

ANNÉE 2021

THÈSE

N° 21SORUM53

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État**

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée par

Mme Tiphaine LECOMTE

Née le 14 Mars 1991 à NOGENT-SUR-MARNE

Présentée et soutenue publiquement le 28/10/2021 à Paris

**Vécu de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale par les patientes
dans les centres de santé en France.**

Présidente du jury : Gladys IBANEZ

Directrice de thèse : Julie DELMESTRE

Membres du jury : Charlotte BESACIER

Jean-Sébastien CADWALLADER

André SOARES

REMERCIEMENTS

Au Professeur Gladys Ibanez,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury, merci pour votre douceur lors de l'accompagnement durant les cours de mon internat et votre vision de la médecine générale.

Au Docteur Jean-Sébastien Cadwallader,

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, merci pour votre éclairage précieux autour de la recherche qualitative durant les séminaires dédiés, cela a été une belle initiation et découverte.

Au Docteur Charlotte Besacier,

Merci d'avoir répondu présente pour le jour J malgré la distance et un immense merci pour ton accompagnement dont j'ai pu bénéficier durant tout mon internat.

Au Docteur André Soares,

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury, pour votre bienveillance et votre partage.

Au Docteur Julie Delmestre,

Merci d'avoir accepté cette lourde tâche de diriger ma thèse malgré de bels évènements personnels à gérer en parallèle, merci d'avoir toujours été présente sans failles et pour tes précieux conseils.

Merci à l'ensemble des femmes qui ont accepté de participer à mon travail de thèse, malgré la difficulté de leur épreuve, elles se sont dévoilées et ont évoqué des éléments intimes de leur vie et pour cela je ne les remercierais jamais assez. Chaque rencontre restera gravée dans ma mémoire.

Merci à Laure Feldmann, Laurence Wittke, Laura Marin Marin, Sophie Le Goff, Dorothée Le Bec, Sophie Eyraud du réseau REVHO d'avoir tout fait pour m'aider à recueillir la parole de ces femmes, de m'avoir accueilli dans vos centres et de m'avoir permis d'assister à votre quotidien extrêmement formateur. Je souhaiterais suivre vos pas.

Merci aux médecins que j'ai croisé durant mon internat et en particulier mon SASPAS, qui m'ont accompagné pour que tout se déroule au mieux. Ces rencontres et ces partages de pratique ont fait aussi de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Merci à Nicole, à Virginie, à Pierre, à Suzanne, à Max et Béatrice, Patricia et tous les autres.

Merci à celle qui a été là depuis le début et qui a une place toute particulière dans mon cœur que personne ne pourra prendre, Alixou, et merci à tous mes ami(e)s de fac pour nos partages qu'ils soient délirants ou difficiles, Margotte, Julie, Célia et Mimi, Nathou, Agathe et Avril. Merci aussi à mes compagnons d'internat avec qui nous avons parfois traversé le désert mais aussi beaucoup de bons moments, Margaux, Xaxa, Paul, Marine, Serge, Romain, Tatiana. Je n'oublierai pas ceux rencontrés durant mes remplacements avec qui certaines amitiés se sont créées, Rodolphe, Camille, Enora, Vincent, Anne, Christophe et Agnès.

À mon GRECO du love !

À mes ami(e)s d'enfance qui ont suivi tout mon parcours et ont toujours été d'un soutien précieux, Alexandra, Valentine et mes « ritalous », Fabio et Luca.

Merci à ma belle-famille d'avoir accepté mes départs précipités de vacances ou de réunions de famille pour réviser (ça valait le coup !) et de m'avoir intégré à part entière dans votre jolie famille.

Merci à l'ensemble de ma famille, mes frères, belles-sœurs, neveux et nièces, cousin(e)s, oncles et tantes, de Belgique comme de France, qui m'ont aidé, de loin ou de près, à traverser ces étapes.

À mes grands-parents, source de cette vocation, fiers avant même de débiter mes études. Vous avez été mon inspiration dans les moments où l'on a envie de baisser les bras. À présent votre « petit docteur » est véritablement Docteur.

À mes parents sans qui rien n'aurait été possible. Vous avez été mes remparts et m'avez évité beaucoup d'embûches. Quand j'ai dû les prendre, vous m'avez aidé à me redresser plus forte que jamais. Je n'aurais jamais de mot assez fort pour la reconnaissance et l'amour que j'ai pour vous.

À mon Didou, l'amour de ma vie. On s'est connu adolescent, tu étais là à chaque pas de ce parcours et ton soutien a été sans faille. Un parfait mari, également mon meilleur ami et surtout un coach hors-pair ! La santé nous a rappelé à quel point nous sommes solides et les routes difficiles conduisent souvent à de belles destinations et c'est celle-là que je vois aujourd'hui... Je t'aime.

**Maîtres de conférences des universités
Praticiens hospitaliers (dont MG)**

1	ALLENBACH	Yves	MCU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
2	ARON WISNIEWSKY	Judith	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
3	ATLAN	Michaël	MCU-PH	Chirurgie plastique	TENON
4	AUBART COHEN	Fleur	MCU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
5	BACHY	Manon	MCU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
6	BARBU	Véronique	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
7	BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPETRIERE
8	BAYEN	Eléonore	MCU-PH	MPR	PITIE SALPETRIERE
9	BELLANNE	Christine	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
10	BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
11	BENDIFALLAH	Sofiane	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
12	BENOLIEL	Jean Jacques	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
13	BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
14	BIELLE	Franck	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
15	BILHOU NABERA	Chrystèle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
16	BLONDIAUX	Eléonore	MCU-PH	Radiologie	TROUSSEAU
17	BODINI	Benedetta	MCU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
18	BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
19	BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
20	BOUHERAOUA	Nacim	MCU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
21	BOURRON	Olivier	MCU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
22	BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
23	BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
24	BRISOT	Eolia	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
25	BUFFET	Camille	MCU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
26	BURREL	Sonia	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
27	CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU MG	Médecine générale	CABINET
28	CAMBON BINDER	Adeline	MCU-PH	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
29	CAMUS DUBOC	Marine	MCU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
30	CANLORBE	Geoffroy	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
31	CERVERA	Pascale	MCU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
32	CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
33	CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
34	CHASTANG	Julie	MCU associé	Médecine générale	CABINET
35	CHAVANNES	Barbara	MCU associé	Médecine générale	CABINET
36	COULET	Florence	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
37	COUVERT	Philippe	MCU-PH	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
38	DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
39	DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
40	DECHARTRES	Agnès	MCU-PH	Santé publique	PITIE SALPETRIERE
41	DECRE	Dominique	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
42	DENIS	Jérôme	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
43	DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
44	DRES	Martin	MCU-PH	Médecine réanimation	PITIE SALPETRIERE
45	DROUIN	Sarah	MCU-PH	Urologie	TENON
46	DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Biologie de la reprod	TENON
47	ECKERT	Catherine	MCU-PH	Virologie	SAINT ANTOINE
48	FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Cytologie et histologie	TENON
49	FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
50	FERRERI	Florian	MCU-PH	Psychiatrie adultes	SAINT ANTOINE

51	FRERE	Corinne	MCU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
52	GALICHON	Pierre	MCU-PH	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
53	GANDJBAKHCH	Estelle	MCU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
54	GARDERET	Laurent	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPETRIERE
55	GAURA SCHMIDT	Véronique	MCU-PH	Biophysique	TENON
56	GAY	Frédéric	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
57	GAYMARD	Bertrand	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
58	GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Hématologie	TENON
59	GIRAL	Philippe	MCU-PH	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
60	GIURGEA	Irina	MCU-PH	Génétique	TROUSSEAU
61	GOZLAN	Joël	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
62	GUEDJ	Romain	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
63	GUIHOT THEVENIN	Amélie	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
64	GUITARD	Juliette	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
65	HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Biophysique	PITIE SALPETRIERE
66	HAJAGE	Damien David	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPETRIERE
67	HERITIER	Sébastien	MCU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
68	HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
69	HUBERFELD	Gilles	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
70	IBANEZ	Gladys	MCU MG	Médecine générale	CABINET
71	JERU	Isabelle	MCU-PH	Génétique	SAINT ANTOINE
72	JOHANET	Catherine	MCU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
73	JOUVION	Grégory	MCU-PH	Histologie	SAINT ANTOINE
74	KIFFEL	Thierry	MCU-PH	Biophysique	SAINT ANTOINE
75	KINUGAWA BOURRON	Kiyoka	MCU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
76	LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
77	LAMAZIERE	Antonin	MCU-PH	Biochimie	SAINT ANTOINE
78	LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
79	LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
80	LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
81	LASCOLS	Olivier	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
82	LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
83	LAVENEZIANA	Pierantonio	MCU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
84	LE BIHAN	Johanne	MCU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
85	LEBRETON	Guillaume	MCU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
86	LOUAPRE	Céline	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
87	LUSSEY-LEPOUTRE	Charlotte	MCU-PH	Biophysique	PITIE SALPETRIERE
88	MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Méd nucléaire	PITIE SALPETRIERE
89	MALARD	Florent	MCU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE
90	MANCEAU	Gilles	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
91	MIRAMONT	Vincent	MCU associé	Médecine générale	CABINET
92	MIYARA	Makoto	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
93	MOCHEL	Fanny	MCU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
94	MOHAND SAID	Saddek	MCU-PH	Ophtalmologie	15 / 20
95	MONSEL	Antoine	MCU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
96	MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
97	PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPETRIERE
98	PLU	Isabelle	MCU-PH	Médecine légale	PITIE SALPETRIERE
99	QASSEMYAR	Quentin	MCU-PH	Chirurgie plastique	TROUSSEAU
100	RAINTEAU	Dominique	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
101	REDOLFI	Stéfania	MCU-PH	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
102	ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
103	ROOS WEIL	Damien	MCU-PH	Hématologie	PITIE SALPETRIERE
104	ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
105	ROSSO	Charlotte	MCU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
106	ROTGE	Jean-Yves	MCU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPETRIERE
107	ROUSSEAU	Géraldine	MCU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
108	RUPPERT	Anne Marie	MCU-PH	Pneumologie	TENON
109	SALEM	Joe Elie	MCU-PH	Pharmacologie	PITIE SALPETRIERE
110	SCHMIDT	Mathieu	MCU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
111	SCHNURIGER	Auréli	MCU-PH	Bactériologie virologie	TROUSSEAU
112	SCHOUMAN	Thomas	MCU-PH	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
113	SOARES	Michel	MCU associé	Médecine générale	CABINET

115	SOUGAKOFF	Wladimir	MCU-PH	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
116	SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Bactériologie virologie	TENON
117	TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
118	TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Biostatistiques	PITIE SALPETRIERE
119	THELLIER	Marc	MCU-PH	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
120	VALLET	Hélène	MCU-PH	Gériatrie	SAINT ANTOINE
121	VARINOT	Justine	MCU-PH	Anatomie pathologique	TENON
122	VATIER	Camille	MCU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
123	VAYLET	Claire	MCU-PH	Biophysique	TROUSSEAU
124	VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH		TENON
125	VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Réa méd	TENON
126	WAGNER	Mathilde	MCU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
127	WEISS	Nicolas	MCU-PH	Réa médicale / neuro	PITIE SALPETRIERE
128	WORBE	Yulia	MCU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
129	YORDANOV	Youri	MCU-PH	Médecine d'urgence	SAINT ANTOINE

