

# THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Violaine ROUSSET et Lauriane THOLLOT**

Le 28 avril 2015

**L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires.**

**Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées.**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Brigitte ESCOURROU**

## JURY

**Monsieur le Professeur S. OUSTRIC**

**Président**

**Monsieur le Professeur P. MESTHE**

**Assesseur**

**Madame le Docteur B. ESCOURROU**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur T. BRILLAC**

**Assesseur**

**Madame le Docteur A. FREYENS**

**Assesseur**

# THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Violaine ROUSSET et Lauriane THOLLOT**

Le 28 avril 2015

**L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires.**

**Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées.**

**DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Brigitte ESCOURROU**

## JURY

<b>Monsieur le Professeur S. OUSTRIC</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur P. MESTHE</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur B. ESCOURROU</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur T. BRILLAC</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur A. FREYENS</b>	<b>Assesseur</b>

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Cynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M	Hépto-Gastro-Entérologie
M. RONGALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S. Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.  
Professeur Associé en O.R.L.  
WOISARD V.





## Remerciements communs

### **A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici, l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous avons apprécié votre vision humaine de la médecine générale au cours de vos enseignements à la faculté.

Soyez assuré de notre estime et de notre profond respect.

### **A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.

Nous vous remercions de nous avoir guidés tout au long de l'élaboration de cette thèse. Ce fut un travail de recherche passionnant. Un grand merci pour votre disponibilité, votre aide dans toutes les étapes et vos précieux conseils.

### **A Madame le Docteur Anne FREYENS**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail avec un regard féminin et riche par votre expérience en Belgique. Nous vous remercions pour vos conseils dans la réalisation de cette étude qualitative.

Soyez assurée de notre estime et de notre profonde reconnaissance.

### **A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC**

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail sur un sujet où vous êtes professionnellement impliqué.

Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

**Aux Médecins du réseau REIV Midi-Pyrénées** qui ont participé à l'étude.

Nous vous remercions pour l'investissement et le temps consacrés à élaboration de notre thèse. Sans votre aide ce travail n'aurait été possible. Votre rôle auprès des femmes est précieux, nous espérons un jour pouvoir contribuer à cette cause.

Soyez assurés de notre reconnaissance.

**Aux 16 femmes** qui ont apporté leurs précieux témoignages et qui nous ont confié leur parole pour faire avancer la médecine générale.



# Remerciements Violaine

Aux Docteurs Marie Eicoiffer, Marie Tubery, Marc Bernard et à l'équipe formidable de PUM qui ont participé à ma formation.

Aux Docteurs Philippe Poinot, Anne Rethacker, Christophe Canel, Thierry Côme qui ont croisé ma route et qui ont laissé leurs empreintes dans mon exercice de la médecine.

Aux Docteurs Isabelle Coadou et Dominique Tavé pour votre vision et amour de la médecine qui ont confirmé plus que jamais mon envie d'exercer la médecine générale. Merci pour vos enseignements précieux, vos conseils et votre confiance.

A Lorraine, Pauline, Amandine et ton cher William mes très chouettes co-internes.

Aux cadurciens Marie, Cécile, Mathieu, merci pour ces six mois passés ensemble. C'est toujours une joie de vous retrouver lors d'une soirée.

A Sophie merci pour cette belle amitié et tout ce que tu m'apportes. A nos randonnées futures !

A Camille, ma Roca merci pour ton amitié précieuse et ta confiance. Vous rendre visite en Aveyron à toi et ta petite famille est toujours un plaisir.

A Charlotte, Benjamin, et Lucas nos chers amis de Toulouse, vous êtes bien plus que cela.

A Marion, ma chère co-interne merci pour cette belle rencontre, tu vas me manquer. A tous nos WE avec Habib et Lili au bord de l'étang de Thau.

A mes amis de la faculté de Lyon Clémence, Cyndie, Céline, Lucie, Stéphanie, Elsa-Line, Cyrielle, Julie. Tant d'années passées ensemble sur les bancs de la fac mais aussi de belles soirées et de bons WE. A tous ces bons souvenirs et ceux à venir !

A François et ta petite famille loin des yeux mais près du cœur je vous assure.

Aux Toulousains Emilie ma poupoule, Guillaume, Arnaud, Emilie, Yasmina, Stéphanie, Éric, Charlotte, Jean Matthieu et Camille pour la joie que vous mettez dans mon cœur à chacune de nos rencontres.

A Marie-Louise, Georges nos grands-parents d'adoption merci pour votre accueil si chaleureux.

A mes amies de toujours Nathalie, Claire, Dorothee, Aurélie, Kéké, Coco, Judith, Anne-Sophie merci pour cette amitié fidèle et tous nos souvenirs partagés. Le meilleur reste à venir !

A Lauriane merci d'avoir partagé ce travail avec moi, merci pour ta qualité de travail, ton soutien et ta bonne humeur. Bonne route à toi ...

A tous les membres de ma famille et de ma belle-famille merci pour votre accueil et votre générosité.

A mes grands-parents partis trop tôt. En particulier à mamie Odile merci pour tous ces moments passés ensemble, ta gentillesse, ta simplicité. J'aurais tant aimé que tu sois là.

A Marie, ma chère marraine, ma deuxième maman. Merci pour tout ce que tu m'apportes depuis toujours ton éternel rire, ta générosité et ta gentillesse. Te voir présente aujourd'hui me touche énormément.

A Blandine tu es une sœur merveilleuse pleine de sensibilité, et à ta famille Cédric, Juliette, Clémence, et Alexis. Vous retrouver est toujours une joie pour moi.

A mon frère Matthieu merci de m'avoir guidée sur le chemin de la vie. Notre parcours a fait que nous nous comprenons au plus profond de nous, sache toute l'affection que j'ai pour toi et Inès.

A mon frère Vincent pour ta constante joie de vivre, merci pour la complicité et les rires que nous partageons, qui sont beaucoup plus que cela. Tu es un frère formidable.

A mes chers parents je ne sais comment vous remercier...Votre amour, votre soutien indéfectible, vos valeurs m'ont portée dans tous les moments de la vie et m'ont permis de devenir ce que je suis et d'en arriver là aujourd'hui. Merci encore et toujours.

A Olivier parce que la vie est si belle à tes côtés chaque jour. Merci pour ton amour, ta patience, ton soutien, ta joie de vivre. Je ne te remercierai jamais assez. A tous nos beaux projets !

## Remerciements Lauriane

A Violaine avec qui j'ai partagé cette belle aventure humaine. A nos discussions, à nos doutes, à nos rires qui ont contribué à la réalisation de cette thèse. Un remerciement spécial à Olivier pour cette belle mise en page. Je vous souhaite beaucoup de bonheur dans votre vie future.

A Francine et Michel qui m'ont accueillie chez eux comme une reine à chaque fois que je venais à Toulouse. Une deuxième maison. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre générosité. Maintenant que je choisis de m'éloigner de la Région, vous allez me manquer.

Aux médecins généralistes qui ont su me montrer toute la richesse et la beauté du métier de médecin généraliste et qui m'ont appris ce que je sais.

A Fabienne qui a accompagné mes premiers pas en pédiatrie et qui m'a fait confiance. Merci pour ta générosité. C'est toujours un plaisir de venir à Figeac partager votre vie de famille.

A Rosa avec son délicieux accent italien. A ta gentillesse, ton humanité et ce talent incroyable pour que le patient se sente pleinement écouté tout en respectant le temps de la consultation.

A Céline dont j'apprécie la rigueur, les questionnements et les remises en question pour améliorer ses prises en charge et toujours progresser.

Aux différentes équipes de Soins Palliatifs hospitalières rencontrées au cours de ma formation à Saint Etienne puis à Toulouse et à Cahors, dont j'ai apprécié l'humanité et la réflexion éthique autour du patient.

Un remerciement spécial à Delphine et Dominique pour avoir facilité ma transition d'interne en médecine générale en médecin remplaçante à Sévérac le Château.

A mes parents pour leur bienveillance et leur amour. Vous avez toujours été là quand j'en avais besoin. Merci à vous.

A Mamie Gaby avec qui j'ai pu partager des moments privilégiés grâce à cette parenthèse en Midi-Pyrénées. A Papi Jean que j'aurais aimé présent et qui doit être fier de moi.

A mon frère François généreux et solide sur lequel je peux toujours compter, à Marion et à Maëlle mon petit rayon de soleil.

A ma sœur Margaux avec qui j'ai partagé tous ces rires et ces moments complices. Tu as finalement choisi la même orientation que moi et je souhaite que ce métier t'apporte autant que ce qu'il m'apporte à moi.

A Julie dont l'amitié fidèle et légère me tient à cœur depuis cette visite impromptue de la BU de notre faculté de Saint Etienne.

A Caroline, amie depuis notre rencontre à Erevan en Arménie. A ces moments partagés ensemble à Barcelone, à Londres, en Jordanie et en Algérie. Toujours un plaisir de discuter avec toi de la médecine et du monde. On se verra bientôt.

## Liste des abréviations

ANCIC : Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception

ATCD : Antécédents

BDSP : Banque de données en santé publique

BHCG : Beta-hormone gonadotrophique chorionique

BIUM : Bibliothèque interuniversitaire de médecine

CISMeF : Catalogue et index des sites médicaux de la langue française

COCON (enquête) : Enquête de cohorte sur la contraception

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évolution et des statistiques

DUMG : Département universitaire de médecine générale

EM Premium : Elsevier Masson Premium

FCS : Fausse-couche spontanée

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute autorité de santé

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

IVG : Interruption volontaire de grossesse

REIV : Réseaux régionaux d'IVG médicamenteuse en ville

SA : Semaines d'aménorrhée

SMS : Short message service

# TABLE DES MATIERES

Introduction.....	15
Matériel et méthode .....	17
A. Recherche bibliographique .....	17
1. Recherche bibliographique sur le thème.....	17
2. Recherche bibliographique sur la méthode qualitative .....	17
B. La méthode.....	17
1. Définition de la question de recherche .....	17
2. Etude qualitative .....	18
3. Le guide d’entretien.....	18
4. Ethique et confidentialité des données.....	19
5. Population cible et recrutement.....	19
6. Organisation et réalisation des entretiens .....	20
7. Retranscription.....	21
8. Analyse.....	21
Résultats.....	23
A. La population étudiée .....	23
B. Le parcours.....	24
1. Les sources d’information.....	24
2. Le vécu du parcours .....	24
3. Le vécu de la prise en charge par le médecin généraliste.....	26
C. Le domicile .....	29
1. Le choix de l’IVG à domicile .....	29
2. Les personnes accompagnantes au domicile .....	32
3. Le vécu du domicile.....	34
4. L’expulsion au domicile.....	35
D. La douleur .....	38
1. Le vécu physique de la douleur .....	38
2. Le vécu psychologique de la douleur.....	39
3. Représentation de la douleur .....	40



4.	Facteurs influençant la douleur .....	40
E.	Le vécu psychologique .....	42
1.	L'état de grossesse.....	42
2.	Le regard des autres.....	45
3.	L'après.....	49
4.	Les mots employés par les femmes.....	53
F.	Propositions d'améliorations selon les femmes concernant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par un généraliste .....	54
1.	Améliorations du parcours .....	54
2.	Améliorations sur le déroulement de l'IVG .....	54
3.	Améliorations sur la prise en charge du médecin .....	55
4.	Améliorations sur la prise en charge de la douleur .....	55
5.	Aucune amélioration à apporter .....	55
Discussion.....		56
A.	Limites de l'étude.....	56
1.	Limites liées aux enquêteurs .....	56
2.	Limites liées au sujet de recherche.....	56
3.	Limites liées au recrutement .....	56
4.	Limites liées aux conditions de l'entretien .....	57
B.	Discussion autour des résultats .....	57
1.	Un vécu complexe : « On sent tout et on voit tout en fait » EF .....	57
2.	Les facteurs influençant le vécu.....	59
3.	Pistes d'améliorations proposées.....	67
Conclusion .....		69
Conclusion générale .....		70
Bibliographie .....		72
Annexes.....		74

# INTRODUCTION

En France, l'IVG est autorisée depuis 40 ans par la loi Veil du 17 janvier 1975 puis définitivement légalisée le 1er janvier 1980 [1]. Elle a permis de lutter contre les avortements clandestins et à chaque femme de disposer librement du choix de sa maternité.

La méthode médicamenteuse est autorisée en 1989. Elle offre une alternative sûre et efficace à la méthode chirurgicale. Depuis juillet 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être réalisées en soins primaires. Les conditions nécessaires pour prétendre à cette méthode sont une grossesse inférieure à 7 semaines d'aménorrhées, un acte pratiqué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un généraliste justifiant d'une expérience professionnelle et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention [2]. Selon les textes, la patiente doit être jugée médicalement, socialement et psychologiquement éligible à la procédure.

En 2012, près de 207 000 IVG sont réalisées en Métropole. Le nombre est relativement stable depuis une dizaine d'années. Le taux de recours est de 14,5 IVG pour 1 000 femmes [3]. Les IVG médicamenteuses représentent 49% des IVG réalisées en établissement et 57% du total des IVG [3]. L'IVG médicamenteuse en soins primaires est en progression constante depuis son autorisation. Ainsi en 2005, en métropole une IVG médicamenteuse sur dix avait lieu en ville puis une sur cinq en 2007 et finalement une sur trois en en 2012 [3].

Le nombre d'IVG médicamenteuses en soins primaires dans la région Midi-Pyrénées suit cette tendance. Dans la région, la répartition des IVG est 60% IVG médicamenteuses pour 40% IVG chirurgicales en 2011. Toutefois, la répartition du nombre d'IVG en Midi-Pyrénées est hétérogène, le département de la Haute-Garonne comptabilise la moitié des IVG en 2011. Concernant l'offre de la méthode médicamenteuse à domicile, le constat est le même. Sur un total de 45 médecins libéraux conventionnés, 35 exercent en Haute-Garonne [4]. A distance de Toulouse et en particulier dans le territoire de santé sud, l'offre de soins en terme d'IVG en soins primaires est alors quasi-absente [5].

L'expérience des femmes réalisant une IVG avec un médecin généraliste reste peu étudiée plus de dix ans après son autorisation.

Notre travail vise à étudier le vécu de l'IVG médicamenteuse au domicile avec un généraliste à travers le récit des femmes qui ont eu recours à cette méthode. L'objectif de cette étude est de donner la parole aux femmes et de recueillir leurs ressentis et leurs expériences au domicile. L'analyse de leurs expériences pourrait identifier des éléments influençant leur vécu. Une meilleure compréhension du vécu pourrait permettre d'améliorer la prise en charge de l'IVG au domicile.

Nous avons fait le choix d'une recherche qualitative pour répondre à cette question.

# MATERIEL ET METHODE

## A. Recherche bibliographique

### 1. Recherche bibliographique sur le thème

Nous avons effectué notre recherche bibliographique à partir des bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglo-saxons comme PubMed, Doc'CISMeF, BDSP, BIUM, E.M.Premium, Cairn, Francis, Pascal en utilisant les mots clés suivants :

- En français : vécu, expérience, satisfaction personnelle, émotion, psychologie, douleur, femmes, avortement provoqué, domicile, médecin de famille.
- En anglais : experience, personal satisfaction, emotion, feeling, psychology, emotional aspects, pain, women, induced abortion, home, family practice, primary care.

Au fur et à mesure des analyses et de l'émergence de nouvelles données, une nouvelle étape de recherche bibliographique a été effectuée.

### 2. Recherche bibliographique sur la méthode qualitative

Nous avons effectué la même démarche pour la méthodologie qualitative.

Nous avons utilisé les documents disponibles en ligne ou à la bibliothèque universitaire de médecine tels que des revues et des manuels méthodologiques sur la recherche qualitative et sur l'entretien.

## B. La méthode

### 1. Définition de la question de recherche

Suite à une revue de la littérature et à des échanges avec différents médecins généralistes, la question peu étudiée du vécu des femmes réalisant une IVG médicamenteuse à domicile nous a semblé pertinente.

La question de recherche est la suivante : Quel est le vécu des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse au domicile avec un médecin généraliste ?

## **2. Etude qualitative**

### ***a) Le choix de la méthode qualitative***

Le choix de la méthode s'est rapidement porté sur une recherche qualitative. La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement [6]. Cette technique issue des sciences sociales a pour but d'expliquer et de comprendre les phénomènes humains ou sociaux [7]. Elle permet d'explorer les ressentis, les comportements, les expériences des sujets.

### ***b) Recueil de données : entretiens semi-dirigés***

Des entretiens semi-dirigés semblaient adaptés à l'étude, afin de laisser suffisamment de liberté aux femmes pour s'exprimer sur leur vécu.

Le discours ainsi obtenu permet d'affiner le niveau de connaissance initial de la thématique qui, après traitement qualitatif, permet de répondre à la problématique.

### ***c) Le rôle de deux chercheurs***

Les entretiens et les analyses ont été réalisés par deux chercheuses (Violaine Rousset et Lauriane Thollot, internes en médecine générale). Chaque entretien était retranscrit en intégralité par la personne ayant réalisé l'entretien. Son analyse était réalisée séparément puis a fait l'objet d'une mise en commun par les deux chercheuses. Travailler à deux a permis, d'une part, une répartition des entretiens et du travail bibliographique, d'autre part cela a apporté une richesse à notre travail et nous a permis une mise à distance de nos idées préconçues pour saisir le phénomène tel qu'il se présente [8].

## **3. Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien constitue une trame de questions ouvertes et neutres permettant d'explorer plusieurs grands thèmes prédéfinis lors de la recherche bibliographique. Le guide d'entretien a évolué en fonction de la réalisation des entretiens.

### ***a) Le premier guide d'entretien***

Le premier guide d'entretien élaboré dans ce travail s'est inspiré des travaux anglo-saxons et français portant sur le vécu des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse ou chirurgicale.

Le guide s'articulait autour de sept questions principales.

- Les sources d'information sur l'IVG au domicile,
- Le choix de l'IVG médicamenteuse au domicile,

- Le cadre et le contexte affectif,
- Le vécu de l'IVG médicamenteuse au domicile,
- La place du généraliste dans la prise en charge,
- Les propositions d'améliorations,
- La recommandation ou non à une proche.

Ce premier guide d'entretien a été présenté à d'autres chercheurs lors d'une réunion de formation à la recherche qualitative afin d'adapter les formulations des questions. Puis, il a été soumis à l'avis et validé par notre directrice de thèse le Docteur Brigitte Escourrou.

### ***b) Les entretiens exploratoires***

Ce sont les deux premiers entretiens réalisés à l'aide du premier guide d'entretien. Ils ont été enregistrés, retranscrits intégralement et ont permis d'adapter le guide d'entretien. Ils ont permis de reformuler une question non comprise par les participantes. Ils ont pu être conservés et analysés.

### ***c) Le guide d'entretien corrigé pour les entretiens de recherche***

Au cours de l'étude, la trame a changé. L'entretien 4 a permis d'intégrer deux nouvelles questions portant sur le médecin traitant et les raisons de témoigner. La version complète du guide (questions et thèmes bibliographiques en rapport) est disponible en annexe (Annexe 1).

## **4. Ethique et confidentialité des données**

Le projet de cette étude qualitative a été soumis et validé par un comité indépendant : la Commission d'Éthique du DUMG (Annexe 2). Chaque participante a reçu une lettre d'information résumant le but de l'étude et un formulaire de consentement (Annexe 3). Il était important d'assurer une confidentialité des données et de garantir aux participantes que les informations enregistrées étaient rendues anonymes.

## **5. Population cible et recrutement**

### ***a) Population cible***

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes adressées aux femmes majeures ayant eu une IVG médicamenteuse par un généraliste appartenant au réseau REIV Midi-Pyrénées. Lors de la constitution de l'échantillon, nous avons privilégié une certaine diversité en termes d'âge, de niveau socio-économique et culturel, de domicile, d'antécédents. Les



femmes ont été sélectionnées et non tirées au sort. Notre travail a recherché la diversité de l'échantillon, selon la méthode de l'échantillonnage raisonné, afin de mettre en évidence un maximum de données. Nous avons synthétisé toutes les informations concernant les participantes dans un tableau récapitulatif, appelé talon sociologique. (Annexe 4).

### ***b) Mode de recrutement***

Les femmes ont été recrutées via les médecins généralistes réalisant des IVG et appartenant au réseau REIV Midi Pyrénées.

Nous avons contacté l'ensemble des médecins généralistes du réseau, afin d'explorer différents types de prise en charge. Un email explicatif détaillait notre travail de recherche et précisait les modalités de recrutement des femmes. Deux lettres (une pour les femmes, une pour les médecins) étaient jointes à l'email (Annexe 5).

Les femmes étaient informées de notre recherche lors de la consultation post-IVG. Le thème général de l'étude était abordé sans trop de précisions afin que les participantes n'aient pas d'idée préconçue lors des entretiens et soient les plus spontanées possible. Les femmes volontaires ont ensuite été contactées par téléphone pour organiser une rencontre.

