	26	29	En couple Sans enfants	Sans emploi/ Commercial	Alfortville (94)	G1P0	Oui	Oui	+/+	6SA+3j	Oui
11	29	25	En couple Sans enfants	Assureurs	Paris	G1P0	Oui	Oui	+/+	5SA	Non
12	22	22	En couple sans enfants	Restauration/ Restauration	Paris	G2P0 1 IVG med	Oui	Oui	+/+	5SA+2j	Non
13	24	27	En couple un enfant	Étudiante/ Entrepreneur	Paris/Maroc	G2P1 1 IVG AL	Non	Non	+/-	5SA	Oui
14	29	29	Célibataire	Sans emploi	Charenton (94)	G4P0 2 IVG med 1 IVG AL	Oui	Non	+/-	5SA+4j	Non

B. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2016 et avril 2017. Ils ont duré en moyenne treize minutes et trente secondes (de 8 minutes 44 secondes pour le plus court à 18 minutes et 40 secondes pour le plus long).

	LIEU	DUREE	DATE	AVEC CONJOINT
1	Port Royal	8 min 44 sec	28/11/16	
2	Port Royal	12 min 58 sec	28/11/16	
3	Port Royal	12 min 57 sec	29/11/16	
4	Port Royal	12 min 15 sec	02/12/16	
5	Port Royal	18 min 40 sec	02/12/16	
6	Port Royal	10 min 58 sec	02/12/16	
7	Port Royal	11 min 37 sec	26/01/17	
8	Port Royal	10 min 14 sec	26/01/17	
9	Port Royal	18 min 39 sec	27/01/17	
10	Port Royal	18 min 48 sec	27/01/17	X
11	Port Royal	16 min 15 sec	31/01/17	X
12	Port Royal	12 min 32 sec	31/01/17	
13	téléphone	11 min 12 sec	28/03/17	
14	téléphone	13 min 50 sec	28/03/17	

C. Analyse des entretiens

1) La décision d'IVG

1.1) Découverte de la grossesse

La plupart des femmes se sont **rapidement rendu compte d'un retard de règles**.

-« Alors j'ai vu que j'avais du retard dans mes règles, alors j'ai acheté un test de grossesse 2-3 jours après. Il était positif donc à ce moment je suis restée enfermée aux toilettes à me poser des questions. J'étais totalement perturbée et je ne savais pas du tout comment réagir. Euh ... par la suite ben j'ai continué à cogiter, à réfléchir dans ma tête. J'en ai pas parlé, j'en ai parlé à personne. Au bout d'une semaine bah j'ai réagi » (entretien 6)

-« Tout d'abord j'avais un retard de règles, c'est ça qui m'a interpellée. En voyant justement ce retard de règles, j'avais vraiment le sentiment que j'étais tombée enceinte en fait, bien avant d'avoir fait le test de grossesse » (entretien 9)

Selon les femmes, la découverte de leur grossesse est plus ou moins bien vécue.

- « J'ai commencé à pleurer parce que je savais pas quoi faire, je euh bah voilà, ça va parce que j'étais pas seule j'avais ma meilleure amie et mon copain mais ça fait peur parce que c'est MOI qui suis enceinte, c'est MOI qui doit vivre ces choses-là » (entretien 1)
- « J'étais sous le choc, je ne m'attendais pas à ça » (entretien 10)
- « Quand je l'ai su bah j'étais pas étonnée car je le savais déjà à peu près » (entretien 3)

Parfois même, cette grossesse non programmée permet à la femme de **se rassurer vis à vis de sa fertilité** :

« Et quand j'ai vu le résultat, ça a été un mélange de plusieurs sentiments en fait, bah y'avait l'inquiétude euh le fait de se dire que c'est vraiment pas le bon moment, et d'un autre côté c'est peut être bête ce que je vais dire mais euh ça m'a fait plaisir dans le sens où je me suis dit « je suis fertile » je commençais à me faire un peu des films dans la tête en me disant « est-ce que, demain, je pourrais tomber enceinte etc. », est ce que c'est pas un problème d'infertilité etc. » (entretien 9)

1.2) Justification de la décision

Lors des entretiens, **9 femmes sur 14 vont spontanément se justifier** de leur volonté d'avorter.

Les raisons invoquées sont le plus souvent d'ordres organisationnels : poursuite des études (entretien 1), appartement inadapté (entretien 14), enfants en nombre voulu ou grossesse récente (entretiens 2 et 4).

Deux femmes expliquent clairement ne pas souhaiter devenir mère, sans ressentir le besoin de se justifier.

- « en fait c'était par accident je ne voulais pas du tout être enceinte » (entretien 7)
- « Euh j'étais pas attachée au fait d'avoir un enfant pour le moment » (entretien 6)

Bien que l'intégralité des femmes interrogées aient arrêté leur décision au moment de l'entretien, il y a eu des **moments de doute** chez la plupart d'entre elles avant de prendre leur décision.

- « J'ai regardé vite fait [sur internet] mais après ça commençait à partir loin ! Ils allaient me freiner alors j'ai arrêté de rechercher » (entretien 10)
- « Je sais que si on va me donner un temps de réflexion, peut-être que je vais changer d'avis mais j'ai pas envie... et après ça va me peser... » (entretien 2)

- « je pense que sincèrement cette option de m'orienter vers l'IVG j'y ai pensé dès le départ et c'est vrai que j'ai entendu pas mal de choses par rapport à mes proches, par rapport à mon partenaire etc. qui m'ont un peu embrouillé l'esprit, mais au final euh je suis restée... j'ai réussi à revenir sur ma position initiale, j'ai réussi à m'y tenir et j'assume les conséquences » (entretien 9)

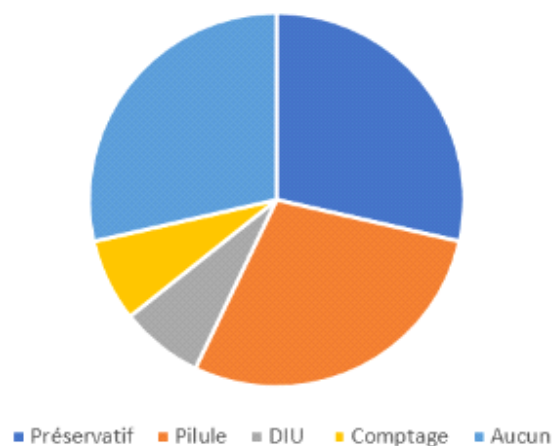
D'autres étaient sûres de leur décision:

« Avant même de faire le test, je savais que si c'était positif il était hors de question donc... » (entretien 14)

1.3) Contraceptif au moment de la grossesse

Sur les 14 femmes interrogées, 4 utilisaient des préservatifs, 4 étaient sous pilule contraceptive, une avait un DIU et 5 n'avaient pas de méthode contraceptive (parmi elles, 1 femme effectuait la méthode du comptage des dates).

Contraception au moment de l'IVG



Parmi les femmes qui n'ont pas utilisé de contraceptif, on retrouve souvent **un sentiment de culpabilité** dans leur discours :

- « Bah du coup j'ai eu un rapport non protégé, que j'aurais pas dû... » (entretien 1)

- « mais justement la dernière fois on a vraiment eu une prise de risque avec mon partenaire [...] c'est arrivé parce que justement on n'a pas forcément fait les choses correctement... » (entretien 9).

Quand la femme prenait un contraceptif, **l'échec du moyen de contraception** est mis en avant :

- « le souci c'est qu'on avait mis le stérilet en pensant que pendant cinq ans on se poserait pas cette question, et on a cette question qui s'est posée et c'est juste très, très dur » (Entretien 11)

- « Bah j'étais surprise, je m'y attendais pas du tout. J'avais pris une pilule du lendemain quelques fois pendant le mois, et ça a perturbé mon cycle et ça m'a fait tomber enceinte. » (entretien 13)

Une patiente semble surprise d'être tombée enceinte bien qu'elle n'utilisait aucun moyen de contraception

- « J'avais les symptômes et j'arrivais pas à y croire en fait [...] j'étais sous le choc je m'attendais pas à ça [...] en fait je suis tombée enceinte quand j'ai arrêté la pilule » (entretien 10)

1.4) Abord du délai de réflexion

Lorsqu'on les questionne sur le fait que **le délai de réflexion d'une semaine n'est plus obligatoire**, la totalité des patientes semble préférer ce cas de figure. En effet, la plupart des patientes nous expliquent qu'elles ont pris du temps pour prendre leur décision de leur côté.

- « En fait quand je suis venue ici la semaine dernière on m'avait déjà proposé de le faire tout de suite, dès mon premier RDV mais c'est moi qui ai dit peut-être la semaine prochaine ce sera mieux » (entretien 7)

Elles considèrent souvent qu'une fois la décision prise, ce délai « **est une perte de temps** » (entretien 10), « c'est une semaine à faire ruminer les gens, à se faire poser quinze mille questions pour au final se tracasser et obtenir le même résultat » (entretien 12).

Une patiente explique même que lorsqu'elle était enceinte de son quatrième enfant, elle souhaitait avorter et que ce délai l'a fait changer d'avis, que si cela se reproduit « ça va lui peser, lui faire du mal » (entretien 2).

Trois femmes sont plus mitigées quand même **dans le cas où les femmes seraient encore dans le doute ou jeune ou nullipare**. Elles pensent que dans ces cas-là, c'est aux soignants de leur proposer un délai pour mieux réfléchir aux différentes possibilités.

- « Non, j'ai pas besoin de réfléchir. Après peut être que pour d'autres personnes ça serait bien qu'il y ait **un délai de réflexion, pour les plus jeunes...** Ou celles qui n'ont pas encore eu d'enfants mais moi.... Euh.... Par exemple des mamans qui ont déjà eu deux enfants, trois, quatre, peu importe, si elles viennent pour avorter c'est qu'elles savent vraiment, pour moi hein, c'est qu'elles savent vraiment ce qu'elles veulent. » (entretien 3)

- « Sur le principe je pense que pour des personnes qui sont sûres d'elles je trouve ça très bien, parce qu'on n'a pas envie si on est sûrs de soi de garder ça indéfiniment, mais je suis ... je sais pas Je pense que y'a des personnes qui pensent être sûres et qui au final ne le sont pas, et je pense que pour ces personnes ce délai était pas mal pour ça.... » (entretien 5)

2) Le parcours, souvent une première épreuve :

2.1) Internet comme source principale d'information

Lorsque l'on interroge les femmes sur leurs connaissances concernant l'IVG, la plupart nous expliquent avoir des « notions de base » (l'existence des deux types de techniques) mais ne connaissent pas réellement les modalités précises : ni les délais, ni les lieux pour en bénéficier etc.

Quatre d'entre elles expliquent que ces **informations leur suffisaient avant de se sentir concernées** : « Je connaissais un peu comment ça se passait mais on pense toujours que ça n'arrive qu'aux autres et puis quand on est dans la situation après c'est différent » (entretien 1).

La source d'information la plus rapportée est **internet**. En effet 9 patientes sur 14 s'y sont renseignées. Parmi celles qui n'ont pas déclaré s'y être renseigné, 2 ont déjà réalisé une IVG.

Les sites évoqués sont celui du gouvernement (3 fois), *IVG les adresses* (1 fois) et *Doctissimo* (1 fois). Certaines patientes ont juste recherché des adresses, d'autres des informations ou encore des témoignages de patientes. La plupart considèrent que les **informations sont faciles à trouver**, sauf la patiente du neuvième entretien : « Etant donné que c'est aussi un sujet encore un peu tabou, euh qu'il y a encore pas mal d'opposants à cela etc., j'ai l'impression qu'on fait aussi en sorte qu'on n'ait pas trop encore accès à ces informations et ça c'est aussi un problème en France. »

Par contre, plusieurs femmes expliquent **se méfier des informations que l'on peut y trouver**.

- « Pas internet.... On trouve tellement de choses sur internet, vous savez, qu'on ne sait jamais du coup. On tombe sur un forum, y'a quelqu'un qui dit quelque chose ça mais c'est pas forcément ça, du coup on flippe pour rien, je préfère demander aux personnes qui sont vraiment formées pour ça » (entretien 14)

- « Je suis désolée tu vas sur internet tu trouves tout et n'importe quoi ... Quand tu me dis que y'a tout sur internet je suis pas d'accord... Ils disaient toutes les contradictions [...] sur internet tu trouves tout et n'importe quoi, c'est toi et ta chance ... » (entretien 10)

Les femmes ayant déjà eu une IVG dans leur vie **se basent sur leurs expériences précédentes** (entretiens 4, 5, 12, 13,14).

L'autre source principale d'information est de demander **à une proche** qui a vécu cette situation (5 patientes) ou à des amis/famille (2 patientes).

Trois patientes se rappellent avoir eu des informations **lors de leurs études ou via les brochures** que l'on trouve dans les salles d'attente (entretiens 1, 3 et 9).

2.2) Le premier contact

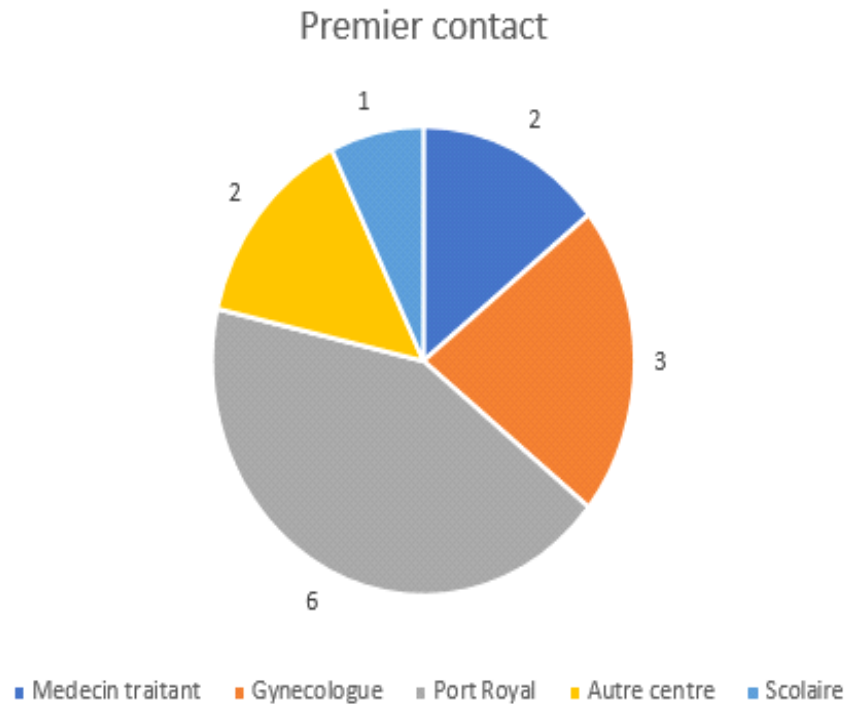
Trois patientes ont été orientées par **un gynécologue**. Ces trois patientes avaient déjà eu des grossesses ou au moins une IVG.