Professeurs des universités

Praticiens hospitaliers (dont MG)

1	ACAR	Christophe	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
2	AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
3	ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
4	AMARENCO	Gérard	PU-PH	Méd. phys. et réadaptation	TENON
5	AMOURA	Zahir	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
6	AMSELEM	Serge	PU-PH	Génétique	TROUSSEAU
7	ANDRE	Thierry	PU-PH	Cancérologie	SAINT ANTOINE
8	ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
9	ANTOINE	Jean-Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
10	APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Physiologie	SAINT ANTOINE
11	ARNULF	Isabelle	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
12	ARRIVE	Lionel	PU-PH	Radiologie	SAINT ANTOINE
13	ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Chirurgie thoracique	TENON
14	ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Santé publique	PITIE SALPETRIERE
15	AUBRY	Alexandra	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
16	AUCOUTURIER	Pierre	PU-PH	Immunologie	SAINT ANTOINE
17	AUDO	Isabelle	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
18	AUDRY	Georges	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
19	BACHELOT	Anne	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
20	BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPETRIERE
21	BALLADUR	Pierre	PU-PH	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
22	BARBAUD	Annick	PU-PH	Dermatologie	TENON
23	BARROU	Benoit	PU-PH	Urologie	PITIE SALPETRIERE
24	BAUJAT	Bertrand	PU-PH	ORL	TENON
25	BAUMELOU	Alain	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
26	BAZOT	Marc	PU-PH	Radiologie	TENON
27	BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
28	BELMIN	Joël	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
29	BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
30	BERENBAUM	Francis	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
31	BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
32	BILLETTE	Thierry	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
33	BOCCARA	Franck	PU-PH	Cardiologie	SAINT ANTOINE
34	BODAGHI	Bahram	PU-PH	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
35	BODDAERT	Jacques	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
36	BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE
37	BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Néphrologie	TENON
38	BONNET	Francis	PU-PH	Réanimation Chir.	TENON
39	BORDERIE	Vincent	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
40	BOUDGHENE-	Franck	PU-PH	Radiologie et médicale	TENON
41	BRICE	Alexis	PU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
42	BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
43	BRUCKERT	Eric	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
44	BUOB	David	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON
45	CACOUB	Patrice	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
46	CADRANEL	Jacques	PU-PH	Pneumologie	TENON
47	CALMUS	Yvon	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPETRIERE
48	CALVEZ	Vincent	PU-PH	Virologie	PITIE SALPETRIERE
49	CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
50	CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Neuro-Chirurgie	PITIE SALPETRIERE
51	CARRAT	Fabrice	PU-PH	Biostatistiques	SAINT ANTOINE

52	CARRIE	Alain	PU-PH	Biochimie	PITIE SALPETRIERE
53	CATALA	Martin	PU-PH	Histologie embryologie	PITIE SALPETRIERE
54	CAUMES	Eric	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPETRIERE
55	CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Endocrinologie	TENON
56	CHAMBAZ	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
57	CHAPPUY	Hélène	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
58	CHARRON	Philippe	PU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
59	CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Urologie	PITIE SALPETRIERE
60	CHAZOULLERES	Olivier	PU-PH	Gastroentérologie	SAINTE ANTOINE
61	CHERIN	Patrick	PU-PH	Médecine Interne	PITIE SALPETRIERE
62	CHICHE	Laurent	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
63	CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
64	CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
65	CLEMENT	Annick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
66	CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
67	CLUZEL	Philippe	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
68	COHEN	Laurent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
69	COHEN	David	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
70	COHEN	Aron	PU-PH	Cardiologie	SAINTE ANTOINE
71	COLLET	J- Philippe	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
72	COMBES	Alain	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
73	COMPERAT	Eva	PU-PH	Anatomie pathologique	TENON
74	CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Anesthésiologie	TROUSSEAU
75	CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Anesthésiologie.	PITIE SALPETRIERE
76	CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
77	COPPO	Paul	PU-PH	Hématologie clinique	SAINTE ANTOINE
78	CORIAT	Pierre	PU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
79	CORNELIS	François	PU-PH	Radiologie	TENON
80	CORNU	Philippe	PU-PH	Neuro chirurgie	PITIE SALPETRIERE
81	CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
82	CORVOL	Henriette	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
83	COULOMB	Aurore	PU-PH	Anatomie pathologique	TROUSSEAU
84	CUSSENOT	Olivier	PU-PH	Anatomie/Urologie	TENON
85	DARAI	Emile	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TENON
86	DAVI	Frédéric	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
87	DEGOS	Vincent	PU-PH	Anesthésiologie	PITIE SALPETRIERE
88	DELATTRE	Jean Yves	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
89	DELHOMMEAU	François	PU-PH	Hématologie bio	SAINTE ANTOINE
90	DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
91	DERAY	Gilbert	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
92	DOMMARGUES	Marc	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
93	DORMONT	Didier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
94	DOUAY	Luc	PU-PH	Hématologie bio	SAINTE ANTOINE
95	DRAY	Xavier	PU-PH	Hépatologie	SAINTE ANTOINE
96	DUBERN	Béatrice	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
97	DUBOIS	Bruno	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
98	DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Radiologie	TROUSSEAU
99	DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pneumologie Réanimation	PITIE SALPETRIERE
100	DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Anatomie / SSR	PITIE SALPETRIERE
101	DURR	Alexandra	PU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
102	DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	SAINTE ANTOINE
103	DUVAL	Alex	PU-PH	Biochimie	SAINTE ANTOINE
104	DUYCKAERTS	Charles	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
105	ELALAMY	Moulay	PU-PH	Hématologie	TENON
106	FAIN	Olivier	PU-PH	Médecine Interne	SAINTE ANTOINE
107	FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Réanimation	TENON
108	FAUTREL	Bruno	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
109	FEVE	Bruno	PU-PH	Endocrinologie	SAINTE ANTOINE
110	FITOUSSI	Frank	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
111	FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
112	FLEJOU	Jean-François	PU-PH	Anatomie	SAINTE ANTOINE
113	FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
114	FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE

115	FOSSATI	Philippe	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPETRIERE
116	FOURET	Pierre	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
117	FOURNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
118	FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	Néphrologie	TENON
119	FREUND	Yonathan	PU-PH	Médecine d'urgence	PITIE SALPETRIERE
120	FUNCK-BRENTANO	Christian	PU-PH	Pharmacologie clinique	PITIE SALPETRIERE
121	GALANAUD	Damien	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
122	GEORGIN LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Médecine interne	TENON
123	GIRARD	Pierre-Marie	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
124	GIRERD	Xavier	PU-PH	Thérapeuthique/Endocrino	PITIE SALPETRIERE
125	GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Cancérologie radiothérapie	TENON
126	GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
127	GOROCHOV	Guy	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
128	GOSSEC	Laure	PU-PH	Rhumatologie	PITIE SALPETRIERE
129	GOUDOT	Patrick	PU-PH	Stomatologie	PITIE SALPETRIERE
130	GRABLI	David	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
131	GRATEAU	Gilles	PU-PH	Médecine interne	TENON
132	GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
133	GUIDET	Bertrand	PU-PH	Réanimation médicale	SAINT ANTOINE
134	HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
135	HAROCHE	Julien	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
136	HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Diabétologie	PITIE SALPETRIERE
137	HATEM	Stéphane	PU-PH	Physiologie/Cardio	PITIE SALPETRIERE
138	HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Thérapeuthique/Urgences	PITIE SALPETRIERE
139	HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Physiologie	TENON
140	HELFT	Gérard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
141	HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Parasitologie	SAINT ANTOINE
142	HERTIG	Alexandre	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
143	HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
144	HOUSSET	Chantal	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
145	HUGUET	Florence	PU-PH	Radiothérapie	TENON
146	IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
147	IRTAN	Sabine	PU-PH	Chirurgie infantile	TROUSSEAU
148	ISNARD	Richard	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
149	ISNARD BAGNIS	Corinne	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
150	JARLIER	Vincent	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
151	JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
152	JUST	Jocelyne	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
153	KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
154	KARACHI	Carine	PU-PH	Neurochirurgie	PITIE SALPETRIERE
155	KAROUI	Medhi	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
156	KAS	Aurélien	PU-PH	Biophysique	PITIE SALPETRIERE
157	KATLAMA	Christine	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPETRIERE
158	KAYEM	Gilles	PU-PH	Gynécologie obstétrique	TROUSSEAU
159	KHIAMI	Frédéric	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
160	KLATZMANN	David	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
161	KOSKAS	Fabien	PU-PH	Chirurgie vasculaire	PITIE SALPETRIERE
162	LACAVE	Roger	PU-PH	Cytologie et histologie	TENON
163	LACOMBE	Karine	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINT ANTOINE
164	LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Biologie cellulaire	PITIE SALPETRIERE
165	LAMAS	Georges	PU-PH	ORL	PITIE SALPETRIERE
166	LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
167	LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Hématologie bio	TROUSSEAU
168	LAROCHE	Laurent	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
169	LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Anatomie/Chirurgie	PITIE SALPETRIERE
170	LAZIMI	Gilles	PU	Médecine générale	CABINET
171	LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
172	LE GUERN	Eric	PU-PH	Génétique	PITIE SALPETRIERE
173	LEBLOND	Véronique	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
174	LEENHARDT	Laurence	PU-PH	Endocrino/médecine	PITIE SALPETRIERE
175	LEFEVRE	Jérémy	PU-PH	Chirurgie digestive	SAINT ANTOINE
176	LEGER	Pierre Louis	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
177	LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Hématologie	SAINT ANTOINE