### ***c) Difficultés de recrutement***

Une des difficultés était le recueil des coordonnées des participantes. Nous avons rencontré plusieurs fois les médecins du réseau et les avons relancés à plusieurs reprises par email pour les solliciter pour le recrutement. Nous les invitons aussi à nous communiquer les numéros de téléphones et non les emails des femmes devant l'absence de réponse par ce moyen.

La seconde difficulté a été l'obtention de l'accord des femmes. Plusieurs femmes initialement volontaires, pensant que l'entretien était téléphonique, ont par la suite refusé l'entretien physique. Quelques femmes ont annulé l'entretien au dernier moment. Pour certaines, il a été possible de fixer une nouvelle date, pour les autres aucune relance n'a été possible. Enfin, plusieurs personnes n'ont jamais répondu à nos appels, nos messages. Après trois sollicitations sans réponse, nous considérons qu'il s'agissait d'un refus.

## **6. Organisation et réalisation des entretiens**

Les entretiens ont été réalisés au domicile des participantes ou dans un lieu public selon leur choix, le jour de leur convenance.

Les différentes techniques de communication d'une interview ont été utilisées : la reformulation, les relances, le recentrage. Les données ont été enregistrées grâce à un dictaphone.

Le recueil des données a été réalisé lors de seize entretiens enregistrés, entre le 11 février et le 17 novembre 2014. Notre objectif était d'arriver à la saturation des données. L'avancée de notre travail nous a conduits à réaliser 16 entretiens.

## **7. Retranscription**

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot par le chercheur ayant réalisé l'entretien et sont disponibles dans leur intégralité dans un livret annexe.

Tous les éléments de la ponctuation usuelle ont été utilisés pour retranscrire la parole des participantes en discours écrit. Les manifestations non verbales sont en italique. Les noms propres et les lieux ont été rendus anonymes. Les différentes conditions de réalisation des entretiens ont toutes été précisément relevées afin d'en tenir compte lors de l'analyse.

Nous avons effectué ces retranscriptions dans les jours suivant l'entretien, avec le souci d'être le plus exhaustif possible tant sur le verbatim que sur les intonations et le non verbal.

## **8. Analyse**

L'analyse du discours permet de dégager un sens des témoignages retranscrits afin de comprendre le phénomène investigué [9].

### ***a) Le contexte d'énonciation***

Une analyse longitudinale a été réalisée afin de faire émerger les points remarquables de chaque entretien et les éléments nouveaux inattendus. Les sentiments, les émotions des femmes, les hésitations et les mots employés ont été repérés lors de cette étape. Cette analyse a été réalisée au cours de chaque entretien. Un contexte d'énonciation figure en annexe (Annexe 6).

### ***b) Analyse transversale thématique***

Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique transversale du discours.

La première étape consiste en un découpage de l'entretien en unités de sens. La seconde étape consiste à donner une étiquette ou un code à ces unités de sens : c'est le codage. La troisième étape consiste à catégoriser, c'est-à-dire établir une relation entre plusieurs codes.

Le classement de ces codes a permis de faire apparaître des sous-catégories, puis des catégories et enfin des thèmes.

Le codage et la catégorisation ont été effectués séparément par les deux chercheurs. Ce double codage a permis d'augmenter la validité des résultats. En cas de difficulté pour trouver un consensus l'avis de la directrice de thèse était demandé. Tout au long de l'analyse, une triangulation des chercheurs a été réalisée.

L'analyse transversale thématique a été réalisée à l'aide d'un tableur Excel version 2007. Nous avons fait évoluer cette grille au fil des entretiens, faisant émerger de nouvelles sous-catégories et catégories. Les catégories n'ont pas été définies au départ mais identifiées à posteriori à partir des verbatims. Chaque entretien a été identifié par une couleur afin d'avoir une vision globale des différents entretiens (Annexe 7). L'ensemble des entretiens et la grille d'analyse sont disponibles aux adresses mails suivantes : rousset.violaine@yahoo.fr et lauriane.thollot@gmail.com.

Catégorie	Sous-catégorie		Entretien 1	Entretien A
		Code A	E1 « ... »	EA « ... »
		Code B	E1 « ... »	

**Tableau 1 : Principe de l'analyse transversale**

Par la suite, l'analyse peut conduire à la théorisation ou généralisation, au moins partielle du phénomène à l'étude.

# RESULTATS

## A. La population étudiée

Seize femmes ayant eu une IVG médicamenteuse à domicile avec un médecin généraliste ont été recrutées entre janvier 2014 et novembre 2014. Elles étaient âgées de 18 à 41 ans, l'âge moyen était 28.4 ans. L'entretien a eu lieu entre 3 semaines et 5 mois et demi après l'IVG.

L'échantillon interrogé provient principalement du département de la Haute-Garonne avec des milieux de vie variés (rural, semi rural et urbain) mais également du Gers. Les participantes ont été recrutées par 8 médecins généralistes de Haute-Garonne et du Gers appartenant au réseau REIV Midi-Pyrénées.

Concernant leurs antécédents, 3 femmes avaient eu une ou plusieurs IVG médicales ou chirurgicales précédemment, 6 participantes avaient un à quatre enfants, 2 femmes avaient eu une fausse-couche spontanée et 2 avaient des dysménorrhées.

Les femmes de l'échantillon avaient des catégories socio-professionnelles très variées. Les caractéristiques de chaque participante sont détaillées en annexe (Annexe 4).

Parmi 35 femmes initialement volontaires, seulement 16 ont pu être interrogées. La durée des entretiens allait de 12 à 48 minutes et 10 secondes, la durée moyenne est de 26 minutes et 37 secondes.

Les premiers entretiens (Entretien 1 et A) nous ont permis de tester le guide d'entretien. Nous avons atteint la saturation théorique des données à partir du 15<sup>ème</sup> entretien (Entretien H). Un dernier entretien (Entretien 8) a été réalisé pour confirmer cette saturation.

L'analyse de ces 16 entretiens nous a permis de faire émerger 5 grands thèmes : le parcours, le domicile, la douleur, le vécu psychologique et les propositions d'améliorations des femmes. Un sixième thème concernant les facteurs influençant le vécu émerge dans chacun des cinq thèmes cités précédemment de manière transversale. Il fera l'objet d'un chapitre à part entière dans la discussion.

Les résultats sont illustrés par les verbatim en gris dans le texte. Les sigles E1 à E8 renvoient aux entretiens 1 à 8 et les sigles EA à EH aux entretiens A à H.

## **B. Le parcours**

### **1. Les sources d'information**

Les sources d'information sont multiples. Internet est la première source d'information pour la moitié des femmes de l'échantillon. *« Quand j'ai su que j'étais enceinte la première chose que j'ai faite c'est aller sur internet me renseigner. » EA*

Sur internet, les participantes ont trouvé beaucoup d'informations concernant les démarches à effectuer, les différentes méthodes, le déroulement et aussi des témoignages rassurants ou d'autres inquiétants. Une des femmes a déploré que la liste des médecins généralistes réalisant les IVG ne soit pas accessible sur internet. *« Donc j'ai cherché avec perte et fracas sur internet. » ED*

Certaines ont appelé l'hôpital ou le planning familial pour obtenir des informations. D'autres ont fait appel à leur généraliste ou à leur entourage.

### **2. Le vécu du parcours**

#### **a) Orientations diverses selon les femmes**

Plusieurs participantes ont été orientées par leur médecin généraliste ou l'hôpital vers le médecin réalisant l'IVG. Les autres citent le planning familial, la plateforme téléphonique régionale, un infirmier scolaire ou une collègue.

#### **b) Facilités dans le parcours**

L'accès à l'IVG a été simple pour une seule participante. Peu de femmes ont eu le sentiment d'avoir accès rapidement au médecin réalisant l'IVG.

#### **c) Difficultés dans le parcours**

Des difficultés dans le parcours ont été signalées par la moitié des participantes. Le parcours a été un peu pénible, *« compliqué » EG* voire *« horrible » ED*.

*« C'est le parcours du combattant » ED*

Des participantes ont eu des difficultés pour accéder aux médecins généralistes conventionnés peu nombreux. *« Y en a pas non plus énormément qui le pratiquent » EG*

La plupart des femmes ont passé de multiples appels et ont rencontré de multiples intervenants avant d'être orientées vers le médecin généraliste. *« J'en ai tellement fait ! »*

*EG* L'absence d'orientation ou la mauvaise orientation des femmes par les médecins

généralistes, les gynécologues, ou les cliniques ont contribué aux difficultés ressenties. « *Ne serait-ce que arriver directement à quelqu'un comme ça, ça vous euh manque.* » ED

Ces nombreuses étapes et les nombreuses démarches ont rendu ce parcours long, et compliqué. Le plus difficile était selon une participante la prise de rendez-vous pour l'échographie. « *Avec toutes les démarches à faire... il faut ça oui ! Il faut ça et il faut ça, et il faut ça !* » EC, « *On passe à une autre étape, ça ça devient...c'est horrible !* » ED

Une femme s'est sentie soulagée à partir du moment où elle a été prise en charge. « *La démarche est engagée... Voilà, ça soulage.* » EG

Les femmes étaient sensibles à l'accueil des professionnels, plusieurs femmes ont été confrontées à un mauvais accueil en clinique. « *J'ai appelé y... Ils ont été odieux.* » E8

« *On m'a dit que c'était niet, qu'ils ne prendraient pas ce genre de... de cas en urgence* » EG

#### **d) Avant l'IVG**

Plusieurs femmes s'accordent pour dire que le délai légal pour l'IVG médicamenteuse au domicile est court. « *C'est pas énorme...le temps que vous vous rendiez compte vous êtes déjà à six semaines.* » E2

Concernant le délai de réflexion, les avis divergent. Pour quelques femmes, ce délai est court, utile voire nécessaire. « *Je pense qu'il y en a besoin* » EC

« *Une semaine de plus permet effectivement de dire, de confirmer cette décision* » EH

Pour un plus grand nombre, attendre une semaine a été pénible, « *trop long* » E2, voire « *interminable!* » E2. Ces femmes avaient envie d'avancer, « *envie que ça aille plus vite* » EC.

Le délai de réflexion était, pour elles, inutile lorsque la décision était prise, cela « *faisait travailler le cerveau pour rien !* » E2

Plusieurs consultations avec le médecin étaient nécessaires pour réaliser l'IVG. Selon certaines femmes, le nombre de consultations était adapté. Pour d'autres, il était trop important. « *Bon y a quand même pas mal de rendez-vous !... en terme d'organisation c'est toujours compliqué* » EG, « *Plus vite c'est fait, mieux c'était!* » E2

L'entretien psychologique était proposé aux participantes, mais toutes l'ont refusé avec le même argument. « *J'en ai pas ressenti le besoin* » EA. Néanmoins, certaines ont pensé qu'il pouvait être utile notamment en cas de culpabilité. « *Faut vraiment voir un psy si vraiment on culpabilise parce que voilà, on a l'impression de perdre un enfant tout ça 'fin. Et voilà faut pas hésiter* » EF. Elles ont trouvé que cet entretien pouvait avoir de l'importance « *Je pense*



*que c'est très important » EB et ont réfléchi à ce « que ce soit facile pour la patiente de venir en parler » EB.*

Une échographie était prescrite par le médecin pour dater et confirmer la grossesse. Pour plusieurs femmes, le moment de l'échographie *« a été un peu dur » EE. « Je vous avoue aussi que le le le... la période de l'échographie n'a pas été une période... super hein. » ED.* Les commentaires du radiologue ou la présence d'un enfant dans la salle d'attente ont rendu ce moment difficile. *« La fille de l'échographie qui fait : « c'est rien ! » Ben non, 'fin rien ?... » EE. « Parce qu'il y avait une maman avec son enfant et je sais...fin je sais pas pourquoi j'avais les larmes aux yeux. » E4*

### **3. Le vécu de la prise en charge par le médecin généraliste**

#### **a) Le médecin traitant**

- Les avantages et les inconvénients du médecin traitant dans l'information et l'orientation lors d'une demande d'IVG

A la découverte de la grossesse, certaines femmes se sont adressées à leur médecin généraliste par téléphone ou lors d'une consultation. Elles ont obtenu des informations sur la possibilité de l'IVG médicamenteuse à domicile et sur les démarches à entreprendre. Pour quelques personnes, le médecin traitant a rédigé le premier certificat. Pour certaines, ces informations ont été rassurantes et le rôle du médecin généraliste a été apprécié.

Quelques femmes ont déclaré que le médecin traitant n'était pas forcément le meilleur interlocuteur. Une des participantes s'est alors adressée à un autre médecin que son médecin traitant.

- Les avantages et les inconvénients de réaliser une IVG avec son médecin traitant

Certaines femmes auraient préféré que leur médecin traitant pratique l'IVG.

L'argument de la proximité géographique a été soulevé par quelques participantes qui habitaient loin du médecin conventionné. *« Ça aurait même été plus pratique parce qu'il aurait été plus près » EG.* Elles ont parlé d'un suivi de meilleure qualité *« Il y a effectivement un suivi » E6,* du côté rassurant de leur médecin traitant *« ça rassurerait je pense un peu plus le patient du fait son médecin puisse effectivement l'accomplir » E6* et du lien de confiance présent. *« On a une confiance un peu plus engagée dans la mesure où ça fait longtemps qu'il me suit » EH.*

D'autres ont exprimé qu'elles préféreraient un autre médecin. Elles n'auraient pas aimé que leur médecin joue ce rôle. « *Fin limite, d'avoir quelqu'un d'autre, ça m'aurait...ça me...ça m'allait mieux que...* » E4.

Différents arguments ont été utilisés pour justifier ce choix :

- Le sexe masculin du médecin traitant. « *Bon après, mon médecin traitant est un homme. Donc c'est différent* » E5.
- La volonté de ne pas gêner son médecin traitant qui est une amie.
- La possibilité de parler plus ouvertement avec un médecin inconnu. « *Le fait que l'on connaisse pas ce médecin, ça été euh plus facile de, ben de dire les choses* » EC.
- La volonté de ne pas tenir son médecin au courant afin de ne pas penser à son IVG lors de chaque consultation. « *C'est peut-être quelque chose que l'on a pas envie de remettre à la surface ... à chaque fois qu'on va chez un médecin traitant* » EC.
- La crainte que son médecin traitant déroge au secret médical. « *J'aurais pas aimé que il euh...oh je pense pas qu'il l'aurait fait...mais euh...se connaissant bien, on peut toujours...* » E5. « *Mais je voulais pas que ça se sache en fait sur mon village y.* » E7
- La culpabilité vis-à-vis de son médecin traitant, la peur du jugement ou d'un discours moralisateur. « *J'aurais pas aimé qu'il me dise : « Non, ... il faut pas faire ça... » \_ Un peu un jugement...? Oui oui oui* » E5.

D'autres femmes n'ont pas émis de préférences. « *Cela n'aurait pas changé énormément de choses au final* » EE.

### **b) Le médecin réalisant l'IVG**

- La place du médecin dans le choix de la méthode de l'IVG

La plupart des femmes ont déclaré que le choix de la méthode médicamenteuse leur appartenait. « *J'ai vraiment eu le choix* » EA.

Le médecin a aidé certaines femmes à préciser le choix de la méthode en cas d'ambivalence. « *C'était avant de la rencontrer, avant que... on en parle concrètement de l'IVG... Après que j'ai rencontré la médecin 'fin, après la question s'est plus trop posée* » EE. Quelques femmes ont parlé de l'influence du médecin dans leur choix. « *Elle me le conseillait vraiment fortement et tout... limite... 'fin voilà, pour elle, c'est... c'est vraiment la... la solution* » EF.

Une des participantes a eu l'impression que la méthode lui était imposée et de ne pas en avoir le choix. *« Elle-même m'a dit : Ben écoutez de toute façon vous êtes dans les délais pour pouvoir prétendre à IVG médicamenteuse, donc euh c'est ce qu'on va faire hein! » E3.*

- Les informations apportées par le médecin réalisant l'IVG

Le médecin a apporté des informations très variées sur l'organisation et le déroulement de l'IVG, les symptômes que les femmes pouvaient ressentir notamment la douleur et les saignements, le moment de l'expulsion, le vécu psychologique, les complications possibles, le risque d'échec et l'après IVG.

Beaucoup de femmes ont été satisfaites des informations qu'elles ont jugées de qualité. *« Elle m'a bien expliqué ce qui allait se passer, les douleurs que j'aurais, les saignements, vraiment 'fin. Très bien... » EE.* Elles ont aussi apprécié la documentation remise par le médecin ainsi que les consignes parfois écrites en lien avec la prise des médicaments pour l'IVG et la prise des antalgiques.

En fonction du déroulement et du vécu de leur IVG, certaines femmes ont pu pointer quelques défauts d'information sur :

- La possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse à l'hôpital. *« Peut-être la question du confort d'aller le médicaliser voilà. Dire que du coup, on n'est pas seule c'est-à-dire qu'il y a des gens qui savent ce que c'est et qui s'en occupe ! » EB*
- L'intensité possible de la douleur avec un sentiment de minimisation par le médecin. *« Je pense qu'ils cachent un peu le fait que certaines femmes peuvent ressentir autant de douleur quoi ». EF*
- Le vécu de l'expulsion. *« Moi ce que j'aurais aimé qu'on me dise corporellement qu'est ce qu'y va se passer quoi » EB.* Une personne s'est sentie très démunie et seule.
- L'après IVG et le risque de complications. *« J'aurais aimé avoir plus en fait de...ouais, d'informations sur l'après. Sur ce qu'il pouvait se... passer... ou ne pas se passer, je savais pas trop... » E3.*
- Le fait que les BHCG ne devenaient pas négatifs immédiatement. Une femme a eu peur que l'IVG n'ait pas marché en voyant les résultats de la prise de sang.
- La contraception post-IVG *« Je pense que... j'ai pas non plus été assez conseillée dessus »EF.*

- Les points positifs de la prise en charge du médecin réalisant l'IVG

La prise en charge du médecin a été appréciée. « *Tout était carré, cadré* » EG « *vraiment rien à dire* » ED. Le praticien était présent, impliqué et disponible, souvent joignable par téléphone ou SMS. Cette disponibilité téléphonique a été appréciée par les personnes interviewées. « *Donner les numéros de portable pour qu'elles puissent appeler en cas de soucis ou quoi... Et je pense que ouais c'est bien. On se sent plus proche.* » EF. Certains généralistes ont demandé aux femmes de le tenir au courant le jour de l'IVG ou de l'appeler au moindre problème.

Les participantes ont mis en évidence des qualités d'ouverture, d'accueil, d'écoute, de compréhension du médecin. Le professionnel a inspiré la confiance, il a été rassurant et « *déculpabilisant* » ED. Sa neutralité et son absence de jugement ont été appréciées. « *J'ai pas ressenti qu'elle, elle avait un avis* » EH. Certaines personnes ont évoqué l'importance du soutien psychologique apporté par le généraliste. « *J'ai eu le soutien où j'en avais besoin* » E6.

- Les points négatifs de la prise en charge du médecin réalisant l'IVG

Les critiques ont porté sur une influence du professionnel dans le choix de la méthode, une minimisation des douleurs avec une insuffisance d'antalgie, une écoute limitée par le temps de la consultation. « *Mais euh...mais peut-être le sentiment de pas avoir eu d'écoute que j'aurais pu avoir à ce moment-là* » E3.

Certaines participantes étaient partagées sur la qualité du soutien psychologique. « *Le soutien psychologique...? Il a fait défaut ?\_ euh...hum...Pff J'ai envie de dire oui et non* » E3.

Une des femmes n'a pas apprécié la réflexion sur son absence de contraception. « *Vous savez bien que ça peut vous arriver* » EE.

## **C. Le domicile**

### **1. Le choix de l'IVG à domicile**

Peu de femmes ont hésité à choisir l'IVG médicamenteuse au domicile, beaucoup préféraient et souhaitaient avoir recours à cette méthode. « *Je voulais que ça soit, je préférais que ce soit à la maison.* » E8

Pour certaines, cette méthode s'est présentée comme une « évidence » EA, un « seul souhait » E2 voire un besoin vital. « Et j'avais ce besoin-là, c'était limite vital ! » E2

Un petit nombre de femmes considérait que le choix de la méthode et du lieu leur appartenait à elle seule. « C'était selon moi, mon envie, mon choix. » EH

« De toute manière, c'était, c'était, c'est mon corps. » ED

### **a) Influences des amies ou des mères dans le choix**

Les témoignages des amies ou des mères qui avaient eu précédemment une IVG médicale ou chirurgicale ont souvent influencé les femmes dans le choix de la méthode de l'IVG.