Deux patientes ont contacté en premier **leur médecin généraliste**. Ces deux patientes avaient un gynécologue traitant et étaient enceintes pour la première fois. Elles ont toutes les deux été vues par leur gynécologue avant d'être ré adressées sur le CPEF de Port Royal.

Deux patientes ont été réorientées par **un autre CPEF** ne réalisant pas d'IVG et une par **l'infirmière scolaire** de son lycée.

Six patientes sur quatorze sont **venues spontanément** au CPEF suite à leurs recherches ou parce qu'elles avaient déjà consulté au centre. Sur ces six patientes, seulement deux avaient un médecin traitant et aucune n'avait de gynécologue traitant. Trois d'entre elles avaient un antécédent d'IVG, les trois autres étaient enceintes pour la première fois.

Parmi les cinq patientes ayant déjà avorté, trois sont venues spontanément au CPEF, deux autres ont d'abord contacté leur gynécologue traitant ou un autre CPEF avant d'être réorientées.



2.3) Examens réalisés avant la consultation

Quasiment toutes les femmes ont fait **un test de grossesse urinaire**. Seules les patientes des entretiens 3 et 12 ont réalisé d'emblée un dosage plasmatique de β HCG. Parmi les 14 femmes interrogées, treize avaient réalisé **des β HCG plasmatiques de confirmation** avant de se rendre au centre de planification. Sur leur propre initiative (4), via la prescription d'un médecin (suite à un appel téléphonique ou une consultation) (5) ou suite à la demande du CPEF de le faire en amont de la première consultation (lors de la prise de RDV par téléphone) (4).

Sept patientes avaient réalisé une détermination de **groupe sanguin**.

Deux patientes (10 et 11) avaient réalisé une **échographie obstétricale de datation** avant de se rendre dans le centre de planification. Ces deux patientes ont multiplié les intervenants avant de venir au centre, avec la sensation d'avoir vécu un parcours long et difficile.

- « ce qui prend le plus de temps c'est l'échographie. Le RDV il est loin.... Et le gynéco aussi... Alors que l'infirmière elle nous a dit qu'on aurait pu tout faire ici directement. Chaque fois ça envoie les gens là-bas, là-bas, là-bas, ça fait perdre 15 jours. C'est peut-être plus simple de tout faire au même endroit non ? » (entretien 10)

Tableau 2 : Examens préalables à la consultation du CPEF de Port Royal

	Test urinaire	β HCG plasmatiques	Groupe sanguin	Échographie de datation
1	X	X	X	
2	X	X		
3		X		
4	X	X	X	
5	X	X	X	
6	X	X		
7	X	X		
8	X	X	X	
9	X	X		
10	X	X	X	X
11	X	X	X	X
12		X		
13	X	X	X	
14	X			

2.4) Le choix du lieu de soin

Parmi les six femmes ayant consulté spontanément au CPEF de Port Royal, trois avaient déjà réalisé une IVG dans ce service, une autre y avait été suivie pendant ses grossesses. Les deux autres recherchaient un lieu proche de leur domicile.

Parmi les patientes réorientées, souvent un seul lieu leur était proposé ou alors les patientes choisissaient ce lieu pour des raisons de proximité. Deux patientes précisent que les personnes les ayant réorientées les avaient mises en confiance en expliquant que c'était un « très bon centre », « qu'ils s'occupaient bien des femmes ».

La particularité de Port Royal est que le CPEF est situé dans l'enceinte de l'hôpital. Du coup, lorsque l'on questionne les patientes de l'étude sur leur représentation de ce lieu, sept femmes considèrent ce lieu comme un milieu hospitalier et quatre comme un centre de planification familiale. Les deux autres ne font pas le distinguo.

Plusieurs patientes considérant Port Royal comme un milieu hospitalier ont une **image rassurante, sécurisante des hôpitaux** : « ça fait hôpital et c'est plus rassurant je trouve » (entretien 10), « c'est plus rassurant d'être dans un planning familial dans un hôpital comme ici » (entretien 13), « là au moins je sais que c'est quand même un hôpital et que s'il y a quelque chose qui se passe mal et que j'arrive je sais que je peux être admise directement. Je me dis que mon dossier est déjà là et que y'a un suivi qui est fait... voilà qui est bien fait et je serais plus rassurée » (entretien 14).

D'autres insistent **sur le côté "bienveillant" que peut dégager un CPEF** : "Bah ici, un planning familial parce que les gens sont à l'écoute, gentils. Je ne dis pas que c'est pas pareil dans un hôpital mais ça peut être un peu différent. Y'a pas de jugement en fait. Dans un planning familial y'a pas de jugement » (entretien 4).

2.5) Un parcours parfois long et compliqué

Lorsqu'il y a plus de deux étapes, les femmes considèrent que leur parcours est compliqué.

Le plus frappant est le témoignage de la dixième patiente. Interrogée avec son conjoint, le couple nous explique son parcours « sans fin » avant d'être orientés au centre: « Mais ça a pris Deux semaines au moins... ». Son ami : « oui oui c'était long, **on a perdu deux semaines**. C'était compliqué car chaque examen c'était avec un délai, une semaine ou dix jours. Après faut attendre 24h pour les résultats... ». Mme K : « ce qui prend le plus de temps c'est l'échographie. Le RDV il est loin.... Et le gynéco aussi... Alors que l'infirmière elle nous a dit qu'on aurait pu tout faire ici directement. ». Son ami : « chaque fois ça envoie les gens là-bas, là-bas, là-bas, ça fait perdre 15 jours. C'est peut-être plus simple de tout faire au même endroit non ? »

Le fait que tous les examens soient concentrés au même endroit semble faciliter l'accès à l'IVG : « Sinon il faut galérer à trouver l'écho, savoir où on en est et tout... Là c'est plus simple il y a tout sur place, c'est rapide » (entretien 8)

3) La représentation de l'IVGM

3.1) Un méthode plus rapide face à l'urgence ressentie

Souvent, les femmes nous ont expliqué qu'une fois la grossesse découverte et leur décision prise, elles souhaitaient interrompre le plus vite possible cette dernière. C'est parfois un **sentiment d'urgence**.

-« à partir du moment où on a pris la décision je ne voulais pas attendre. Je pensais avoir un RDV dans deux semaines mais je pouvais pas attendre deux semaines » (entretien 11)

-« j'ai commencé à prendre des RDV et m'arranger pour faire ça le plus vite possible » (entretien 13)

- « Je voulais une solution au plus vite, je voulais pas laisser traîner ou attendre un peu [...] J'ai appelé les urgences » (entretien 2)

-« je ne sais pas si c'est la notion d'urgence qui fait qu'on se dirige davantage vers un hôpital avec un planning familial que vers un médecin de ville non je pense que ça doit être une

notion inconsciente d'urgence qui fait que l'on se dirige plus vers un hôpital, enfin moi... » (entretien 5)

-« je voulais aller très vite et ne pas perdre de temps » (entretien 4)

Une des principales raisons qui font que les femmes s'orientent vers une méthode par médicaments est la **possibilité de commencer rapidement le protocole**. En effet la méthode par aspiration nécessite parfois d'attendre d'être à un terme plus avancé.

Entretien 10 : « elle m'a dit l'infirmière qu'il fallait patienter pour l'aspiration, mais moi là je supporte plus les nausées ». Cette patiente évoque aussi la volonté de ne pas laisser la grossesse trop évoluer : « je ne voulais pas plus que ça m'habituer parce qu'après on s'attache... et là je me dis qu'il est encore tout petit. On se dit que peut-être on se rend moins compte mais si après il grandit, ça sera beaucoup plus difficile. »

3.2) L'évocation de l'embryon

En effet, comme dans le témoignage de la patiente n°10, le **fait que la grossesse évolue** est un souci qui préoccupe beaucoup de femmes. Les femmes n'hésitent pas à évoquer leur grossesse lors des entretiens. L'embryon est alors nommé de manière implicite (« ça », « la grossesse », « il ») ou de façon beaucoup plus précise (« le bébé », « le fœtus »).

- « le temps d'attendre la grossesse a le temps d'évoluer. Là elle évolue pas trop je suis qu'à cinq semaines d'aménorrhée donc ça évolue pas trop » (entretien 3)

- « parce que le bébé il est tout petit, c'est que cinq semaines je crois.... Par rapport à l'âge du bébé, y'a pas d'autre raison » (entretien 2)

- « Je pense que c'est surtout par rapport aux semaines car moi vu que je veux pas le garder, du coup je trouve que c'est trop dur de savoir que le bébé il va encore continuer sa... comment on dit... sa croissance et moi je veux pas du tout le garder » (entretien 7)

La patiente de l'entretien 8 évoque la même urgence à stopper au plus tôt l'évolution de la grossesse : « là je suis contente car je pensais être à six semaines de grossesse et je sais qu'à six semaines il y a le cœur qui bat, donc là je suis rassurée de savoir que je suis à cinq semaines et quelques jours et que c'est encore qu'une petite cellule et qu'il n'y a pas encore le cœur qui bat, car là ça serait plus dur psychologiquement pour moi... de le tuer tout simplement ».

3.3) Une IVG "a minima"

La méthode médicamenteuse est très souvent décrite comme une méthode qui semble plus facile à réaliser, qui paraît **moins lourde** et **moins formelle** que l'aspiration.

- « Médicamenteuse car pour moi c'est comme si c'était pas une IVG, c'est un médicament qu'on prend et puis voilà... » (entretien 1)

- « on m'a proposé la voie euh... d'aspiration, mais franchement je préférerais la pilule, c'est moins... je sais pas... L'acte est moins là quoi, je le ressens moins que l'aspiration quoi » (entretien 7)

- « L'aspiration, personne n'apprécie mais peut être que ça serait un peu difficile pour moi. En y repensant en fait c'est plus invasif [...] c'est quand même pas très agréable comme méthode. [...] je me suis dit que ça serait encore plus traumatisant comme méthode » (entretien 11)

3.4) Une méthode plus douce que l'aspiration

La méthode médicamenteuse est souvent perçue comme plus douce que la méthode par aspiration. **L'aspect "chirurgical" de l'IVG par aspiration inquiète beaucoup les femmes.** La **peur de l'anesthésie** (locale et générale) est également un frein pour les patientes dans le choix d'une IVG instrumentale.

Trois patientes se basent sur leurs expériences antérieures pour choisir la méthode médicamenteuse.

La patiente de l'entretien 14, qui a déjà eu les trois méthodes et choisit donc en connaissance de cause nous explique : « c'est vrai que l'anesthésie générale je ne suis pas trop pour, enfin bof c'est pas que Voilà je le sentais pas et euh quand j'avais fait avec l'anesthésie locale c'était une catastrophe alors ... j'ai eu très très très très mal avec l'aspiration. Mais les médicaments c'était très douloureux aussi, mais je me dis au moins je suis chez moi ».

La patiente de l'entretien 4 relate également son vécu: « J'ai déjà eu des IVG, donc j'en ai eu une en local qui a... qui a raté donc du coup on m'a reprogrammé quelques jours plus tard en anesthésie générale. J'ai des très mauvais souvenirs, car déjà la locale, ça fait mal. Non seulement il y a eu souffrance, et puis ce bruit qu'on entend d'aspiration c'est juste une horreur. Ensuite j'ai découvert que c'était raté, donc IVG reprogrammée en bloc sous anesthésie générale. Le réveil de l'anesthésie générale, je me réveille en salle de réveil totalement en larmes et là y'a une infirmière qui me dit : « ah bah votre choix vous l'avez fait... » donc euh enfin j'en ai vraiment de très mauvais souvenirs. J'ai fait aussi d'autres IVGM donc pour moi la question elle se posait pas quoi... »

Enfin la patiente du cinquième entretien nous raconte aussi son passé : « j'ai déjà vécu l'aspiration et j'en garde pas un bon souvenir, parce que l'infirmière qui m'a posé la perf là m'avait éclaté la main et j'avais gardé ce gros souvenir de ça, de cette main que je ne pouvais plus bouger pendant 3 jours car j'avais un hématome qui s'étalait sur toute la main et puis j'ai le souvenir de la douleur du produit qui grimpe dans le bras et de l'angoisse du masque.... Genre pas possible, je peux pas. La salle de réveil en pleurs... très peu pour moi ».

3.5) Les craintes liées à l'IVG (douleur, échec, saignement)

La plupart des femmes interrogées craignent **la douleur** qu'elles pourraient ressentir durant l'avortement (entretiens 1, 3, 4, 5, 6, 10,14).

-« j'ai peur que ça me fasse mal car on m'a dit que ça pouvait faire mal comme des règles et comme je sais que j'ai des règles douloureuses j'ai peur » (entretien 1)

-« je sais que je vais avoir mal car j'ai l'utérus qui contracte énormément donc je sais que je vais souffrir mais j'espère que les médicaments vont me soulager » (entretien 14)

Certaines se fient à leurs expériences antérieures ou au vécu d'amies pour se projeter dans leur IVG : « moi j'ai peur des douleurs parce que j'ai vu ma copine souffrir vraiment » (entretien 10) ; « là je connais, je sais que je vais prendre les médicaments, je vais saigner, je vais avoir très mal au ventre comme des règles très très douloureuses... Voilà je sais ce qui va se passer » (entretien 4).

Une autre crainte partagée par de nombreuses femmes est **l'importance des saignements** (entretiens 3, 6, 11).

La crainte de **voir le produit de l'avortement** est aussi partagée par plusieurs femmes : Entretien 11 : « ça me semble difficile de voir en fait, au moins pour l'aspiration je suis sous anesthésie, on aspire et donc dans un sens on voit rien ».

La **peur de l'échec** de la méthode est évoquée par la moitié des femmes. Celles-ci sont rassurées par le fait d'avoir une consultation de contrôle 15 jours après « pour vérifier que ça a bien fonctionné, que ça cicatrise bien, qu'il n'y ait plus rien » (entretien 13) / « on va voir si tout est parti » (entretien 2).

Enfin, trois patientes évoquent un **risque de baisse de leur fertilité** :

-« après je sais qu'il y a des risques pour plus tard, enfin c'est ce que j'ai lu sur internet » (entretien 10)

- « Je pense que ce ne sont pas des médicaments qui sont très bons pour le corps, c'est quand même pas anodin de faire ça. J'espère que ça n'aura pas d'impact pour plus tard, que j'aurai pas de difficultés à retomber enceinte. Pour après en fait... Après je pense que c'est fait de manière à ce que ça ne soit pas le cas mais bon... » (entretien 11)

- « la seule angoisse c'est par rapport au fait qu'elles ont été... comment dire... récurrentes ces derniers temps. J'avais peur que ça ait une quelconque influence sur ma fertilité, et je suis... croyante donc j'avais aussi un peu peur, de ... (pleurs) Comment dire, je ne sais pas trop comment expliquer, euh, en tant que croyant c'est quand même un péché et euh... d'être punie à un moment ou à un autre, d'une autre manière, soit en devenant stérile, ou autre chose qui peut se passer. Je pense que je suis en train d'affabuler mais bon c'est plus ça... » (entretien 5)

4) L'hôpital îlot sécuritaire versus le domicile cocon

4.1) La représentation du milieu hospitalier

Plusieurs femmes expliquent que l'hôpital est **un lieu à l'image rassurante**. Elles s'y sentent en sécurité en cas de problème médical. C'est le cas de la patiente de l'entretien 10 : « oui mais quand même venir à l'hôpital c'est plus rassurant, car le jour où il t'arrive quoi que ce soit, t'as les urgences juste à côté ».