178	LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Neuro radiologie	PITIE SALPETRIERE
179	LEMOINE	François	PU-PH	Immunologie	PITIE SALPETRIERE
180	LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Chirurgie thoracique	PITIE SALPETRIERE
181	LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Physiologie	TENON
182	LEVERGER	Guy	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
183	LEVY	Richard	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
184	LEVY	Rachel	PU-PH	Biologie reproduction	TENON
185	LORENZO	Alain	PU MG	Médecine générale	CABINET
186	LORROT	Mathie	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
187	LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Cancérologie	TENON
188	LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
189	LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
190	LUYT	Edouard	PU-PH	Réanimation médicale	PITIE SALPETRIERE
191	MAINGON	Philippe	PU-PH	Radiothérapie	PITIE SALPETRIERE
192	MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pédo psychiatrie	PITIE SALPETRIERE
193	MARCELIN	Anne	PU-PH	Virologie	PITIE SALPETRIERE
194	MARTEAU	Philippe	PU-PH	Hépatologie	SAINTE ANTOINE
195	MAURY	Eric	PU-PH	Réanimation médicale	SAINTE ANTOINE
196	MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Médecine interne	SAINTE ANTOINE
197	MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
198	MENU	Yves	PU-PH	Radiologie	SAINTE ANTOINE
199	MESNARD	Laurent	PU-PH	Néphrologie	TENON
200	MEYOHAS	Marie-Caroline	PU-PH	Maladies infectieuses	SAINTE ANTOINE
201	MILLET	Bruno	PU-PH	Psychiatrie adultes	PITIE SALPETRIERE
202	MOHTY	Mohamad	PU-PH	Hématologie clinique	SAINTE ANTOINE
203	MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
204	MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Biophysique	TENON
205	MORAND	Laurence	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINTE ANTOINE
206	MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
207	MOZER	Pierre	PU-PH	Urologie	PITIE SALPETRIERE
208	NACCACHE	Lionel	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
209	NAVARRO	Vincent	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
210	NETCHINE	Irène	PU-PH	Physiologie	TROUSSEAU
211	NGUYEN	Yann	PU-PH	ORL	PITIE SALPETRIERE
212	NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Hématologie biologique	PITIE SALPETRIERE
213	NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Hématologie clinique	PITIE SALPETRIERE
214	NIZARD	Jacky	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
215	OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
216	PÂQUES	Michel	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
217	PARC	Yann	PU-PH	Chirurgie digestive	SAINTE ANTOINE
218	PASCAL	Hugues	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
219	PATERON	Dominique	PU-PH	Thérapeutique/Urgences	SAINTE ANTOINE
220	PAUTAS	Eric	PU-PH	Gériatrie	CHARLES FOIX
221	PAYE	François	PU-PH	Chirurgie digestive	SAINTE ANTOINE
222	PERETTI	Charles-Siegrid	PU-PH	Psychiatrie d'adultes	SAINTE ANTOINE
223	PETIT	Arnaud	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
224	PIALOUX	Gilles	PU-PH	Maladies infectieuses	TENON
225	PIARROUX	Renaud	PU-PH	Parasitologie	PITIE SALPETRIERE
226	PLAISIER	Emmanuelle	PU-PH	Néphrologie	TENON
227	POIROT	Catherine	PU-PH	Cyto embryologie	SAINTE LOUIS
228	POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Nutrition	PITIE SALPETRIERE
229	POURCHER	Valérie	PU-PH	Maladies infectieuses	PITIE SALPETRIERE
230	PRADAT DIEHL	Pascale	PU-PH	Rééducation fonctionnelle	PITIE SALPETRIERE
231	PUYBASSET	Louis	PU-PH	Anesthésiologie Réa.	PITIE SALPETRIERE
232	QUESNEL	Christophe	PU-PH	Anesthésiologie Réa	TENON
233	RATIU	Vlad	PU-PH	Hépto gastro	PITIE SALPETRIERE
234	RAUX	Mathieu	PU-PH	Anesthésiologie Réa	PITIE SALPETRIERE
235	REDHEUIL	Alban	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
236	RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Radiologie	PITIE SALPETRIERE
237	RIOU	Bruno	PU-PH	Anesthésiologie/Urgences	PITIE SALPETRIERE
238	ROBAIN	Gilberte	PU-PH	MPR	ROTHSCHILD
239	ROBERT	Jérôme	PU-PH	Bactériologie	PITIE SALPETRIERE
240	RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU

241	RONDEAU	Eric	PU-PH	Néphrologie	TENON
242	ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Hépto-Gastro-Entérologie	PITIE SALPETRIERE
243	ROUPRET	Morgan	PU-PH	Urologie	PITIE SALPETRIERE
244	SAADOUN	David	PU-PH	Médecine interne	PITIE SALPETRIERE
245	SAHEL	José-Alain	PU-PH	Ophthalmologie	15 / 20
246	SAMSON	Yves	PU-PH	Urgences neurovasculaires	PITIE SALPETRIERE
247	SANSON	Marc	PU-PH	Histologie/Neurologie	PITIE SALPETRIERE
248	SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Chirurgie orthopédique	PITIE SALPETRIERE
249	SAUTET	Alain	PU-PH	Chirurgie orthopédique	SAINT ANTOINE
250	SCATTON	Olivier	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
251	SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Anatomie pathologique	PITIE SALPETRIERE
252	SEKSIK	Philippe	PU-PH	Gastro entérologie	SAINT ANTOINE
253	SELLAM	Jérémie	PU-PH	Rhumatologie	SAINT ANTOINE
254	SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Biostatistiques	TENON
255	SIFFROI	Jean-Pierre	PU-PH	Cytologie et histologie	TROUSSEAU
256	SILVAIN	Johanne	PU-PH	Cardiologie	PITIE SALPETRIERE
257	SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pneumologie	PITIE SALPETRIERE
258	SIMON	Tabassome	PU-PH	Pharmacologie biologique	SAINT ANTOINE
259	SOKOL	Harry	PU-PH	Gastroentérologie	SAINT ANTOINE
260	SPANO	J-Philippe	PU-PH	Cancérologie	PITIE SALPETRIERE
261	STANKOFF	Bruno	PU-PH	Neurologie	SAINT ANTOINE
262	STEICHEN	Olivier	PU-PH	Médecine interne	TENON
263	STRAUS	Christian	PU-PH	Physiologie	PITIE SALPETRIERE
264	SVRECK	Magali	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
265	TALBOT	Jean Noel	PU-PH	Biophysique	TENON
266	TANKERE	Frédéric	PU-PH	ORL	PITIE SALPETRIERE
267	THABUT	Dominique	PU-PH	Gastro entérologie	PITIE SALPETRIERE
268	THOMASSIN-	Isabelle	PU-PH	Radiologie	TENON
269	THOUMIE	Philippe	PU-PH	MPR	ROTHSCHILD
270	TOUITOU	Valérie	PU-PH	Ophthalmologie	PITIE SALPETRIERE
271	TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
272	TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Endocrinologie	PITIE SALPETRIERE
273	TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Néphrologie	PITIE SALPETRIERE
274	TRAXER	Olivier	PU-PH	Urologie	TENON
275	TRESALLET	Christophe	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
276	TRUGNAN	Germain	PU-PH	Biologie moléculaire	SAINT ANTOINE
277	TUBACH	Florence	PU-PH	Epidémiologie	PITIE SALPETRIERE
278	ULINSKI	Tim	PU-PH	Pédiatrie	TROUSSEAU
279	UZAN	Catherine	PU-PH	Gynécologie obstétrique	PITIE SALPETRIERE
280	VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Chirurgie digestive	PITIE SALPETRIERE
281	VERNY	Marc	PU-PH	Gériatrie	PITIE SALPETRIERE
282	VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Bactériologie virologie	SAINT ANTOINE
283	VIALLE	Raphaël	PU-PH	Chirurgie pédiatrique	TROUSSEAU
284	VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Neurologie	PITIE SALPETRIERE
285	VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Biologie cellulaire	SAINT ANTOINE
286	WENDUM	Dominique	PU-PH	Anatomie pathologique	SAINT ANTOINE
287	ARLET	Guillaume	PU-PH	Bactériologie	émérite
288	AUTRAN	Brigitte	PU-PH	Immunologie	émérite
289	BASDEVANT	Arnaud	PU-PH	Nutrition	émérite
290	BERNAUDIN	Jean-François	PU-PH	Histologie et embryologie	émérite
291	BRICAIRE	François	PU-PH	Maladies infectieuses	émérite
292	CAPEAU	Jacqueline	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite
293	CAPRON	Frédérique	PU-PH	Anatomie pathologique	émérite
294	CHASTRE	Jean	PU-PH	Médecine réanimation	émérite
295	CORNET	Philippe	PU MG	Médecine générale	émérite
296	EYMARD	Bruno	PU-PH	Neurologie	émérite
297	FERON	Jean-Marc	PU-PH	Chirurgie traum.	émérite
298	FERRE	Pascal	PU-PH	Biochimie	émérite
299	HANNOUN	Laurent	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
300	JOUVENT	Roland	PU-PH	Psychiatrie adultes	émérite
301	LACAU SAINT GUILY	Jean	PU-PH	O.R.L.	émérite
302	LE BOUC	Yves	PU-PH	Physiologie	émérite
303	MARIANI	Jean	PU-PH	Biologie cellulaire	émérite

304	MASQUELET	Alain	PU-PH	Chirurgie traum.	émérite
305	MAZIER	Dominique	PU-PH	Parasitologie et mycologie	émérite
306	POYNARD	Thierry	PU-PH	Gastro entérologie	émérite
307	RONCO	Pierre	PU-PH	Néphrologie	émérite
308	ROUBY	Jean-Jacques	PU-PH	Anesthésie réanimation	émérite
309	SEZEUR	Alain	PU-PH	Chirurgie générale	émérite
310	SOUBRIER	Florent	PU-PH	Génétique	émérite
311	STERKERS	Olivier	PU-PH	O.R.L.	émérite
312	UZAN	Serge	PU-PH	Gynécologie obstétrique	émérite
313	WILLER	Jean-Claude	PU-PH	Physiologie	émérite

ABRÉVIATIONS

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SA : Semaine d'Aménorrhée

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

FPB : Forfait Préalable Biologie IVG ville

FUB : Forfait Ulérieur Biologie IVG ville

IPE : Échographie Pré-IVG

ARS : Agence Régionale de Santé

AL : Anesthésie Locale

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

HAS : Haute Autorité de Santé

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

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

HPST : Hôpital Patient Santé Territoires

ASA : American Society of Anesthesiologists

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux

CNPAR : Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation

HCG : Gonadotrophine Chorionique Humaine

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMIU : Aspiration Manuelle Intra-Utérine

IGH : Infection Génitale Haute

AG : Anesthésie Générale

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

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative studies

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

FCS : Fausse Couche Spontanée

POP : Pilule Œstro-Progestative

PP : Pilule Progestative

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

EVA : Échelle Visuelle Analogique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

PPF : Planned Parenthood Federation

NAF : National Abortion Federation

BPAS : British Pregnancy Advisory Service

GACEHPA : Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant L'Avortement

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

CCF : Conseiller Conjugal et Familial

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	21
1. Histoire de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et législation en France	21
1.1 Histoire de l'IVG	21
1.2 Législation en France	21
1.3 La loi du 27 janvier 2016 et ses mesures facilitant l'accès à l'IVG	22
2. Quelques chiffres : IVG et professionnels	23
3. Prise en charge de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale en centre de santé	24
3.1 Cahier des charges	24
3.1.1 Éligibilité à l'IVG instrumentale hors établissement de santé	24
3.1.2 Concernant l'anesthésie	25
3.1.3 Surveillance post IVG immédiat	25
3.1.4 Prise en charge des complications immédiates	26
3.1.5 Concernant l'environnement technique	26
3.1.6 Personnel requis	27
3.1.7 Suivi des centres de santé et gestion de risques	28
3.2 Déroulement d'une IVG instrumentale en centre de santé	28
3.2.1 La consultation pré-IVG	28
3.2.2 Le jour de l'IVG	29
3.2.3 La consultation post-IVG	29
3.3 Complications de la méthode	30
3.3.1 La déchirure du col utérin	30
3.3.2 La perforation utérine	30
3.3.3 L'infection	30
3.3.4 L'hémorragie	30
3.3.5 L'échec partiel de l'IVG ou avortement incomplet	31
3.3.6 L'échec complet de l'IVG ou grossesse évolutive	31
3.3.7 Le décès	31
3.3.8 L'impact sur les grossesses ultérieures	31
4. Présentation de l'étude	32
4.1 Justificatifs	32
4.2 Objectif	33