« J'ai une amie à qui c'est arrivé, qui l'a fait à l'hôpital, et elle m'a raconté que...fin pas que c'était l'enfer ! » E7, « Et ma mère a fait une IVG dans sa jeunesse à l'hôpital...Du coup, elle m'a dit que ça l'avait vraiment traumatisée » EF

Parfois, l'expérience des proches n'a pas orienté les femmes dans leur choix.

« Elle vous a orientée plutôt vers la médicamenteuse ou pas...?\_ Non pas forcément » EH

« Elle a eu des complications... \_ Et ça, ça ne vous a pas inquiétée ?\_ Non » E8

### **b) Motivations pour l'IVG au domicile**

La possibilité de rester à la maison, de se sentir chez soi est ce qui a motivé la majorité des femmes à réaliser l'IVG avec un médecin généraliste. La maison semblait un lieu « confortable » E8 ou « sécurisant » E6. « L'avantage qui avait certain, c'est que ça se faisait chez nous, on est à la maison. » ED

Pouvoir être entourée par de gens de confiance, des membres de leur famille ou leur compagnon était aussi évoqué par plusieurs participantes. Cette méthode offrait, selon elles, la possibilité de vivre leur IVG à deux. « Et à domicile avec voilà, la possibilité que... mon époux soit avec moi et qu'on puisse la réaliser en fait ensemble. » EH

Pour la moitié des femmes, cette méthode permettait d'éviter d'aller à l'hôpital, elles qui n'avaient « pas envie de le faire à l'hôpital » E6. « Je voulais pas passer par l'hôpital. C'était psychologique. » E2. Elle permettait d'éviter l'anesthésie et la chirurgie, toutes deux appréhendées « Ben, c'est pas anodin quand même quoi » EB. L'IVG avec un médecin généraliste semblait « plus naturelle » EH, « plus simple » E8, « plus rapide » EC. Elle permettait d'avoir recours à un seul professionnel, comme le suggérait une participante.

Plusieurs femmes ont choisi cette méthode pour sa « *discrétion* » EA, pour pouvoir rester dans le secret vis-à-vis de leurs parents ou de leur travail. Certaines participantes ont choisi cette méthode pour se sentir « *libres* » EE et pouvoir assumer leur interruption de grossesse. « *On assume les choses oui. Et on ne subit pas. Parce que c'est nous que le faisons, nous-mêmes !* » E6

### **c) Représentations de l'IVG à l'hôpital**

Plusieurs femmes interrogées imaginaient l'IVG seulement à l'hôpital. Nombreuses étaient celles qui ignoraient la méthode médicamenteuse au domicile par un généraliste.

« *Pour vous l'IVG vous vous la représentiez à l'hôpital, par aspiration... ?\_... Ouais.* » E4

L'IVG à l'hôpital était, pour beaucoup, une méthode « *compliquée* » E7, avec notamment des délais de prise en charge longs. « *C'est plus compliqué : faut aller à l'hôpital, c'est tout un truc* » E7

La méthode chirurgicale semblait plus risquée, « *plus lourde* » E4, plus invasive, « *comme si on nous enlevait quelque chose quoi !* » E4. L'anesthésie était source d'angoisses, de peurs pour de nombreuses femmes. « *Moi ça m'angoisse vraiment de me faire euh endormir euh complètement !* » E4, « *Quand on se réveille on n'est plus pareil...fin c'est autre chose je pense.* » E1

Pour plusieurs femmes, vivre son IVG à l'hôpital semblait plus difficile, voire « *horrible !* » E4. « *L'hôpital, j' imagine que c'est bien plus dur 'fin...* » EE L'hôpital est associé à la maladie et renvoie à certaines peurs ou traumatismes. Aussi, il est le lieu où les femmes ont pu donner naissance à leurs enfants, comme l'a souligné une participante. « *C'est, l'ambiance de l'hôpital m'inspire pas confiance...comme si je...j'avais une maladie.* » E2, « *L'hôpital, c'est traumatisant je trouve...* ». EE Plusieurs femmes ont évoqué l'absence d'intimité et la multiplicité des intervenants à l'hôpital. La crainte d'être jugées par le personnel hospitalier a encouragé certaines femmes à choisir le domicile pour leur IVG. « *Tout ce monde autour !* », « *C'est la honte aussi.* » E6

Un petit nombre de participantes trouvait la méthode chirurgicale « *plus simple* » EA, « *plus rapide* » EA. Avec l'aspiration, les femmes seraient, selon-elles, « *sures que ça soit expulsé* » EH et « *tranquilles après !* » EB. Les femmes seraient plus passives. Il y aurait moins de prise de conscience, moins de responsabilisation que lors d'une IVG médicamenteuse. « *Et... peut-*



*être au point de vue conscience, c'est moins... moins lourd. » ED, « Comme ça c'est pas moi qui...qui l'a exterminé... » E6*

## **2. Les personnes accompagnantes au domicile**

### **a) Le compagnon**

Le compagnon a été la personne accompagnante privilégiée des femmes.

- Les échanges autour de l'IVG avec le compagnon

Avec le compagnon, beaucoup de participantes ont pu discuter lors de la découverte de la grossesse et décider en couple de l'IVG. *« Ni l'un ni l'autre n'a pris, n'essayait de prendre le dessus » E3, « C'est une décision qu'on a pris à deux » EC.*

Les échanges ont été vraiment possibles, chacun faisant part de ses appréhensions. Au sein du couple, le soutien était mutuel. *« Vraiment une décision sur laquelle on a... pu échanger » E3, « Je t'avais fait part un peu de mes appréhensions » E3.* Pour quelques femmes, la question de l'IVG avait été abordée en amont au sein du couple. *« Ça faisait déjà un petit moment qu'on discutait avec mon mari qu'on en voudrait pas euh un troisième » E5.*

- L'implication du compagnon dans le choix de l'IVG

Plusieurs partenaires ont laissé le choix de l'IVG à la femme tout en donnant leur avis. *« Moi si tu veux le garder, on le garde... mais moi franchement, je me sens pas d'élever encore un enfant » EB.* Pour une seule femme, le choix a été imposé par l'homme. *« C'est lui qui ne voulait pas le garder en fait » E1.*

- La présence du compagnon pendant l'IVG

Le compagnon a été présent le jour de l'IVG pour beaucoup de participantes. *« Il m'a accompagnée du début jusqu'à la fin » E7.* Quelques hommes ont également été présents lors de l'échographie de datation et lors des consultations avec le médecin conventionné dans une volonté de vivre l'IVG en couple. *« Décision à deux il m'a dit, et ben on le fait à deux » EG.*

La présence du conjoint a été appréciée par la plupart des femmes. Elles ont décrit un partenaire impliqué, *« aidant » E7, « rassurant » E3 et « à l'écoute » EF.*

Le compagnon a été un réel soutien et réconfort pour plusieurs femmes. *« Heureusement qu'il était là parce que ça m'a vraiment fait du bien » EA.* Pour une femme, il était l'unique

personne dont elle avait besoin. « *La seule personne, je pense que j'aurais eu besoin à mes côtés, c'est cette personne-là quoi !* » E2.

La présence du compagnon n'a pas toujours été vécue d'une manière positive.

Des femmes ont trouvé sa présence inutile. « *Qu'il soit là, qu'il soit pas là...mais d'aucune utilité* » E2. Le conjoint était non compétent pour comprendre la douleur. « *Elle (la personne) peut pas ressentir ce que...si vous avez pas mal.* » E2 Certaines lui ont reproché d'être « *distant* » E1, « *pas disponible* » E6, ou encore non soutenant.

Quelques femmes ont eu des difficultés pour communiquer avec leur compagnon. « *J'avais pas vraiment les mots donc du coup la conversation s'est pas vraiment faite* » EE, notamment au moment de l'expulsion.

Une des participantes a choisi son partenaire comme accompagnant « *un peu par obligation* » E1.

#### **b) La mère**

- Une mère personne accompagnante

Une mère a été choisie comme personne accompagnante. Celle-ci a apporté « *un côté féminin* » et a permis à la femme « *de poser des mots qu'on ne peut pas donner à son conjoint* » ED. Elle a pu également valider l'expulsion « *c'est ça* » ED.

Une participante n'a pas voulu choisir sa mère comme personne accompagnante. « *Donc je voulais pas que ma mère soit accompagnante...c'est un moment assez difficile.* » E1.

- Une mère confidente

Une personne interviewée a eu « *besoin* » E6 de parler de son IVG à sa mère, mais elle l'a regretté. « *J'aurais pas dû parce que ça l'a, ça l'a mis du stress et du chagrin* » E6.

D'autres femmes ont évoqué « *une envie* » E4 de parler à leur mère. Par crainte de leur réaction, cette envie ne s'est pas concrétisée. « *Elle en aurait vraiment fait un drame* » EE « *Ça l'aurait choquée je pense...que son petit bébé, il ait quelque chose en elle...* » E4.

- L'expérience d'une mère ayant déjà eu une IVG

Ces participantes ont pu « *parler ouvertement* » EH avec leur mère. Cela leur a permis de préciser le choix de la méthode et d'échanger après l'IVG avec une personne ayant « *l'expérience de la chose* » EF. Cette expérience commune a permis une compréhension mutuelle de leur vécu. « *Je savais que... elle savait ce que je pouvais ressentir* » EF.

### **c) Les amies**

- Une amie personne accompagnante

Quelques femmes avaient une amie comme personne accompagnante, par choix ou par défaut en l'absence du compagnon le jour de l'IVG. L'une d'entre elles dont le compagnon considérait l'IVG comme « *pas du tout grave* » E4 n'a pas souhaité sa présence.

Une participante vivant en collocation a vécu son IVG avec plusieurs amies et son compagnon. La présence des amies a pu permettre aux femmes de « *faire comme ci de rien n'était* » E4, EE.

- Confidences et partages d'expérience

En parlant de leur IVG avec leurs amies ou leurs copines, de nombreuses participantes ont pu échanger sur les différentes méthodes de l'IVG, recueillir des témoignages insoupçonnés d'autres femmes et partager leur vécu. « *Je pense que c'est bon d'en parler quand même avec quelques amies* » EE.

## **3. Le vécu du domicile**

### **a) Caractéristiques du domicile**

La plupart des femmes ont choisi leur propre domicile pour leur IVG. Quelques-unes se sont rendues chez leur compagnon ou chez une amie, soit par commodité soit pour garder le secret vis-à-vis de leurs parents. « *Ben...parce que...euh...ma mère ...je sais pas trop quand elle peut surgir* » E4

Une participante expliquait avoir choisi le domicile de son compagnon pour ne pas marquer son propre domicile et pour mettre son compagnon « *devant la réalité* » E6. « *Est-ce que c'était aussi pour pas marquer votre chez vous un peu ?\_Peut-être. Oui...je crois que ça joue aussi.* » E6

### **b) Avantages du domicile**

Le domicile a été un lieu adapté pour la grande majorité des participantes. Les femmes ont apprécié être chez elles, être « *plus à l'aise quand même que euh dans une chambre isolée.* » E5, « *C'est le bonheur là ! A la maison c'est le bonheur !* » E8

La maison était un lieu confortable, « *tranquille* » EC pour les femmes. Elles ont pu se reposer, éviter les déplacements ou encore vaquer à leurs occupations personnelles. « *J'avais mon petit confort* » E2, « *J'avais tout ce qu'il me fallait* » E7

Plusieurs femmes ont trouvé le domicile rassurant, ou « *réconfortant* » EG par ses repères. D'autres ont apprécié son côté plus discret, permettant parfois de « *cache son IVG* » EB.  
« *Un espace qui est connu, reconfortant* » EG, « *C'était beaucoup plus discret* » EA  
Le domicile a permis de renforcer le sentiment de confiance en soi, ainsi que le sentiment de liberté, selon une participante. « *Le fait d'être chez soi...on a une confiance en nous, qui est autre.* » E2, « *C'est la liberté que je recherchais...en fait.* » E2

### **c) Inconvénients du domicile**

Vivre son IVG au domicile a été difficile pour quelques femmes. Le sentiment de solitude a été présent chez ces dernières. « *Vraiment pas évident parce qu'on est toute seule* » E1  
« *Mais en fait, on se l'enquille tout seul quoi !* » EB

Au domicile, l'expulsion pouvait être vécue difficilement par les femmes. « *On sent tout et on voit tout en fait. Du coup c'est...pas facile* » EF.  
« *Le côté un peu dur de l'IVG à la maison* » EF

Une femme a regretté de ne pas être entourée, « *chouchoutée* » E1 par des soignants à ce moment-là.

## **4. L'expulsion au domicile**

Pendant une IVG médicamenteuse à domicile, l'expulsion est un moment particulier. Les femmes étaient partagées entre l'envie de regarder « *J'étais presque curieuse de regarder* » E8 ou de ne pas regarder le produit de l'expulsion. « *Après j'ai pas vu vraiment ce que j'ai évacué* » EC. Les femmes ont décrit l'expulsion soit de manière active, « *A un moment ben j'ai senti que, que j'évacuais quelque chose* » ED soit de manière passive. « *Je l'ai senti s'expulser* » E5.

### **a) Les mots employés pour l'expulsion**

- Vagues : « *ça* » ED, « *quelque chose* » EH, « *truc* » E8 ont été souvent cités.
- Selon la taille : « *gros* » EB ou « *tout petit* » EF.
- Selon la forme : le terme « *œuf* » E7 soit descriptif soit désignant le contenant « *c'était dans un œuf* » ED et le terme « *caillot* » E4 souvent précisé comme « *gros* » EG. Les expressions « *une petite crevette* » EF et « *un genre de grosse claire* » EE ont également été utilisées.
- Selon le ressenti : « *poids* » EB, « *quelque chose de lourd* » EB, « *élément de corps* » EB.

- En termes médicaux : « *fœtus* » EF, « *début du placenta* » EB ou « *fausse-couche* » EG. Une des femmes a insisté sur le bruit lors de l'expulsion en utilisant des onomatopées. « *ça faisait « Plouf » quoi* » EB, « *ça continuait à faire « Spotch » mais vraiment quoi* » EB.

### **b) Le vécu de l'expulsion**

- Le vécu physique de l'expulsion

Pour plusieurs femmes, l'expulsion a été accompagnée de douleurs physiques. « *Le moment où j'ai plus souffert c'est vraiment le moment de l'évacuation... où j'avais... énormément mal aux reins* » ED. Certaines personnes ont insisté sur les sensations provoquées par l'expulsion sur l'utérus. « *Vraiment, on le sent passer quoi* » EE, « *On le sent tomber* » EF.

A l'inverse, d'autres participantes n'ont pas ressenti de douleur. « *Je l'ai senti s'expulser mais après euh ...sans douleur sans rien* » E5. « *Senti et encore, c'est un grand mot* » EG.

- Le vécu psychologique de l'expulsion

Quelques participantes ont parlé de l'expulsion comme quelque chose de non choquant ou « *pas spécialement difficile* » EE. D'autres ont émis des nuances. « *C'est pas forcément le plus facile à vivre* » EF.

Ce moment a été « *très très difficile quoi* » EE voire « *vraiment le pire moment* » EF de l'IVG pour plusieurs femmes. Elles ont évoqué « *un grand moment de solitude* » ED devant la « *vision gênante* » EB de l'expulsion. Une femme a été « *un peu sidérée* » parlant de quelque chose d'« *un peu terrible* » et de « *traumatique* » EB.

Une participante n'a pas eu conscience de l'expulsion. Pour elle, « *c'est tout ce qui a manqué* » EH. Ce moment a pu être source d'angoisse avec une peur de l'échec. « *Après du coup, j'ai ...un peu angoissé parce que... vu que ... j'avais pas trop saigné et tout... je pensais que ça avait pas marché !* » E4, « *avoir fait tout ça pour rien* » EA.

- Le vécu des saignements

L'abondance des saignements a varié selon les femmes.

Les saignements précédant et accompagnant l'expulsion ont souvent été comparés par les participantes à leurs règles. De « *juste quelques gouttes* » E4 pour certaines, à « *de grosses règles ... très abondantes avec comme des espèces de caillots* » EH pour d'autres et enfin « *des hémorragies* » E7. « *Ça coulait vraiment à flot* » EH, « *pisser le sang* » ED.

Les saignements ont été supportables « *pas hyper impressionnants* » E8 pour certaines femmes. « *Je m'attendais vraiment à quelque chose de beaucoup plus...euh de beaucoup*

*plus conséquent »E3. A l'inverse, d'autres ont pu être impressionnées. « J'ai pas peur du sang, mais c'est impressionnant » EF.*

### **c) La symbolique de l'expulsion**

- Une symbolique variable

L'expulsion a été le signe de l'efficacité pour certaines femmes. *« On se dit, ça y est, c'est fini » EF.* Elle a pu entraîner un soulagement. *« Quand le fœtus a été expulsé, en même temps, c'est un peu horrible à dire mais... on est quand même soulagée » EF.*

L'expulsion a également entraîné un certain nombre de pensées. *« On imagine ce qu'il y a à l'intérieur... qui ça aurait pu devenir » ED.* Certaines ont vu un être vivant ou le bébé dans le produit de l'expulsion. *« Je me disais bon, c'est un être vivant » EF, « Ça fait quand même quelque chose parce que ça... fin c'était quand même un être humain. » E7, « Presque c'était le bébé qui tombait » EB.* L'expulsion a suscité un questionnement sur *« la façon dont on arrive à évacuer une vie » ED.*

- La symbolique des saignements

Les saignements ont été parfois libérateurs *« Limite ça m'a libérée un peu quand j'ai eu les saignements » E2,* le témoin de l'efficacité de l'IVG. *« çaaa a marché quoi » E2.*

Le fait de voir les saignements a pu être problématique pour certaines femmes. *« Le problème de l'IVG médicamenteuse c'est qu'on voit... tout s'écouler et que on prend conscience de... de voilà » ED.* L'abondance des saignements a été une source d'inquiétude entraînant plusieurs appels du médecin. *« Je l'ai appelé à plusieurs reprises pour me rassurer par rapport à ça. » EF.* La longueur des saignements a dérangé quelques participantes leur rappelant l'IVG *« Et du coup, le temps que durent les saignements ...euh ça renvoie un peu dans la tête le fait que on a fait une bêtise, qu'on s'est retrouvée enceinte et qu'on ait du avorter » EH* et les empêchant de passer à autre chose. *« Je voulais passer vite à autre chose et que de temps en temps ça ressignait un peu » EH.* Une participante suite à deux vomissements a dû placer le cachet de Misoprostol® en intra-vaginal. Pour elle, le sang a été synonyme de saleté. *« On se sent sale » EF.*

## D. La douleur

### 1. Le vécu physique de la douleur

- L'intensité de la douleur

Certaines femmes n'ont « *pas eu de douleur particulière* » EC ou « *une petite douleur* » E2, d'autres ont eu de « *grosses douleurs* » EE voire des « *douleurs très intenses* » E1.

Quelques-unes ont parlé de « *règles puissance mille* » EA, de douleur « *à en pleurer* » EA ou même de « *la pire douleur de ma vie* » EF.

- Le type de douleur

Pour décrire le type de douleur, les femmes ont souvent employé le terme de « *contractions* » EA mais aussi de « *crampes* » EE ou de « *gène* » EC.

La douleur ressentie a été comparée aux règles mais aussi aux douleurs d'une fausse-couche, d'un accouchement « *un peu genre petit accouchement* » EF ou de son déclenchement.

- Le rythme de la douleur et sa durée

La douleur a été décrite comme « *immédiate* » EA, « *rapide* » EE parfois allant « *crescendo* » E8. L'estimation de la durée de la douleur a varié selon les femmes de « *dix minutes* » E4 à « *¾ d'heure une heure* » EF.

La durée de la douleur n'a pas toujours été facile à estimer avec un ressenti parfois plus long que la durée réelle. « *Ça a pas duré si longtemps que ça mais pour moi ça a duré des heures...* » EA.

- Les moyens antalgiques médicamenteux et non médicamenteux utilisés

L'antalgie a été différente selon les femmes. Quelques-unes ont utilisé des moyens antalgiques non médicamenteux « *une petite bouillotte* » E8, « *une douche* » E1 ou la position « *allongée* » E3.

Certaines participantes n'ont pas pris de médicaments antalgiques. « *D'ailleurs je crois que j'ai même pas pris de Spasfon® rien* » EG. D'autres ont respecté le protocole du médecin, soit la prise d'un anti douleur avant le Misoprostol®.

La douleur après l'antalgie a été décrite comme supportable pour certaines femmes. « *Les douleurs bon étaient tout à fait supportables puisqu'elle m'avait marqué en même temps des*

*antalgiques, des anti-douleurs voilà » ED. D'autres n'ont pas été satisfaites trouvant les antalgiques « très longs à agir » EA ou « pas assez forts » EF.*

- Un rapport particulier à l'antalgie

Les antalgiques ont été décrits comme « spéciaux » EA, « assez puissants » EA ou très efficaces. « Tiens, il fait vite effet car je sens absolument rien » EH.