-« là au moins je sais que c'est quand même un hôpital et que s'il y a quelque chose qui se passe mal et que j'arrive je sais que je peux être admise directement. Je me dis que mon dossier est déjà là et que y'a un suivi qui est fait... voilà qui est bien fait » (entretien 14)

C'est également **le lieu d'exercice de spécialistes**. L'hôpital a une image de lieu de pointe : « il y a plus de professionnels, des sages-femmes, des médecins et qu'elles sont toutes aussi qualifiées les unes que les autres » (entretien 9)

4.2) Le Passé médical : expériences antérieures douloureuses

Comme expliqué dans le paragraphe 3.4, lorsque les femmes ont eu des expériences hospitalières d'IVG chirurgicales traumatisantes, elles préfèrent éviter d'y retourner (entretiens 4, 5 et 14).

C'est également le cas lorsque les femmes ont subi des interventions chirurgicales ou ont été hospitalisées pour d'autres raisons qu'une IVG.

- « Je me sens mieux chez moi car dans un milieu hospitalier **ça me rappelle des mauvais souvenirs**, je me suis faite opérer cinq fois tout ça... » (entretien 1)

- « Je trouve que c'est plus agréable d'être chez soi plutôt qu'à l'hôpital où c'est un lieu qui est pas forcément très apprécié non plus, qui rappelle plutôt les opérations, ces trucs là... » (entretien 12)

- « j'ai préféré les médicaments car les hôpitaux je suis pas très fan on va dire... Je suis pas trop à l'aise au niveau des hôpitaux, ça m'aurait plus stressé qu'autre chose » (entretien 6)

4.3) Le domicile perçu comme un cocon

Toutes les patientes sauf la patiente du cinquième entretien **se sont déjà organisées** pour être entourées le jour J. Cette condition à la réalisation d'une IVGM n'est jamais perçue comme intrusive, elle est au contraire comprise comme une sécurité en cas de problème :

- « avoir quelqu'un avec nous je pense pas que ce soit contraignant, parce que déjà c'est pour sa propre sécurité » (entretien 3)

- « s'il m'arrive quelque chose au moins je suis pas toute seule chez moi en mode « je fais quoi » et puis c'est tout » (entretien 1)

- « moi je suis tout à fait rassurée parce que je serai par seule : il y aura mon mari, ma mère et y'aura aussi ma voisine au pire des cas. Bah je serai pas toute seule » (entretien 2)

Cela permet au contraire de **ne pas être séparé de ses proches** : « parce que justement je garde ma fille, je travaille le soir et j'ai ma petite fille que je garde la journée et bah je peux pas l'emmener à l'hôpital avec moi en cas d'hospitalisation donc je préférais le faire chez moi » (entretien 3).

La plupart des femmes ont déjà planifié leur journée : jour de repos au travail, absence des enfants, présence d'un proche... Certaines ont même une idée précise du déroulement de cette journée. Plusieurs femmes retournent chez leurs parents ce jour là afin d'être bien entourées (patientes 2,9).

Le domicile est souvent perçu **comme un cocon**, un lieu familial et confortable, ce qui rend les choses plus tolérables pour la plupart des femmes.

- « Le fait de faire ça à la maison ça me soulage déjà... » (entretien 14) / « je serai dans mon lit, je serai dans ma chambre, c'est plus rassurant » (entretien 10)

- « Et pourquoi chez moi ? parce que je suis très bien chez moi et que si j'ai la possibilité d'être tranquille chez moi je préfère ça quoi... » (entretien 5)

-« je veux dire que je serais dans mon lit, en train de regarder la télé, avec peut être mon copain qui restera ou ma mère » (entretien 12)

-« Mais les médicaments c'était très douloureux aussi, mais je me dis au moins je suis chez moi, si j'ai envie de boire un coca je bois un coca, je suis dans mon lit, je peux regarder la télé, penser à autre chose... c'est un peu plus rassurant dans un premier temps déjà » (entretien 14)

4.4) La place du médecin généraliste

Parmi les 14 femmes interrogées, seulement trois d'entre elles n'ont pas de médecin traitant (*cf. tableau1 : caractéristiques des participantes*).

Les représentations des femmes à l'égard de leur généraliste sont variées. Certaines le considèrent comme **l'interlocuteur de premier recours, une personne de confiance** :

-« ça aurait été plus simple pour moi car c'est quelqu'un que je connais on va dire [...] il y a le secret médical alors il ne peut pas en parler à ma famille » (entretien 1)

- « un interlocuteur, c'est ça un médecin traitant, donc ça serait un seul interlocuteur de confiance donc du coup on se sentirait plus à l'aise » (entretien 3)

D'autres le considèrent comme **un interlocuteur de premier recours pour leur santé mais pas dans un cadre gynécologique** :

- « Oui, après plus la gynéco que le médecin traitant... parce que je me dis que la personne est quand même plus ciblée sur ce genre de situation qu'un médecin traitant qui va aussi bien s'occuper d'un rhume ou d'une otite (rires)...» (entretien 12)

- « mais je ne pense pas que je serais allée le voir directement. Je ne mets pas en cause sa performance mais je sais pas, c'est pas la première personne que j'aurais envie de voir ». (entretien 9)

Enfin, certaines femmes pensent que le fait que ce soit leur médecin traitant est **gênant** pour la prise en charge d'une IVG :

-« je pense que si il prend la décision de le faire, je suis moins sûre d'avoir cette écoute que j'ai pu retrouver ici et ce non jugement. Je suis pas certaine qu'avec un médecin traitant qu'on a l'habitude de voir depuis des années ce soit aussi, comment dire... neutre... » (entretien 5)

4.5) Représentation de la variante en ville : sécurité et accès

Parmi les quatorze femmes interrogées, la moitié connaissait la possibilité de recourir à un médecin « de ville » (généraliste ou gynécologue) lors d'une IVGM. Cinq femmes seulement pensaient que les médecins généralistes pouvaient le faire.

Parmi les sept femmes qui étaient au courant, quatre refusent de s'adresser à un médecin de ville pour une IVG.

Parmi les sept patientes qui ne connaissaient pas cette possibilité, cinq déclarent qu'elles auraient pu avoir recours à un médecin de ville pour un avortement médicamenteux.

Les patientes qui refusent de s'adresser à leur médecin généraliste évoquent **la peur d'être mal encadrées** (14 et 9), par un **médecin moins qualifié** (10) : « un gynéco peut être que j'aurais plus confiance mais un médecin traitant j'aurais plus peur ».

Elles pensent qu'en cas d'urgence la prise en charge par le médecin généraliste serait une **perte de chance** : « Je sais que si par exemple je commence à avoir des hémorragies, comme ils m'ont tout expliqué tout à l'heure, à la maison et je sais que je peux venir directement ici et que y'a pas de soucis alors que si j'attends pour voir mon médecin traitant, que j'attends qu'il ait de la place pour prendre un rendez-vous, qu'ensuite il me fasse une ordonnance pour aller chez le gynéco etc. ça va mettre des heures ». (entretien 14)

Pour autant, la quatrième patiente serait prête à prendre le risque si c'était plus rapide : « [longue réflexion] je serais plus rassurée dans un endroit comme celui-ci, dans un planning familial, même de ville, je serais plus rassurée. Maintenant si en terme de délai, il peut me recevoir plus rapidement oui j'aurais peut-être tendance à y aller. Plus au niveau des délais. Un généraliste il peut vous prendre dans la journée et puis du coup ça peut être réglé dans la journée ».

5) L'IVG : un acte solitaire ou accompagné :

5.1) IVG tabou ou décision partagée

Deux femmes considèrent encore **qu'une IVG doit rester secrète** :

- « pas la famille [sourire gêné et parle doucement] je veux pas la mettre au courant. » (entretien 1).

La patiente de l'entretien 5, qui avorte pour la troisième fois explique qu'elle a tenu informés ses proches lors des IVG précédentes mais qu'elle préfère garder celle-ci secrète. Elle ne précise pas pour quel motif.

D'autres patientes, comme celle de l'entretien 12 considèrent **au contraire qu'il n'y a pas de tabou** : « après moi je n'ai pas cette barrière-là avec l'IVG que certaines femmes ont. Je suis assez ouverte là-dessus. Si la personne qui est au courant peut rester avec moi tant mieux sinon je trouverai une copine désespérée qui me rejoindra (rires)... nan j'ai pas de tabou ».

5.2) La place de l'entourage

Toutes les patientes interrogées sauf une en avaient parlé à leur entourage. L'entourage est **un soutien précieux des femmes**, que ce soit au moment de la découverte de la grossesse, de la recherche d'informations, de la prise de décision ou lors de l'IVG elle-même.

La patiente 1, bien qu'en couple stable, se repose sur l'aide de sa meilleure amie : « on vivra ça ensemble, je pourrai lui parler et tout ça ». D'autres se reposent sur l'aide de leur conjoint, voir de leur ex compagnon (entretien 14). Plusieurs femmes se font aider par leurs sœurs ou leur mère : « ma mère va prendre des jours pour être avec moi » (entretien 11)

5.3) Le rôle du conjoint

La majorité des femmes (12 sur 14) ont informé leur partenaire de la grossesse en cours et de leur décision d'IVG. La patiente de l'entretien 3 explique qu'elle informera son partenaire le soir même et qu'elle prendra les comprimés en sa présence, mais ne l'a pas consulté pour la décision. La patiente du cinquième entretien, celle qui pour le moment n'a informé personne de sa grossesse, explique qu'elle n'a pas non plus informé son conjoint, alors qu'elle l'avait informé lors des IVG précédentes.

La position du père concernant l'IVG a été demandée à la patiente lors de l'entretien 8 fois sur 14. Quatre hommes ont accompagné leur conjointe à la consultation, y ont assisté ou ont attendu en salle d'attente. Un homme a pris le RDV pour sa conjointe.

La plupart des couples ont pris une décision à deux. Le conjoint de la dixième patiente, présent lors de l'entretien, explique que « c'est normal non ? 50-50 ». La patiente de l'entretien 12 quant à elle explique qu' « il est moins concerné, c'est un homme quoi (rires) ».

Bien que ce soit le plus souvent une décision commune aux deux membres du couple, une patiente explique que **la décision finale lui revenait** : « il avait pas vraiment une décision mais il avait une position. C'est-à-dire qu'il m'a fait comprendre que le choix reposait sur mes épaules, c'est moi qui allais prendre la décision finale, mais il m'a aussi fait comprendre que s'il fallait envisager de garder l'enfant, il serait là et il ferait tout pour assumer ses responsabilités en tant qu'homme et en tant que père. » (entretien 9)

5.4) L'abord de l'entretien psychologique

L'entretien psychologique a été proposé spontanément par l'équipe à 6 femmes sur 14, mais seulement quatre d'entre elles semblent vouloir réaliser cet entretien, afin de rediscuter de la situation.

- « Alors ça pourrait être une bonne idée, parce que pour l'instant j'ai pas l'impression que je réalise ce que je viens de faire, mais je pense que dans les jours à venir euh j'aurais peut-être ce besoin d'en parler et je pense que ça peut être une bonne idée. » (entretien 9)

Deux patientes hésitent encore à s'y rendre, et préfèrent attendre d'avoir vécu l'IVG pour décider.

Parmi les deux couples interrogés, le compagnon d'une patiente souhaiterait qu'elle s'y rende malgré le refus de sa compagne car il pense que cela lui ferait du bien d'en parler à quelqu'un de « neutre » : « moi j'aimerais bien qu'elle y aille, qu'elle voie quelqu'un pour en parler au moins une fois, ça lui fera du bien, même si on en parle beaucoup ensemble » (entretien 11)

Pour les femmes ne souhaitant pas d'entretien, certaines évoquent **la peur de changer d'avis** :

-« j'ai refusé car mon idée était claire et je voulais pas euh.... Si on me parlait j'avais peur de changer d'avis.... » (entretien 1)

D'autres expliquent que c'est parce qu'elles sont **sûres de leur décision** et qu'elles ne voient pas l'intérêt d'un tel rendez-vous (entretiens 3, 12, 13).

Enfin, la patiente n°5, dont c'est le quatrième IVG, explique qu'elle ira peut-être voir la psychologue lors de la consultation de contrôle : « Mais du coup je pense que je le ferai au moment où je reviens pour la visite de contrôle si elles sont disponibles. Avant ça me paraissait pas important mais là oui.... ».

5.5) L'importance de l'attitude des soignants (comportement, clause de conscience)

La quasi-totalité des patientes interrogées semblaient satisfaites de leur prise en charge au CPEF de Port Royal. Beaucoup d'entre elles mettaient en avant le fait que l'équipe soit accueillante, à l'écoute :

-« franchement ici on est super bien suivies » (entretien 1)

- « franchement c'était super, elles étaient accueillantes, les informations elles sont bien, bien expliquées, et puis elles sont à l'écoute donc ça c'est super y'a rien à redire » (entretien 3)

Certaines patientes profitaient de leurs expériences antérieures pour comparer les prises en charge :

- « ça se voit qu'ils sont habitués à traiter ça » (entretien 10)

- « sincèrement je trouve qu'à Port Royal, j'ai pas grand chose à redire sur la prise en charge et sur l'information, je suis vraiment contente d'être tombée sur cette équipe » (entretien 5)

La patiente de l'entretien 4, qui a été confrontée lors d'une IVG précédente à une personne blessante, en tient compte dans son choix : « Le réveil de l'anesthésie générale, je me réveille en salle de réveil totalement en larmes et là y'a une infirmière qui me dit : « ah bah votre choix vous l'avez fait... » donc euh enfin j'en ai vraiment de très mauvais souvenirs. Ici les gens sont à l'écoute, gentils. Je sais qu'ici il n'y aura pas de jugement et ça aussi c'était important » (entretien 4)

Les entretiens 10 et 11 abordent **la clause de conscience** :

-« ouais il nous a pas aidé. Il nous a demandé : vous voulez avorter ou pas ? Juste pour avoir sa réponse, cocher son papier, prendre son prochain client mais bon.... [...] lui je l'ai trouvé bizarre, il renseignait pas vraiment... il était plutôt froid, pressé. C'est pas ce qu'on attend normalement quand on vient faire ça, on s'attend à être un peu plus suivis... » (entretien 10)

-« il a été très bien car il a pas donné sa position. Quand on est arrivés il a dit bon c'est une grossesse, c'est sous stérilet, vous voulez le garder, vous voulez pas le garder... voilà il était là : qu'est-ce qu'on fait. Et on lui a répondu que si on avait mis un stérilet, c'est qu'on voulait pas de grossesse aujourd'hui. Après il nous a juste expliqué les risques, comment ça se passe et d'ailleurs il a été très bien là-dessus, pas de prise de point de vue. Pas de jugement de sa part. Moi j'avais vu que les gynécologues pouvaient refuser, qu'il y a avait une clause de conscience là-dessus, et j'étais inquiet mais ça s'est bien passé. » (entretien 11)

DISCUSSION

A. Présentation des principaux résultats

Dans notre étude, quatorze patientes ont donc été interrogées pour arriver à saturation des données. La découverte de la grossesse a été source de multiples émotions chez les patientes. Certaines s'en doutaient, d'autres étaient sous le choc, d'autres encore étaient soulagées d'être fertiles bien que ne souhaitant pas d'enfant pour le moment. Lorsque la grossesse était arrivée sous contraceptif, une sensation d'injustice était présente. En absence de contraceptif, un sentiment de culpabilité était parfois observé.