MATÉRIELS ET MÉTHODE	34
1. Choix de la méthode	34
2. Échantillonnage	34
3. Recrutement des patientes	35
4. Choix de la méthode de recueil de données	35
4.1 L'entretien semi-dirigé	35
4.2 Le guide d'entretien	36
5. L'analyse des données	37
5.1 La retranscription	37
5.2 L'analyse inductive des données.....	37
6. Éthique	38
RÉSULTATS	39
1. Description de la population	39
2. Les méconnaissances sur l'IVG et la contraception : un problème d'éducation en santé ?	40
2.1 L'IVG	40
2.1.1 Un parcours d'accès à l'IVG semé de difficultés	40
2.1.2 Le premier recours : à qui ?	41
2.1.3 Internet comme principale source d'informations et d'erreurs parfois.....	41
2.1.4 La méconnaissance des lieux et méthodes d'IVG	41
2.1.5 L'IVG encore tabou : la peur du jugement, le sentiment de honte et le poids de la responsabilité de la décision et de l'IVG.....	42
2.1.6 Souligner le manque de communication sur l'éducation sexuelle et l'IVG durant les études.....	42
2.2 La contraception	42
2.2.1 La difficulté à trouver une contraception adaptée, l'abandon de la contraception et les croyances autour de la contraception.....	42
2.2.2 L'échec des méthodes naturelles.....	43
2.2.3 La place et la responsabilité du conjoint dans la contraception	43
2.2.4 L'impact des explications des professionnels de santé dans le choix d'une contraception	44
2.2.5 La contraception définitive comme dernier recours ?.....	44

3. Les influences externes dans le choix de la méthode chirurgicale sous anesthésie locale en centre de santé	44
3.1 L'influence des antécédents d'IVG.....	44
3.2 L'influence de sa propre maternité.....	45
3.3 L'influence du contexte personnel et conjugal	45
3.4 L'influence de l'entourage	45
3.5 L'influence de la culture et de la religion	45
3.6 L'influence du premier contact et de la confiance avec l'équipe dans le choix du lieu de l'IVG	46
3.7 Les représentations des méthodes d'IVG, des différents types d'anesthésie et des lieux de réalisation	46
3.8 Les critères de priorité dans le choix du lieu et de la méthode	47
4. Le vécu de l'IVG, une nécessité de prendre soin du corps et de la personne	48
4.1 Le vécu de l'acte de l'IVG.....	48
4.1.1 L'intérêt d'une pré médication	48
4.1.2 Choisir l'IVG sous anesthésie locale pour vivre l'IVG	48
4.1.3 L'importance de l'ambiance lors de l'IVG.....	48
4.1.4 Le vécu de la douleur	49
4.1.5 La force de l'esprit sur le corps	49
4.1.6 Le vécu du post IVG	50
4.1.7 Le cas des complications post IVG	50
4.1.8 Les propositions d'amélioration	51
4.2 La place de l'entourage dans le vécu de l'IVG	52
4.2.1 Les différences de vision et de vécu de l'IVG selon la place dans le couple.....	52
4.2.2 La place de la femme dans le couple dans le choix de son IVG.....	52
4.2.3 La place non interchangeable du conjoint dans le vécu de l'IVG	53
4.2.4 L'importance du soutien de l'entourage lorsque le partenaire est absent	53
4.2.5 Le soutien de l'entourage non indispensable mais finalement vécu de façon bénéfique	53

5.	Sur quels critères se fondent la satisfaction des femmes pour cette méthode ?	54
5.1	La place de l'accompagnement de l'équipe dans le vécu de l'IVG	54
5.2	La patiente au cœur de la prise en charge et la personnalisation de la prise en charge	54
5.3	L'importance d'une information claire et de qualité dans le vécu de l'IVG	54
5.4	La nécessité d'une prise en charge rapide dans une attente souvent intolérable	55
5.5	La préférence d'une prise en charge de proximité, dans une structure à taille humaine, bienveillante, avec une connaissance de l'équipe rassurante	55
5.6	L'absence de jugement de l'équipe et le militantisme du planning familial	55
5.7	Un lieu unique pour l'ensemble de la prise en charge	56
5.8	La réassurance d'un contrôle à distance	56
5.9	La surprise de vivre son IVG moins difficilement qu'imaginé	56
6.	L'impression générale d'une médecine moins humaine à l'hôpital	57
6.1	Ne pas s'être sentie soutenue lors d'une IVG à l'hôpital	57
6.2	Renoncer à l'hôpital pour son manque d'empathie	57
6.3	La peur de l'hôpital	57
6.4	Le manque de disponibilité à l'hôpital	57
6.5	Doutes autour de l'empathie des gynécologues	58
6.6	Penser que l'empathie et la bienveillance ne sont plus au cœur des prises en charge médicales	58
6.7	Les a priori concernant la place des professionnels masculins dans la prise en charge de l'IVG	58
6.8	Souligner la particularité de l'empathie d'une équipe féminine	58
7.	La place centrale de la femme au cœur de sa prise en charge	59
7.1	La nécessité du choix laissé à la patiente	59
7.2	Le libre choix vraiment laissé à la patiente ?	59
7.3	Ne pas vouloir justifier son IVG, ne pas vouloir être jugée	60
7.4	Exprimer la nécessité d'avoir une IVG avec un parcours facilité	60
7.5	La particularité des entretiens collectifs du planning d'Orléans : L'ambivalence générée par ces entretiens	60
7.6	Être reconnaissante d'avoir le droit à l'IVG en France	61
7.7	Vouloir améliorer les conditions de l'IVG en France, le militantisme et le besoin de témoigner (aux autres et/ou à sa descendance)	62

DISCUSSION	63
1. Présentation des principaux résultats avec modèle explicatif	63
2. Validité de l'étude	64
2.1 Forces	64
2.2 Faiblesses	64
3. Interprétation des données et comparaison à la littérature	65
3.1 La difficulté du parcours d'accès à l'IVG.....	65
3.2 Premier recours : à qui ?	66
3.3 Internet comme principale source d'informations.....	67
3.4 Les méconnaissances autour de l'IVG	69
3.5 Les croyances et l'abandon de la contraception. Le choix et les échecs des méthodes naturelles.....	69
3.6 Les critères de choix des méthodes d'IVG.....	71
3.7 Le vécu de la douleur	72
3.8 Les critères de satisfaction de la méthode d'IVG	73
3.9 La fuite de l'hôpital.....	74
3.10 La peur du jugement	75
4. Perspectives	75
4.1 L'extension de l'IVG à divers professionnels de santé	75
4.2 L'extension de l'IVG sous anesthésie locale en centre de santé	77
 CONCLUSION	 80
 BIBLIOGRAPHIE	 82
 ANNEXES	 87
Annexe n°1 : Déclaration CNIL	87
Annexe n° 2 : Lettre d'information aux médecins réalisant les IVG sous anesthésie locale en centre de santé.....	88
Annexe n°3 : Lettre d'information aux femmes souhaitant participer à l'étude ...	89
Annexe n°4 : Guide d'entretien	90
Annexe n°5 : Exemple d'un entretien	92
Annexe n°6 : Extrait du journal de bord	102

RÉSUMÉ.....109

ABSTRACT.....110

« Je voudrais tout d'abord vous faire partager une conviction de femme — je m'excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d'hommes : aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement. Il suffit d'écouter les femmes.

C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame. »

Simone Veil, Discours de présentation du projet de loi devant l'Assemblée nationale, le 26 novembre 1974.

INTRODUCTION

1. Histoire de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et législation en France

1.1 Histoire de l'IVG

Les femmes ont depuis toujours eu recours à l'avortement, quelles que soient sa légalité et ses conditions.

L'un des textes les plus anciens sur le sujet est un texte babylonien, le Code de Hammurabi, qui date d'environ 1750 avant JC et interdit l'avortement. Mais les sanctions en lien avec l'avortement n'apparaissent dans les écrits qu'au III^e siècle avec l'expansion du christianisme.

En 1869, le Pape Pie IX déclare que l'âme est présente dès la conception, les lois écrites au XIX^e siècle, de ce fait, n'autorisent aucune IVG.

Mais bien qu'interdit, les femmes ont de tout temps pratiqué l'avortement, dans des conditions dangereuses et même très souvent mortelles. Les faiseurs/faiseuses d'anges désignaient les hommes et les femmes réalisant ces avortements clandestins, par des méthodes souvent dangereuses (aiguilles à tricoter, injection de produits dans l'utérus, traumatismes volontaires etc...).

Entre 1950 et 1985, les pays développés ont libéralisés, pour la quasi-totalité, leurs droits sur l'IVG pour des raisons de sécurité et de respect des Droits de l'Homme (1).

1.2 Législation en France

En 1810, le Code Civil (Napoléon) instaure le crime d'avortement, les femmes ainsi que ceux qui les ont aidés risquent la prison.

La loi du 31 juillet 1920 est votée et stipule que l'avortement est strictement interdit. La contraception est également passible d'une amende, voire d'une peine de prison. Toute information diffusée sur le sujet peut également aboutir à une pénalité.

En 1942, l'avortement est déclaré « Crime contre l'État ». Les femmes y ayant recouru ou l'ayant pratiqué seront condamnées à la peine de mort.

La loi du 19 décembre 1967 dite « loi Neuwirth » autorise la contraception mais celle-ci n'est pas remboursée par la Sécurité sociale.

La loi du 17 janvier 1975 dite « loi Veil » autorise l'IVG temporairement à titre expérimentale durant 5 ans. Elle sera définitivement légalisée le 1er janvier 1980. L'IVG instrumentale se réalise sous conditions jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, à l'hôpital.

La loi du 31 décembre 1982 dite « loi Roudy » permet le remboursement de l'acte de l'IVG à 70% par la sécurité sociale.

La technique médicamenteuse est, elle, autorisée depuis 1989.

La loi du 4 juillet 2001 dite « loi Aubry-Guigou » pousse le délai maximal à 14 semaines d'aménorrhée (SA) et autorise la technique médicamenteuse en ville en convention avec l'hôpital jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée.

La loi du 19 décembre 2007 permet de réaliser la technique médicamenteuse dans d'autres structures (centres de santé, Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)) (1).

Le 31 mars 2013, l'acte de l'IVG est remboursé à 100% par la sécurité sociale.

La loi du 27 janvier 2016 supprime le délai de réflexion de 7 jours, autorise les IVG instrumentales hors établissements de santé et les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses (2).

Enfin, le 1er avril 2016, tous les actes nécessaires à l'IVG sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

1.3 La loi du 27 janvier 2016 et ses mesures facilitant l'accès à l'IVG

Cette loi, entre autres, vise à faciliter le parcours des femmes qui souhaitent avorter et à renforcer l'accessibilité de l'IVG partout sur le territoire, en améliorant l'offre de proximité. Pour cela, plusieurs mesures sont présentes dans cette loi :

- Suppression du délai minimal de réflexion : Selon l'article 82 de la loi du 26 janvier 2016, le délai minimal de réflexion de 7 jours entre la première consultation de demande d'interruption de grossesse et l'IVG est supprimé pour les femmes majeures et réduit à 48 heures pour les mineures. Cette disposition vise à raccourcir le parcours de l'IVG et à ne plus stigmatiser l'avortement comme un acte médical à part. Ce délai pouvait entraver le choix de la femme quant à la méthode ou le lieu de réalisation de l'IVG.
- Possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses : Selon l'article 127 de la loi du 26 janvier 2016, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des IVG médicamenteuses dans les mêmes conditions que les médecins. Cette mesure permet aux femmes d'accéder plus facilement à l'IVG médicamenteuse en augmentant l'offre sur le territoire et ainsi de proposer un réel choix de la méthode aux femmes.
- Prise en charge à 100% des actes liés à l'IVG : La prise en charge financière à 100% par la sécurité sociale, qui concernait uniquement l'acte d'IVG, est étendue à l'ensemble des actes réalisés pour une IVG (les examens de biologie, l'échographie de datation pré-IVG, la consultation du recueil de consentement, l'échographie de contrôle post-IVG). Pour cela, la prescription médicale des examens complémentaires (bilan biologique et échographie) doit mentionner les codes spécifiques (FPB, FUB ou IPE).