Une femme a parlé de bizarrerie devant l'inefficacité de l'antalgie sur elle. « Je pense aussi que je suis un peu bizarre, c'est-à-dire que tout ce qui est Spasfon® tout ça, ça marche pas sur moi » EA

Les mots employés ont parfois été du registre de la surconsommation d'antalgiques. « J'étais vraiment shootée » EB, « j'ai pris des doses de médicaments incroyables » EA, « j'ai pas eu besoin de prendre tant de... tant de produits » E8.

Une participante a parlé d'un droit à l'antalgie. « Surtout que j'ai eu droit à des médicaments... » E8. Quelques femmes ont employé des adjectifs possessifs. « Mon petit anti-douleur » EC, « Moi, ma douleur à moi me disait de prendre juste un Doliprane® » E3

## **2. Le vécu psychologique de la douleur**

Plusieurs femmes ont parlé d'une angoisse ou d'une peur de la douleur avant l'IVG, parfois en lien avec les informations délivrées par le médecin. « Comme euh Mme X. m'avait dit que ça risquait de faire très très mal, j'ai beaucoup angoissé » E4.

Une des femmes a eu besoin de se concentrer pour « tenir la douleur », « Et mon copain, fallait pas qu'il me parle, qu'il me touche, j'étais vraiment dans ma bulle (rire) : Laisse-moi tranquille » EF. Une femme ne voulait pas rendre les gens témoins de sa souffrance. « Vu que j'ai vraiment souffert, ça m'embêterait de voir des gens me voir souffrir comme ça » EA.

La douleur a également pu être morale « mentalement ça fait très mal aussi » E1.

Des femmes ont parlé d'un coup au moral lors de la décision. « C'est sûr que ben ça met un petit coup au moral le premier jour. 'Fin, le temps de prendre la décision » EC. Au moment de la prise du médicament abortif, certaines personnes ont ressenti « une certaine émotion » E6 voire même une tristesse. «... Non. Je suis pas anxieuse. Je suis triste » E6.

Plusieurs femmes ont pleuré pendant la période de l'IVG. « J'ai pleuré le lendemain euh, j'ai pleuré ouais ouais ouais » EB. Une des participantes a évoqué une envie de pleurer lors de la vision de femmes enceintes ou d'un bébé. « J'avais envie de pleurer euh chaque fois que je vois une femme enceinte, chaque fois je voyais un bébé tout ça » E6.



### 3. Représentation de la douleur

Certaines femmes ont parlé du caractère subjectif de la douleur rendant difficile les généralisations « *ça dépend des femmes, je sais qu'il y a des femmes qui ont rien ressenti* » EF.

Pour une participante, la douleur a été une condition nécessaire pour une prise de conscience « *La douleur ça nous fait prendre aussi compte de ce qu'on est en train de faire aussi* » E1. Il lui a semblé qu'un acte indolore serait trop facile et pourrait entraîner une majoration des IVG. « *Ce serait trop facile de prendre un médicament, hop il n'y a plus rien et de rien sentir...ça laisserait la porte quand même à beaucoup plus de ...* » E1. A l'inverse, une autre femme pensait que c'était bien de ne pas avoir mal.

L'absence de douleur a été une source d'interrogation sur l'efficacité de la méthode pour plusieurs participantes. « *Pas de douleur ni rien. Donc après, c'est vrai que je me disais est ce que ça s'est passé ou pas ?* » EH. L'absence de douleur a pu entraîner la reprise d'un médicament pour l'expulsion. « *J'en ai repris un. Et... toujours aucune douleur !* » E4.

### 4. Facteurs influençant la douleur

Selon les femmes, les douleurs ressenties ont été différentes. Certaines tendances ou facteurs pouvant influencer la douleur sont observables. « *Ça dépend des femmes, toujours pareil mais, je pense que... voilà y a des femmes qui sont comme moi, qui ont peut-être ressenti plus la douleur* » EF

#### a) Facteurs médicaux

Les femmes aux antécédents de grossesse ont ressenti lors de leur IVG des douleurs « *tout à fait supportables.* » ED. « *J'ai vraiment pas souffert. Vraiment pas* » EG. Le fait d'avoir déjà un enfant a aidé certaines femmes dans le vécu de leur IVG. « *Je crois que ça m'a aidée aussi. Parce que c'était pas comme si euh 'ho, ça sera mon premier enfant* » E6

Les quelques femmes aux antécédents d'IVG ou de fausses-couches ont également ressenti des douleurs supportables. « *Mais là pour le coup, finalement les douleurs étaient largement supportables* » E8

Plusieurs femmes avaient des dysménorrhées. Pour ces femmes, les douleurs ont été intenses, comme « *des règles puissance mille !* » EA, « *J'ai toujours eu des douleurs de règles assez douloureuses...là c'est, c'était vraiment au-dessus quoi !* » EF

Le nombre de semaines d'aménorrhées a pu être un facteur prédictif de douleur. Selon une femme « *C'est bien de la faire quand c'est tôt, vraiment en tout début de grossesse.* » EG

### **b) Facteurs psycho-sociaux**

Parmi les quelques participantes âgées de moins de vingt ans, certaines n'ont ressenti « *aucune douleur* » E4, d'autres ont « *eu une très grosse douleur* » E7.

Les femmes âgées de plus de trente ans ont eu des douleurs moindres. « *J'ai pas du tout eu de douleur, ça c'était très bien...* » EB. Un âge plus avancé a également eu une influence sur le ressenti global de certaines femmes. « *C'est par rapport à mon âge que euh je le vis assez bien même très très bien!* » E2

### **c) Facteurs environnementaux**

Au domicile et accompagnées, certaines femmes ont pu faire « *comme-ci de rien n'était* » E4. Cet environnement familial a permis à ces quelques femmes d'être « *moins centrées sur la douleur même si euh bon ...on ne peut pas la louper hein !* » E8

La plupart des femmes étaient entourées par leur compagnon ou par une personne accompagnante de leur choix. Une participante a choisi son compagnon « *un peu par obligation* » E1. La contrainte et l'absence de soutien du partenaire ont pu potentialiser la douleur physique et morale chez cette femme. « *J'aurais aimé que...il soit plus présent.* » E1  
« *Ça m'a fait très très très mal...Mentalement ça fait très mal aussi* » E1

L'isolement a semblé avoir une incidence sur le ressenti de la femme quant aux douleurs provoquées. « *Je pense que toute seule...Vraiment toute seule je pense que c'est dur quand même.* » E4

### **d) Composante émotionnelle**

La période du choix a été difficile pour les femmes. « *La période la plus difficile, c'était vraiment avant... où on se pose vraiment encore fin des questions...sur le garder, pas le garder* » EE Pour celles où doute et hésitation se sont mêlés, les souffrances ont été importantes. « *En ayant toujours un doute au fond de vous...je pense que déjà en soi ça peut être euh déjà un petit peu douloureux* » E3

Lorsque l'ambivalence, le regret ou encore la culpabilité étaient présents, les femmes ont eu tendance à percevoir la douleur différemment. « *Quand en plus psychologiquement vous*

*êtes pas forcément, pas en phase avec ce que, ce que vous faites, c'est d'autant plus douloureux, quoi » E3*

Pour une participante, cette grossesse désirée initialement par le couple avait été rejetée par le compagnon. *« Ça a été un peu difficile...surtout que ça a été un enfant voulu » E1*

Le désaccord au sein du couple et la décision prise sous contrainte ont compliqué l'acceptation psychique de l'IVG et se sont exprimés par des douleurs physiques et psychiques intenses. *« C'est lui qui ne voulait pas le garder en fait. Donc euh...ça a été un peu difficile » E1, « Les deux personnes...ne sont pas trop du même point de vue...c'est plus difficile à vivre » E2*

La relation et la communication au sein du couple se sont avérées être des éléments déterminants dans le vécu de l'IVG. *« Quand les deux personnes ne se communiquent pas forcément...plus difficile à vivre. » E2*

## **E. Le vécu psychologique**

Le ressenti psychologique était différent selon les femmes. Certaines femmes l'ont *« très très bien » E2* ou *« plutôt bien vécu » EC*, d'autres *« pas bien » EB*. *« C'est pas du tout un moment facile à vivre » EF.*

### **1. L'état de grossesse**

#### **a) Les signes de grossesse**

Les signes de grossesse étaient variables selon les participantes. Pour plusieurs femmes, les symptômes de la grossesse ont été marqués. Rapidement présentes, les nausées ou la tension mammaire ont permis parfois la découverte de la grossesse. *« Mes seins vraiment enflaient quoi. » EE, « J'ai des grosses nausées donc c'est assez contraignant » EH*  
*« C'est vraiment ces signes-là qui font, 'fin qui... On se sent enceinte, on le sait ! » EE*

Peu de femmes n'ont ressenti aucun symptôme en lien avec la grossesse. *« Surtout que j'avais pas, pour moi j'avais pas les symptômes quoi ! » E8, « Ça se voyait pas...c'était le tout début » EC*

Ressentir les signes de la grossesse a été difficile pour quelques participantes.

« La grossesse ayant entraîné euh plein de dérèglements hormonaux » E3, « La grossesse en elle-même me rend malade. » EH. Il était dur pour les femmes de ressentir des symptômes qui leur rappelaient leur état de grossesse. « On le sent qu'on est enceinte... Ce qui est dur c'est de se dire, ben ça continue à se développer là-dedans » EE, « C'est pour ça aussi...ça a été plus dur » E6

Les symptômes de la grossesse disparaissaient rapidement après l'IVG. « Au final, on va tout... 'fin tout arrêter quoi. Tac ! D'un coup » EE. Pour certaines femmes, leur disparition était une libération et le signe de l'efficacité de l'IVG. « Du fait que j'avais plus de nausées, je... donc je je pressentais effectivement que ça avait fonctionné » EH, « C'est assez contraignant ce qui fait que pour moi c'était une libération... » EH

### **b) Réactions lors de la découverte de la grossesse**

Les symptômes de la grossesse, un retard de règles ou un test positif ont souvent permis de découvrir la grossesse. Face à la découverte, les réactions des femmes étaient partagées : allant de l'étonnement, à la sensation « bizarre » E4 voire de « fierté » E3 devant une première découverte de la grossesse. « Sentiment de ... (blanc 2s) ouais (sourire) de fierté parce qu'on sait qu'on peut avoir un enfant... » E3

Alors que certaines femmes pressentaient ou s'attendaient à une éventuelle grossesse, d'autres ont eu peur, ont paniqué ou étaient sous le choc. « Ben euh je m'en doutais un peu » E5, « Sentiment ...de panique » E3, « Vraiment un choc quand j'ai vu...fin que j'étais enceinte » E4

Cette découverte a été difficile pour plusieurs femmes. Certaines ont pleuré et ont été affectées moralement. « Sur le coup j'étais vraiment...fin je faisais que pleurer » E4. Le sentiment de culpabilité était parfois présent. « Déjà moi je me suis sentie euh... irresponsable. » EG, « Au fond de moi ça m'a fin...ça ça m'a fait mal un peu de me dire que voilà j'ai fait cette connerie » E7

### **c) La symbolique de la grossesse**

La plupart des femmes ont énuméré spontanément les raisons d'avoir recours à l'IVG. Les raisons étaient multiples, propres à chaque femme et à chaque couple.

Quelques femmes ont évoqué les normes procréatives, c'est-à-dire le bon moment pour avoir un enfant, dans les conditions les plus favorables. « La question de quand c'est bien de

*le faire » EE, « Après, je veux vraiment des enfants plus tard mais... quand j'aurai une situation financière stable, avec quelqu'un avec qui je serai depuis un petit moment » EF*

L'arrivée à la situation d'IVG était très diverse selon les femmes. Quelques femmes ont mis en cause leur « hyperfertilité », mais beaucoup ont parlé d'un problème de contraception. *« Mais franchement ...je suis hyperfertile ! » E2* L'absence ou les oublis du moyen contraceptif ont été évoqués par la plupart des femmes. *« Je prenais aucun moyen de contraception... euh que ce soit pilule ou etc. » EG* Certaines ont dit avoir été négligentes ou inconscientes en matière de contraception. *« J'avais fait un peu n'importe quoi ! » E4, « J'ai été inconsciente. » EF*

Pour certaines femmes, la grossesse « était un accident ! » E7. *« Et mon cas est très classique... 'fin est classique sans drame » EG.* Elle survenait suite à une « bêtise » E7, une erreur ou une faute plus ou moins partagée. *« Le fait que je sois tombée enceinte c'est vraiment une erreur, à la fois d'la mienne et de la sienne, de mon copain... » EA*  
*« C'était notre faute... c'était vraiment de notre faute quoi » EA*

Pour une participante, cette grossesse était une punition du couple suite au manquement contraceptif. *« Oui oui c'est vraiment oui c'est une punition » EA*

Pour d'autres femmes, il y avait quelque chose derrière l'accident de contraception.

*« Fin, ça veut dire quelque chose... Je sais pas ce que ça peut vouloir dire » EE*

*« Si, ça a une symbolique, mais particulière, je peux pas vous dire laquelle » ED*

*« Moi, je me demande si y avait pas quelque chose aussi dans ma tête » EB*

L'arrivée de cette grossesse non désirée était non anodine pour ces femmes. Elle pouvait permettre une certaine prise de conscience. *« Ce n'est pas anodin...ça veut dire qu'il y a quelque chose qui va pas. » E6, « C'était la réalité dans nos gueules! » E6*

Elle pouvait signifier un dysfonctionnement au sein du couple, ou révéler un désir inconscient : désir de grossesse, désir de maternité, ou encore désir inconscient de vérifier sa fertilité. *« Quelque part, j'espérais un petit peu que ça allait se passer » EB*

*« Bon après le désir de grossesse y était » EC, « On peut encore procréer quoi » EB*

## **2. Le regard des autres**

### **a) Un élément du choix de la méthode médicamenteuse au domicile**

Pour certaines femmes, le choix du domicile a été motivé par une volonté de discrétion. Ces femmes avaient « envie de se cacher » EB, de régler seules leur problème. « C'était beaucoup plus discret. » EA, « Je voyais ça avec moi-même. » EF

### **b) Le regard du personnel hospitalier**

Les femmes ont évoqué la difficulté d'affronter le regard du personnel hospitalier « J'avais pas envie... d'avoir leur regard » ED, la peur d'être jugées par l'équipe soignante. « Ce qui me faisait pas envie, c'était ... faire face à... au jugement... » ED « Certains ont la maladresse de vous donner leur avis et j'avais pas envie d'en faire...d'y faire face » ED.

Elles appréhendaient de rencontrer des gens hostiles « J'ai pas envie de croiser euh aussi des gens qui sont hostiles à ça » EB. « C'est vrai que j'ai pas trop confiance là-dessus, sur qui on peut tomber, tout ça. » EF. Une participante travaillant en partenariat avec l'hôpital a choisi le domicile pour éviter une rencontre avec des gens connus, source de « honte » E6.

### **c) Le regard du médecin traitant**

Le regard du médecin généraliste a joué dans le choix de lui parler ou non de l'IVG. Certaines femmes ont décidé de ne rien dire à leur médecin par peur de sa réaction « J'aurais pas aimé qu'il me dise : « non... il faut pas faire ça » E5 ou de ses reproches. « Donc là, ça aurait plus tourné peut-être en morale » E4. Des femmes ne lui ont rien dit par culpabilité. « J'avais déjà eu des oublis de pilules en plus ...fin j'en avais parlé...du coup ça aurait été... la chose de trop » E4.

### **d) Le regard du compagnon**

Le regard du compagnon a été rapporté à travers les yeux des femmes.

- Le regard du compagnon lors de la découverte de la grossesse

Un des partenaires n'a pas réalisé « Pour lui c'était pas du tout grave ... du coup je pense il se rend pas du tout compte » E4, alors qu'un autre a été touché lors de la découverte de la grossesse. « Mon copain qui n'était pas... insensible hein ! Au fait que j'étais enceinte hein ! »E6.

- Le regard du compagnon pendant l'IVG

Le compagnon a parfois été décrit comme « *un peu désemparé* » ED et « *sans aucun pouvoir* » ED. Il a été quelque fois plus mal que la femme. « *Le pauvre il était aussi mal que moi (rires) non il était même plus mal que moi* » E8.

Certains hommes n'ont pas accordé d'importance à la situation. « *Il accordait tellement pas d'importance* » E4. Cette réaction a été source d'énervement pour leur compagne.

D'autres ont eu du mal à comprendre les réactions de la femme. « *Lui il comprenait pas pourquoi je je...j'avais envie de pleurer euh chaque fois que je vois une femme enceinte, chaque fois je voyais un bébé tout ça ! Il comprenait pas* » E6.

- Le regard du compagnon après l'IVG

Un des hommes a eu peur d'une séparation suite à l'IVG. « *Il a eu très peur que je le quitte il m'avait dit parce que la dernière, je crois l'a quitté pour ça.* » EE.

#### **e) Le regard des parents**

- L'IVG dans le secret

Quelques femmes récemment majeures ont choisi de réaliser leur IVG dans le secret de leurs parents. L'une d'elle ne voulait pas choquer sa mère « *ça l'aurait choquée je pense...que son petit bébé, il ait quelque chose en elle* » E4, pour elle il a été un peu lourd de garder le secret. L'autre participante, vivant avec son père, ne voulait pas qu'il soit au courant pour ne pas subir ses reproches. « *S'il avait appris ça sur le, sur le coup même, il m'aurait, fin ....il m'aurait fait des reproches, des morales* » E7.

- Le regard de la mère

Le regard de la mère était important pour une femme dont c'était la quatrième IVG. « *Elle a pas envie que sa fille avorte non plus 150 milliards de fois.* » E2.

Une participante a choisi de ne rien dire à sa mère par crainte de sa réaction. « *Va annoncer ça à ta mère, elle va être hystérique !* » EE.

#### **f) Le regard de la société**

« *On n'a pas à se justifier, c'est un choix personnel* » ED a dit une des participantes. Cependant, chaque femme interviewée a spontanément énuméré les raisons de l'IVG, alors que la question n'avait jamais été posée.

Les femmes ont été sensibles au regard de la société. « *Après le côté jugement, après oui c'est sur on peut pas éviter, il y a toujours des gens qui jugeront quoi que ce soit* » E8.

Des participantes ont évoqué une culpabilité d'être en arrêt maladie pour leur IVG. Une d'elles a relié l'« oubli » de l'envoi de sa feuille d'arrêt maladie à un besoin de payer. « *Je me dis ça c'est un acte manqué quoi c'est-à-dire je me suis fait payer aussi peut-être* » EB. Une autre aurait posé des congés si cela avait été nécessaire. « *Mais si j'avais dû être arrêtée, j'aurais pris l'arrêt maladie, j'aurais posé des congés* » EG.

Plusieurs femmes ont ressenti une culpabilité vis-à-vis des femmes stériles. « *Pt'être que c'est un peu fort de dire ça par rapport à toutes les femmes qui voudraient avoir un enfant et qui peuvent pas* » EA. Une participante a ressenti de la jalousie, de la haine vis-à-vis des femmes enceintes pendant la période de réflexion. « *Puis même, je pense qu'il y avait quand même un peu de jalousie hein. Quand je voyais les... les jeunes femmes enceintes.* » EE, « *Vraiment, ya je 'fin, sur le moment franchement je haïssais les femmes enceintes...les deux semaines d'attente* » EE.

Certaines femmes ont émis le souhait que l'IVG soit « *un acte médical plus banal* » EB, s'interrogeant sur le tabou de ce sujet dans notre société. « *Voilà, c'est un droit qu'on a donc pourquoi est-ce qu'on doit le faire chez nous cachée* » EB.

### **g) Témoigner de son IVG**

- Le choix de témoigner

Toutes les femmes ont parlé de l'IVG à leur compagnon. Certaines ont fait le choix d'en parler également à leur famille, à des amies ou à des personnes de confiance au travail.

Pour elles, échanger sur l'IVG est quelque chose qui s'est « *passé tout naturellement* » EH et qui leur a « *fait du bien* » E7.

- Un témoignage sous certaines conditions

L'absence de jugement et la « *confiance* » E7 ont été des éléments importants pour pouvoir se confier. « *En parler à des personnes dont on sait qu'on n'aura pas... affaire à... un jugement, en fait c'est ça !* » E3.

Une femme avait besoin de temps pour pouvoir parler. « *J'en ai parlé à certaines personnes, après coup, une fois que j'ai digéré* » E8.



- Le choix de ne pas témoigner

Un certain nombre de femmes ne ressentait pas l'« envie » E8 ou le « besoin » EA de parler. L'IVG était une histoire du couple « *notre histoire à tous les deux* » EG, quelque chose qui reste entre eux « *On voulait vraiment se garder ça pour nous* » E8.