La décision d'avorter a été prise par la patiente elle-même, parfois aidée par son conjoint, ses amis ou sa famille mais la décision finale a toujours été celle de la patiente. Lorsque le doute était présent, la décision d'avorter a été prise en tenant compte de la relation amoureuse quand la patiente était en couple, du nombre d'enfants et de la situation socioprofessionnelle de la femme.

L'abolition du délai de réflexion obligatoire est ressentie comme une simplification des procédures et un gain de temps par les femmes, qui expliquent toutes avoir pris du temps dans leurs démarches afin d'être sûres de leur décision. Une fois la décision prise, une urgence à mettre fin à la grossesse est alors ressentie afin de ne pas laisser la grossesse évoluer, ni le sentiment de culpabilité s'accroître.

Les femmes interrogées étaient toutes au courant que l'IVG était possible en France mais ne connaissaient pas en détail les modalités pour la réaliser (déroulement des méthodes, délais exacts, lieux pour la réaliser etc.). Les femmes expliquent que ces détails ne leur étaient pas utiles avant d'être dans cette situation. L'information était recherchée principalement sur internet ou acquise via des proches ayant vécu cette situation.

Le premier contact dépend du profil des femmes. Quand elles ont un antécédent de grossesse, elles vont plus souvent contacter leur gynécologue traitant. Quand elles ont un antécédent d'IVG, elles consultent directement dans un centre dédié aux IVG. Quand elles n'ont pas d'antécédent d'IVG, elles consultent plutôt leur médecin traitant ou un centre de planification familial. Au niveau des examens médicaux, le test de grossesse urinaire est systématiquement fait par les patientes pour confirmer leurs doutes, puis la plupart avaient réalisé un test sanguin de confirmation par le biais de leur médecin traitant, de leur propre initiative ou à la suite de la recommandation du personnel du CPEF. L'échographie obstétricale n'avait été réalisée que si la femme avait consulté un gynécologue dans son parcours.

La méthode médicamenteuse était principalement choisie pour deux motifs : la possibilité de commencer rapidement la procédure et son apparence plus simple et moins invasive que la méthode chirurgicale. Les principales craintes des femmes relatives à la méthode médicamenteuse sont la douleur, les saignements et la possibilité d'échec de la méthode. Le

risque concernant une éventuelle baisse de leur fertilité au décours est également souvent évoqué.

Le choix de réaliser la méthode à leur domicile permet d'une part d'éviter une hospitalisation, qui rappelle souvent de mauvais souvenirs aux femmes et qui semble être synonyme d'inconfort et d'isolement par rapport aux proches. Le domicile est décrit comme un cocon dans lequel la patiente se sent bien, peut être entourée de ses proches. Cela semble rendre la procédure moins formelle et moins lourde, en respectant l'intimité de la patiente.

La moitié des femmes ayant consulté au CPEF connaissaient la possibilité de réaliser une IVG avec un médecin gynécologue « de ville », seulement le tiers avec un médecin généraliste. Parmi les sept femmes au courant, quatre refusent d'opter pour ces intervenants. Elles considèrent que c'est une prise de risque pour leur santé, notamment en cas d'urgence ou de complications. Un CPEF hospitalier leur paraît être un lieu plus sécurisé, plus spécialisé. Parmi les sept femmes qui ignoraient cette possibilité, cinq déclarent qu'elles auraient pu réaliser leur IVG avec un médecin de ville.

Le médecin généraliste reste dans l'esprit des femmes moins qualifié pour ce genre de prise en charge. Mais pour certaines femmes, le fait qu'il soit l'interlocuteur de premier recours habituel les mettrait en confiance et simplifierait le suivi.

L'entretien psychologique divise les femmes. Il est un soutien pour les femmes désireuses de parler de la situation mais plusieurs femmes sont persuadées qu'il pourrait les faire changer d'avis et souhaitent ainsi l'éviter.

Enfin l'attitude des soignants au cours de la prise en charge est primordiale. Les femmes évoquent trop souvent une parole ou une réflexion hors de propos des « soignants » qui les avaient prises en charges. Une attitude bienveillante permet un meilleur vécu de la situation par ces femmes.

B. Forces et faiblesses de l'étude

1) Recrutement des patientes :

Le CPEF de Port Royal est le plus grand centre parisien d'IVG. Il attire des patientes de toute la région parisienne, permettant ainsi une variété dans le profil des femmes interrogées. Mais cette étude reste une étude **monocentrique**.

Seules les patientes ayant souhaité participer à notre étude ont été incluses. Cela entraîne un **biais de recrutement par convenance**. Nous n'avons pas demandé aux patientes qui refusaient de se justifier. Quelques femmes ayant refusé de participer à l'étude m'ont dit ne pas avoir envie d'en parler ou ne pas avoir le temps d'y participer sans plus de précision. Nous ne pouvons donc pas savoir quel genre d'informations elles auraient pu nous fournir : vécu difficile ? Profil différent ?

La taille de l'échantillon pour arriver à saturation de données est de 14 patientes. Cela semble concordant par rapport à d'autres travaux de ce type (40).

2) Réalisation des entretiens :

Les entretiens ont été réalisés dans une pièce au calme, permettant d'instaurer un **climat favorable à l'échange**. Le fait que les entretiens aient été enregistrés avec un dictaphone a peut être bloqué certaines femmes au début de l'entretien. On note que la plupart des femmes semblaient de plus en plus en confiance au cours de l'entretien, se livrant plus à l'interrogateur.

Le fait que deux femmes aient été interrogées en présence de leur conjoint pourrait induire un biais, leur permettant peut être de s'exprimer moins librement. La présence des deux partenaires a été demandée par les patientes. Ces deux entretiens nous ont semblé aussi informatifs que les autres.

De même, deux entretiens ont été réalisés par téléphone. La durée de ceux-ci a été similaire aux autres entretiens mais les informations non verbales n'ont pas été analysables. Les patientes étaient dans une pièce au calme du CPEF, permettant un échange de qualité.

Le fait qu'au moment de l'étude j'étais interne en médecine générale, sans autre lien avec le milieu de l'IVG, m'a permis d'aborder ce travail avec une neutralité importante dans ma façon de poser les questions du guide d'entretien.

Enfin le fait que ce travail ait été mon premier travail de recherche a sûrement dû influencer la qualité des entretiens. Ceux-ci ont été relativement courts. Bien que le guide d'entretien ait été une aide pour maintenir la trame de l'entretien, mes questions ont été plus fluides au fur et à mesure des entretiens.

3) Analyse des données :

Ce travail étant une recherche qualitative, il y a toujours un **biais d'interprétation** propre aux chercheurs. Le fait d'avoir réalisé un double codage nous a permis de le limiter mais il reste présent.

Par ailleurs la recherche qualitative nous a permis de recueillir des informations plus larges qu'un questionnaire fermé. Cela a favorisé **l'émergence de nouveaux sujets**. Les femmes ont aussi pu s'exprimer librement sur ce qui pourrait être amélioré de manière globale dans l'IVG.

C. Interprétation des données et comparaison à la littérature :

1) La décision d'IVG

1.1) Caractéristiques des femmes de l'étude

L'âge moyen des femmes de notre étude est de 26,5 ans (âges allant de 18 à 37 ans). D'après le rapport d'activité du réseau Revho 2017 (25) les femmes demandant une IVGM sont en moyenne âgées de 30 ans. Les patientes ayant consulté au CPEF sont donc **plus jeunes que celles consultant un médecin de ville**.

Une seule femme est célibataire, les autres se déclarent en couple. Ce taux est très différent de celui retrouvé habituellement dans la littérature, plutôt proche des 45% de femmes réalisant une IVG qui déclarent être en couple (26).

Cinq femmes de l'étude ont un antécédent d'IVG (soit 35.7%), ce qui est très proche du taux retrouvé dans l'étude du Dr Vilain (26).

Parmi les patientes de notre étude ayant eu plusieurs IVG, aucune caractéristique particulière ne semble ressortir. Mais dans l'étude du Dr Lafaysse (27) qui a étudié les caractéristiques psychosociales des femmes ayant réalisé **des IVG répétitives**, on retrouve que « ces dernières ont, de façon statistiquement significative, plus fréquemment été confrontées à des difficultés majeures pendant l'enfance ou l'adolescence, sont plus susceptibles d'avoir subi des violences psychologiques, physiques et/ou sexuelles et sont plus souvent victimes de violences conjugales ».

Durant notre étude, nous n'avons pas questionné les femmes sur **l'existence de violences** dans leur vie actuelle ou passée (violences psychologiques, physiques, sexuelles). Aucune femme n'a spontanément abordé ce sujet, mais bien souvent, si l'on ne questionne pas directement les patients à ce propos, peu en parlent spontanément. (28) (29)

Pourtant, l'IVG peut être un moment adéquat à l'évocation et à la recherche de telles violences. D'autant plus que les statistiques mettent en lumière que les femmes qui subissent des violences, quel qu'en soit le type (physiques, sexuelles, psychologiques), utilisent moins de moyens contraceptifs, sont plus à risque d'avoir des infections sexuellement transmissibles, des fausses couches spontanées, des grossesses non désirées et ont recours à plus d'interruptions volontaires de grossesse (30).

1.2) Justification de la décision d'IVG : non obligatoire mais pourtant quasi-systématique :

Historiquement, la loi Veil de 1975 (1), autorisant l'IVG en France, n'ouvrait cette possibilité qu'aux femmes en « situation de détresse ». Suite au rapport de 2013 du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (31), la phrase : « la femme enceinte que sa

situation place dans une situation de détresse » à été retirée pour être remplacée par « la femme qui ne souhaite pas poursuivre sa grossesse ».

Lors des entretiens, nous n'avons jamais demandé aux femmes de justifier leur décision. Pourtant, on remarque que la grande majorité des femmes (9 sur 14) **se justifient spontanément** en expliquant les raisons de leur décision. Ces raisons sont variées : poursuite des études, conditions matérielles non réunies pour élever un enfant, grossesse récente ou nombre d'enfants voulus.

Seules deux femmes expliquent clairement ne pas souhaiter devenir mère, sans ressentir le besoin de se justifier.

Dans un rapport de 2004 (19), Nathalie Bajos explique que la décision d'avorter n'est pas un comportement égoïste d'une femme qui interromprait sa grossesse lorsque celle-ci intervient à un moment qui ne lui convient pas. « Il s'agit d'une anticipation par les femmes et les hommes de leur capacité d'engagement dans une parentalité où le contexte relationnel et matériel soit favorable, face aux aléas des parcours de vie. » Cette étude liste les principaux freins à la grossesse :

Ainsi, **pour les femmes de moins de 25 ans**, l'engagement scolaire est déterminant. Une maternité précoce est un frein au déroulement d'une scolarité et à l'insertion professionnelle. L'IVG permet de reporter une maternité arrivée trop tôt. Par contre en cas de faible investissement scolaire, la maternité confère un statut social.

Entre 25 et 34 ans, c'est le contexte affectif qui paraît déterminant. Pour les mères d'au moins deux enfants, c'est un moyen d'éviter une « naissance de trop ».

Chez les femmes de plus de 35 ans, la trajectoire professionnelle et le contexte affectif sont les deux déterminants principaux.

1.3) L'IVG : un moment clé dans la vie contraceptive :

Sur les 14 femmes de l'étude, 4 utilisaient des préservatifs, 4 étaient sous pilule contraceptive, une avait un DIU, une comptait les dates et quatre n'avaient pas de méthode contraceptive. Parmi ces dernières, aucune n'avait programmé de grossesse.

A la suite de l'IVG, 6 femmes ont choisi de prendre la pilule, 5 de mettre un DIU, une un implant, deux femmes n'ont pas encore décidé de leur future contraception.

Tableau 3 : Méthodes contraceptives avant et après l'IVG

	Contraception avant IVG	Contraception Post IVG
1	Préservatif +/- pilule lendemain	pilule
2	0	DIU
3	préservatif	DIU
4	Comptage des dates	Implant
5	pilule	DIU
6	pilule	pilule
7	0	pilule
8	0	DIU
9	préservatif	Pilule ou DIU
10	0	Ne sait pas
11	DIU cuivre	pilule
12	pilule	DIU
13	pilule	pilule
14	préservatif	pilule

L'IVG est donc un moment dans la vie d'une femme permettant **d'aborder sa sexualité et de refaire un point sur sa contraception**. Au total, deux femmes ne changent pas de mode de contraception (pilule) et neuf femmes choisissent une méthode contraceptive ayant un indice de pearls plus faible (donc une efficacité plus importante).

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	Indice de Pearl ou efficacité théorique	Efficacité pratique
Pilule estroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait)

Source www.ameli.fr

En France, **la couverture contraceptive est très bonne**. Dans leur article de mai 2014 (32), Nathalie Bajos et son équipe analysent les résultats de l'enquête FECOND, réalisée entre 2010 et 2013. On y apprend que « parmi les femmes concernées par la contraception – ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant – seules 3 % n'utilisent aucune contraception, soit la même proportion qu'en 2010 ». Les pratiques contraceptives évoluent. Une femme sur cinq a changé de méthode de contraception suite à la polémique des pilules de troisième et quatrième génération, déremboursées en 2013. Le recours à la pilule est passé de 50% à 41% entre 2010 et 2013. Elle reste toujours la méthode contraceptive préférée des Françaises, mais d'autres méthodes de contraception non hormonales sont de plus en plus choisies par les femmes : notamment le dispositif intra-utérin (+ 1,9 point), le préservatif (+ 3,2 points) et d'autres méthodes dites « naturelles » comme le comptage des dates ou le retrait (+ 3,4 points).

Les femmes étant dans une situation de grossesse non désirée n'ont pas les mêmes taux de couverture contraceptive. Dans son article de 2004, Nathalie Bajos a pu étudier qu'au moment où est survenue la grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 28 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22 % une méthode naturelle, 19 % le préservatif. Ces chiffres sont tirés de l'étude COCON de 2000 (33).