« Cette amélioration de la prise en charge financière permet d'assurer la gratuité complète de l'IVG et des actes afférents, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG. »

- Un plan pour l'accès à l'IVG dans chaque région : L'accès à l'avortement implique que toutes les femmes soient prises en charge, dans le respect de la loi, toute l'année, sur l'ensemble du territoire. Pour assurer cette couverture, chaque Agence Régionale de Santé (ARS) devra établir un plan régional pour l'accès à l'IVG (article 158 de la loi du 26 janvier 2016). L'enjeu pour les régions sera « d'améliorer l'information des femmes sur leurs droits, la formation des professionnels, les prises en charge proposées afin que les parcours soient fluides et que les femmes puissent accéder aux méthodes et aux lieux de leur choix. »
- Possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales : Selon l'article 77 de la loi du 26 janvier 2016, les médecins exerçant en centres de santé sont autorisés à réaliser des IVG instrumentales sous anesthésie locale (AL) ou loco-régionale (ALR) : « Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les conditions prévues par les articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du code de la santé publique, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2. » (Article L6323-1 du code de la santé publique). Cette nouvelle mesure permet d'offrir aux femmes un véritable choix concernant d'une part les techniques (IVG médicamenteuse, IVG instrumentale par anesthésie locale, loco régionale ou générale), d'autre part les lieux de réalisation (en ou hors établissement de santé).

2. Quelques chiffres : IVG et professionnels

Selon l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2019, 232 200 IVG ont été enregistrées en France. Le taux de recours est à son niveau le plus élevé depuis 1990 et atteint 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 IVG dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). Ce sont les jeunes femmes de 20 à 29 ans qui restent les plus concernées. Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au triple selon les régions. En effet les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud-Est où ils dépassent les 17 IVG pour 1000 femmes, voire 39 IVG pour 1000 femmes en Guyane et Guadeloupe. Alors qu'en Pays de la Loire, le taux de recours est de 11,8 IVG pour 1000 femmes (3).

Concernant les méthodes, 61 500 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 25,4% du total des IVG en métropole et 41,6% dans les DROM. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître : elle est de 41%, soit 30% du total des IVG. La possibilité de pratiquer hors établissements des IVG médicamenteuses à partir de 2005 a contribué à cette évolution (3).

La pratique des IVG dans les centres de santé et les CPEF, elle, se développe peu à peu, elle atteint 4% en Nouvelle-Aquitaine, 5% en Île-de-France (3).

Concernant l'offre de soin, on note une baisse de l'offre malgré une demande d'IVG stable. En termes d'évolution de l'offre, les statistiques de la DREES indiquent que 5% des établissements publics et 48% des établissements privés pratiquant l'IVG ont fermé ces 10 dernières années, soit plus de 130 établissements au total (sous-valorisation de l'IVG, restructuration dans le cadre de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » (HPST) ...). Ce qui génère une augmentation de la demande dans les établissements restant, provoquant des effets d'étranglement importants dans certaines régions (3).

De plus, aujourd'hui, 42% des médecins conventionnés réalisant des IVG médicamenteuses en ville sont des généralistes, 57% des gynécologues obstétriciens ou gynécologues médicaux. Mais de nombreux bassins de vie ne comprennent aucun gynécologue (4). L'accès à l'IVG dans ces territoires dépend donc de l'offre des établissements de santé. Du fait de la diminution du nombre d'établissements de santé pratiquant l'IVG, ces territoires voient donc leur offre en termes d'IVG baisser. Les disparités de recours sont donc en parties liées aux disparités d'offre.

3. Prise en charge de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale en centre de santé

3.1 Cahier des charges

Selon la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016, « la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes souhaite étendre la réalisation d'IVG par méthode instrumentale jusqu'alors réservées aux seuls établissements de santé, aux centres de santé, voire à d'autres acteurs de ville (ex : CPEF, maisons de santé). Il est nécessaire de définir ou de préciser l'environnement technique, les conditions de réalisation, le profil des femmes pouvant bénéficier de cet acte hors établissement de santé (ex : âge gestationnel, comorbidité...), la prise en charge de la douleur et enfin les conditions organisationnelles de gestion des complications éventuelles. L'élaboration d'un cahier des charges permet de définir les lieux autorisés pour la réalisation de l'IVG instrumentale ». Ce cahier des charges rédigé par la HAS définit « les exigences à respecter pour garantir la sécurité et la qualité des soins, quel que soit le lieu où sont réalisées les IVG instrumentales » (5). En voici les grandes lignes :

3.1.1 Éligibilité à l'IVG instrumentale hors établissement de santé

Il n'est possible de proposer une IVG instrumentale hors établissement de santé à une femme que si l'ensemble des conditions suivantes est rempli :

- Information et consentement sur le lieu de l'intervention,
- Âge gestationnel entre 7 et 14 SA,
- Bon état clinique général (score American Society of Anesthesiologists (ASA) 1), comorbidités contrôlées et stables,

- Absence de malformations utérines, de traitements anticoagulants ou de troubles de la coagulation,
- Absence d'allergie connue aux anesthésiques locaux.

Par contre, l'âge n'est pas un facteur d'exclusion. L'IVG instrumentale dans les structures hors établissement de santé est accessible aux femmes majeures et mineures, avec une attention particulière aux besoins spécifiques des mineures notamment en termes d'accompagnement et de respect de la confidentialité.

3.1.2 Concernant l'anesthésie

Il est bien précisé que ni l'anesthésie générale, ni la sédation intraveineuse ne peuvent être proposées hors établissement de santé. Ainsi, l'IVG instrumentale peut être réalisée sous anesthésie locale ou locorégionale par la technique du bloc paracervical en l'absence de contre-indication. Il est possible pour le praticien qui réalise l'IVG, sans qu'il soit obligatoirement spécialiste en anesthésie-réanimation, de réaliser une anesthésie locale ou un bloc paracervical, seul ou combiné avec le Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA).

3.1.3 Surveillance post IVG immédiat

Il est nécessaire de prévoir :

- La présence d'un médecin sur site pendant la période de surveillance post-IVG immédiate jusqu'au départ de la patiente,
- Une période de surveillance qui est variable en fonction de l'âge gestationnel et du type d'anesthésie, au minimum jusqu'à l'obtention d'un état clinique stable. La durée est en moyenne entre 30 min et une heure environ mais la patiente doit pouvoir se reposer le temps nécessaire, en fonction de ses besoins, dans une salle de repos,
- Une surveillance par un(e) infirmier(ère) dans une salle de repos, sous la responsabilité du médecin qui a fait l'intervention,
- La validation de la sortie par le médecin,
- Des consignes claires, orales et écrites, délivrées à la patiente précisant les signes nécessitant un avis médical ou devant l'amener à consulter en urgence, les numéros d'appel fonctionnels 24 heures sur 24 ainsi que les prescriptions d'antalgiques et de contraception. Une visite de contrôle post-IVG peut être réalisée entre le 14^e et le 21^e jour.

3.1.4 Prise en charge des complications immédiates

Il est nécessaire de prévoir :

- La disponibilité d'un anesthésiste et/ou un réanimateur sur site ou la possibilité d'un transfert rapide,
- Un protocole sur la gestion des urgences notamment hémorragies, perforations, arrêt respiratoire, anaphylaxie devant être disponible sur place, sous forme d'un « checklist de crise », décrivant les principales actions à mener,
- La disponibilité du matériel et équipement pour traiter les complications, les effets indésirables et les toxicités liées à l'anesthésie locale, dans un chariot d'urgence dont le contenu doit être vérifié régulièrement,
- Une convention de collaboration préétablie avec un centre hospitalier de proximité pouvant assurer la prise en charge des complications et ayant une capacité d'accueil et de prise en charge chirurgicale et de réanimation 24h/24. Il s'agit d'un protocole écrit où le contenu et la forme de la collaboration sont concrètement élaborés sur le plan de l'organisation. Cette convention précise : les modalités de communication et de transport, le service référent et le délai d'intervention, un protocole bien établi de transfert d'urgence si la structure n'est pas en mesure de prendre en charge les complications.

3.1.5 Concernant l'environnement technique

Pour réaliser des IVG instrumentales, le centre de santé doit mettre en place certains aménagements en classant les zones par risque potentiel de contamination :

- Zones dites « protégées » ou salle blanche : salle d'examen avec point d'eau pour lavage des mains, zone de stockage du matériel stérile, zone de conditionnement des dispositifs médicaux avant stérilisation,
- Zones administratives,
- Zones potentiellement « contaminées » : locaux de stockage des déchets, du linge sale et du matériel de ménage, zone de lavage et décontamination du matériel,
- Salle de repos avec lit et toilettes accessibles.

Le centre de santé doit également prévoir :

- Un protocole sur les précautions standard d'hygiène : hygiène des mains, port de vêtement de protection (gants, masque, tenue professionnelle), gestion du matériel souillé (objets piquants, coupants, tranchants à usage unique, matériel réutilisable, déchets mous types compresses souillées), entretien des surfaces souillées, gestions des déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI), conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang,
- Un niveau d'asepsie requis : réalisation de l'intervention soit avec des champs opératoires de manière systématique, soit en utilisant la technique « sans contact » (« no touch ») afin de limiter le risque infectieux,

- Une gestion et stérilisation des dispositifs médicaux : privilégier les dispositifs médicaux à usage unique, établir un protocole sur les conditions de nettoyage, désinfection et stérilisation selon les dispositifs médicaux (selon la classification de Spaulding : dispositif médical critique/semi-critique/non-critique).

L'équipement doit comprendre :

- Le matériel pour la réalisation de l'IVG : une table gynécologique, des chariots pour disposer les instruments et le matériel, matériels nécessaires à la dilatation et aspiration,
- Un appareil d'échographie avec sondes abdominale et endo-vaginale,
- Le matériel pour l'examen macroscopique des tissus aspirés,
- Le matériel pour la désinfection et stérilisation des dispositifs médicaux,
- Le matériel pour la prise en charge des complications notamment pour la réanimation cardio-circulatoire, l'oxygénothérapie et les médicaments d'urgence,
- Des antalgiques.

3.1.6 Personnel requis

La réalisation de l'anesthésie et de l'IVG instrumentale doit être réalisée par un médecin. Il doit être accompagné du personnel suffisant pour la surveillance de la patiente pendant l'intervention et en post-IVG et pour l'accueil et l'accompagnement. Il n'est pas précisé ni le nombre ni la qualification des membres de l'équipe devant être présents lors de la réalisation de l'IVG instrumentale. Tout le personnel (médical, infirmier, travailleurs sociaux, psychologues, ...) doit être formé dans leur domaine respectif à la prise en charge d'une IVG instrumentale et suivre des formations continues pour le maintien de leur compétence. Un membre de l'équipe doit être formé aux échographies pelviennes. Le médecin réalisant l'IVG instrumentale doit bénéficier d'une formation spécifique sur les modalités de réalisation de l'IVG instrumentale sous AL/ALR, la prise en charge des complications, l'établissement de la classification ASA, la pharmacologie des anesthésiques locaux, leurs principales complications et les modalités de traitement ainsi que les doses à utiliser et les doses maximum, une actualisation devant être organisée au moins tous les trois ans (proposition du Collège National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation (CNPAR)), la sédation-analgésie (MEOPA).