Ne pas en parler a répondu à l'envie de se cacher « *on a envie de se cacher en fait* » EB ou de se protéger d'un retour négatif. « *Voilà donc si on peut effectivement s'abstenir d'avoir ce genre de... retours euh...et se protéger un peu c'est pas plus mal* » E3. Un frein au témoignage a été la crainte du jugement « *Est-ce que je vais être jugée ? Est-ce que je vais pas être jugée ?* » EG et de l'incompréhension. « *Ça, ça aurait pas été compris...de toute manière ! Donc euh autant éviter...* » E3. Elles ont insisté sur l'importance de ne pas se sentir jugées. « *Ça c'est important aussi de ne pas se sentir jugée parce qu'on a besoin d'être soutenue* » EH.

Elles ont également pu redouter le sentiment de culpabilité ou de honte. « *Mais en même temps vu qu'il y a de la honte et de la culpabilité et ben en fait, on en parle pas quand même* » EB

- Les raisons d'accepter l'entretien

Plusieurs femmes ont choisi de témoigner puisqu'il n'y avait « *pas de non dit* » ED. Ce n'était pas « *dérangeant de revenir dessus* » EC.

Certaines ont évoqué l'importance d'apporter leur expérience, de faire un retour pour améliorer les choses « *pour pouvoir faire avancer la médecine, il faut aussi euh...avoir un retour d'expériences* » E3, pour pouvoir « *enseigner* » ED. Elles ont choisi de témoigner pour « *pouvoir aider d'autres personnes* » EH dans la même situation. « *C'est justement pour toutes les femmes qui euh, qui passent par là et qui sont passées par là* » EH.

D'autres femmes ont trouvé « *utile d'en parler* » ED. Elles avaient « *besoin de témoigner* » E6, de vider leur sac. « *Je peux aussi vider le sac à quelqu'un d'inconnu, ça peut aussi faire du bien.* » EF.

Des femmes ont parfois accepté l'entretien par militantisme. « *Y a un côté un peu militant, un peu politique aussi hein, de venir en parler voilà* » EB ou par empathie pour nous en tant qu'étudiantes.

### 3. L'après

#### a) **Antécédents d'IVG : une influence sur le choix de la méthode**

Pour quelques femmes qui avaient déjà eu une expérience antérieure d'IVG, l'IVG faisait déjà partie d'un après. Deux femmes ont longuement parlé d'une IVG chirurgicale « *mal vécue* » E2, E8 quand elles étaient mineures. Cette expérience a influencé leur choix de méthode pour cette IVG. « *C'est pour ça que je voulais pas le repasser à l'hôpital, c'est le côté parce que... je vais à l'hôpital ; je poirote ! Pour moi, c'est poirote, pour attendre que...midi arrive...* » E2.

Les femmes ont pu comparer leur expérience, leur ressenti selon la méthode choisie. En parlant de son ancienne IVG chirurgicale, une femme nous a dit « *On est carrément moins à l'aise ... on se détend beaucoup moins.* » E8. Beaucoup ont préféré l'IVG médicamenteuse à domicile. « *D'être au domicile en général...par rapport à l'hôpital...\_Haa je trouve ça génial !* » E6.

Une participante dont c'était la quatrième IVG expliquait qu'elle anticipait un avortement devant le moindre retard de règles ou risque de grossesse. « *Dès le départ disons que, je m'attends... déjà plus ou moins... avant même l'arrivée des règles ou autre...disons que je suis préparée... Mais au jour d'aujourd'hui, je me sens pas du tout prête, donc dès le départ...euh j'attends pas qu'il soit trop tard.* » E3.

#### b) **La consultation de contrôle**

Concernant la consultation de contrôle les avis des femmes étaient divers. Certaines participantes l'ont trouvée « *utile* » EC et d'autres pas « *forcément utile* » EG.

- Les intérêts de la consultation de contrôle
  - Confirmer l'efficacité de la méthode. « *ça m'a rassurée pour être sûre que ce soit bien passé, que ce soit vraiment terminé* » EC. La prise de sang de contrôle a permis de rassurer une femme. « *Bon au niveau des chiffres, ça a baissé considérablement donc on comprend bien que ça a bien marché* » EG.
  - Rediscuter de la contraception post-IVG et parfois mettre en place un stérilet ou un implant.
  - Pouvoir poser les questions non posées précédemment. « *Si on a des questions qui viennent entre temps on peut les poser* » EC.
  - Vérifier que la patiente aille bien. « *Elle a voulu me revoir pour s'assurer que tout va bien* » EB

- Parler du vécu. « *Ben oui, parce que ça permet de parler de comment on l'a vécu* » ED.
- Les inconvénients de la consultation de contrôle
  - Insuffisante pour vérifier la vacuité utérine. « *A mon avis c'est pas suffisant* » E3. Le médecin de ville aurait « *des limites* » notamment par l'absence d'échographie. « *Je pense que la visite de contrôle, doit se faire, d'une manière plus poussée et s'assurer qu'effectivement derrière il n'y a pas de...y a pas de reste...* » E3.
  - Inutile, un moyen alternatif à une consultation serait envisageable. « *Oui, j'aurais pu envoyer un mail, échanger autrement euh sur cette consultation-là* » EG.
- Le délai de la consultation de contrôle

Selon les femmes, le délai de la consultation de contrôle était adapté, « *tôt* » E3 ou « *un peu long* » EH chez une personne qui aurait « *voulu avoir une réponse plus rapide* » EH.

Pour plusieurs participantes, la procédure de l'IVG jusqu'à la consultation de contrôle était longue. Ces femmes avaient envie de rapidité afin de « *passer à autre chose* » E8.

« *Non, il me tardait voilà... que ça se termine* » E8.

### **c) Les complications**

Une des femmes a présenté une hémorragie abondante avec caillots trois semaines après l'IVG, l'obligeant à consulter plusieurs fois les Urgences gynécologiques. Un diagnostic de rétention a été posé. Deux nouvelles prises de Misoprostol® ont dû être nécessaires. L'inquiétude puis « *un gros sentiment de panique* » E3 ont été ressentis par cette femme devant les saignements inattendus. Le « *sentiment de recommencer* » E3 et « *de ne pas s'en sortir* » ont conduit à un « *épuisement psychologique* » E3.

Un mois après l'IVG, une autre participante a eu des saignements importants entraînant une consultation chez son médecin traitant et une échographie de contrôle. Pour elle, cette complication était un effet secondaire de l'implant contraceptif. « *Mais plus l'implant derrière, apparemment c'est ça qui m'a créé tous ces soucis.* » EG. Elle a regretté que le médecin qui lui a posé l'implant ne l'ait pas plus informée. « *Je pense que... j'ai pas non plus été assez conseillée dessus* » EG.

#### **d) Les retentissements**

Sur la question de l'existence de retentissements dans leur vie à distance de l'IVG, la plupart des femmes ont répondu négativement, à l'exception d'une femme. « *Ça a été très dur, ça l'est encore* » EA. Beaucoup ont déclaré ne pas être « *marquée* » E5, ni « *perturbée* » EH, ni « *choquée* » E5 ou « *traumatisée* » EA par cet acte.

##### ▪ Symptômes positifs ressentis après l'IVG

Des femmes ont parlé de soulagement après l'IVG. « *On est quand même soulagée parce qu'on se dit : Bon, c'est fini* » EF. Une d'entre elles a même utilisé le terme de libération. « *Effectivement moi, c'était comme une libération* » EF.

##### ▪ Symptômes négatifs ressentis après l'IVG

Quelques femmes ambivalentes lors du choix ont parlé d'un sentiment de regret, « *Quand j'y repense euh... des fois euh... ouais je regrette.* » EF même si cela semblait être la meilleure solution pour elle. « *Je me dis j'aurais jamais dû faire ça...mais après d'un autre côté, je me dis que ça a été peut être la meilleure solution.* » E1.

Des femmes ressentaient de la culpabilité « *Je me sens pas forcément très bien par rapport à ça.* » EF. L'une d'entre elles imaginait la poursuite de la grossesse après l'IVG. « *Je me dis tiens, toi tu serais sur ta fin de grossesse ou euh des choses comme ça* » EB.

##### ▪ Retentissements sur le couple

L'IVG a pu avoir des répercussions sur le couple. Certaines femmes ont évoqué des conflits au sein du couple. « *Après euh ça a explosé... Et quatre jours après, on s'est engueulé* » E6. Un couple s'est séparé dans les suites de l'IVG. « *Aujourd'hui malheureusement on n'est plus ensemble* » E1.

Pour quelques femmes, l'IVG a été le symbole d'un dysfonctionnement dans le couple. « *Je lui ai dit : Ecoute, ça s'est arrivé, ce n'est pas anodin, euh ça veut dire qu'il y a quelque chose qui va pas* » E6. L'avortement a obligé certains couples à parler, à clarifier des non-dits. « *Ça nous a obligés à parler, parce qu'avant on en parlait pas* » EB, « *il y a un cheminement qui s'est fait depuis...* » E3.

Enfin, cette IVG a permis à certains couples de se rapprocher. « *Je me suis rapprochée de mon copain à ce moment-là... voilà, ça nous a reliés encore plus* » EA.

- Retentissement sur la sexualité

Concernant la sexualité, il y a parfois eu des difficultés « *c'est vrai qu'au point de vue intime, ça nous a pas mal... refroidis... un certain temps tous les deux* » ED avec un refus des rapports sexuels de la part de la femme. « *Par contre, quand il commence à faire ses petits câlins et il essaie de le mettre dedans. Je dis : Non. Non.* » E6.

- Retentissement sur la fertilité

Une participante ayant eu une complication s'est interrogée sur les « *répercussions* » E3 de l'avortement sur sa fertilité. « *La peur de...de éventuellement de pas pouvoir avoir d'enfants* » E3. Cet événement a entraîné chez les femmes un questionnement sur le choix d'une contraception efficace.

- Le processus d'oubli après l'IVG

Plusieurs participantes ont dit vouloir avancer. « *Je préfère juste oublier et...passer à autre chose* » E4. Parmi elles, certaines avaient parfois l'impression que l'IVG n'avait jamais existé. « *J'ai l'impression que ce n'est jamais arrivé* » E4, « *Comme-ci de rien n'était* » E2.

A l'inverse, d'autres ont parlé d'une réalité « *on sait que ça s'est passé, qu'on se voile pas la face* » ED, d'une « *expérience à ne pas oublier* » E2. Ces femmes en ont tiré des conséquences. « *Hors de question que je me retrouve à nouveau dans cette situation* » E6.

En réalité, beaucoup ont commencé à oublier l'âge de la grossesse, les dates, le déroulement, les prises des médicaments.

### **e) Lien IVG et projet de vie**

L'IVG a permis aux femmes de réfléchir à leurs positions sur la maternité.

Certaines femmes nullipares ont parlé d'une maternité dans un projet de vie future. « *Après, je veux vraiment des enfants plus tard* » EF. L'une d'elles, en fin d'entretien, a laissé la porte ouverte à une grossesse proche. « *Après, ça veut pas dire qu'on aura pas une grossesse peut-être avant la fin de l'année ou l'année prochaine.* » EC. Pour d'autres, la réussite de la maternité fait partie d'une philosophie de vie. « *Pour moi dans la vie, je préfère réussir en tant que maman que professionnellement...* » EA.

Quelques participantes ont évoqué un impact de cette IVG sur ce projet de maternité future. « *Je pense que ça me fera bizarre quand je...quand plus tard je voudrai avoir des enfants...* » E4. « *De me dire que si euh plus tard on prévoit d'avoir un enfant, ... fin moi personnellement je pourrais pas me dire c'est mon premier enfant, en fait...* » E7.

#### **f) Recommandation de la méthode à une proche**

Les avis ont été partagés. Les femmes dont l'IVG s'est bien passée sans complication ni douleur importante conseilleraient « *clairement sans hésitation* » EG cette méthode.

D'autres ont été plus hésitantes, préférant donner leurs avis sur les différentes méthodes pour laisser la personne choisir. « *Ensuite c'est elle qui prendra la décision* » EH.

Une personne ayant eu une complication conseillerait une prise en charge hospitalière. « *D'avoir une prise en charge directement avec euh les moyens on va dire euh médicaux et hospitaliers* » E3.

### **4. Les mots employés par les femmes**

#### **a) Les mots pour parler de la grossesse**

Les mots employés par les femmes pour désigner cette grossesse étaient différents selon les femmes. Pour certaines ce n'était « *pas grand-chose* » E5, « *rien* » E5, « *quelque chose* » E6, ou « *un petit truc* » E6, ou encore « *juste quelques cellules* » E6, « *même pas un embryon* » EG. Le vocabulaire était pour d'autres plus lourd de sens : « *un petit être vivant* » EF, « *un être humain* » E6, « *un peu notre bébé* » EF, « *c'était quand même mon enfant.* » EF.

Les mots employés par le corps médical pour désigner la grossesse ont parfois touché, marqué les femmes. « *C'est vraiment cette phrase...* » EE

« *Ouais, elle a dit : C'est rien... 'fin y a rien... C'est encore rien* » EE, « *C'était pas rien* » EE

La grossesse et la maternité occupaient une place plus ou moins grande dans l'esprit des femmes. « *On imagine ce qu'il y a à l'intérieur* » ED

Certaines femmes ont imaginé comment « l'enfant » aurait pu être ou devenir. D'autres ont imaginé leur vie en gardant « l'enfant » à naître. « *Fin c'est normalement ça devait grandir et être un enfant!* » E7, « *Fin je m'étais quand même un peu imaginé si je lui avait laissé la chance de grandir* » EF, « *Je me suis beaucoup imaginé... (blanc de 2s) ce que c'était... 'fin ce que ça pourrait être avec un enfant où ben voilà...* » EE

#### **b) Les mots pour parler de l'IVG**

Pour parler de leur IVG, les mots employés par les femmes étaient importants et riches de sens. Pour certaines femmes, l'avortement était « *quelque chose de commun* » EE, « *limite un geste anodin* » E2 ou « *un truc* » EF, « *une chose* » EH, comme une « *fausse-couche* » EG.

Pour d'autres, ce n'était pas « *un truc facile* » EF. Elles définissaient leur IVG comme un « *évènement particulier* » E1 ou comme « *une épreuve* » EF.

Plusieurs femmes ont utilisé le terme « tuer » pour parler de leur avortement. « *Quelque chose pour le faire tuer* » E6. L'utilisation de ce terme par les femmes était souvent liée à des sentiments d'infanticide ou de meurtre. « *J'ai tué mon bébé, quoi* » E1  
« *On met fin à une vie...* » E3, « *Moi qui...qui l'a exterminé...* » E6

## **F. Propositions d'améliorations selon les femmes concernant la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par un généraliste**

### **1. Améliorations du parcours**

Développer l'offre de soins pourrait être un point essentiel selon les femmes pour améliorer le parcours des femmes en demande d'IVG. « *Si y avait plus de médecins de ville qui le pratiquaient* » EG. Pour pallier le manque de médecins généralistes conventionnés ou pour « *promouvoir plus ce côté-là du médecin traitant* » EC une participante proposait d'alléger « *le parcours administratif* » EG des médecins dans l'obtention de leur agrément.

Renforcer l'information sur l'IVG médicamenteuse par le médecin généraliste représenterait une des clés pour faciliter l'accès à l'IVG au domicile. « *Fin montrer aux gens que ça existent* » EC. Informer la population et les différents professionnels de l'existence de cette méthode pourrait permettre qu'elle soit « *plus accessible à tout le monde* » E8.

Diffuser la liste des médecins conventionnés aux professionnels de santé ou sur internet a été suggéré par quelques femmes pour « *gagner du temps* » E8 et « *faire ça assez vite* » EE.  
« *Il serait important que les médecins qui pratiquent ... soient accessibles par internet.* » ED

Allonger le délai légal de l'IVG médicamenteuse et raccourcir le délai de réflexion étaient des pistes d'améliorations selon les femmes dans le parcours de l'IVG.

### **2. Améliorations sur le déroulement de l'IVG**

La création de lieux où les femmes se retrouveraient ensemble pour leur IVG médicamenteuse pourrait permettre selon une femme de ne pas ressentir la solitude et de pouvoir partager son expérience. « *Mais finalement pour pas qu'on reste seule pendant ces*

*IVG médicamenteuses » EB, « Pour échanger vraiment au moment où ça arrive, pour être rassurée » EB*

La consultation post IVG devrait être améliorée selon plusieurs femmes. Cette consultation pourrait davantage rassurer les femmes sur le bon déroulement et *« se soucier aussi de la dimension psychologique » EB*. Une femme a proposé d'instaurer une seconde visite de contrôle pour être pleinement rassurée.

### **3. Améliorations sur la prise en charge du médecin**

Un des rôles du médecin généraliste serait de *« bien renseigner » EF* les femmes en demande d'IVG. Une bonne information serait de pouvoir *« avertir » EF*, prévenir les femmes dans une juste mesure. Le médecin devrait décrire les douleurs, l'expulsion *« avec des mots peut-être plus simples » EB*, et expliquer *« ce qui passe dans le corps » EB*.  
*« Parce que ça j'étais pas prête du tout quoi » EB*

La disponibilité téléphonique pourrait être utilisée par chacun des médecins pour rassurer les femmes. *« Les médecins devraient tous... devraient faire ça, donner les numéros de portable pour qu'elles puissent appeler en cas de soucis » EF*

Encourager les femmes à parler de leur IVG pourrait *« aider des femmes à sortir de ce pétrin là » EB*. Une consultation avec un psychologue ou une sage-femme pourrait être instaurée pour écouter, *« faire parler » E3*, ou encore s'assurer du vécu des femmes après l'IVG.

### **4. Améliorations sur la prise en charge de la douleur**

Atténuer les souffrances, ne *« pas ressentir la douleur » EF* pourrait être un point essentiel selon les femmes dans l'amélioration de la prise en charge de l'IVG. *« Dans l'idéal, ce serait de moins sentir la douleur ». E1*

Trouver un antalgique assez puissant, ou prescrire des suppositoires en cas de vomissements ont été des pistes d'améliorations lancées par les femmes.

### **5. Aucune amélioration à apporter**

Un certain nombre de femmes était satisfaite du déroulement et trouvait la procédure *« adaptée » E8*. Pour ces femmes, il n'y avait *« rien à améliorer. » EF*, si ce n'est *« que ce soit un acte médical plus banal quoi ! » E8*



# DISCUSSION

## A. Limites de l'étude

### 1. Limites liées aux enquêteurs

Il s'agit du premier travail de recherche de type qualitatif que nous réalisons. Nous n'avons aucune expérience dans la manière de mener des entretiens semi-dirigés. Malgré une formation préalable et une rigueur tout au long du travail, ceci a pu altérer la qualité des données recueillies et leur analyse.

### 2. Limites liées au sujet de recherche

Les femmes interrogées étaient recrutées par des médecins qui nous avaient présenté comme appartenant au milieu médical. Ces éléments ont pu créer un biais concernant la relation médecin-malade.

Notre sensibilisation à l'IVG et la formation à l'IVG d'une des chercheuses ont pu également engendrer un autre biais. Le double codage et la triangulation ont permis de diminuer ces limites dans notre étude.

### 3. Limites liées au recrutement

Le recrutement étant basé sur le volontariat, les femmes qui ont accepté de participer à notre étude étaient plus disposées à témoigner. Nous pouvons nous demander si les femmes dont le vécu était trop douloureux, honteux ou insignifiant pour elles ont refusé de participer. Nous n'avons pas de donnée concernant le nombre et le motif de refus des femmes auprès des médecins.

Le recrutement était dépendant des médecins contactés et de leur investissement à l'égard de notre projet. Ceci a pu créer un biais de recrutement en supposant que les praticiens qui ont accepté de participer à notre étude étaient plus sensibles à ce sujet de recherche.

Nous voulions une représentativité de l'exercice en ville et en milieu rural, or seulement trois médecins exerçaient en milieu rural. Cette répartition est le reflet de l'inégalité de l'offre de la méthode médicamenteuse à domicile sur la région Midi-Pyrénées, la majorité des médecins conventionnés étant concentrée à Toulouse.

Bien que la saturation des données théoriques nous semble avoir été atteinte, nous ne pouvons prétendre avoir obtenu un échantillon de la population le plus diversifié possible.

#### **4. Limites liées aux conditions de l'entretien**

Il s'est écoulé 3 semaines à 4 mois entre l'IVG et la réalisation des entretiens. La difficulté pour certaines femmes de se remémorer les événements et les sentiments éprouvés a pu biaiser certaines données. Le temps a pu également exacerber ou alléger le vécu des femmes.

Le lieu de l'entretien a pu influencer le discours des femmes qu'il soit privé ou public. Des passants ou la présence du compagnon ont pu altérer la qualité de l'entretien.

L'enregistrement des données par dictaphone représente un biais de recueil des données dans la mesure où cela peut entraîner un blocage de la parole des femmes.

### **B. Discussion autour des résultats**

#### **1. Un vécu complexe : « On sent tout et on voit tout en fait » EF**

L'analyse de l'expérience des femmes montre que l'avortement à la maison peut entraîner des sentiments multiples et complexes.