Tableau 1 - Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998)

Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,1
Pilule	23,1
Stérilet	7,0
Préservatif	19,3
Méthode naturelle	19,1
Autre méthode	3,4
Total	100,0

Source: Enquête Cocon 2000
Note: l'enquête Cocon a été réalisée avec le soutien de l'Inserm, l'Ined et le laboratoire Wyeth-Lederlé.

Mais l'échec peut survenir même en cas d'utilisation d'une méthode réputée efficace : 23 % des femmes prenaient la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à un oubli de prendre les comprimés.

1.4) Abord du délai de réflexion : a priori sans conséquence sur le nombre d'avortements

En 2016, la loi sur la modernisation du système de santé (12) **supprime le délai de réflexion d'une semaine** qui était initialement obligatoire, entre la demande d'IVG et sa réalisation.

Ainsi l'article devient : « Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite », la seconde partie : « Il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme, sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé » est supprimée.

Cette loi précise **qu'un délai de 48h reste obligatoire suite à la réalisation d'un entretien psychologique**. Comme cet entretien est toujours obligatoire pour les mineures, ces dernières ont systématiquement un délai de réflexion de 48h. Il s'applique également aux femmes majeures ayant souhaité bénéficier d'une consultation avec un psychologue. Pour les autres, la prise médicamenteuse peut être réalisée au décours de la consultation, une fois leur décision confirmée par écrit.

Comme le montre ce tableau, en 2016 la France était le pays d'Europe, avec l'Italie, qui imposait le délai de réflexion le plus long. Il n'y a pas de délai de réflexion dans les deux tiers des pays d'Europe proposant l'IVG.

Délai de réflexion obligatoire en jours en fonction du pays			
Autriche	0	Bulgarie	0
Croatie	0	Danemark	0
Estonie	0	Finlande	0
Grèce	0	Lituanie	0
République Tchèque	0	Roumanie	0
Royaume Uni	0	Slovénie	0
Slovénie	0	Suède	0
Slovaquie	2		
Allemagne	3	Espagne	3
Hongrie	3	Lettonie	3
Luxembourg	3	Portugal	3
Pays Bas	5		
Belgique	6		
Italie	7		
FRANCE	7	→ 0	depuis janvier 2016

Source : rapport de l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

(ANCIC) 2016 (34)

Selon les chiffres de la DREES (3) il n’y a pas eu de différence notable de nombre d’IVG entre 2016 et 2017. Ce chiffre reste stable depuis 2001. **L’abolition du délai de réflexion ne semble donc pas augmenter le nombre d’IVG.** Cela va dans le sens de la recommandation de 2016 du CNGOF (35) : « 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 ».

Selon une étude au centre d’orthogénie du CHRU de TOURS, le nombre d’IVG entre janvier et mai n’a pas été différent entre 2016 et 2017. La modification de la loi a permis un raccourcissement de 2 jours de la procédure d’IVGM passant de 6.8 jours à 4.8 jours en moyenne. (34)

Etude comparative de janvier à mai 2015 et de janvier à mai 2016 du délai de réalisation d’une IVG au Centre d’Orthogénie du CHRU de TOURS

	02/02/2015 à 02/05/2015	02/02/2016 à 02/05/2016
Nb total d’IVG	264	245
IVG instrumentales /AL	169 (64%)	166 (68%)
IVG instrumentales / AG	44 (17%)	25 (10%)
IVG médicamenteuse	51 (19%)	54 (22%)

	Délai minimum	Délai maximum	Délai moyen	Délai minimum	Délai maximum	Délai moyen
IVG instrumentales /AL	1	40	7,2	1	32	7 (- 0,2 jour)
IVG instrumentales / AG	1	22	8,8	2	22	10,2 (+ 1,4 jour)
IVG médicamenteuse	0	13	6,8	0	14	4,8 (- 2 jours)

Pas de différence sur le délai moyen sous AL, augmentation sous AG liée à nos difficultés actuelles de recrutement anesthésiste (pénurie massive avec retentissement sur l’ouverture des blocs gynéco-obst entre autres).
Par contre diminution de 2 jours sur le délai moyen pour l’IVG médicamenteuse (avec ou sans hospitalisation)

Source : rapport de l’Association Nationale des Centres d’IVG et de Contraception (ANCIC) 2016 (34)

Pour les femmes de notre étude, ce délai avait souvent déjà été pris de manière personnelle. Elles avaient pris le temps à leur domicile de choisir si elles souhaitaient poursuivre ou non leur grossesse. Une fois le processus enclenché, tout délai supplémentaire était vécu comme inutile et culpabilisant, laissant le temps à la grossesse d’évoluer.

2) Le parcours, souvent vécu comme compliqué lorsqu’il n’est pas direct

2.1) Internet comme source principale d’information

La majorité des femmes interrogées lors de notre étude ont obtenu des informations sur internet avant leur première consultation médicale. De nos jours, **internet est un outil essentiel d’information et de communication** dans tous les domaines y compris dans l’IVG.

Selon l'enquête « Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans », 35% de la population française utilise Internet pour des questions de santé. L'usage d'Internet dans la recherche d'information de santé est le plus fort pour les tranches d'âge ayant un taux de recours à l'IVG plus fort (36).

Lors de son rapport de 2013, le HCEfh (38) constatait que les trois premiers sites internet référencés lors de la recherche « IVG » redirigeait vers des sites anti-IVG. Sous un aspect neutre voir officiel, ces sites (*ecouteivg.org* ou *ivg.net* par exemple) promulguent des conseils orientés afin d'essayer de convaincre les femmes de renoncer à leur projet (37). Or, 80 % (36) des jeunes qui ont eu recours à internet pour des questions de santé jugent les informations recueillies sur Internet le plus souvent crédibles.

Ce rapport a donc émis plusieurs recommandations dont celle de créer un site institutionnel dédié à l'avortement et de créer un numéro national anonyme et gratuit.

Le site www.ivg.gouv a donc été créé en 2014. Il apparaît maintenant en première place lorsque l'on tape « IVG » dans un moteur de recherche. Il permet d'obtenir des informations sur les méthodes, les délais. Il propose des témoignages de patientes. Il permet d'obtenir le numéro d'information national 0800 08 11 11, anonyme et gratuit.

Il renvoie également sur d'autres sites utiles dont celui du réseau REVHO www.ivglesadresses.org, créé en 2013. Ce site a pour particularité de renvoyer vers des lieux où l'on peut bénéficier d'une IVG, aussi bien auprès d'un établissement hospitalier qu'auprès de médecins en ambulatoire, initialement en région île de France puis dans toute la France. En effet, l'obtention de noms de médecins généralistes ou de gynécologues de ville réalisant des IVG est parfois difficile à trouver pour les patientes comme pour les praticiens ne réalisant pas d'IVG. Aucune liste officielle n'existe et bien souvent les patientes sont redirigées vers un centre hospitalier ou un centre de planification et non vers des médecins de ville.

2.2) Le premier contact : décisif

D'après l'étude de la DRESS de 2007 (39), une femme sur quatre en situation de grossesse non prévue, **ne sait pas à qui s'adresser** pour décider d'une interruption de grossesse. Le premier contact est effectivement la clé qui permettra à la femme de rentrer dans les démarches.

Tableau 4 : Premier interlocuteur par tranche d'âge au moment de l'IVG (rapport du HCEfh (38))

Age au moment de l'IVG	Structure hospitalière	Centre médico-social	Gynécologue	Généraliste
<20	29,9%	25,1%	29,4%	15,6%
20 à 24	25,1%	18,3%	35,7%	21,0%
25 à 29	24,1%	9,4%	45,1%	21,4%
30 à 34	13,5 %	12,6 %	38,1 %	35,8 %
35 et +	7,8 %	5,4 %	44,3 %	42,4 %

Dans sa thèse soutenue en 2014 (40), le Dr Sophie Martin étudie le parcours de 18 femmes parisiennes ayant recours à une IVGM à leur domicile. Celles-ci ont consulté leur gynécologue pour la première demande d'IVG (7/18) à égalité avec celles consultant un généraliste. Pour 3 d'entre elles, il s'agissait de leur médecin traitant, pour les 4 autres d'un médecin généraliste de proximité. **Les CPEF sont contactés en premier si les femmes n'ont pas de gynécologue habituel.** Cependant, elles évoquent des freins à la prise en charge en CPEF : les horaires d'ouverture limités et l'absence de communication d'information par téléphone qui les obligent à se déplacer. Cela met en lumière un point qui peut sembler avantageux pour certaines patientes lorsqu'elles sont suivies dans un cabinet de ville : plus grande amplitude horaire, l'ouverture parfois le samedi matin.

Dans sa thèse de 2007, le Dr Grandrupt qui s'est aussi intéressée au premier contact dans le parcours d'IVG note qu'en milieu rural le recours au médecin généraliste est plus important. (41)

Mais lorsque les patientes s'adressent en premier lieu à leur médecin généraliste, si celui-ci ne pratique pas d'IVG, **la réorientation est parfois difficile.** Dans sa thèse soutenue en 2013, le Dr Toubal (42) constate que les médecins généralistes ne réalisant pas d'IVG orientent vers une structure hospitalière dans 61 % (n=64) des cas. Les patientes sont ainsi « sorties » du réseau ambulatoire. À la question ouverte « Selon vous, quelle(s) proposition(s) thérapeutique(s) ou non pourrai(en)t être faite(s) afin d'améliorer encore la prise en charge de ces femmes ? », 16 % (n=19) proposent de favoriser un accès plus rapide à l'IVG par le biais d'une liste de correspondants pratiquant l'IVG à destination des médecins généralistes.

Dans sa thèse de 2015, le Dr Mazel (44) constate que parmi les médecins généralistes consultés lors d'une première demande d'IVG (méthode de la patiente test) sur Paris, 81% des médecins ont réalisé un adressage précis (remises de coordonnées téléphoniques et d'une adresse), 30% des médecins ont adressé la patiente standardisée vers un collègue libéral réalisant des IVGM, 58% des médecins ont adressé la patiente standardisée vers une structure de type CIVG et 3 médecins ont réalisé un double adressage, à la fois vers un collègue libéral et vers une structure hospitalière. Les mêmes chiffres sont retrouvés dans la thèse du Dr Denry (45).

Dans notre étude, seulement deux patientes ont contacté leur médecin généraliste en premier, qui les ont redirigées vers leur gynécologue traitant alors que celui-ci ne pratiquait pas d'IVG, une étape de plus inutile à leur prise en charge. Plus de la moitié des patientes avaient été réorientées sur le CPEF de Port Royal par leur premier contact.

La formation des médecins généralistes qui ne pratiquent pas d'IVG permettrait de proposer une réorientation plus riche et plus rapide des patientes, afin de ne pas rallonger les délais de prise en charge. Une liste exhaustive des structures et des praticiens de leur région devrait être disponible pour ces praticiens. De même, une meilleure visibilité des praticiens réalisant des IVG pourrait être faite dès le site du gouvernement, sans multiplier les étapes.

2.3) Estimation du terme de la grossesse / Examens réalisés avant la consultation

Lorsque l'on questionne les femmes de l'étude à propos de la découverte de leur grossesse, elles expliquent pour la plupart s'être rendu compte de leur grossesse lors d'un retard de règles. En moyenne, le terme des femmes lors de l'entretien était de 5 SA et 3 jours. Pour rappel, la loi autorise la pratique d'une IVGM au domicile pour un terme inférieur à 7SA. Dix femmes sur quatorze avaient cette notion que leur grossesse était **compatible avec une IVGM**.

Dans sa recommandation de 2016, le CNGOF (35) rappelle que « l'échographie avant une IVG doit être encouragée mais pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles et/ou de la date du rapport sexuel à risque, pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible, l'absence d'accès à l'échographie de routine ne doit donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (accord professionnel). »

En pratique courante, elle est quasi-systématique (46) afin de vérifier la présence intra utérine de la grossesse. En absence d'embryon visible, la datation repose sur la mesure du sac gestationnel. Puis dès l'apparition de l'embryon, la datation se fait par la mesure de la longueur cranio-caudale.

En cas de **grossesse de localisation indéterminée**, l'absence de facteurs de risque et de symptômes de GEU permet de débiter une IVGM sans attendre (35). Dans ce contexte, un suivi par dosage plasmatique de β hCG est recommandé avant et après la procédure (accord professionnel). Une baisse de β hCG d'au moins 50 % à J5 et 80 % à J7 permet de conclure au succès de la procédure.

Dans les autres cas, **le taux de β HCG plasmatique** est un moyen diagnostique de grossesse (en absence d'échographie par exemple), mais c'est un moyen de datation peu fiable et ne doit donc pas être réalisé pour dater une grossesse en vue d'une IVG (grade C) (35).

Actuellement, la **connaissance du groupe sanguin de la patiente** reste indispensable, et ce quel que soit le terme de l'IVG., afin de réaliser une prophylaxie de l'allo immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif pratiquant une IVG (35).

Parmi les 14 femmes interrogées, treize avaient réalisé des β HCG plasmatiques de confirmation avant de se rendre au centre de planification. Sur leur propre initiative (4), via la prescription d'un médecin (suite à un appel téléphonique ou une consultation) (5) ou suite à la demande du CPEF de le faire en amont de la première consultation (lors de la prise de RDV) (4). Seulement deux femmes avaient réalisé une échographie de datation, prescrite par le premier médecin rencontré.

Dans sa thèse de 2015, le Dr Mazel (44) constate que 86 % des médecins généralistes consultés pour une demande d'IVG ont prescrit à la patiente un dosage de β HCG plasmatiques quantitatifs, 47% un groupe sanguin et 79% une échographie de datation.

2.4) Le choix du lieu de soin

Dans notre étude, six patientes ont consulté directement au CPEF de Port Royal. Une seule de ces six patientes nous dit qu'elle aurait pu consulter un médecin de ville si elle en avait connu la possibilité, les autres ont **préféré choisir une structure hospitalière**. Celles ayant déjà consulté au CPEF de Port Royal ont ainsi choisi un lieu connu et de confiance. Pour les autres, c'est **la proximité vis à vis de leur domicile** qui semblait le facteur principal de choix.

Les autres patientes ont toutes été réorientées par leur premier interlocuteur vers le CPEF de Port Royal. Cinq avaient contacté un premier interlocuteur en ville (2 médecins généralistes et trois gynécologues). Celles-ci affirment qu'elles auraient pu réaliser leur IVG avec un médecin de ville si elles avaient été informées de cette possibilité et orientées vers un praticien habilité à le faire.

Le critère de proximité par rapport au lieu d'habitation est très souvent retrouvé dans le discours de nos patientes. Or, la réorganisation des services de chirurgie ou de maternité entraîne la disparition de ces activités dans des petites et moyennes villes. Cela entraîne la disparition de l'IVG chirurgicale mais aussi des possibilités de pratiquer l'IVG médicale en ville car il faut la présence d'urgences gynécologiques à moins d'une heure du domicile des patientes. Certaines régions sont donc en cours de « désertification » quant à leur offre de soins de proximité en matière d'IVG. (47)

2.5) Un parcours parfois long et compliqué

L'HAS(15) recommande un délai maximal de cinq jours entre le premier contact et le premier rendez-vous relatif à l'IVG.