3.1.7 Suivi des centres de santé et gestion de risques

Le niveau de qualité et de sécurité des soins doit être assuré quel que soit le lieu de réalisation.

Il est ainsi nécessaire de prévoir :

- Le même système de gestion de risques qu'en établissement de santé avec la mise en place d'un système de recueil et de traitement de données relatives à la surveillance et l'évaluation des événements indésirables liés aux soins,
- L'évaluation de la satisfaction des femmes ayant effectué une IVG instrumentale dans les centres de santé,
- Les mêmes procédures de certification et d'accréditation qu'en établissement de santé,
- La mise en place d'une procédure pour pouvoir informer immédiatement les autorités compétentes en cas de décès d'une patiente.

3.2 Déroulement d'une IVG instrumentale en centre de santé

3.2.1 La consultation pré-IVG

Il s'agit d'une consultation commune aux deux techniques d'IVG (médicamenteuse et instrumentale). C'est lors de cette consultation que la patiente va exprimer son choix d'avorter. Le médecin doit apporter à la patiente une information éclairée sur les différentes techniques existantes, la possibilité ou non d'avoir recours à une anesthésie locale ou générale, sur l'efficacité et les complications éventuelles de ces méthodes. Dans la mesure du possible, le choix de la procédure doit être laissé à la patiente. De la bonne information délivrée par le médecin va dépendre la sécurité de la patiente mais également de sa satisfaction. Le médecin doit ensuite confirmer la grossesse et préciser l'âge gestationnel en s'aidant de l'interrogatoire, de l'examen clinique, notamment à la recherche de contre-indication de la méthode et au recours à des examens complémentaires (bêta-HCG, Groupe-Rhésus-RAI et échographie). Il précise à la patiente qu'elle peut se faire accompagner par la personne de son choix et fixe la date de l'IVG. Cette consultation peut également être l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) (VIH, VHB, VHC, syphilis, chlamydia, gonocoque selon le contexte) et de proposer un frottis cervico-vaginal de dépistage en l'absence de suivi gynécologique. Le mode de contraception post-IVG est aussi abordé lors de cette consultation. Il est utile que le médecin tente de comprendre les raisons de l'échec de la contraception ou de son absence afin d'adapter au mieux sa prescription après l'IVG (6).

3.2.2 Le jour de l'IVG

La patiente est reçue, accompagnée ou non, pour la réalisation de l'IVG instrumentale. La technique consiste à obtenir la vacuité utérine au moyen d'une aspiration endo-utérine après dilatation du col utérin et introduction d'une canule. La dilatation utérine peut se faire par dilatation médicamenteuse (prise de mifépristone et/ou misoprostol) associée ou non à une dilatation mécanique (bougies de Hégar) jusqu'à obtenir un passage suffisant pour permettre l'introduction de la canule. Selon les recommandations 2016 du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (7), il est préférable d'utiliser systématiquement une préparation cervicale médicamenteuse, avec l'utilisation en première intention du misoprostol à une dose de 400µg, ceci dans le but de diminuer les complications liées au geste (diminution du risque d'avortement incomplet). Le misoprostol pourra être administré, au choix de la patiente, soit par voie sublinguale 1 à 3 heures avant le geste, soit par voie vaginale 3 heures avant le geste (moins d'effets gastro-intestinaux). L'ajout de 200 mg de mifépristone au misoprostol 24 à 48 heures avant le geste est bénéfique pour les grossesses entre 12 et 14 SA (8). L'intervention en elle-même est de courte durée (quelques minutes) et est réalisée sous anesthésie locorégionale du col utérin (injection de lidocaïne dans le cul de sac cervico-vaginal ou injection traçante dans le canal cervical). L'anesthésie locale paracervicale est la technique d'anesthésie locale de premier choix. L'injection peut se faire en 2 ou 4 points à plus de 1,5cm de profondeur, l'utilisation de 4 pressions de lidocaïne en spray peut être proposée quelques minutes avant d'injecter la xylocaïne. Une prémédication est fréquemment utilisée avec des antalgiques de niveau 1 ou 2. L'utilisation d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) est recommandée pour limiter les douleurs opératoires et post-opératoires. Du MEOPA peut aussi être administré en association avec l'anesthésie locale. L'aspiration peut se faire ensuite de façon manuelle (aspiration manuelle intra-utérine dite AMIU) ou électrique, l'aspiration électrique est à privilégier après 9 SA. En fin d'intervention, le contrôle de la vacuité utérine est réalisé soit par échographie, soit par contrôle macroscopique du produit évacué. Si une contraception par dispositif intra-utérin ou implant sous-cutané a été décidé lors des précédentes consultations, ceux-ci peuvent être posés le jour même, en fin d'intervention. Après l'IVG, les femmes sont installées dans une salle de repos durant une durée minimum de 30 minutes afin de s'assurer de l'absence de complications immédiates avant de rentrer à leur domicile.

3.2.3 La consultation post-IVG

Une consultation de contrôle entre J14 et J21 est proposée afin de s'assurer de l'absence de complication tant médicale que psychologique et de refaire le point sur la contraception en cours et à venir.

3.3 Complications de la méthode

Comme tout acte interventionnel, l'IVG instrumentale peut entraîner des complications mineures ou majeures, immédiates ou à distance, même si celles-ci sont rares. Le taux global de complications est de 2,1 % (IVG instrumentale : 1,3% et IVG médicamenteuse : 5,2%). Les études constatent toutes que l'IVG instrumentale comporte moins de risques que d'autres actes médico-chirurgicaux effectués couramment en dehors de l'hôpital (9).

Les complications possibles au cours d'une IVG instrumentale sont :

3.3.1 La déchirure du col utérin

La déchirure cervicale est une des complications les plus fréquentes de l'aspiration instrumentale. Elle est provoquée par le lâchage brusque de la pince de traction sur la lèvre antérieure du col pour corriger la flexion de l'utérus au moment de la dilatation. Ainsi, plus la dilatation du col est facile, moins le col risque une déchirure. La majorité des déchirures ne nécessitent pas de traitement, mais dans le cas des déchirures hémorragiques ou délabrantes, une suture chirurgicale est nécessaire.

3.3.2 La perforation utérine

La perforation utérine lors d'une aspiration est un événement exceptionnel, qui est parfois méconnue par l'opérateur. Le risque d'une perforation utérine est la blessure d'organes ou de vaisseaux adjacents pouvant entraîner une hémorragie aiguë, mais il semble que de nombreuses perforations utérines ne provoquent aucune blessure. L'abstention est possible en l'absence de signes d'irritation péritonéale, de douleur ou d'hémorragie.

3.3.3 L'infection

L'infection du post-abortum est une complication rare dont l'incidence peut être réduite par une antibioprofylaxie lors de l'IVG instrumentale. Les facteurs de risque d'infection post-abortum sont la présence d'une infection sexuellement transmissible et/ou d'une vaginose bactérienne avant l'intervention, pouvant provoquer une infection génitale haute (IGH). L'antibioprofylaxie peut ainsi permettre de prévenir ce risque d'IGH : « cette prévention de l'infection du post-abortum est un objectif important en raison des séquelles potentielles tubaires pouvant altérer la fertilité ». Le choix du protocole d'antibioprofylaxie dépend de la volonté des équipes de réaliser ou non un dépistage systématique des IST dans le bilan pré-IVG.

3.3.4 L'hémorragie

L'hémorragie immédiate après une IVG est très rare. Elle survient le plus souvent dans un second temps et est estimée à moins de 1% des cas avec nécessité de transfusion dans 0,1% des cas. L'hémorragie est un risque plus fréquent dans l'IVG médicamenteuse que dans l'IVG instrumentale.

Lors d'une IVG instrumentale, l'hémorragie peut être due à une lésion vasculaire, une évacuation incomplète de la grossesse ou une atonie utérine (plutôt après 12SA), et plus exceptionnellement à une grossesse anormale (grossesse molaire, grossesse extra-utérine) ou une malformation artério-veineuse.

3.3.5 L'échec partiel de l'IVG ou avortement incomplet

L'échec partiel de l'IVG se différencie en 2 types : la rétention ovulaire (rétention complète de l'œuf ou grossesse arrêtée) et la rétention trophoblastique (rétention de produits de conception). La rétention ovulaire s'observe principalement dans l'IVG médicamenteuse. Il s'agit d'un arrêt de la grossesse sans expulsion du sac gestationnel. La prise en charge consistera soit en une aspiration instrumentale, soit en l'administration de misoprostol. La rétention trophoblastique s'observe dans l'IVG instrumentale et médicamenteuse. Une attitude expectative est recommandée, en première intention, jusqu'à la survenue des règles. Si la rétention persiste après les règles, une évacuation de l'utérus sera pratiquée par aspiration ou par exérèse sous hystérocopie. En prévention de cette complication, l'administration préalable de misoprostol à une aspiration chirurgicale diminue le risque d'avortement incomplet.

3.3.6 L'échec complet de l'IVG ou grossesse évolutive

Dans le cadre de l'IVG instrumentale, l'échec complet de l'IVG est possible, mais reste exceptionnelle et est due à l'impossibilité de dilater le col pour procéder à l'aspiration. Pour prévenir ce risque, il faut visualiser le produit d'aspiration en fin d'intervention et/ou pratiquer une échographie pelvienne de contrôle pour vérifier la vacuité utérine.

3.3.7 Le décès

La mortalité de l'IVG dans les pays où l'avortement est légalisé est un événement extrêmement rare, on estime qu'il est de l'ordre de moins d'une femme pour 100000 (risque inférieur à celui d'un décès lors d'un accouchement). Par ailleurs, les études constatent que les décès suite à une IVG instrumentale sont 4 fois moins nombreux sous AL que sous anesthésie générale (AG).

3.3.8 L'impact sur les grossesses ultérieures

L'antécédent d'IVG n'est pas un facteur de risque de grossesse extra-utérine ni de fausse couche spontanée (sauf dans de rares cas si l'intervalle entre l'IVG et la grossesse ultérieure est inférieure à 3 mois). Le risque d'avoir une anomalie de la placentation (placenta prævia ou placenta accreta) n'augmente pas après une IVG instrumentale. Il ne semble pas y avoir de risque d'accouchement prématuré chez les femmes ayant eu recours à une ou plusieurs IVG par aspiration au premier trimestre de grossesse. Enfin, l'IVG instrumentale n'augmente pas le risque d'infertilité ultérieure.

4. Présentation de l'étude

4.1 Justificatifs

La HAS recommande qu'une femme en demande d'IVG soit vue en consultation dans les 5 jours qui suivent son appel (6). Or, face à l'engorgement des établissements de santé, ce délai est difficilement respecté, au risque de mettre la femme en situation de difficulté. De plus, le nombre des établissements de santé pratiquant les IVG a tendance à diminuer et à se concentrer dans de grosses structures entraînant de ce fait une réduction de l'offre de proximité (3).