##### **a) *Le vécu physique***

Les femmes ne « voyant » pas arriver leurs règles se posent la question d'une grossesse. Certaines d'entre elles « ressentent » les symptômes de la grossesse, d'autres au contraire n'y sont pas du tout réceptives [10]. Selon la littérature, l'installation de ces premiers signes rend encore plus insupportable la décision d'IVG [11]. Ne rien ressentir peut aider certaines femmes à passer sous silence leur IVG.

Lors de l'IVG médicamenteuse, les femmes « sentent » physiquement et psychologiquement ce qui est en train de se dérouler. « On sent tout et on voit tout en fait » EF.

La douleur « ressentie » est extrêmement variable selon les personnes. Elle dépend de l'antalgie, des antécédents de la femme mais surtout de son histoire et du contexte qui l'entoure. Les femmes « voient », « ressentent » et parfois entendent l'expulsion. La « vision » de l'expulsion peut déranger et entraîner une prise de conscience ou une impression de meurtre.

L'expulsion fait partie intégrante de l'IVG médicamenteuse à domicile et cela ne peut pas être modifié. Plus la femme investit la grossesse et imagine « l'enfant » en devenir, plus une réaction complexe face à l'expulsion semble inévitable. Néanmoins, pour éviter le sentiment d'être isolée et démunie face à cela, cet acte doit être préparé par le médecin, avec des mots adaptés à la personne et à ses attentes [12]. Il semble également important que le médecin sache proposer une IVG chirurgicale aux femmes qui appréhendent ou ne se sentent pas capables de vivre l'expulsion au domicile.

***Expliquer le moment de l'expulsion en s'adaptant à chaque femme.***

***Savoir proposer une IVG chirurgicale aux femmes qui appréhendent l'expulsion au domicile.***

### ***b) Le vécu psychologique***

L'importance du domicile et ses principaux avantages sont présentés dans notre travail. Le cocooning et le sentiment d'être à l'abri du regard des autres sont particulièrement appréciés. Le principal inconvénient du domicile mis en évidence par les femmes est la solitude « ressentie ». L'isolement favorise la culpabilisation des sujets qui avortent [13]. Confrontées à la solitude, plusieurs personnes interrogées auraient préféré une IVG médicamenteuse à l'hôpital, afin de bénéficier de l'accompagnement d'une équipe.

L'analyse de l'expérience des femmes montre que lors de la découverte de la grossesse, les personnes « ressentent » différentes émotions : stupeur, choc, culpabilité, sentiment d'irresponsabilité ou de faute. Lors du choix de l'IVG, beaucoup de femmes sont déterminées. Toutefois, quelques-unes connaissent hésitations, doutes ou ambivalences. Avant l'IVG, de nombreuses femmes ont une appréhension, une inquiétude voire des angoisses, jusqu'à pour certaines une peur de la douleur et de l'échec. Après l'IVG, la plupart d'entre elles se sentent libérées et soulagées. Toutefois, certaines ont besoin de la consultation post-IVG ou de la prise de sang pour l'être totalement. Quelques participantes ont ressenti de la tristesse, de la culpabilité, des doutes voire des regrets pour une minorité d'entre elles.

Le « regard » que les femmes portent sur les autres, mais aussi le regard que les autres portent sur elles ont une influence sur leur vécu. « Voir » une mère avec un enfant, une femme enceinte ou « voir » les réactions de l'entourage, des soignants peuvent toucher, marquer les femmes. La personne accompagnante doit être la plus neutre et bienveillante

possible. En effet, ses mots, ses réactions peuvent amplifier les tensions psychologiques vécues par la femme [14]. Aussi, elles attendent de leurs interlocuteurs une neutralité et une absence de jugement [11].

## **2. Les facteurs influençant le vécu**

Notre analyse met en évidence que le parcours, le médecin et le contexte sont susceptibles d'influencer le vécu d'une IVG médicamenteuse en soins primaires. La prise en compte de ces éléments pourrait améliorer la prise en charge des femmes en demande d'IVG.

### **a) Le parcours**

Le parcours est une des dimensions susceptibles d'influencer le vécu des femmes en demande d'IVG. Cet élément était déjà retrouvé dans les travaux de recherche de C. Moreau, N. Bajos et J. Bouyer qui s'intéressaient aux conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France [15].

- **L'accès à l'IVG**

Dans notre travail, comme dans l'étude de A.C. Grandrupt, avoir accès facilement et rapidement à l'IVG avec un interlocuteur unique est apprécié par les femmes [11].

Les femmes en demande d'IVG connaissent clairement des trajectoires indirectes et longues. Le délai de prise en charge et la complexité du parcours représentent des questions stressantes et ont un impact sur les femmes [16]. L'accès à l'IVG reste grandement déterminé par l'attitude du premier professionnel de santé, de sa connaissance du réseau de soins [17]. A Toulouse, un bon nombre de généralistes ne connaît pas l'existence du réseau autour de l'IVG [5]. Cela souligne l'importance de mieux informer les femmes et les professionnels sur le processus requis pour l'IVG, pour que toute personne puisse réaliser l'acte dans les plus brefs délais.

***Faciliter l'accès à l'IVG pour une prise en charge rapide sans intermédiaire.***

***Améliorer la connaissance du réseau de soins des différents acteurs.***

***Diffuser la liste des médecins conventionnés et des hôpitaux aux différents interlocuteurs.***

Internet est le moyen d'accès à l'information privilégié des personnes interrogées dans notre étude. Le poids des institutions anti-IVG et leur représentativité sur internet est encore importante et problématique en 2015. Soulignons par ailleurs que l'accueil et l'attitude des

interlocuteurs ont aussi des incidences sur la prise en charge et sur le ressenti des femmes [11].

***Savoir accueillir la femme et sa demande.***

- Le délai de réflexion

Conformément à la proposition du Haut Conseil de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes [18], les députés ont voté la suppression du délai de réflexion de 7 jours le 19 mars 2015.

Les femmes de notre étude sont partagées quant à son intérêt. Un certain temps de réflexion pourrait être utile en cas d'ambivalence.

***Offrir la possibilité de réfléchir en cas d'ambivalence.***

- La consultation post-IVG

La consultation post-IVG est dans l'ensemble peu suivie. L'enquête DREES indique que seulement 50% des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse se rendent à cette consultation [19]. Toutes les personnes participant à notre étude s'y sont rendues et la majorité l'a trouvée utile pour être rassurée sur l'efficacité de l'IVG, mais aussi pour parler de la contraception et du vécu. L'échec de la méthode médicamenteuse reste la première crainte des femmes retrouvée dans la littérature [12].

La consultation de contrôle semble avoir une certaine utilité, mais la non-présentation des femmes à ce rendez-vous pose question. Dans ce contexte, une étude sur l'utilité et l'intérêt de la consultation post-IVG auprès des médecins conventionnés est en cours sur Toulouse. Il nous semble important que le médecin parle préalablement aux femmes de cette consultation qui peut aussi être un espace favorable à la parole et pas seulement une vérification de l'efficacité de la méthode.

***Vérifier, confirmer l'efficacité de la méthode et aborder la contraception post-IVG.***

***Favoriser l'expression du vécu, rassurer, soutenir et déculpabiliser.***

***b) Le médecin***

Le médecin et sa prise en charge ont une influence sur le ressenti des femmes. Ceci est retrouvé dans notre analyse du discours des personnes interrogées.

- L'attitude du médecin

L'accueil, l'écoute, le soutien et la disponibilité du médecin sont clairement appréciés par les femmes dans notre travail. Comme l'illustrent de nombreuses études sur la relation patient-

malade, la qualité d'écoute et la disponibilité du médecin contribuent à apaiser l'anxiété [12] et à favoriser l'expression du vécu. Cette écoute du médecin a d'autant plus sa place depuis que la consultation avec un psychologue a cessé d'être obligatoire. Il semble alors essentiel que les femmes trouvent auprès des médecins un lieu favorable à l'expression, un espace ouvert en cas de besoin ultérieur.

***Se montrer disponible, savoir accueillir la femme et sa demande.***

***Ecouter, rassurer et soutenir.***

***Aborder le vécu psychologique, évoquer la possibilité de pouvoir parler après l'IVG.***

La neutralité, la bienveillance sont également un élément important de satisfaction des femmes interrogées. Des participantes ont été confrontées à un discours normalisateur [20], à une attitude moralisatrice et culpabilisante de certains soignants. Ces attitudes adoptées par certains membres du personnel soignant augmentent les obstacles et les difficultés rencontrés par les femmes [17]. Le médecin et les soignants se doivent de préserver la patiente de leur appréciation morale. Cela implique qu'ils connaissent leur système de valeurs et de représentations, qu'ils sachent prendre de la distance pour entendre la femme.

***Entendre sans jugement.***

Les mots employés par le corps médical pour désigner la grossesse ont parfois involontairement touché, marqué les participantes de notre étude. Par leurs paroles, leurs attitudes, certains professionnels peuvent blesser psychologiquement les femmes fragilisées par la période difficile qu'elles sont en train de vivre [14]. Divay S. dans son travail invite les soignants à être attentifs au vocabulaire utilisé, tant certains termes peuvent être lourds de sens [13].

***Etre attentif au vocabulaire employé.***

- Le choix de la méthode de l'IVG

Le choix de la méthode n'est pas toujours réel dans notre travail. L'étude de N. Bajos retrouve qu'un tiers des femmes ont le choix, un tiers ont un choix orienté et enfin un tiers n'ont pas le choix de la méthode [12]. Ceci pose la question de la réalité du choix de la méthode laissée aux femmes en demande d'IVG. Cette possibilité de choix est pourtant un élément important de satisfaction des femmes et a une influence sur leur ressenti [11]. Expliquer objectivement les différentes méthodes et amener l'intéressée à découvrir d'elle-même celle qui lui semble plus adaptée peut renforcer sa satisfaction.

***Permettre la possibilité du choix de la méthode et s'assurer de la bonne compréhension de la méthode.***

***Amener la femme à découvrir par elle-même la méthode qui lui convient.***

- L'information délivrée

Conformément à la littérature, certaines participantes s'estimaient insuffisamment informées sur le déroulement de l'IVG, la douleur, l'expulsion ou l'après IVG [21]. L'information des femmes est une étape déterminante quant au vécu de l'IVG [22]. Ne pas les informer peut exposer celles-ci à une anxiété accrue et rendre l'avortement plus difficile.

***Donner une information claire, adaptée aux besoins des femmes.***

Expliquer le déroulement avec ce qui peut survenir à chaque étape, préparer à être face à l'expulsion sont une considération importante pour les femmes de notre enquête. Informer de la possibilité de ressentir des douleurs intenses, ne pas minimiser l'existence de la douleur et rappeler que les douleurs ne sont pas « une condition nécessaire » pour l'efficacité de la méthode répondrait aux besoins des personnes interrogées. Une étude qualitative [23] révèle que les femmes informées et soutenues dans leur choix ont une bonne expérience psychologique. Cela souligne l'importance d'améliorer la délivrance de l'information, de prévenir et avertir les femmes en demande d'IVG.

***Expliquer le déroulement, en décrivant ce qui peut survenir à chaque étape : prévenir, avertir.***

***Préparer à être face à l'expulsion.***

***Informez sur la possibilité de ressentir des douleurs intenses ou aucune douleur et rappelez que les douleurs ne sont pas une condition nécessaire à l'efficacité.***

- La prise en charge de la douleur

La douleur ressentie peut provoquer une détresse importante [24]. Néanmoins cette douleur sera vécue différemment si la personne peut poser les mots [10]. La douleur doit être reconnue, écoutée avec soin, évaluée, et soulagée. La prise en compte et le traitement de la douleur sont alors de véritables obligations pour le médecin. Celui-ci doit prescrire systématiquement des antalgiques adaptés en expliquant à la femme comment les utiliser et insister sur le renouvellement des prises d'antalgiques. La disponibilité téléphonique dans notre enquête permet une réassurance et une meilleure gestion des douleurs au domicile.

***Ecouter la douleur, ne pas minimiser l'existence de la douleur.***

***Soulager la douleur, insister sur le renouvellement des antalgiques.***

***Rappeler la disponibilité téléphonique.***

L'expérience de la douleur varie fortement selon les antécédents de dysménorrhées, les expériences de grossesse, et l'âge de la personne interrogée. L'environnement affectif, le soutien des partenaires et la composante affective ont également une incidence sur le ressenti des femmes quant à la douleur provoquée. Ces facteurs sont retrouvés dans une étude qualitative suédoise [25]. Dans cette étude, la qualité de la relation soignant-soigné et l'exactitude des informations fournies se sont aussi avérées être des éléments déterminants de la douleur et du vécu de l'IVG. La prise en charge de la douleur doit s'intéresser à la femme dans sa globalité et non pas uniquement à la douleur elle-même.

Il est difficile de proposer un protocole de prise en charge de la douleur car les études sont réalisées avec des protocoles médicamenteux différents selon les pays, avec différents systèmes d'évaluation de la douleur [26]. De plus, le ressenti de la douleur est subjectif et évolue dans le temps. Cependant, il peut être intéressant que les médecins soient attentifs à ces facteurs influençant de la douleur pour anticiper et adapter au mieux l'antalgie.

***Prendre en compte les facteurs influençant de la douleur pour adapter l'antalgie.***

### ***c) Le contexte***

Une femme choisissant de réaliser une IVG voit ses perceptions influencées par le contexte dans lequel elle se trouve [23].

- **Le contexte de la décision**

Conformément à la littérature, la décision prise sous contrainte complique l'acceptation psychique [14]. Les femmes de notre étude semblent mieux vivre leur avortement lorsqu'elles l'ont choisi seule ou en couple. Le conflit entourant le choix de réaliser une IVG prédispose à des problèmes émotionnels [27], l'accord du couple s'avère être un élément déterminant dans le vécu d'un avortement [14].

***S'assurer que l'IVG est une décision personnelle.***

***Considérer l'entourage, tenir compte du contexte relationnel.***



Les femmes interrogées semblent mieux vivre un avortement lorsque le choix est clair, sans hésitation ni doute. La présence d'ambivalence est associée à un ressenti difficile pendant l'avortement et à l'émergence d'une culpabilité et de regrets après celui-ci.

Il semble alors essentiel pour le médecin d'écouter le désir et l'ambivalence pour une évolution plus favorable du deuil [14]. Après l'IVG, il doit s'efforcer de repérer les signes de culpabilité, les sentiments d'échec inavoué [22] et de trouver les mots pour soulager cette culpabilité. En cas de situation d'ambivalence majeure, un soutien psychologique pourrait être nécessaire.

### ***Entendre l'ambivalence, le doute et la culpabilité.***

- Le couple

L'IVG met à l'épreuve le couple, la solidité de ses liens et la communication en son sein. Dans notre travail, cet événement de la vie a un impact sur le couple parfois positif (rapprochement ou remise en question constructive), parfois négatif (séparation). Les femmes pouvant communiquer facilement avec leur partenaire, semblent avoir un vécu plus favorable.

Cela souligne l'importance de s'intéresser au contexte relationnel du couple. Le médecin doit encourager la communication et la réflexion en son sein et apporter un soutien si nécessaire.

### ***Encourager la communication au sein du couple.***

- Les personnes accompagnantes

La présence d'une personne accompagnante est fortement conseillée pendant l'expulsion lors de l'IVG médicamenteuse à domicile [28]. Les femmes bénéficiant d'un soutien de leur partenaire semblent avoir un meilleur vécu [23]. Toutefois, la présence du partenaire peut susciter des réserves, si la décision d'avorter n'a pas été prise d'un commun accord [12]. Il nous semble alors important que la personne accompagnante soit une personne de son choix.

L'écoute, la présence et l'absence de jugement du compagnon ont été des éléments importants de satisfaction des femmes interrogées. Idéalement, l'accompagnant doit être impliqué et d'un réel soutien et avoir un regard neutre et bienveillant. La communication doit également être possible.

Certaines thématiques semblent être néanmoins plus difficiles à aborder avec un sujet masculin, notamment ce qui touche à la maternité, au vécu d'un corps féminin et à l'expulsion. Dans notre enquête, les mères ont une place particulière dans l'IVG de leur fille. Elles jouent parfois un rôle de soutien, de conseillère ou de confidente. Une étude met en évidence que le soutien des mères, créant une situation de complicité, est très apprécié notamment lors de la décision [29].

***S'intéresser à la position du compagnon et de l'entourage.***

***Veiller à la présence et au soutien d'une personne accompagnante choisie, ne portant aucun jugement.***

- La place de l'IVG dans la société

L'IVG est un événement complexe qui touche simultanément les domaines médicaux, sociétaux, politiques, juridiques et religieux. Tantôt autorisé, toléré ou puni, l'IVG est un acte mondial ancestral qui est ancré dans l'histoire de l'Homme. En France, l'avortement est un droit des femmes depuis 1975 avec la loi Veil. La législation évolue vers une simplification avec la suppression récente de la notion de détresse et du délai de réflexion. C'est un acte médical pas comme les autres, qui ne laisse ni les soignants ni les femmes indifférents.

Les sujets de notre étude sont sensibles à l'approbation des autres [29], au poids du regard des soignants, de leur entourage et de la société sur elles. Des sentiments de culpabilité, de honte sont présents. Souvent, les femmes préfèrent alors passer sous silence leur IVG pour éviter les incompréhensions, les jugements, les reproches et pour ne pas nuire à leur image sociale [30]. Nous pouvons nous demander si « un acte médical plus banal » revendiqué par certaines participantes pourrait éviter certains tiraillements moraux.

- Le sens donné à la grossesse

I. Nissand écrit que le vécu de l'IVG est lié au sens qu'il prend dans une trajectoire de vie [14]. L'analyse de l'expérience des femmes montre que la signification de la grossesse est propre à chaque femme. Certaines d'entre-elles arrivent à entendre un sens possible au dit « accident » [14]. Le désir de grossesse représente une recherche d'identité [31] ou une vérification d'une féminité encore présente [31]. La littérature souligne également que l'émotion de la perte est plus grande chez les personnes qui avortent d'une « significative » grossesse [27]. Il semble alors important d'aider les femmes à situer l'IVG dans leur vie.

Initier une réflexion pour apprécier le sens de la grossesse et de l'IVG pourrait leur permettre d'intégrer l'événement à leur histoire.

***Aborder le contexte de survenue de la grossesse.***

***Initier la réflexion sur le sens de la grossesse.***

Les mots employés pour parler de la grossesse, de l'IVG sont différents selon le vécu. Les femmes qui ont peu investi cette situation de grossesse ou peu imaginé « l'enfant » potentiel utilisent des mots très neutres et vagues. En revanche, celles qui sont plus affectées emploient les termes de « bébé » ou « enfant » et voient dans le fœtus « un être vivant » ou « un être humain ». Selon la littérature, les femmes qui utilisent le terme « être vivant » sont celles qui ont été le plus profondément et longuement affectées [14]. L'emploi du terme « bébé » est souvent relié à des sentiments de culpabilité ou de conflits [21]. Il semble alors important, que le médecin soit vigilant aux mots employés par les femmes, certaines expressions étant révélatrices d'un vécu plus négatif. Eviter la pensée du fœtus comme un être humain pourrait alléger le fardeau de l'avortement [29].

***Etre attentif aux mots des femmes.***

- Antécédents

Dans notre travail, les femmes aux antécédents multiples d'IVG n'ont pas un vécu sensiblement différent des autres. Celles qui ont eu l'expérience des méthodes chirurgicale et médicamenteuse ont préféré la méthode médicamenteuse.

La parité des femmes interrogées joue un rôle dans le vécu de l'IVG, l'expérience étant très différente de celles pour lesquelles il s'agit d'une première grossesse [12]. Les nullipares ont souvent une moins bonne expérience que les multipares [32]. Etre mère permet d'avoir une maturité dans le choix et un investissement dans la grossesse différent.

- IVG dans le secret

Conformément à la littérature, les jeunes femmes interrogées font le choix d'une IVG dans le secret car elles craignent les remontrances de leurs parents, elles souhaitent les épargner, ne pas les décevoir ou ne pas leur faire de peine [13].

Bien accompagnées par leur compagnon ou leurs amies, ces personnes ne semblent pas éprouver plus de difficultés à rester dans le secret de leurs parents.

### **3. Pistes d'améliorations proposées**

Nous remarquons dans notre analyse du discours qu'au-delà de la prise de décision, un ensemble de facteurs influence le vécu de l'IVG. Il est frappant de voir que le parcours, le médecin, le contexte et toutes les composantes autour de la personne peuvent rendre le vécu de l'IVG plus difficile.

L'analyse du ressenti des femmes interrogées permet de dresser une prise en charge « idéale » d'une femme en demande d'IVG en médecine générale (Tableau 2). Les différents points découlant de la parole des femmes devraient être abordés pour les aider dans leur expérience. Dans son travail qualitatif, Martin S. [26] retrouvait certains éléments et proposait déjà d'aborder ces points essentiels lors de la prise en charge de l'IVG en médecine générale.