Selon l'étude DREES de 2009 (39), en 2007, le quart des IVG ont été prises en charge dans les 6 jours suivant la première demande, la moitié dans les 8 jours et les trois quarts dans les 10 jours. L'enquête menée en 2014 par la DGOS a montré de réelles difficultés d'accès pour certains profils de femmes, avec parfois des refus de prendre en charge des mineures et des femmes sans couverture sociale, une orientation insuffisante des femmes et une mauvaise prise en compte du parcours déjà réalisé, ainsi que des conditions financières de prise en charge non conformes au droit

Le délai entre l'appel et la réalisation de l'IVG est plus difficile à calculer.

Dans notre étude, les patientes ayant multiplié les intervenants et les examens médicaux ont des délais de parcours plus longs, jusqu'à quinze jours avant de venir au CPEF.

La thèse du Dr Grandrupt (41) établit un délai moyen de 6,51 jours pour accéder à un centre de planification, avec un délai plus long de 2 jours environ si le premier interlocuteur est un généraliste. Cela coïncide avec les résultats du Dr Laveau (43).

2.6) La place du médecin généraliste

Dans sa thèse de 2015, le Dr Aurore Delmont (51) retrouve que 36% des patientes se sont informées sur l'IVG auprès de leur médecin généraliste. Ce résultat se rapproche de celui de l'enquête COCON réalisée en France en 2000 (33) : 20% des demandes d'IVG passent par le médecin généraliste pour les femmes de moins de 30 ans, et ce pourcentage atteint près de 40% pour celles de plus de 30 ans. Cette thèse révèle que 34% des patientes interrogées auraient souhaité réaliser leur IVG avec leur médecin généraliste, s'il effectuait cet acte. Les femmes de plus de 30 ans auraient plus souvent réalisé leur IVG avec leur médecin généraliste que les autres patientes.

Parfois les femmes consultant un médecin généraliste ne consultent pas leur médecin traitant mais un médecin généraliste de proximité. Cela dépend des relations qu'ils entretiennent. Un « médecin de famille » peut être un frein par peur que le secret soit divulgué aux autres membres de la famille consultant le même généraliste (patiente n°1). Si le médecin généraliste n'effectue pas lui-même les actes de gynécologie (prescription de la contraception et frottis), les patientes ne pensent pas à s'adresser à lui pour la réalisation d'une IVG (40).

Le travail de thèse du Dr Rigaud (52) montre que certaines femmes souhaitent que « leur médecin ne soit pas au courant de leur recours à l'IVG ». Cela rejoint les dires de la patiente n°5 de notre étude qui ne souhaite pas que son médecin généraliste soit au courant de son IVG, car elle pense que le fait qu'il la connaisse depuis des années entraînerait un jugement.

Du côté du médecin, la thèse de 2014 du Dr Denry (45) recherche les freins à la réalisation d'IVGM par les médecins généralistes à Paris. 74% des médecins généralistes interrogés considèrent qu'ils ne sont pas assez formés, 43 % des médecins considèrent que la procédure est trop lourde pour pouvoir être gérée en ville, 31 % des médecins interrogés considèrent qu'ils n'ont pas assez de temps à y consacrer, 13,2% d'entre eux n'en font pas par conviction personnelle et enfin un quart considère que ce n'est pas le rôle d'un médecin généraliste.

3) Le choix de la méthode médicamenteuse

L'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B) (35). Toutes les patientes de notre étude affirment que le choix de la méthode a été le leur, même si les conseils des soignants ont été importants dans leur choix.

Dans son étude de 2011, le Dr Vilain et son équipe constatent que parmi les IVG réalisées en établissement, 44 % des femmes affirment avoir eu le choix de la technique de l'IVG. Parmi celles qui n'ont pas eu le choix, la raison évoquée dans plus de six cas sur dix est l'avancement de la grossesse qui ne permet plus une IVGM. Une femme sur cinq déclare avoir laissé le médecin faire au mieux et une sur dix dit ne pas avoir été consultée sur la méthode. (26)

3.1) Une méthode plus rapide face à l'urgence ressentie

Dans notre étude, le principal critère de choix de la méthode médicamenteuse semblait la possibilité de la réaliser de façon immédiate après la prise de décision et la réalisation des examens médicaux.

On a l'impression qu'une fois que la décision est prise, les femmes ressentent une envie urgente de stopper la grossesse. Les raisons évoquées sont diverses : volonté de stopper la grossesse afin d'empêcher l'évolution du fœtus, volonté de ne plus souffrir des effets de la grossesse (vomissements, fatigue), volonté de passer rapidement à autre chose afin de ne pas ruminer la décision...

La méthode utilisée (chirurgicale ou médicamenteuse) pour l'IVG et le degré de précocité de l'intervention ne sont pas des facteurs indépendants. On observe en effet que **les IVGM interviennent en pratique majoritairement entre 4 et 9 SA** alors que la méthode chirurgicale est utilisée essentiellement pour des âges gestationnels compris entre 6 et 14 SA. (39)

En pratique, la méthode chirurgicale est rarement utilisée avant la huitième SA. Ainsi, seules 8 % des IVG chirurgicales concernent une grossesse de moins de 8 SA.

Comme nous l'avons vu précédemment, la réalisation d'une échographie obstétricale de datation n'est pas obligatoire avant la réalisation d'une IVGM à domicile. Avant 5SA, cette échographie ne retrouve pas toujours un sac intra utérin. Dans ces « grossesses précoces » se pose alors le problème pour le praticien de refaire une échographie à distance afin de confirmer la grossesse intra utérine avant d'entamer les démarches d'IVG, entraînant du coup des délais supplémentaires pour la femme. L'autre choix est de réaliser l'IVGM sans certitude échographique de grossesse intra utérine, avec seulement un appui sur le taux de β HCG quantitatifs afin d'attester la grossesse. Cette situation pose parfois problème au praticien, qui craint de passer à côté d'une grossesse extra utérine (17).

3.2) une IVG "a minima"

Plusieurs patientes de notre étude font référence à l'IVGM comme si elles ne considéraient pas cet acte comme aussi « officiel » qu'une IVG chirurgicale. D'après Nathalie Bajos (48), les femmes ont tendance à avoir une représentation plus légère d'une IVGM à domicile par rapport à un acte chirurgical. Elle est décrite comme « plus légère, plus souple, et se rapprochant plus du phénomène naturel de fausse couche » qui facilite son vécu.

3.3) Les craintes liées à l'IVG (douleur, échec, saignement)

La douleur et les saignements sont au premier plan des craintes évoquées par les patientes lors du choix de la méthode médicamenteuse. Quatre patientes de notre étude avaient un antécédent préalable d'IVGM. Elles nous parlent des douleurs ou des saignements ressentis lors de leur précédente IVG mais ne considèrent pas que cela soit un frein à répéter cette méthode. L'acceptation de la méthode semble donc bonne parmi nos patientes. Cela rejoint les données de littérature. Dans l'étude aMaYa (46), **91 % des femmes ayant eu une IVGM recommanderaient cette méthode.**

On estime aujourd'hui que **le risque de décès lié à la pratique d'une IVG est de l'ordre de moins d'une femme pour 100 000**, soit un chiffre largement inférieur au risque de décès lors d'un accouchement (35).

La quasi totalité des patientes réalisant cette méthode va constater dans les 24h suivant la prise de la prostaglandine l'apparition de saignements (98%), de douleurs abdominales (82%) ou de diarrhées (30%) (46).

L'autre inquiétude des patientes est **la possibilité d'échec**. La consultation de contrôle 15 à 21 jours après la réalisation de l'IVG est à proposer systématiquement aux patientes ayant

bénéficié d'une IVGM au domicile, afin de vérifier le bon fonctionnement de la méthode et de rediscuter du mode de contraception.

Un interrogatoire seul ou combiné à un examen clinique ne permet pas de déterminer de manière fiable le succès de l'IVG. **Une baisse d'au moins 80% du taux de β HCG plasmatique 15 jours après la réalisation de l'IVGM est en faveur d'une réussite** de celle-ci. Un autotest urinaire peut aussi être proposé à la patiente, à réaliser à son domicile deux semaines après l'IVG (35).

D'après le rapport d'activité du réseau REVHO, 53 % des patientes suivies par le réseau en 2017 ont bénéficié d'une consultation de contrôle, 15% ont communiqué des résultats téléphoniques à leur médecin et 32% des patientes ont été perdues de vue (25). 4% des patientes ont consulté de façon urgente leur médecin généraliste ou les urgences de l'hôpital de proximité. Le taux d'échec de la méthode, c'est à dire lorsqu'une aspiration complémentaire a dû être réalisée à cause d'une grossesse évolutive, d'une hémorragie, d'une rétention partielle ou globale ou encore d'un saignement persistant, a été de 1.46% cette même année. **Il y a donc eu une réussite de la méthode dans 98% des cas.**

4) L'hôpital, îlot sécuritaire versus le domicile cocon

4.1) Les représentations du milieu hospitalier

Deux images de l'hôpital sont à retenir de nos entretiens. La première est celle **d'un lieu de prise en charge de pointe, avec une équipe pluridisciplinaire de médecins spécialistes**, avec un plateau technique permettant la prise en charge des complications et la possibilité de consulter en urgence en cas de problème. C'est donc une image rassurante, de sécurité. L'hôpital reste un lieu de référence pour les français dans le système de soins. Le CPEF est un emblème dans la prise en charge de la santé de la femme, notamment en matière de contraception et d'IVG.

La deuxième est celle d'un lieu rappelant des opérations chirurgicales ou des hospitalisations antérieures, **évoquant des mauvais souvenirs aux gens**. Les patientes y ont des souvenirs de gestes invasifs, de piqûres, de perfusions, de douleur. Parfois les patientes n'y ont pas reçu l'écoute ou l'attention qu'elles attendaient. A ceci s'ajoute aussi le manque de confort et d'intimité. Enfin, la solitude ressentie lors d'une hospitalisation et le manque des proches est souvent rapporté.

4.2) Le domicile perçu comme un cocon

Dans notre étude, nous avons inclus les patientes ayant choisi de réaliser la deuxième prise médicamenteuse à leur domicile. Seulement deux patientes ont hésité avant de choisir cette possibilité. Pour les autres cela semblait évident de choisir une prise médicamenteuse à leur domicile entourées de leurs proches. Le fait de se retrouver dans un environnement familial

leur paraissait rassurant. Les femmes se projetaient pour la plupart dans leur organisation du jour J, essayant souvent de se sentir bien en s'entourant de leur conjoint, de personnes de leur famille. Le domicile apporte aussi une liberté dans l'alimentation et les activités de détente (télévision, musique), ainsi que dans le confort matériel afin de mieux vivre cette situation.

Dans une étude américaine de 2002 (49), quand le choix était donné aux patientes de rester en observation en milieu hospitalier ou d'être chez elles, 98% ont opté pour réaliser leur IVG à leur domicile et 5% seulement ont regretté ce choix.

Dans une étude comparant l'acceptabilité de la prise de misoprostol à domicile, comparativement à la prise de misoprostol à l'hôpital (50), Isabelle Dagousset a montré une très bonne acceptabilité de la méthode à domicile (98,5%) et moindre à l'hôpital (72,25%).

De plus, le domicile permet **de limiter l'évènement « à la sphère privée »** dans le plus grand secret. Les freins sont les enfants en bas-âge au domicile, l'absence d'accompagnement possible, et le désir de vouloir garder le secret par rapport à l'entourage familial, notamment pour les plus jeunes. (48)

4.3) Représentation de la variante en ville : sécurité et accès

Dans la recommandation de 2016 (35), le CNGOF considère que « compte tenu de son innocuité et vu le taux de satisfaction des femmes, la prise de mifépristone à domicile doit être facilitée (accord professionnel). »

Dans notre étude, certaines femmes évoquent les possibilités de complication mais semblent rassurées de pouvoir consulter rapidement aux urgences en cas de problème. La signature d'une convention entre un médecin libéral et un hôpital de proximité pouvant assurer la gestion de ces urgences et la mise à disposition de la patiente d'un numéro dédié en cas de question ou de problème doit permettre aux IVGM effectuées via des médecins de ville d'être réalisées dans les mêmes conditions de sécurité que celles réalisées à l'hôpital. C'est un point que méconnaît la quasi-totalité des patientes interrogées dans l'étude. Elles ont donc une sensation de prise de risque si elles passaient par un médecin de ville.

On peut aller jusqu'à faire ainsi un parallèle avec l'accouchement à domicile. L'IVG comme l'accouchement pourraient être envisagés comme des événements de la vie procréative d'une femme et non comme des problèmes médicaux à gérer. La prise en charge au domicile permet une réappropriation de son corps et s'éloigne de la représentation d'un problème médical nécessitant le cadre sécuritaire de l'hôpital sous la responsabilité des médecins.

Une étude de cohorte canadienne (54) a ainsi comparé l'accouchement en milieu hospitalier à l'accouchement à domicile chez des femmes à faible risque médical pouvant être transportées rapidement dans un milieu hospitalier en cas de complication. Cette étude

retrouve un taux identique de mortalité et de morbidité grave, et un taux moindre d'intervention médicalisée. D'autres études vont dans ce sens (55) (56).

5) L'IVG, un acte solitaire ou accompagné :

5.1) Le rôle du conjoint

La loi encadrant la pratique de l'IVG précise que **seule la femme est juge de sa décision**, il n'est donc pas nécessaire que son partenaire donne son accord pour effectuer l'IVG. Il n'est pas non plus stipulé qu'il doive être au courant de la grossesse.

Dans notre étude, 12 femmes sur 14 avaient informé leur partenaire de leur situation. Quatre hommes étaient présents en consultation, un avait pris le rendez-vous pour son amie. Deux hommes ont souhaité participer à l'entretien. Initialement, ils souhaitaient écouter l'entretien pour soutenir leur conjointe mais à chaque fois ils ont amené des éléments de réponse. Certains hommes se sont donc montrés très investis alors que d'autres n'ont pas été informés.

Dans une étude de 2009 à l'hôpital du Kremlin Bicêtre, Claudine Delpéch (57) étudie la place de l'homme dans l'IVG (en interrogeant les femmes). Parmi toutes les patientes ayant consulté au centre pendant 3 mois, 18% étaient accompagnées de leur conjoint.

Près de 16% des partenaires n'étaient pas informés de la situation. Parmi les partenaires informés, 32% sont jugés aidants et positifs dans les démarches, 34% sont jugés neutres par la femme et 19% sont jugés négativement par leur conjointe, c'est à dire non aidant ou n'ayant pas les mêmes attentes de la grossesse.

Les partenaires jugés comme aidants sont présents à 50% environ lors des consultations. Leur présence est appréciée par les femmes qui voient en leur attitude « un soutien », « une réaffirmation de leur relation de couple ».