Depuis la loi de juillet 2001, la part des IVG médicamenteuses ne cesse d'augmenter en médecine de ville. En 2019, 26,5% des IVG ont été réalisées en cabinet libéral, dans les centres de santé ou les CPEF (3). Mais 30,6% des médecins en France ont plus de 60 ans, un nombre certain de médecins pratiquant les IVG en ville vont bientôt partir à la retraite puisque selon la DREES, l'âge moyen de départ à la retraite d'un médecin est de 67 ans (10).

La loi de 2016 sur la modernisation de notre système de santé tente de pallier à ces difficultés en permettant, d'une part, aux sages-femmes de réaliser des IVG médicamenteuses en ville. Moins de 4 ans après, déjà 3,5% des sages-femmes libérales sont conventionnées avec un établissement de santé pour pratiquer les IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 200 sages-femmes. En 2018, elles ont réalisé 5100 avortements, soit 10% des IVG hors établissement de santé (11).

D'autre part, et afin de laisser au mieux aux femmes le choix de leur méthode d'IVG, la loi autorise la réalisation d'IVG instrumentale en centre de santé.

Des travaux sur la faisabilité de cette méthode en centre de santé ont été réalisés en interrogeant les centres de santé en Île-de-France après le vote de cette loi. Parmi les 16 centres interrogés, la totalité était favorable à la loi santé permettant de faciliter l'accès à l'IVG et permettant de laisser aux femmes le choix de la méthode mais la moitié des centres était inquiète par rapport à la logistique, à la mise en place de ce geste, semblant compliqué pour un centre de santé, nécessitant une réorganisation trop importante du centre. Les centres présentaient aussi une inquiétude par rapport à l'acte en lui-même, à la gestion des complications éventuelles et au temps nécessaire pour se former. Et finalement, seulement 7 centres sur les 16 interrogés envisageaient de pratiquer les IVG instrumentales. Cependant une information en détails permettrait probablement de les rassurer pour rendre les démarches concrètes. Les freins cités à cette mise en place étaient surtout liés à des inconnues. Le budget dévolu à la mise en place de l'IVG instrumentale semble être le frein majeur (12).

Concernant le point de vue des femmes, elles sont prêtes pour cette pratique comme le montrent les résultats d'une étude réalisée par le Dr Kenigsberg. Cette étude évaluait l'acceptabilité de l'IVG instrumentale sous AL dans les CPEF par les patientes. Parmi les femmes interrogées lors d'une demande d'IVG, 60 % disaient préférer la méthode d'IVG instrumentale sous AL dans le CPEF si cela avait été possible (13).

4 ans après le vote de la loi, 5 centres sont à présent opérationnels : Orléans, Aubervilliers, Malakoff, Arcueil et Romainville.

Le nombre d'IVG instrumentales sous anesthésie locale réalisé en centre de santé au total, selon les chiffres du Réseau entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO), en 2020 est de 245 IVG (10 à Malakoff, 51 à Arcueil, 100 à Orléans, 14 à Romainville et 70 à Aubervilliers) (14).

Il existe très peu de complications depuis que la méthode se réalise dans ces centres. Dans l'étude de Laure-Anne Debeaux sur l'évaluation de la sécurité de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale en centres de santé en France, il a été montré que les taux de complications immédiates et secondaires des IVG instrumentales en centre de santé sont faibles, et similaires à ceux des IVG instrumentales en centre hospitalier retrouvés dans la littérature. L'ensemble des données internationales sont rassurantes concernant la faisabilité et la sécurité de la pratique de l'IVG instrumentale hors système hospitalier (15).

Actuellement, d'autres centres de santé sont intéressés comme le centre de Bobigny, Belleville et Nanterre.

Il apparaissait alors intéressant d'analyser à présent le vécu de cette prise en charge à travers le discours de femmes l'ayant subi. L'analyse du vécu de cette expérience par les patientes correspond au reflet de notre pratique. L'amélioration de notre prise en charge, dans ce domaine si particulier et douloureux qu'est l'IVG, passe par une meilleure compréhension du ressenti de nos patientes.

4.2 Objectif

L'objectif de cette étude était de décrire le parcours et le vécu des femmes ayant réalisé une IVG instrumentale sous anesthésie locale dans un centre de santé en France.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

1. Choix de la méthode

La méthode par recherche qualitative a semblé en adéquation avec l'objectif de notre étude.

En effet, la recherche qualitative, longtemps restée du domaine des sciences sociales et humaines, permet l'observation de phénomènes sociaux en milieu naturel. Elle est adaptée lorsque les facteurs observés sont de nature subjective, donc difficiles à mesurer.

Dans la recherche qualitative il existe différentes approches analytiques et parmi elles l'Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (16). Cette approche permet d'étudier plus précisément comment les personnes donnent un sens à leurs expériences de vie. Elle cherche à comprendre et non à mesurer et fait apparaître les processus et les « comment » en cherchant à comprendre, décrire, explorer des comportements.

Les différents items de la liste COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative studies) prévues pour la recherche qualitative, ont été consultés et utilisés pour la rédaction de ce travail (17).

Tout au long de ce travail un journal de bord a été tenu pour aider la chercheuse à avancer, de la réalisation des entretiens à l'analyse de ceux-ci.

2. Échantillonnage

La population cible dans cette étude était les femmes ayant fait l'expérience d'une IVG instrumentale sous AL en centre de santé.

Dans une étude qualitative, l'intérêt est de recueillir une diversité de sens donnés à une expérience, à un vécu. La population étudiée est peu souvent interrogée et difficile à faire se confier sur ce sujet si intime. Avec un tel sujet, même si la représentativité statistique n'est pas recherchée, le risque était de ne recruter aucune ou très peu de patientes, il a donc paru nécessaire de fixer le moins de barrière de sélection possible. Le niveau de français par exemple n'était pas un critère d'exclusion tant que la patiente était en capacité de pouvoir dialoguer avec la chercheuse. Concernant l'âge, il y a à l'heure actuelle peu de patientes mineures ayant réalisé cette méthode en centre de santé et souvent elles ont cherché un cadre de confidentialité pour la réalisation de leur IVG. Devant la nécessité de l'accord du tuteur légal afin de pouvoir réaliser l'entretien, cette situation nous a donc paru complexe et n'a pu aboutir.

Contrairement à la recherche quantitative, on ne recherche pas à obtenir un échantillon le plus représentatif possible avec un échantillonnage aléatoire. Les processus sociaux possèdent une logique et une cohérence que l'échantillonnage aléatoire ne percevrait pas. On cherche à recruter des participantes qui feront ressortir des divergences qui existent au sein d'une population ciblée par rapport à la question de recherche.

Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats, c'est ce que l'on nomme un échantillonnage homogène raisonné (18).

La taille de l'échantillon d'une étude qualitative n'est pas définie à l'avance comme dans une étude quantitative. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et non leur probabilité d'occurrence. Une seule information peut avoir le poids équivalent d'une information donnée à plusieurs reprises dans des questionnaires. Le nombre de femmes interviewées dépend donc de l'obtention des données recueillies lors des entretiens. Lorsque les données deviennent redondantes et n'apportent plus rien de nouveau, on atteint alors l'effet de suffisance des données et les entretiens peuvent donc être clos.

Dans ce travail, 11 entretiens ont été menés entre octobre 2019 et janvier 2021 avant d'obtenir cette suffisance.

3. Recrutement des patientes

L'ensemble des médecins réalisant des IVG instrumentales en centre de santé ont été contactés. La liste de ces médecins a été fournie par le Réseau REVHO qui accompagne et forme les médecins réalisant cette méthode en ville. Ceux-ci ont tous été contactés par mail, téléphone ou lors du congrès des centres de santé en septembre 2019.

Les femmes ont été recrutées de manière indirecte par le biais de médecins généralistes effectuant des IVG instrumentales dans leur centre de santé. Les femmes ont été informées du travail de la chercheuse par le praticien qui les avait prises en charge et leurs coordonnées lui ont été ensuite transmises par celui-ci. Les femmes ayant accepté la rencontre étaient ensuite contactées pour convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous selon leur convenance. Lors de ce premier contact téléphonique, le but de l'étude leur était explicité.

4. Choix de la méthode de recueil de données

4.1 L'entretien semi-dirigé

Dans le but d'une démarche participative et exploratrice, la technique des entretiens a été choisie comme méthode d'investigation. Il permet la production d'un discours contrairement au questionnaire qui provoque une réponse.

En particulier, l'entretien semi-directif dit aussi semi-dirigé a été utilisé car il est centré sur un thème défini dans une consigne initiale et laisse la femme interviewée s'exprimer librement sur la question. Un guide d'entretien préétabli permet d'orienter l'interrogation sans fermer le discours de la personne interviewée (19).

Le bon déroulement de l'enquête nécessitait de respecter certains critères. La date et l'heure du rendez-vous étaient fixées par la patiente afin de maximiser sa disponibilité. Le choix du lieu était défini par la patiente pour s'assurer d'un environnement rassurant et propice à la discussion.

Une précision était néanmoins donnée : il fallait un endroit calme pour permettre l'enregistrement de la discussion dans les meilleures conditions (peu de bruits extérieurs, absence de dérangement...), mais après le début de la pandémie de Covid-19, un télé-entretien était systématiquement proposé avec autant que possible l'utilisation de la caméra pour pouvoir notifier les mimiques de la femme interviewée (via WhatsApp, Skype, Messenger par exemple). Il fallait avoir une attitude respectueuse, empathique et intéressée afin que la patiente ne se sente pas jugée, ce qui pourrait modifier son discours et il était nécessaire de bien connaître le guide d'entretien pour éviter les interventions trop fréquentes afin de ne pas perturber la femme interviewée et maintenir un discours fluide.

Le début de l'entretien commençait par l'explication de l'étude et de ses objectifs, le recueil du consentement de la patiente et par une série de questions fermées permettant de recueillir ses informations sociodémographiques ainsi que ses antécédents. La durée des entretiens avait été précisée lors de la prise de contact avec les patientes, en général entre 30 minutes et 1 heure. Le sujet de l'étude était alors initié par la question ouverte « Pouvez-vous me raconter comment les choses se sont passées pour vous quand vous avez eu la nécessité de réaliser une IVG ? », permettant ainsi à la patiente de débiter l'entretien et de s'exprimer librement. La liberté d'expression impliquait que les thèmes à explorer pouvaient être abordés de manière spontanée par la patiente au fil de la discussion, sans suivre d'ordre prédéfini. Le plan du guide d'entretien permettait alors de recadrer la patiente sur les thèmes qui n'avaient pas été abordés. Pendant toute la durée de l'entretien étaient notées ses attitudes, mimiques et les silences étaient respectés.

Le matériel utilisé pour l'enregistrement des entretiens après avoir obtenu l'accord des femmes était un dictaphone et l'application magnéto du téléphone de la chercheuse. Elle disposait également du guide d'entretien, d'un bloc note et d'un stylo pour noter les attitudes, mimiques....

Les impressions après chaque entretien ont été notées dans le journal de bord. Des écoutes avec critiques de la directrice de thèse ont permis de perfectionner la technique d'entretien en laissant plus de place aux silences, en évitant les questions trop fermées et en reformulant des relances pertinentes.