Nous sommes conscientes qu'il est difficile en pratique d'aborder et de prendre en compte l'ensemble de ces éléments. Ces multiples facteurs interagissent entre eux et influencent le vécu. La maîtrise de tous ces facteurs est utopique. Et même en réunissant ces conditions idéales, le vécu de certaines femmes pourra être difficile.

Chaque IVG est unique et propre à chaque femme. L'IVG s'inscrit dans l'histoire de la femme, dans un contexte de vie spécifique et à un moment donné de sa vie. Chaque femme investira cette IVG d'une manière différente et lui donnera un sens qui n'appartient qu'à elle.

<b>Consultation d'une demande d'IVG</b>	Attitude du médecin	Se montrer disponible Savoir accueillir la femme et sa demande Ecouter, entendre sans jugement Rassurer, déculpabiliser, soutenir Etre attentif au vocabulaire employé et aux mots des femmes
	Informations fournies	Présentation objective des différentes méthodes Offrir la possibilité de réfléchir en cas d'ambivalence Evoquer la possibilité de pouvoir parler après l'IVG
	Orienter la femme	Faciliter l'accès à l'IVG pour une prise en charge rapide sans intermédiaire Améliorer la connaissance du réseau de soins des différents acteurs Diffuser la liste des médecins conventionnés et des hôpitaux aux différents interlocuteurs
	Veiller au contexte	S'assurer que l'IVG est une décision personnelle Considérer l'entourage, tenir compte du contexte relationnel. S'intéresser à la position du compagnon et de l'entourage Veiller à la présence et au soutien d'une personne accompagnante choisie, ne portant aucun jugement Encourager la communication au sein du couple Entendre l'ambivalence, le doute, la culpabilité
	Accompagner la réflexion	Aborder le contexte de survenue de la grossesse Initier la réflexion sur le sens de la grossesse
<b>Consultation pré-IVG</b>	Libre choix	Permettre la possibilité du choix de la méthode S'assurer de la bonne compréhension de la méthode Amener la femme à découvrir par elle-même la méthode qui lui convient
	Informations fournies	Délivrer une information claire, adaptée aux besoins de la femme Expliquer le déroulement, en décrivant ce qui peut survenir à chaque étape : prévenir, avertir Informers les femmes sur la douleur, l'expulsion, l'après IVG Préparer à être face à l'expulsion Rappeler la disponibilité téléphonique
	La douleur	Informers sur la possibilité de ressentir des douleurs intenses ou aucune douleur Rappeler que les douleurs ne sont pas une condition nécessaire à l'efficacité Ne pas minimiser l'existence de la douleur Soulager la douleur, insister sur le renouvellement des antalgiques Prendre en compte les facteurs influençant de la douleur pour adapter l'antalgie Ecouter la douleur
	L'expulsion	Expliquer le moment de l'expulsion en s'adaptant à chaque femme Savoir proposer de nouveau l'IVG chirurgicale aux femmes qui appréhendent ce moment
	Aborder le vécu psychologique	Aborder le vécu psychologique Initier la réflexion sur le sens de la grossesse Proposer des coordonnées, encourager à consulter en cas de besoin
<b>Consultation post-IVG</b>	Aspect médical	Vérifier et confirmer l'efficacité de la méthode Aborder la contraception post-IVG
	Aspect psychologique	Favoriser l'expression du vécu Rassurer, soutenir, déculpabiliser Inviter à consulter en cas de besoin

**Tableau 2 : Prise en charge « idéale » d'une femme en demande d'IVG en médecine générale**

# CONCLUSION

Depuis 2004, des médecins généralistes qui ont bénéficié d'une formation spécifique offrent aux femmes qui le désirent une alternative à l'IVG hospitalière, en pratiquant des IVG médicamenteuses en ambulatoire. Un certain nombre d'études s'est penché sur l'efficacité et l'acceptabilité de cette méthode. Le vécu de l'IVG médicamenteuse au domicile est quant à lui peu étudié.

L'objectif principal de ce travail était de donner la parole aux femmes et de recueillir leurs ressentis et leurs expériences au domicile. L'objectif secondaire était d'identifier dans leurs discours des éléments influençant leur vécu, pour permettre d'améliorer la prise en charge de l'IVG au domicile.

Notre travail s'appuie sur une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 16 femmes dans la région Midi-Pyrénées entre le mois de janvier 2014 et le mois de novembre 2014.

Le vécu de l'IVG médicamenteuse fait intervenir des notions complexes dans un contexte affectif et relationnel qu'il convient de prendre en compte. Les résultats de notre travail nous permettent de proposer des pistes d'améliorations dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse au domicile.

- L'attitude du médecin,
- Permettre la possibilité du choix de la méthode,
- Faciliter l'accès à l'IVG pour une prise en charge rapide sans intermédiaire,
- Délivrer des informations claires, adaptées aux besoins de la femme : prévenir, avertir sur la douleur, l'expulsion et l'après IVG,
- Ecouter et soulager la douleur en prenant en compte les facteurs influençant celle-ci,
- Prendre en compte l'ensemble des composantes de la vie de la femme : considérer en particulier l'entourage et le contexte relationnel,
- Accompagner la femme : soutenir, favoriser l'expression du vécu, initier la réflexion sur le sens de la grossesse.

Accompagner les femmes en demande d'IVG n'est pas seulement faire en sorte que l'acte médical se passe au mieux. Accompagner la femme, c'est veiller à l'ensemble de ces facteurs.

Le médecin généraliste semble avoir entièrement sa place dans la prise en charge de l'IVG en ambulatoire, dans l'orientation, l'accompagnement et l'écoute des femmes. Il va de notre devoir, à nous médecins généralistes, de donner à chaque femme la possibilité d'assumer ses choix personnels et de veiller au meilleur accompagnement possible.

## CONCLUSION GENERALE

Depuis 2004, des médecins généralistes qui ont bénéficié d'une formation spécifique offrent aux femmes qui le désirent une alternative à l'IVG hospitalière, en pratiquant des IVG médicamenteuses en ambulatoire. Si l'efficacité et l'acceptabilité de cette méthode ont été établies, le vécu de l'IVG médicamenteuse au domicile est quant à lui peu étudié.

L'objectif principal de ce travail était de donner la parole aux femmes et de recueillir leurs ressentis et leurs expériences au domicile. L'objectif secondaire était d'identifier dans leurs discours des éléments influençant leur vécu, pour permettre d'améliorer la prise en charge de l'IVG au domicile.

Notre travail s'appuie sur une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Nous avons interrogé des femmes dans la région Midi-Pyrénées entre le mois de janvier 2014 et le mois de novembre 2014 à l'aide d'un guide d'entretien préalablement établi. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits de façon intégrale. Le verbatim a ensuite été codé dans un tableau puis analysé afin de faire émerger plusieurs thèmes. Tout au long de l'analyse a été réalisée une triangulation des chercheurs.

Pour arriver à la saturation des données, seize femmes ont été interrogées dans deux départements de la région Midi-Pyrénées, durant vingt-six minutes en moyenne. L'analyse de ces seize entretiens nous a permis de faire émerger cinq grands thèmes : le parcours, le domicile, la douleur, le vécu psychologique et les propositions d'améliorations des femmes. Un sixième thème concernant les facteurs influençant le vécu émerge dans chacun des cinq thèmes cités précédemment.

Le vécu de l'IVG médicamenteuse fait intervenir des notions complexes dans un contexte affectif qu'il convient de prendre en compte. Une des particularités de l'IVG médicamenteuse au domicile est que les femmes sentent physiquement et psychologiquement ce qui est en train de se dérouler « On sent tout et on voit tout en fait » EF. Elles peuvent ressentir des douleurs, dont l'intensité semble varier selon leurs antécédents et le contexte affectif. Elles peuvent percevoir le moment de l'expulsion, parfois difficile à vivre. Le parcours, le médecin et sa prise en charge ainsi que le contexte entourant les femmes sont trois facteurs semblant influencer leur vécu. La prise en compte de ces éléments pourrait améliorer la prise en charge des personnes en demande d'IVG.

Accompagner les femmes en demande d'IVG n'est pas seulement faire en sorte que l'acte médical se passe au mieux. Accompagner la femme, c'est veiller à l'ensemble de ces facteurs. Le médecin généraliste semble avoir entièrement sa place dans la prise en charge de l'IVG en ambulatoire, dans l'orientation, l'accompagnement et l'écoute des femmes.



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Annick Vilain, Marie-Claude Mouquet, Lucie Gonzales et Nicolas De Riccardis, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé Études et résultats n° 843 », juin-2013. .
- [2] M. Collet, « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville - Cairn.info », n° n°1, p. 236, 2011.
- [3] Annick Vilain, avec la collaboration de Marie Claude Mouquet, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé », juin-2014. .
- [4] Alcaide-Roberto Aline, Lairis Annie, et Pilard Brigitte, « Etat des lieux de l'IVG en Midi Pyrénées », présenté à ANCIC, Toulouse, 2013.
- [5] G., Brillac, Thierry, Université Paul Sabatier (Toulouse) Suteau, Université Paul Sabatier (Toulouse), et Faculté des sciences médicales Rangueil, « L'IVG en ville étude de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse hors établissement de santé en Haute-garonne en 2010 », [s.n.], [S.I.], 2011.
- [6] I. Aubin-Auger, A. Mercier, L. Baumann, A.-M. Lehr-Drylewicz, P. Imbert, et L. Letrilliart, « Exercer : Introduction à la recherche qualitative », vol. 84, n° 19, p. 142- 5, 2008.
- [7] G. Borgès Da Silva, « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication », *Commun. Dans Rev.*, vol. 32, n° 2, juin 2001.
- [8] P. Hudelson, « La recherche qualitative en médecine de premier recours : Médecine ambulatoire », *Médecine Hygiène*, vol. 62, n° 2497, p. 1818- 1824.
- [9] A. Blanchet et A. Gotman, *L'entretien*. Paris: A. Colin, 2010.
- [10] J. Araujo-Attali et A.-L. Schillinger-Decker, *L'IVG*. 2012.
- [11] A.-C. Grandrupt, « Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse : état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans », Université Henri Poincaré NANCY1, 2007.
- [12] A. Bachelot, « L'IVG médical en ville ou à l'hôpital ». Convention INSERM-Association Revho, févr-2007.
- [13] S. Divay, « L'ivg : un droit concédé encore à conquérir », *Trav. Genre Sociétés*, vol. 9, n° 1, p. 197- 222, mars 2003.
- [14] I. Nisand et D. Merg-Essadi, « Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse », *EMC - Gynécologie*, vol. 4, n° 1, p. 1- 13, janv. 2009.
- [15] N. Bajos, C. Moreau, M. Ferrand, et J. Bouyer, « Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: approches qualitative et quantitative », *Rev. Dépidémiologie Santé Publique*, vol. 51, n° 6, p. 631- 647.
- [16] U. Kumar, P. Baraitser, S. Morton, et H. Massil, « Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences », *J. Fam. Plan. Reprod. Health Care Fac. Fam. Plan. Reprod. Health Care R. Coll. Obstet. Gynaecol.*, vol. 30, n° 1, p. 51- 54, janv. 2004.

- [17] C. Moreau, N. Bajos, J. Bouyer, et COCON GROUP, « Access to health care for induced abortions: analysis by means of a French national survey », *Eur. J. Public Health*, vol. 14, n° 4, p. 369- 374, déc. 2004.
- [18] « 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 », <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr>, nov-2013. .
- [19] Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, « L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) », janv-2011. .
- [20] N. Bajos et M. Ferrand, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés Contemp.*, vol. n<sup>o</sup> 61, n° 1, p. 91- 117, mars 2006.
- [21] S. L. Fielding, E. Edmunds, et E. A. Schaff, « Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences », *Perspect. Sex. Reprod. Health*, vol. 34, n° 1, p. 34- 40, févr. 2002.
- [22] S. Fredj, E. Piet, et S.-S.-D. / B. Université de Paris-Nord (Villetaneuse, « Conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse intérêt de l'implication du médecin généraliste: vécu de la méthode médicamenteuse », s.n.], S.l., 2009.
- [23] M. L. S. Lie, S. C. Robson, et C. R. May, « Experiences of abortion: a narrative review of qualitative studies », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 8, p. 150, 2008.
- [24] E. Wiebe, « Pain control in medical abortion », *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 74, n° 3, p. 275- 280, sept. 2001.
- [25] M. Makenzius, T. Tydén, E. Darj, et M. Larsson, « Autonomy and dependence--experiences of home abortion, contraception and prevention », *Scand. J. Caring Sci.*, vol. 27, n° 3, p. 569- 579, sept. 2013.
- [26] S. Martin, « Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire », p. 105, mars 2014.
- [27] E. Astbury-Ward, « Emotional and psychological impact of abortion: a critique of the literature », *J. Fam. Plan. Reprod. Health Care Fac. Fam. Plan. Reprod. Health Care R. Coll. Obstet. Gynaecol.*, vol. 34, n° 3, p. 181- 184, juill. 2008.
- [28] Haute Autorité de Santé, « IVG méthode médicamenteuse - Recommandations », déc-2010. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>.
- [29] B.-M. Halldén, K. Christensson, et P. Olsson, « Early abortion as narrated by young Swedish women », *Scand. J. Caring Sci.*, vol. 23, n° 2, p. 243- 250, juin 2009.
- [30] S. Divay, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance Société*, vol. Vol. 28, n° 2, p. 195- 209, juin 2004.
- [31] I. Tamian-Kunégel et D. J. Reboul, *L'Avortement et le Lien maternel : Une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse*, Édition : 2e éd. Lyon: Chronique sociale, 2002.
- [32] O. E. Loeber, « Motivation and satisfaction with early medical vs. surgical abortion in the Netherlands », *Reprod. Health Matters*, vol. 18, n° 35, p. 145- 153, mai 2010.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Guide d'entretien

---

### Présentation de la patiente :

- Age, profession/niveau d'études, environnement affectif/familial : couple/célibataire/jeune vivant chez ses parents, parité : nombre et âge des enfants, ATCD d'IVG/FCS, GEU, éducation religieuse, domicile rural/urbain, ATCD psychiatriques.
- Nombre de SA.
- Délai entre la date de l'entretien et la date de l'IVG.

***Pouvez-vous me raconter comment les choses se sont passées pour vous, quand vous avez eu besoin d'une IVG médicamenteuse ?***

### **1. Sources d'information sur l'IVG au domicile : Comment avez-vous été informée que l'IVG médicamenteuse pouvait être réalisée au domicile ?**

*Connaissances ou corps médical, qualité des informations reçues, insuffisance éventuelle.*

### **2. Le choix de l'IVG médicamenteuse au domicile : Et donc... vous avez fait le choix d'une IVG médicamenteuse au domicile, parce que ... ?**

- représentations : ***Maintenant quelques semaines après, vous souvenez-vous comment vous imaginiez une IVG médicamenteuse au domicile ?***

*Processus naturel (comme une FCS) non-invasif, intimité, cadre familial, facilité organisationnelle (accès, rapidité, simplicité), autonomie, responsabilisation, sensation contrôlée, implication.*

- autres représentations : ***Comment imaginiez-vous une IVG médicamenteuse à l'hôpital ?***

*Impersonnel, multitude des intervenants.*

- symbolique du « tomber enceinte » : ***Et alors vous êtes tombée enceinte... quand vous l'avez appris...ça a été... ?***

- décision : ***Avez-vous tout de suite pensé à l'IVG ou avez-vous d'abord hésité ? Poursuivre cette grossesse est-elle une idée à laquelle vous pensiez ?***

- choix libre : ***Avez-vous réellement eu le choix de la méthode ?***

*Choix non réel (influence des intervenants, situation socio-économique, environnement, secret), manque d'information, décision personnelle/couple, influence de l'environnement.*

### **3. Le cadre et le contexte affectif : Pouvez-vous me dire comment s'est passée cette journée?**

- cadre : ***Quel lieu avez-vous choisi ? Ce lieu vous a-t-il semblé adapté ?***

*Confort, intime, liberté des émotions/ plaintes, lieu non adapté, transport.*

- ressources sociales : ***A qui avez-vous pu parler de votre situation ? Avez-vous pu en parler avec votre partenaire ? Comment a-t-il réagi ?***

- contexte affectif : ***Et ce jour-là...étiez-vous entourée ? Comment avez-vous choisi la personne accompagnante ? Comment avez-vous vécu sa présence ?***

*Présence du partenaire, son attitude/implication, avantages-inconvénients, partage d'expérience, limites : au moment de l'expulsion.*

#### **4. Le vécu de l'IVG médicamenteuse : Pouvez-vous m'expliquer comment vous avez vécu cette expérience au domicile ?**

- vécu physique : **Qu'avez-vous ressenti physiquement ?**  
*Douleurs (intensité- durée- antalgiques), contractions, nausées-vomissements, saignements, asthénie, expulsion.*
- vécu psychologique : **Et moralement ?**  
*Solitude, poids de l'attente, peur de l'échec/expulsion, regret, culpabilité, peur du jugement, sensation sécurité.*
- vécu global : **Et finalement... cette situation, vous l'avez vécue... ?**  
*Bien ou mal, expérience psychologiquement dure et traumatisante, attente longue, travail de deuil. Satisfaction, responsabilisation/implication (vécue pleinement), déni de l'expérience/ déculpabilisation/ banalisation (rapidité), soulagement.*
- retentissement : **Et maintenant ...dans votre vie ?**  
*Culpabilité, regrets, honte, deuil, marquée à vie, remise en question, page tournée, expérience assumée, constructive.*

#### **5. La place du médecin généraliste dans la prise en charge : Avez-vous apprécié sa prise en charge ?**

- informations délivrées : **Vous a-t-il donné les informations que vous attendiez ?**  
*Qualité de l'information ou non.*
- relation avec le médecin : **Comment ça s'est passé avec lui ? C'était facile ?...**  
*Confiance, empathie, écoute, un interlocuteur privilégié, froideur, jugement.*
- rôle du médecin généraliste : **Qu'auriez-vous souhaité de lui ?**  
*Auriez-vous souhaité que le médecin réalisant l'IVG soit votre médecin généraliste ?  
Accompagnement, présence, réponse aux besoins, réassurance, soutien psychologique, disponible, joignable, assure le suivi.*
- proposition d'entretien psychologique : **Vous a-t-il proposé un entretien psychologique ? Auriez-vous souhaité cet entretien ?**  
*Permet une réflexion, mettre un mot sur le vécu, lieu et temps de paroles aux femmes.*

#### **6. Les propositions d'amélioration : Selon vous qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?**

- améliorations : **Que proposez-vous pour améliorer la prise en charge de l'IVG au domicile ?**  
*Information adéquate, intensité du suivi, un appel téléphonique du généraliste, un entretien psychologique, une meilleure prise en charge de la douleur.*

#### **7. La conseillerez-vous à une proche ?**

*Oui-non : marque le domicile.*

#### **8. Pourquoi avez-vous accepté l'entretien ?**

## Annexe 2 : Avis de la commission éthique

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Université de Toulouse 135 Avenue Rangonne 31023 Toulouse Cedex Président : André SANCHEZ Secrétaire :</p>	<h3>Commission Ethique du Département de Médecine Généraliste de Midi Pyrénées</h3> <p>Secrétariat : <i>Dr Serge BISMUTH</i> 59 rue de la Providence – 31500 Toulouse Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – <a href="mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr">dr-bismuth@wanadoo.fr</a></p>
---	---

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

### DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE

#### **PARTIE concernant LE DEMANDEUR**

#### **Renseignements concernant les demandeurs :**

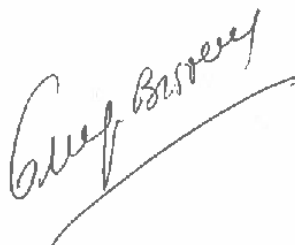
**Nom ROUSSET Violaine**

#### **AVIS DE LA COMMISSION**

**Avis favorable**

Certifié exact à Toulouse

le 25.03.2014



## Annexe 3 : Formulaire d'information délivré aux participantes & Formulaire de consentement

---

### Formulaire d'information délivré aux participantes

Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées  
133 Route de Narbonne 31062 Toulouse

Projet de thèse de médecine générale de Lauriane THOLLOT et Violaine ROUSSET.

Intitulé : L'IVG médicamenteuse en ville chez les généralistes. Une étude qualitative sur le vécu des patientes en Midi-Pyrénées.

Promoteur : Lauriane THOLLOT et Violaine ROUSSET (internes de médecine générale)  
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées

Thème général : Depuis 2004, les médecins généralistes qui justifient d'une expérience en orthogénie sont autorisés à pratiquer des IVG médicamenteuses dans le cadre de la médecine de ville. Notre recherche vise à étudier le vécu de l'IVG médicamenteuse au domicile à travers le récit des femmes qui ont eu recours à cette méthode. L'objectif est de donner la parole aux femmes et de recueillir le témoignage de leurs expériences au domicile.