Les partenaires ayant une attitude jugée négative déclenchent souvent la colère et l'incompréhension de leur partenaire. Ce désengagement est vécu comme un abandon.

Enfin l'étude des situations dans lesquelles le partenaire n'est pas au courant révèle plusieurs types de situations :

-la relation est terminée depuis la découverte de la grossesse ou la relation n'est pas considérée comme sérieuse par la femme. Dans ces cas elles n'ont pas jugé nécessaire de prévenir leur partenaire.

-un tiers de ces femmes étaient dans une situation de violence conjugale. Pour la majorité de ces femmes, prévenir leur partenaire de la grossesse équivalait à ne plus pouvoir décider de faire l'IVG. Elles souhaitaient donc garder le secret afin de rester les seules décisionnaires.

-certaines femmes en couple stable ne souhaitent pas informer leur partenaire afin de ne pas détériorer la qualité de leur relation. Elles ont peur d'être jugées, peur de faire de la peine à leur conjoint ou peur de dévoiler une relation extraconjugale.

En 2010-2011, l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception) réalise une étude qualitative et quantitative sur le rapport des hommes à l'IVG (58) en interrogeant les hommes directement. Près de 80% des répondants indiquent que la décision d'IVG a été prise en commun avec la partenaire. Pour 13% des répondants, la décision a été prise unilatéralement par leur partenaire. Quand l'homme indique que la décision a été prise par la partenaire, il s'agit pour un peu plus de la moitié des cas de relations débutantes ou passagères. Quand la décision est indiquée avoir été prise par la partenaire, 60% des répondants sont tout à fait ou plutôt d'accord alors que c'est le cas de près de 95% des hommes lorsque la décision a été prise en commun.

Parmi les répondants, 40 % souhaiteraient avoir d'avantage d'accompagnement ou d'écoute de la part d'au moins une catégorie de professionnels du centre. Un peu plus de sept répondants sur dix estiment avoir eu tout à fait leur place dans le couple dans la démarche de l'IVG. Pour environ un sur cinq, cette place était insuffisante ou inexistante.

5.2) l'importance de l'attitude des soignants (comportement, clause de conscience)

Selon l'article L. 2212-8 du code de la santé publique, « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 ».

En Italie la part des médecins refusant aux femmes une IVG parce qu'ils usent de l'objection de conscience se situerait entre 70% et 80%, la réalité de l'utilisation de la clause de conscience en France est très mal connue. (38)

Plusieurs rapports dont ceux de la CSIS (61) et de l'IGAS (60) notent que la clause de conscience menace l'accès à l'IVG : « l'IVG apparaît comme une activité très dépendante des équations personnelles et locales, ce qui rend son assise fragile voire menacée ».

Récemment, l'actualité nous rappelle que ce droit est fragile. Plusieurs hôpitaux français ne sont plus en mesure de pratiquer des IVG du fait de l'absence de praticiens voulant les réaliser. C'est le cas de l'hôpital du Bailleul dans la Sarthe. En septembre 2018, lors d'une

interview à ce sujet, le président du Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF) le Dr De Rochambeau tient des propos inquiétants, en affirmant que réaliser une IVG équivaut à retirer une vie. Il réaffirme ainsi le droit des médecins à appliquer leur clause de conscience, même si cela diminue l'accès des femmes à l'IVG. En Mars 2019, dans une newsletter du SYNGOF, le syndicat appelle à la grève des IVG afin de faire pression sur le gouvernement pour être entendus. Par ce biais le corps médical cherche à effectuer un chantage en prenant en otage les patientes en demande d'IVG. Cet appel a été condamné par de nombreux médecins ainsi que le conseil de l'ordre.

Par ailleurs, le récit de plusieurs patientes est inquiétant. Plusieurs femmes expliquent avoir été mal traitées durant leur parcours : réflexions blessantes, remarques désobligeantes, jugement.... Pour certaines patientes de notre étude, ces comportements semblent orienter leur choix de prise en charge dans un CPEF, afin d'être suivies par des professionnels formés et surtout en accord avec la pratique d'IVG.

D. Pistes d'amélioration

Dans ce travail de thèse, nous avons demandé aux patientes ce qu'elles aimeraient voir changer ou s'améliorer.

Beaucoup de femmes se sont senties démunies, non pas dans leur choix d'avorter mais dans leur choix de **premier point de chute**.

- « Et je pense que ce qui manque, c'est plutôt le premier point de chute en fait, parce que oui on sait qu'on peut faire une IVG etc. mais en fait je me suis quand même posé la question « où est-ce que je vais ? » parce que oui je suis enceinte mais c'était ma première question... » (entretien 11)

Souvent, les patientes ne disposent pas de tous les points de chute possibles, la liste exhaustive n'existant pas. Le site « *IVG les adresses* » s'efforce de répertorier le plus de possibilités mais encore faut-il que la patiente tombe dessus.

La formation de toujours plus de médecins généralistes et peut être **la diffusion locale des adresses** des lieux et des praticiens libéraux réalisant des IVG serait souhaitable, afin de proposer un panel exhaustif de choix pour la patiente. Une amélioration des réseaux ambulatoires permettrait aussi aux femmes consultant leur médecin traitant de ne pas perdre de temps lors de la réalisation des examens complémentaires nécessaires avant l'IVG.

Enfin, si la possibilité de passer par un gynécologue de ville semble peu connue, celle de passer par un médecin généraliste ou une sage femme formés à l'IVG l'est encore moins. **Une meilleure diffusion de cette information semble importante**, en précisant bien aux

femmes que seuls les professionnels formés spécifiquement sont autorisés à pratiquer ces actes.

- « dans le parcours vous voyez j'étais pas du tout au courant qu'un généraliste ou la gynéco pouvait donner ces médicaments donc ça c'est ... c'est pas connu, euh voilà peut-être informer d'avantage les personnes, ne serait-ce que quand on appelle ici, quand on appelle au secrétariat pour prendre rendez-vous et expliquer la situation, peut-être qu'on pourrait nous dire « vous avez vu un gynéco ? Vous savez que si vous êtes dans le délai vous pouvez passer juste par elle ? ». (entretien 4)

E. Ouvertures

1) Vers une plus grande autonomie des femmes ?

L'avortement est limité dans plus des deux tiers des pays du monde. D'après l'OMS, la moitié des avortements réalisés dans le monde en 2018 étaient considérés comme à risque car réalisés de façon illégale (21, 62).

Dans certains pays qui autorisent l'IVG, la loi est parfois fortement remise en question. Par exemple, aux Etats-Unis les militants anti-IVG d'Alabama ont restreint drastiquement les conditions d'accès à l'IVG, ne l'autorisant qu'en cas de risque vital pour la mère et l'interdisant dans toute autre situation, y compris en cas de viol. Ils souhaitent amener le débat à la Cour Suprême.

Dans d'autres pays comme en France ou en Italie, c'est l'accès à l'IVG qui est menacé par le manque de médecins la pratiquant ou menaçant de restreindre leur pratique. 80 % des médecins italiens appliquent la clause de conscience (38). Même en France, les dernières menaces du SYNGOF rappellent que le débat n'est jamais loin.

Enfin comme nous l'avons vu dans les témoignages des patientes de l'étude, de trop nombreuses femmes subissent des violences verbales lors de leur parcours, les amenant parfois à limiter leurs choix à des lieux réputés bienveillants envers les femmes voir même limiter leurs soins médicaux. Le HCefh a publié un rapport en 2018 sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical des femmes (63). Il confirme que ces témoignages ne sont malheureusement pas des cas isolés.

Toutes ces raisons incitent parfois les femmes à pratiquer des auto-avortements. La diffusion de médicaments abortifs par internet (via le site *womenhelp.org* ou *womenonweb.org*) est possible pour des femmes ayant un accès restreint à l'IVG dans leur pays (62). L'existence d'une méthode médicamenteuse accessible de façon détournée a ainsi contribué à une partie de la diminution de la mortalité liée à l'avortement (22).

Aux Etats-Unis par exemple, on note une forte croissance de la commande de pilules abortives sur internet. Le journal The Guardian rapporte dans un article récent (64) que 21 000 femmes américaines ont eu recours à cette pratique entre mars 2018 et mars 2019. Cette augmentation a été directement liée à la restriction de l'accès à l'IVG dans les états concernés.

Le recours à la télé-médecine, en cours de développement, pourrait être utilisé pour suivre les femmes dans ce processus. Une étude de 2017 en Irlande a suivi le parcours de 1636 femmes ayant commandé des pilules abortives sur Women on Web et ayant été suivies par télé-médecine (65). 95% de ces femmes ont eu une procédure efficace, sans nécessité de reprise chirurgicale. 9% des femmes ont demandé un avis médical lors de leur procédure. Aucune mort ou complication grave n'a été reportée.

En parallèle, deux études publiées dans le Lancet en 2015 (66, 67) comparent un suivi post-IVG « classique » avec consultation de contrôle et une alternative par une consultation téléphonique et un test de grossesse urinaire réalisé par la patiente à son domicile. Dans ces deux études les auteurs concluent à une non-infériorité de cette deuxième méthode. Le suivi par les médecins au cabinet pourrait ainsi se limiter aux femmes ayant des complications.

Une plus grande responsabilisation des femmes leur permettrait une plus grande autonomie, un plus grand confort et réduirait les coûts de prise en charge. Mais avec quel impact sur leur sécurité ? Des études complémentaires seraient intéressantes afin de définir dans quelles conditions et chez quelles patientes une plus grande autonomisation dans la procédure serait possible. Quel encadrement médical ? Quelles possibilités concrètement pour les femmes ? Quelle tolérance ? Quelles complications ?

2) Vers une IVGM en ambulatoire entre 7 et 9 SA ?

Actuellement en France, la pratique d'une IVGM à domicile n'est possible que jusqu'à 7 SA. Elle est pratiquée jusqu'à 9SA en milieu hospitalier, avec une surveillance d'au moins trois heures après la deuxième prise médicamenteuse (15). Le protocole médicamenteux recommandé est alors différent : la deuxième phase consistant en la prise d'un milligramme de géméprost par voie vaginale au lieu de la prise de misoprostol par voie orale. En pratique cette alternative n'est pas souvent respectée en France.

La thèse du Dr Pinck de 2015 (61) étudie l'acceptabilité et la tolérance de l'IVGM avant et après 7 SA. Elle conclue que « l'IVGM entre 7 et 9 SA est aussi bien tolérée qu'avant 7 SA, tant sur les douleurs, qu'en terme de tolérance de la prise médicamenteuse, ou encore sur les métrorragies au décours de l'IVG. Il n'y a pas eu plus de complications dans le groupe des IVG de plus de 7 SA. L'efficacité de la méthode est comparable dans les deux groupes et est

très bonne, à plus de 98%. L'acceptabilité de la méthode était bonne dans les deux groupes, avec une satisfaction globale très élevée. »

Cependant, les délais d'expulsions ont été plus longs de 60 à 90 minutes dans le groupe 7-9SA ce qui fait que plus de 50% des patientes de l'étude du groupe 7-9 SA ont expulsé au-delà de 3 heures, ce qui concorde aux autres données de la littérature. Des femmes qui ne seraient gardées en milieu hospitalier que le temps minimal recommandé par l'HAS seraient donc dans 50% des cas à risque d'expulser après l'hospitalisation.

Dans ces conditions, on peut imaginer que l'IVGM pourrait prochainement s'ouvrir à domicile à des femmes entre 7 et 9 SA. La femme resterait ainsi plus confortablement à son domicile et aurait moins de risque d'expulser sur le chemin du retour.

Encore un fois il paraît essentiel de continuer à faire des études sur le sujet et à bien sélectionner les femmes à qui cela serait proposé.

CONCLUSION

La découverte d'une grossesse non désirée est un moment important dans la vie d'une femme. Que la décision d'avorter soit évidente ou source de multiples interrogations, elle n'est jamais désinvolte. Peu de femmes ont revendiqué leur droit à avorter sans se justifier.

L'orientation vers un premier contact semble être l'étape la plus compliquée pour les femmes en manque d'informations. La multiplication des intervenants avant de commencer la procédure est vécue comme une perte de chance. Les patientes de notre étude étaient plus jeunes que celles consultant en ville pour le même motif. Elles avaient été pour la moitié réorientées par leur premier interlocuteur vers ce centre. Pour l'autre moitié, elles avaient déjà eu une IVG ou elles s'étaient informées sur internet, recherchant un lieu de proximité vis-à-vis de leur domicile. Le CPEF reste une référence, un phare, un lieu qui bénéficie d'une image sécuritaire et spécialisée dans l'IVG.

Peu de patientes interrogées connaissaient la possibilité de consulter un médecin en ville. Certaines femmes auraient choisi cette possibilité pour des raisons de praticité et de confiance envers leur médecin habituel. D'autres au contraire préfèrent l'anonymat et la sécurité des grands centres. Lorsque le médecin consulté en premier n'est pas formé à l'IVG, la réorientation est souvent limitée et ne laisse que peu d'alternatives aux femmes.

La méthode médicamenteuse attire pour deux raisons principales : sa rapidité de réalisation et l'image plus simple et plus « naturelle » qu'elle renvoie (plus similaire à une fausse couche). La prise médicamenteuse à domicile permet aux femmes une meilleure organisation et un plus grand confort. La prise en charge hospitalière initiale met les femmes en confiance et elles se sentent en sécurité en cas d'éventuelles complications, ce qui leur semblerait être différent en cas de prise en charge initiale ambulatoire.

La procédure d'IVGM est une technique en évolution qui va vers un allègement de la procédure, tout en garantissant aux femmes une sécurité et une tolérance constantes. L'avenir est peut être encore à une diminution de la médicalisation de l'avortement, mais cela induira une plus grande responsabilisation des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 dite « loi Simone Veil » relative à l'interruption volontaire de grossesse. 75-17 janv 17, 1975
2. Circulaire n° DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569 du 26 novembre 2004 relative à l'amélioration des conditions de réalisations des interruptions médicamenteuses de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé. Ministère de la santé et de la protection sociale.
3. Vilain A, Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Etudes et résultats. n° 1081, septembre 2018. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
4. Naour J-Y Le, Valenti C. Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle. Seuil; 2003. 387p.
5. Vidal, Marie-Noëlle. Evolution du suivi des femmes par le médecin généraliste de 1958 à nos jours. Thèse, Paris 6, 2017.
6. Loi n°67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances abrogeant les articles L648 et L649 du code de santé publique. 67-1176 décembre 28, 19
7. Gauthier X. Naissance d'une liberté Avortement, contraception : le grand combat des femmes au XXe siècle. Laffont R, éditeur. 2002. 437p.
8. « Manifeste des 343 ». (Internet). Wikipédia. 11 avril 2019
Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Manifeste_des_343&oldid=158360520
9. Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 dite « loi Aubry-Guigou » relative à l'interruption de grossesse et à la contraception. 2001-588 juillet 4, 2001.
10. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.
11. Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n°2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des IVG par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou de d'éducation familial et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées.
12. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
13. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse
14. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination
15. HAS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations pour la pratique clinique. Recommandations. Décembre 2010, mise à jour Juin 2018
16. Cytotec (misoprostol) : arrêt de commercialisation à compter du 1er mars 2018 - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Disponible sur:

<https://ansm.sante.fr/Sinformer/Communiques-Communiques-Points-presse/Cytotec-misoprostol-arret-decommercialisation-a-compter-du-1er-mars-2018-Communique>

17. Maurice Léo. Etude qualitative sur les attentes des médecins pratiquant L'IVG médicamenteuse en Ile de France suite à la suppression du délai de réflexion obligatoire. Thèse, Paris 6, octobre 2018

18. Le Guide IVG 2017 (internet). Disponible sur <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>

19. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a t-il pas baissé en France depuis 30 ans. Population Sociétés. 2004;407:2-7.