Procédure utilisée : L'analyse du vécu de l'IVG médicamenteuse fait intervenir des notions complexes et subjectives dans un contexte affectif et relationnel qu'il convient de prendre en compte. Ceci nécessite de recourir à des entretiens guidés par l'interviewer, laissant la parole aux femmes pour recueillir un maximum de données.

Les entretiens individuels, d'une durée approximative de 30 minutes, permettent aux femmes de parler librement de leur expérience.

Ces entretiens seront enregistrés sauf en cas de refus de la patiente, retranscrits et analysés. Nous garantissons préserver l'anonymat des femmes et des médecins participant à l'étude.

Les participantes de l'étude sont des patientes majeures vivant en Midi-Pyrénées ayant eu une IVG médicamenteuses en ambulatoire dans un délai minimum de 3 semaines précédant l'entretien.

Nous avons choisi de travailler sur un échantillon restreint, diversifié, le plus représentatif possible des femmes ayant recours à cette méthode.

Les participantes peuvent se retirer de l'étude à tout moment sans avoir à se justifier.

La confidentialité est garantie.

Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès des investigateurs à tout moment par téléphone ou par mail.

## Formulaire de consentement

Je soussignée \_\_\_\_\_ déclare :

- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figure dessus,
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaite.

Je sais que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit,
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche,
- les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

Date et signature précédées de la mention « Lu et approuvé »

## Annexe 4 : Talon sociologique

Entretien	Age	Profession	Domicile	Départ.	Antécédent gynécologique	Environnement affectif	Education religieuse/culture	SA	Délai par rapport à l'IVG	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
1	22	Commerciale	Urbain	31	Aucun	Séparation du couple	Aucune	?	3 semaines	Restauration rapide	12 min
A	21	Etudiante ingénieur	Urbain	31	Dysménorrhées	En couple depuis 2,5 ans vivant séparément	Athée	6,5 SA	2 mois + 5 jours	Restaurant	17 min28
2	30	Ouvrière	Urbain	31	1 IVG chirurgicale/ 2 médicamenteuses	En couple depuis 7ans	Culture asiatique	6,5 SA	3 mois	Restauration rapide	33 min 35
3	35	RH/ juriste	Semi-rural	31	Aucun	En couple depuis 1an vivant séparément	Catholique non pratiquante	6 SA	2 mois	A son domicile	48 min10
4	18	Etudiante en droit	Semi-rural	31	Aucun	En couple depuis 3,5 ans/ dans le secret des parents	Aucune	5 SA	3 mois	Parc proche faculté	17min
B	41	Psychologue	Urbain	31	1 fille de 9 ans/ FCS en 2013	En couple, une fille de 9 ans, fille de son compagnon de 16 ans	Catholique non pratiquante	6 SA	4 mois	Parc proche domicile	27 min 48
C	24	Infirmière	Semi-rural	31	FCS en 2013	En couple depuis 8 ans	Aucune	6 SA	1 mois	Bar d'un hôtel proche lieu de travail	14 min 19
5	32	Assistante maternelle	Rural	32	2 enfants 9 et 5 ans	Mariée	Athée	5 SA	3 mois	A son domicile	18 min54
D	33	Dentiste équin	Semi-rural	31	1 fille de 7 ans	En couple depuis 10 ans	Catholique non pratiquante	5 SA	1 mois	A son domicile	29 min39
E	22	Sans emploi (formation BTS Economie Sociale et Familiale)	Urbain	31	Infection à Chlamydia trachomatis traitée	En couple depuis janvier, compagnon au chômage	Athée	6 SA	2 mois	Parc en ville	37 min 59
6	40	Ergothérapeute	Urbain	32	2 IVG chirurgicales	En couple depuis 4ans avec domicile respectif, un fils 9ans d'une première union	Catholique non pratiquante	5-6 SA	2,5 mois	A son domicile	34 min01
7	18	Etudiante terminale	Rural	31	Aucun	En couple depuis 1 an/ dans le secret de son père/ maman décédée	Aucune	6 SA	5,5mois	A la sortie du lycée	21 min19
F	20	Etudiante en LEA	Urbain	31	Dysménorrhées	En couple depuis 1 an	Athée	4 SA	4 mois	A son domicile	30 min 42
G	34	Intervenante en Prévention Risques Professionnels	Rural	31	1 fille de 7 ans, un garçon de 21 mois	Famille recomposée son mari a deux enfants d'une union précédente	Athée	4 SA	3 semaines	A son domicile	27min 32
H	35	Formatrice Préparation Concours PCEM1	Urbain	31	2 enfants (5-7 ans)	En couple	Athée	7 SA	1 mois	Parc en ville près lieu de travail	23 min 10
8	29	Mère au foyer, BEP	Urbain	31	4 enfants (4 à 10,5 ans). IVG chirurgicale à 16 ans.	3 premiers enfants du même père, le 4eme avec son ex mari. En couple avec chacun leur domicile	Catholique non pratiquante	?	2 mois	A son domicile	24 min57



### A l'attention des médecins

Violaine ROUSSET  
[rousset.violaine@yahoo.fr](mailto:rousset.violaine@yahoo.fr)

Lauriane THOLLOT  
[lauriane.thollot@gmail.com](mailto:lauriane.thollot@gmail.com)

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, nous sommes deux internes à réaliser notre travail de thèse sur le vécu des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse en ville. Ce travail de recherche, validé par le DUMG de Toulouse est dirigé par le Dr Brigitte Escourrou.

La méthode de recherche qualitative choisie pour cette étude nécessite la réalisation d'entretiens afin de faire parler les femmes librement sur ce thème. Pour la richesse des données, notre objectif est de recruter un échantillon le plus varié possible sur la région Midi-Pyrénées. Nous souhaiterions pouvoir interviewer une ou deux voire plus de vos patientes ayant eu une IVG médicamenteuse.

Les entretiens d'une durée d'environ 20 minutes à une heure se dérouleront dans un lieu choisi par les patientes interviewées (domicile, lieu de travail...) à l'heure et jour de leur convenance.

Nous garantissons préserver l'anonymat des femmes et des médecins participant à l'étude.

Si une de vos patientes est volontaire pour participer à notre étude, nous vous proposons de noter ses coordonnées et de nous les transmettre par téléphone ou par mail. Nous contacterons votre patiente dans un second temps pour confirmer son choix et fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Nous vous joignons la lettre destinée aux patientes qui auront donné leur accord pour participer à l'étude. Ainsi vous pourrez la leur remettre avant que nous les contactions.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement ou toute question concernant l'étude aux coordonnées mentionnées dans l'entête.

Comptant sur votre participation, et vous remerciant très sincèrement par avance, nous vous prions d'agréer, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Violaine ROUSSET et Lauriane THOLLOT

## A l'attention des femmes

Violaine ROUSSET  
[rousset.violaine@yahoo.fr](mailto:rousset.violaine@yahoo.fr)

Lauriane THOLLOT  
[lauriane.thollot@gmail.com](mailto:lauriane.thollot@gmail.com)

Madame,

Nous nous permettons de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin, suite à votre accord, afin de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de notre travail de recherche.

En effet, nous avons choisi de réaliser notre travail de thèse, en binôme, sur le vécu des femmes qui ont eu une IVG médicamenteuse avec un généraliste.

Nous réalisons des entretiens bénévoles dans la région Midi-Pyrénées. Dans tous les cas, les entretiens sont systématiquement rendus anonymes pour garantir la confidentialité des informations données par les patientes, qui ont la gentillesse de participer.

La durée d'une interview est variable, d'une durée de 30 minutes en moyenne. L'une de nous deux se déplacera à votre domicile, sur votre lieu de travail, ou tout autre lieu de votre choix à l'heure et au jour que nous conviendrons ensemble.

Ce travail a pour objectif de donner la parole aux femmes ayant eu une IVG médicamenteuse en ville et de recueillir leur témoignage.

Nous nous tenons à votre disposition pour toutes précisions ou questions concernant notre travail et le déroulement de l'entretien aux coordonnées précisées dans l'entête.

Dans l'attente de votre rencontre et de votre participation, nous vous prions d'agréer Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Violaine ROUSSET et Lauriane THOLLOT

## Annexe 6 : Contexte d'énonciation de l'entretien 4

---

### 1- Le cadre et la femme interrogée :

En stage chez une médecin réalisant les IVG médicamenteuses, je reçois une jeune femme en demande d'IVG. Je réalise la première consultation. Dans l'entretien, elle parlera de cette première consultation avec moi.

Lors de la consultation post-IVG, ma maître de stage évoque notre sujet de recherche. La jeune femme accepte de participer à l'étude sans hésitation, bien qu'elle soit en période d'examens.

Nous nous donnons rendez-vous dans un parc proche de sa faculté, et commençons l'entretien au calme, assises dans l'herbe.

Cette jeune étudiante en droit, âgée de 18ans vit chez ses parents. Elle a préféré pour son IVG être dans le secret vis-à-vis de ses parents. Elle a alors choisi de faire son IVG chez une amie, soutenue par cette dernière. Elle n'a pas souhaité avoir comme personne accompagnante son compagnon « trop immature ».

Elle parle simplement et sans difficulté mais avec parfois quelques sourires gênés.

### 2- Le résumé de l'entretien :

La découverte de la grossesse pour cette jeune femme a été un choc, terme qu'elle répétera plusieurs fois. C'est en effet pour elle « super bizarre » d'être enceinte à son âge. « *C'était vraiment un choc quand j'ai vu...fin que j'étais enceinte puisqu'... à mon âge (rire gêné) en plus, c'est...c'est super bizarre!* »

Cette jeune étudiante nous confie ses multiples représentations concernant l'IVG, elle se représentait notamment l'IVG comme une aspiration. Elle imaginait cela comme quelque chose de « vraiment horrible », très douloureux, comme si « on lui expulsait quelque chose. » « *Fin un truc très douloureux!* » Elle a beaucoup angoissé à l'idée de souffrir. « *Comme euh Mme X. m'avait dit que ça risquait de faire très très mal, j'ai beaucoup angoissé.* » Au final, elle a vécu son IVG comme des règles : aucune douleur, des petits saignements. « *Je l'ai vraiment vécue comme euh fin des règles, quoi!* »

Elle raconte avoir été dans le secret vis-à-vis de ses parents. Selon elle, sa mère aurait été choquée que sa fille avorte, bien qu'elle ne soit pas contre l'IVG. « *Ça l'aurait choquée je pense...que son petit bébé, il ait quelque chose en elle* » « *Ben c'est pas qu'ils sont pas ouverts d'esprit* »

Son IVG s'est déroulée chez une amie, en sa présence. « *J'étais chez une copine* » « *Elle était avec moi et tout.* » Elle refusait que son compagnon soit la personne accompagnante : trop immature, il n'accordait pas d'importance à cette situation. Elle a été énervée par son attitude. « *C'est euh un garçon qui est très euh...immature!* » « *Du coup j'avais pas envie qu'il vienne!* »

### 3- Les points remarquables du contenu et de la forme du discours :

On note que la femme interviewée 4 utilise seulement une fois au cours de l'entretien le verbe « avorter », elle emploie des pronoms « ça », « l' » ou d'autres termes : « la chose », « un truc ». Ceci peut montrer une certaine gêne ou difficulté pour elle à nommer l'événement, à mettre des mots sur l'acte. En revanche, elle ne semble pas avoir de difficulté pour parler d'elle, de son vécu personnel, elle utilise en effet uniquement le « je » dans son entretien.

Au fil de l'entretien, on retrouve l'emploi du passé, du présent, et du conditionnel. L'utilisation de ces trois temps n'est pas anodine.

- l'utilisation marquée du passé renforce l'idée que son IVG est derrière-elle. Elle a l'impression que ce n'est jamais arrivé, qu'il ne s'est jamais rien passé. « *Fin maintenant j'ai l'impression que ... c'est jamais arrivé quoi!* »
- l'utilisation ponctuelle du présent montre qu'elle a tout de même encore un peu de mal à faire de son IVG un événement du passé. « *Ça me rend pas triste mais c'est juste bizarre* » « *fin des fois j'ai...j'y pense et du coup j'ai mal au ventre* »
- l'utilisation du conditionnel confère à cette jeune femme une certaine maturité. Elle parle ainsi de ses réflexions, des pensées concernant le devenir éventuel de cette grossesse, la réaction possible de sa mère ou de son médecin généraliste après son aveu. « *Ça aurait pu être un...un enfant quoi!* » « *Ça l'aurait choquée je pense que son petit bébé, il ait quelque chose en elle...* »

Cette grossesse s'inscrit dans une prise de risque, la participante nous confie avoir fait « un peu n'importe quoi », ne s'être « pas protégée du tout ». La mauvaise utilisation de la contraception peut être un désir inconscient de prendre des risques chez une jeune femme. Mais dans cette situation, la grossesse semble

survenir plus par naïveté, ou par ignorance des moyens et risques liés à la contraception.

La femme interviewée emploie plusieurs fois le terme « d'enfants » ou « bébé ». Elle se retrouve dans une situation « bizarre », non évidente où encore un « bébé » aux yeux de ses parents, elle prend conscience qu'elle devient femme et peut enfanter. « *Ça l'aurait choquée je pense...que son petit bébé, il est quelque chose en elle* » « *C'est vraiment un choc quand j'ai vu...fin que j'étais enceinte.* » « *Dire que ça aurait pu être un enfant.* »

Pour cette femme le fait de n'avoir ressenti aucune douleur et d'avoir très peu saigné lors de son IVG a suscité une certaine angoisse : angoisse de l'échec, angoisse que cela ne marche pas. Comme si la douleur et les saignements étaient des conditions nécessaires de la procédure. « *Après du coup, j'ai euh...un peu angoissé parce que euh...fin vu que ça...j'avais pas trop saigné et tout... je pensais que ça avait pas marché !* »

Globalement, elle nous dit avoir bien vécu son IVG, comme des règles. Elle a l'impression que ce n'est jamais arrivé, qu'il ne s'est jamais rien passé. Toutefois, elle nous confie que cela a été un peu difficile de ne pas en parler à ses parents. L'absence de son copain a été un peu dur psychologiquement. « *Et ça, ça n'a pas été dur de...de ne pas le dire ? Si un peu* » « *Le fait que votre compagnon n'ait pas été là, ça ça n'a pas été dur psychologiquement ?\_Si un peu quand même !* »

#### 4- Les points nouveaux ou inattendus :

Cette femme nous confie avoir eu les larmes aux yeux lors de la vision d'une mère avec son enfant, dans la salle d'attente de l'échographie. Elle nous dit avoir ressenti un sentiment « bizarre », de culpabilité en venant « avorter alors que cette mère venait vérifier son bébé ».

Dans ce moment, elle porte le poids de sa décision, elle commence un travail de deuil pour se remettre de la perte de ce « quelque chose en elle qui aurait pu devenir un bébé. » « *Parce qu'il y avait une maman avec son enfant et je sais...fin je sais pas pourquoi j'avais les larmes aux yeux...C'était bizarre que moi je venais pour euh...pour euh...fin...pour avorter quoi. Et que elle, elle était pour...fin vérifier son bébé* » « *J'avais quelque chose en moi qui aurait pu devenir un bébé. Je trouvais ça bizarre quand même!* »

Le travail de deuil des femmes qui ont recours à l'IVG est particulier, il concerne un « enfant » qui n'a pas été connu, mais qui a été seulement construit, imaginé.

C'est pour cela probablement qu'elle nous confie que ce sera « bizarre » quand plus tard elle voudra des enfants. « *Je pense que ça me fera bizarre quand je...quand plus tard je voudrai avoir des enfants...* »

Elle nous dit ne pas avoir du tout envie que cette situation se reproduise. C'est pourquoi, elle a ressenti une certaine angoisse après la mise en place de l'implant. Ne plus avoir ses règles signifiait pour elle une nouvelle grossesse potentielle. « *J'avais pas du tout envie que ça se...ça se reproduise !* » « *Quand elle m'a mis l'implant...j'aurai plus de règles, après ça m'a fait peur* » « *ça aurait été un soulagement de voir que j'avais eu mes règles.* »

Enfin, elle nous raconte que cela s'est très bien passé avec le médecin généraliste. Cela lui allait mieux que ce soit un médecin différent de son médecin traitant. Son médecin aurait pu accentuer un sentiment de culpabilité, notamment en soulignant un échec ou l'absence de contraception. Là, elle n'a ressenti aucun jugement, ni culpabilité et a eu le sentiment de pouvoir parler plus ouvertement. L'attitude des interlocuteurs auxquels la femme est confrontée joue beaucoup sur la perception de leur IVG. « *Il n'y avait aucun jugement de valeur et tout* » « *ça aurait plus tourné peut-être en morale* » « *Fin limite, d'avoir quelqu'un d'autre, ça m'aurait...ça me...ça m'allait mieux que...* »

#### 5- Le ressenti personnel :

Au cours de l'entretien, j'ai été surprise par la maturité et la force de cette jeune femme qui a décidé de cacher son IVG à son entourage. Toutefois, nous sentons que la fragilité et l'émotion ne sont pas loin, notamment lorsqu'elle évoque la salle d'attente d'échographie.

J'ai ressenti, un certain attachement pour cette jeune étudiante, qui a accepté de témoigner bien qu'elle soit dans le secret vis-à-vis de ses parents. J'ai sûrement eu une écoute particulièrement bienveillante pour cette femme dont je devenais en quelque sorte la nouvelle confidente. J'ai été aussi touchée par le fait qu'elle dise que j'ai été rassurante et l'ai bien informée durant ma prise en charge. Toutefois, ceci est à considérer avec prudence, sa reconnaissance et ma présence ont pu influencer ses propos.

Cette situation m'a rassurée, en effet cette femme a globalement très bien vécu son IVG médicalement à la maison avec un généraliste. Elle n'a pas souffert physiquement et s'est sentie en confiance avec le médecin généraliste.



## **L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires. Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées.**

---

Objectif : Etudier le vécu des femmes réalisant une IVG médicamenteuse à la maison en soins primaires en Midi-Pyrénées et proposer des pistes d'amélioration.

Méthode : 16 entretiens semi-dirigés auprès de femmes ayant eu une IVG médicamenteuse avec un médecin généraliste conventionné en Midi-Pyrénées.

Résultats : Le parcours des femmes pour accéder au médecin généraliste conventionné est souvent compliqué : manque d'information pertinente, méconnaissance du réseau de soins par les professionnels, multiplicité des intermédiaires.

Réaliser une IVG à la maison peut permettre aux femmes d'être dans un lieu confortable, entourées de leurs proches et protégées du regard des autres. Toutefois, des femmes sont confrontées à la solitude. Une des particularités de l'IVG médicamenteuse au domicile est que les femmes sentent physiquement et psychologiquement ce qui est en train de se dérouler : « On sent tout et on voit tout en fait » EF. Elles peuvent ressentir des douleurs, dont l'intensité semble varier selon leurs antécédents et le contexte affectif. Elles peuvent percevoir le moment de l'expulsion, parfois difficile à vivre. L'avortement entraîne des sentiments, des émotions multiples et complexes selon les femmes. Le parcours, le médecin et sa prise en charge ainsi que le contexte entourant les femmes sont trois facteurs semblant influencer leur vécu.

Conclusion : La prise en compte de ces éléments pourrait améliorer la prise en charge des femmes en demande d'IVG.

---

Objective: To study the experience of women having a medical abortion at home as primary healthcare in the Midi-Pyrénées region in France using qualitative study methodology and to propose opportunities for improvement.

Method: 16 semi-structured individual interviews of women who had a medical abortion with a qualified general practitioner in the Midi-Pyrénées region in France.

Results: Women often face difficulties to reach a qualified general practitioner: lack of relevant information sources, lack of knowledge of the healthcare network from the professionals and multiplicity of people acting as a go-between.

Having a medical abortion at home allows women to be in a comfortable environment, surrounded and supported by their close circle and away from prying eyes. Yet some face loneliness. One of the characteristics of the home medical abortion is that women can physically and psychologically feel what is happening: "We actually feel and see everything" EF. The intensity of the pain they feel varies depending on their experiences and their emotional context. They can feel the moment of the expelling. The abortion generates mixed and complex feelings and emotions, depending on the woman. The access to medical abortion, the general practitioner and its patient's care as well as women environment are three aspects that seem to have an influence on their experience.

Conclusion: Taking into account all these aspects could improve the medical care of women requesting a medical abortion.

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

---

**Mots-Clés** : Vécu – Interruption volontaire de grossesse – domicile – femme – médecin généraliste – étude qualitative

**Key words**: Experience – induced abortion – home – woman – primary care – qualitative analysis

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

Directeur de thèse : Docteur Brigitte ESCOURROU