20. Avis de la commission des questions sociales, de la santé et de la famille- Deuxième partie de session. Avril 2008. Disponible sur : <http://semantic-pace.net/tools/pdf.aspx?doc=aHR0cDovL2Fzc2VtYmx5LmNvZS5pbmQvbnNveG1sL1hSZWYvWDJlLURXLWV4dHluYXNwP2ZpbGVpZD0xMTg2NyZsYW5nPUZS&xsl=aHR0cDovL3NlbWFudGljcGFjZS5uZXQvWHRsdC9QZGYvWFJlZi1XRC1BVC1YTUwYUJERGLnhzbA==&xsltparams=ZmlsZWlkPTExODY3>

21. Sedgh G et al. Induced abortion: rates and trends worldwide, Lancet, 2007, Volume 370, Issue 9595 : 1338–1345.

22. « L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal », Clémentine Rossier, Population & Sociétés, n°513, juillet-août 2014.

23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.

24. Blais M., Martineau S., L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes, RECHERCHES QUALITATIVES – VOL .26(2), 2006, pp. 1-18. ISSN 1715-8705. Disponible sur <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

25. Rapport d'activité réseau REVHO, 2017. Disponible sur : http://revho.fr/wp-content/uploads/2018/04/RA-REVHO-2017_v_grand-public-1.pdf

26. Vilain Annick, « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », Revue française des affaires sociales, 2011/1 n° 1

27. Lafaysse M. Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives: enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009. Thèse. Bordeaux 2; 2010.

28. Lazimi G. Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » : université Paris 6, 2007.

29. Pelizzari M. Interruptions volontaires de grossesse et violences : étude qualitative auprès de médecins généralistes d'île de France. Sous la direction du Dr Gilles Lazimi. Thèse. Paris 6, 2012.

30. COKER, A. 2007. « Does physical intimate partner violence affect sexual health ? A systematic review », Trauma Violence Abuse, 8 (2), p. 149-177.

31. Haut conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes. Remise du rapport IVG à la ministre des Droits des femmes : Près de 40 ans après la loi Veil, agir pour garantir aux femmes un accès plein et entier au droit à l'IVG. 2013 nov. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/>
32. Nathalie Bajos & al. La crise de la pilule en France, vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et société. N°511. Mai 2014 ;
33. Nathalie Bajos & al. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon. Population et société. 2004;Vol. 59(3):409-418.
34. Trignol-Viguiier N, « IVG et société. Abrogation du délai de réflexion », (Internet). ANCIC, juin 2016. Disponible sur : http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/ivg_et_societe_abrogation_delai_de_reflexion_2_.pdf
35. Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France. Recommandation pour la pratique clinique : interruption volontaire de grossesse, 2016
36. Beck F, Richard J-B, Les comportements de santé des jeunes, Analyses du Baromètre santé 2010 ; (Internet). INPES. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>
37. Laurent S. Les anti-IVG pratiquent la désinformation sur le Web [Internet]. Le Monde.fr. 2014. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/politique/article/2013/02/25/les-anti-ivg-pratiquent-la-desinformation-sur-le-web_1838677_823448.html
38. HCEfh. Rapport relatif à l'accès à l'IVG volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet [Internet]. 2013. Report No.: 2013-0912-HCE-008. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee-3.pdf
39. Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », Études et Résultats, DREES, n° 712, décembre.
40. Martin Sophie. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Thèse. Paris 5. 2014.
41. Grandrupt Anne Claire. Place du médecin généraliste dans l'accès à l'IVG. Etat des lieux, perception et vécu des femmes de 18-40 ans. Thèse, Nancy. 2007
42. Toubal V. Application des recommandations HAS 2010 sur la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les médecins généralistes. Thèse. Paris 6. 2013.
43. Laveau A. Parcours de soins des femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse, avant leur accès au centre. Thèse. Angers. 2014
44. Mazel Anne-Élisabeth. Évaluation de l'accès à l'IVG en médecine de ville par la méthode du patient standardisé. Thèse. Paris 5. 2015.
45. Denry Amélie. Place du médecin généraliste dans la pratique, la prise en charge et l'orientation de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à Paris. Thèse. Paris 6. 2014

46. Agostini, Maruani. Acceptabilité de l'IVG médicamenteuse, étude aMaYa; Mises à jour en gynécologie médicale. Trente-septièmes Journées nationales du CNGOF, Paris, 2013, p. 233-247
47. CSIS, L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse, (Internet). Janvier 2011. Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/organisation-systeme-soin-ivg1.pdf>
48. Bajos N. L'IVG médicale en ville ou à l'hôpital.2007. Disponible sur : http://revho.fr/professionnels/documents_pdf/rapport_inserm_02_07.pdf
49. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*. oct 2002;66(4):247-250.
50. Dagousset I, Fourrier E, Aubény E, Taurelle R. Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. janv 2004;32(1):28-33.
51. Delmont Aurore. Evaluation de la demande d'IVG médicamenteuse en ville par les patientes, chez les médecins généralistes dans la région Rhône alpes, Thèse. Grenoble. 2015
52. Rigaud Bardes A. Parcours d'accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : représentations et attitudes des femmes. Thèse. Lyon. 2011.
53. Harper C, Ellertson C, Winikoff B. Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception*. févr 2002;65(2):133-142
54. Eileen K. Hutton. Outcomes Associated with Planned Home and Planned Hospital Births in Low-Risk Women Attended by Midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A Retrospective Cohort Study
55. Patricia A. Janssen. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. Patricia A. *CMAJ*. Septembre 2009
56. Cristina Rossi. Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis. Elsevier 2018
57. Delpech C, l'IVG quelle place pour l'homme ?, mémoire DIU régulation des naissances, Paris.2009
58. Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG. Rapport de l'enquête qualitative et quantitative. (Internet). ANCIC. 2010-2011. Disponible sur : http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/enquetesur_lhommeetivg_000.pdf
59. IVG : Etat des lieux et perspectives d'évolution du système d'information. (Rapport). Commission sur les données et la connaissance de l'IVG. Juillet 2016). Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000476.pdf>
60. Aubin C, Jourdain-Menninger D. La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse, Rapport IGAS. Octobre 2009. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000051.pdf>

61. Pinck N. Enquête sur l'acceptabilité et la tolérance de l'IVG médicamenteuse avant et après 7 semaines d'aménorrhée. Thèse 6. Paris 2015
62. Guillaume A, Rossier C, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, 2018/2 (Vol. 73), p. 225-322. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm>
63. HCefh. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. 2018. Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
64. Devlin H, « Revealed: 21,000 US women order abortion pills online in past year ». The guardian. Mai 2019. Disponible sur : <https://www.theguardian.com/world/2019/may/22/revealed-21000-us-women-order-abortion-pills-in-six-months>
65. Aiken A, Digol I, Trussel J, Gomperts R. Self reported outcomes and adverse events after medical abortion through online telemedicine : population based study in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *BMJ* 2017 ; 357 : j2011
66. Lyengar, Kirti et al. Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. 2015. *The Lancet Global Health*, Volume 3, Issue 9, e537 - e545
67. Oppegaard et al. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Feb 21;385(9969):698-704
68. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec; 19(6):349-57. Epub 2007 Sep 14

Annexe 1 : Guide d'entretien

Phrase d'introduction: « J'aimerais que vous me parliez de cette grossesse non désirée, à partir du moment où vous l'avez appris, votre parcours, vos difficultés, vos réactions ?

1. découverte de la grossesse et parcours initial :

=> Pouvez vous m'expliquer dans quel contexte vous avez découvert votre grossesse et qu'est-ce que vous avez fait ?

- Comment avez-vous découvert votre grossesse ? Aviez-vous une idée du terme ?
- En avez-vous parlé à quelqu'un ?
- Quels examens médicaux aviez-vous réalisé avant de venir au centre ? Sous quels délais ?

2. Connaissances antérieures à la consultation :

Quelles étaient vos connaissances par rapport à l'IVG (avant aujourd'hui) ?

- Que saviez-vous des différentes méthodes avant de consulter ? (déroulement, lieu, conditions, médecins qui la pratiquent)
- Par quels moyens avez vous eu accès à ces information ?
- Avez-vous eu des difficultés pour accéder à ces informations ?

3. Choix de venir à Port Royal

=> Pourquoi avoir choisi de consulter dans ce lieu ?

- Comment avez-vous connu ce centre ? Que représente-t-il pour vous ?
- Connaissez- vous d'autre lieux réalisant des IVG ?
- Connaissez-vous la possibilité de consulter un médecin en ville ?
- Si votre médecin traitant réalisait des IVG, l'auriez vous contacté ?

4. La consultation :

=> Qu'avez vous pensé de votre prise en charge aujourd'hui et du contenu de l'information reçue ?

- Délai de RDV, facilité d'accès, accueil, écoute

- Les informations techniques reçues sur les différentes méthodes ont-elles été abordées ?
- Le choix de la méthode et du lieu ont-ils été le votre ou vous êtes-vous sentie influencée ?
- La décision du conjoint a-t-elle été évoquée ?
- Un entretien psychologique vous a-t-il été proposé ? Vous semble-t-il utile ?
- Pensez-vous avoir besoin d'un temps de réflexion ?
- Avez-vous pu parler d'un projet de contraception au décours de l'IVG ?

5. Le choix de la méthode

=> Pourquoi ce choix de réaliser une IVG par méthode médicamenteuse à votre domicile ?

- Quels sont les éléments qui vous ont fait choisir cette méthode ?
- Quels critères vous ont-ils fait choisir votre domicile plutôt que l'hôpital ?
- Qu'avez-vous pensé des conditions nécessaires pour le domicile ? (accompagnant etc.) ?

6. Comment envisagez-vous votre IVG ?

- De qui serez-vous entourée ? Où le réaliserez-vous ?
- Avez-vous des angoisses préalables ?
- Avez-vous compris le rôle des différents médicaments, les effets secondaires possibles (douleurs / saignements), la nécessité d'un RDV de contrôle ?

7. Ouverture :

=> Avez-vous des propositions d'amélioration ?

Annexe 2 : Tableau questions sociodémographiques :

- âge (et partenaire)	
- profession (et partenaire)	
- situation familiale	
- ville d'habitation	
- ATCD gynécologiques (IVG, grossesses)	
-terme échographique IVG	
- prise en charge sécurité sociale et mutuelle ?	
- Contraception avant IVG / contraception choisie au décours IVG	
-existence d'un médecin traitant ? d'un gynécologue traitant ?	
- ATCD de consultation dans un centre de planning familial ?	

Annexe 3 : Lettre d'information aux patientes

LETTRE D'INFORMATION
DESTINEE AUX PATIENTS
POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche : Quels sont les déterminants qui amènent des femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG médicamenteuse au domicile ?

Madame,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations et pour demander au médecin responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

BUT DE L'ETUDE

Nous cherchons à identifier les déterminants qui font que des femmes qui consultent dans un centre hospitalier de planning familial choisissent de réaliser leur IVG par méthode médicamenteuse à leur domicile. En s'interrogeant sur leur parcours, leurs connaissances, leurs attentes et leurs craintes.

BENEFICES ATTENDUS

Mieux connaître le parcours des patientes pour améliorer leur prise en charge.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude se déroule sous la forme d'entretiens individuels au sein du centre d'orthogénie de Port Royal, au cours de votre parcours de demande d'IVG.

Le médecin enquêteur et promoteur de l'étude est Madame Aurélie POLL, interne en médecine générale, dans le cadre de son travail de thèse d'exercice ; et sous la direction du Dr BESACIER Charlotte, médecin généraliste exerçant au centre d'orthogénie de Port Royal.

RISQUES POTENTIELS

Aucun

LEGISLATION - CONFIDENTIALITE

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle.

Seuls les responsables de l'étude et éventuellement les autorités de Santé pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, le Dr Aurélie POLL, au [REDACTED]

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 4 : Formulaire de consentement des patientes

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche :

Quels sont les déterminants qui amènent des femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG médicamenteuse au domicile ?

Je soussigné(e) (nom et prénom du sujet),
accepte de participer à l'étude " Quels sont les déterminants qui amènent des femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG médicamenteuse au domicile ?"

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

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

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

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

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

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

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

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

POLL Aurélie



Note d'information / Formulaire de consentement à une recherche biomédicale

Quels sont les déterminants qui amènent les femmes consultant dans une structure hospitalière à faire le choix d'une IVG par méthode médicamenteuse au domicile ? Etude qualitative en Ile de France.

RESUME

Objectifs : La loi de 2004 a ouvert la possibilité aux femmes de pratiquer une IVG médicamenteuse à leur domicile et aux médecins de ville d'encadrer cette pratique. Or de nombreuses femmes consultant dans une structure hospitalière continuent de faire le choix de finir la procédure en ambulatoire. Nous avons voulu questionner ces femmes sur leur parcours et leurs connaissances des différentes méthodes, ainsi que sur leurs représentations des milieux ambulatoires et hospitaliers.

Méthode : Enquête qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de femmes ayant consulté au CPEF de Port Royal puis choisi une méthode médicamenteuse à domicile. Analyse inductive du discours.

Résultats : 14 femmes ont été interrogées. Les connaissances concernant les modalités pratiques d'IVG sont lacunaires. L'alternative ambulatoire reste peu connue et apparaît moins sécuritaire pour les patientes, surtout en cas de prise en charge par un généraliste. L'IVGM apparaît plus simple, plus rapide et plus naturelle. L'hôpital, lieu de prise en charge spécialisée mais austère, s'oppose au domicile confortable et cocon. Cette option permet une plus grande participation de la femme dans son IVG.

Conclusion : Ce travail a permis de mieux appréhender les représentations des femmes concernant les milieux hospitaliers et ambulatoires. Une meilleure information des femmes et une meilleure formation des médecins rencontrés permettraient d'élargir les possibilités de prise en charge des femmes.

Mots clefs : Interruption volontaire de grossesse, Méthode médicamenteuse, Méthode ambulatoire, Etude qualitative, Représentations des femmes, Médecine générale, Médecine de premier recours.