4.2 Le guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été élaboré avant le début de l'étude avec la directrice de thèse formée à la recherche qualitative. Il répertoriait les différents thèmes à aborder au cours de l'entretien, thèmes qui ont été définis après analyse de la littérature en lien avec les objectifs de travail et les hypothèses précoces.

Ce guide devait comprendre les stratégies d'intervention de l'enquêtrice, d'une part pour aborder les thèmes en question, mais également pour préciser la pensée de la femme interviewée par des relances par exemple (19).

Une déconstruction des a priori a donc été nécessaire avant la réalisation des entretiens dans le but de prendre conscience des propres représentations de la chercheuse et de les individualiser de celles des femmes interviewées. Ce travail a été noté dans le journal de bord.

Dans cette étude, la trame de l'entretien comprenait les axes thématiques suivants :

- Leur parcours d'accès à l'IVG (le premier contact après la décision de l'IVG et par quel moyen, la qualité et le vécu de ce premier contact, leurs connaissances des différentes méthodes et pourquoi ce choix de l'IVG instrumentale sous anesthésie locale en centre de santé),
- Leur première consultation au centre de santé (le délai des rendez-vous, les autres professionnels rencontrés, le déroulé des consultations),
- Le jour de l'IVG (leur vécu physique, psychique, l'entourage et l'accompagnement le jour J),
- Le post-IVG (les complications post opératoires, le sujet de la contraception, la consultation post-IVG),
- Et a posteriori, le ressenti global sur cette méthode avec les éventuelles améliorations possibles.

Le guide d'entretien détaillé est présenté dans l'annexe n°4.

5. L'analyse des données

5.1 La retranscription

À des fins d'analyse, chaque entretien a été intégralement retranscrit par écrit, mot à mot, de façon anonyme. Toute la communication non verbale, les émotions comme la tristesse, les rires ainsi que les temps de réflexion ont également été retranscrits. L'ensemble de ces données brutes constituait le verbatim.

5.2 L'analyse inductive des données

Le codage a été réalisé sur Word.

Pour rappel, l'approche par IPA a été choisie. La première étape de cette analyse était le codage descriptif et a été fait entretien par entretien. Cette étape a consisté à découper le verbatim en unités de sens et à lui attribuer un code non interprétatif. L'étape suivante a été le codage thématique, il a consisté à identifier des thèmes afin de rechercher une cohérence inter-entretiens. Et enfin, l'analyse transversale où ont été mis en commun les thèmes émergents pour établir la construction d'un modèle. L'objectif est d'explorer le sens commun dans l'expérience vécue par les femmes interviewées (16,19,20).

La validité interne consistait à vérifier si les données recueillies représentaient la réalité. Pour cela, la technique de triangulation des données a été retenue (21). Les codages des entretiens ont été réalisés par deux chercheurs d'expérience différente la thésarde et la directrice de thèse. Il s'agit de la triangulation des chercheurs. De même, les entretiens ayant été réalisés dans différents centres de santé, on obtient la triangulation des terrains.

6. Éthique

Ce travail de recherche portait sur une pratique professionnelle, elle était donc hors « Loi Jardé » et nécessitait l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (18).

Le protocole de l'étude a été déclaré à la CNIL sous le numéro de déclaration 2214828v0.

Par ailleurs, l'information des participantes était primordiale ainsi que le recueillement de leurs non-oppositions orales. Pour aller plus loin, il a été rédigé aux patientes une lettre d'information écrite. Celle-ci a été remise soit par le médecin généraliste lors de la proposition de participation à ce travail de thèse soit le jour de l'entretien avant la signature d'un consentement écrit (voir annexe n°3).

Une fois l'enregistrement de l'entretien lancé, le nom de la femme interviewée n'était à aucun moment cité pour respecter son anonymat et les entretiens ont été numérotés dans l'ordre de réalisation de ceux-ci.

RÉSULTATS

1. Description de la population

Au total 5 médecins ont accepté de recruter des patientes dans leur centre de santé sur 6 médecins pratiquant des IVG instrumentales, en effet, seul le médecin du centre de Romainville n'a pu recruter de patientes pour des raisons organisationnelles, étant en pleine restructuration du centre pendant la période de l'étude.

Dans ce travail, 11 entretiens ont été menés entre octobre 2019 et janvier 2021.

Le plus court des entretiens a duré 19 minutes et le plus long 57 minutes avec une moyenne à 36 minutes.

6 entretiens ont eu lieu au centre de santé d'Aubervilliers, 3 au planning familial d'Orléans, 1 au centre de santé de Malakoff et 1 au centre de santé d'Arcueil.

Le délai le plus court entre le jour de l'IVG et la réalisation de l'entretien était de 5 jours et le plus long de 7 mois et demi mais celui-ci était un complément d'un précédent entretien, car cette patiente a eu une complication lors de son IVG.

Les femmes étaient âgées de 22 ans à 47 ans avec une moyenne d'âge à 33 ans.

La majorité d'entre elles étaient en couple dont 4 mariées et une seule des femmes interrogées était célibataire.

7 des patientes avaient un emploi (6 employées, 1 cheffe d'entreprise) et 4 d'entre elles étaient sans activité professionnelle.

6 des femmes interrogées avaient au moins un antécédent d'IVG dont 2 avaient 2 expériences d'IVG. Concernant la méthode de leur IVG, 4 d'entre elles avaient vécu une IVG médicamenteuse, dont une à l'hôpital et 4 d'entre elles avaient vécu une IVG instrumentale sous AG à l'hôpital.

Aucunes des patientes n'avaient de contraception au moment où elles sont tombées enceinte.

Concernant leurs parcours, 4 femmes s'étaient présentées par elle-même au centre réalisant l'IVG, 2 femmes ont été adressées par leur médecin traitant et 5 femmes ont été adressées par un autre professionnel de santé (3 par un médecin d'un autre centre de santé, une par sa sage-femme et une par une infirmière du laboratoire).

	ÂGE	PROFESSION	SITUATION	COUVERTURE SOCIALE	G/P	CONTRACEPTION	PARCOURS	CENTRE D'IVG	LIEU ENTRETEN	DURÉE ENTRETEN	DÉLAIS IVG/ENTRETEN
E1	24	Sans emploi	En couple	Oui	G4P1 3IVG	POP	Adressée par un autre centre de santé	Aubervilliers	Centre de santé	20'17	17 jours
E2	29	Auxiliaire de vie	En couple	Oui	G4P1 2FCS 1IVG	POP	Adressée par médecin traitant	Aubervilliers	Centre de santé	19'33	76 jours
E3	22	Hôtesse d'accueil	En couple	Oui	G4P1 1FCS 2IVG	POP, implant, DIU, injection	Par elle-même	Aubervilliers	Domicile	21'04	48 jours
E4	31	Sans emploi	En couple	Non	G5P2 2FCS 1IVG	Agenda, DIU, PP	Adressée par un autre centre de santé	Aubervilliers	Centre de santé	26'31	21 jours
E5	34	Auto entrepreneur	En couple	Oui	G3P1 1FCS 1IVG	POP, PP, Agenda, DIU	Par elle-même	Malakoff	Zoom	45'	66 jours
E6	47	Agent territorial spécialisé des écoles maternelles	En couple	Oui	G5P3 3IVG	DIU, POP, PP, implant, préservatif, Agenda	Par elle-même	Orléans	WhatsApp	38'47	46 jours
E7	44	Sans emploi	En couple	Oui	G5P3 2IVG	Implant	Par elle-même	Aubervilliers	WhatsApp	29'56	11 jours
E8	24	Intérimaire dans l'animation	Célibataire	Oui	G1P0 1IVG	0	Médecin autre que médecin traitant	Aubervilliers	Messenger	30'54	5 jours
E9	35	Sans emploi	En couple	Oui	G5P3 2IVG	PP, DIU, Agenda	Sage-femme	Orléans	Téléphone	52'33	18 jours
E10	37	Secrétaire	En couple	Oui	G3P2 1IVG	PP, préservatif, Agenda	Infirmière	Arcueil	WhatsApp	57'13	42 jours
E11	37	Chargée de clientèle	En couple	Oui	G2P0 2IVG	PP, Agenda	Médecin traitant	Orléans	WhatsApp puis téléphone	38'03 puis 20'50	28 jours puis 208 jours

2. Les méconnaissances sur l'IVG et la contraception : un problème d'éducation en santé ?

2.1 L'IVG

2.1.1 Un parcours d'accès à l'IVG semé de difficultés

4 des femmes interrogées ont exprimé une grande difficulté concernant l'accès à leur demande d'IVG, soit par manque d'informations claires, ou par manque de disponibilités des professionnels de santé ou des lieux où réaliser leur IVG. (E3, E4, E8, E10)

E10 : « moi quand j'ai cherché on m'a donné une euh... on m'a conseillé un centre qui est sur Gentilly (...) c'était vraiment des petites informations il va falloir faire ça ça ça, je suis ressortie j'étais pfff... j'étais perdue quoi en faite (...) il fallait que j'aille faire toute sorte d'exams à gauche à droite, et sincèrement déjà j'étais au bout de ma vie, je n'étais pas bien (...) en tout cas ici pour faire une écho euh ça va être un peu compliqué, il faut que vous fassiez tout à l'extérieur, bon elle a calculé à peu près le temps pour que je puisse faire l'IVG et voilà quoi, merci au revoir (rires). »

2.1.2 Le premier recours : à qui ?

Seulement 2 des femmes ont eu recours à leur médecin traitant en première intention (E2, E11).

E2 : « *je suis partie voir mon médecin généraliste, qui m'a dit de faire une prise de sang, pour connaître la période parce que je ne me souvenais plus de mes dernières règles tout ça, j'ai fait ça et j'ai fait une échographie (...) il m'a orienté* »

2 des patientes se sont d'elle-même directement présenté au planning familial (E6, E7).

E6 : « *j'ai été acheter un test donc j'ai fait le test à la maison j'ai vu que c'était positif donc tout de suite j'ai appelé le planning familial pour prendre un rendez-vous (...) je les connaissais déjà.* »

Une des femmes avait contacté le premier médecin disponible qu'elle ait pu trouver, son médecin traitant n'étant pas disponible rapidement (E8).

E8 : « *mon médecin et bin sur Doctolib il n'y avait pas de disponibilité et je voulais un rendez-vous assez rapidement du coup (...) J'avais pris rendez-vous avec un autre médecin pour qu'elle me prescrive une ordonnance pour faire l'échographie justement.* »

Une patiente a demandé l'avis de sa sage-femme (E9).

E9 : « *j'ai appelé ma sage-femme qui m'a conseillé d'aller au planning familial en me disant qu'il était très bien.* »

2.1.3 Internet comme principale source d'informations et d'erreurs parfois

La moitié des femmes interrogées ont eu recours à internet pour la recherche d'informations comme les lieux où réaliser une IVG ou des témoignages sur les différentes méthodes possibles. Pour certaines d'entre elles, internet était leur unique source d'information (E5, E7, E8, E10, E11).

E10 : « *Honnêtement j'ai regardé sur Doctolib, j'avais tapé avortement et ça m'avait sorti l'adresse (...) après sur internet il y a tout et n'importe quoi et quand je lisais oui je l'ai vu tombé et tout...* »

2.1.4 La méconnaissance des lieux et méthodes d'IVG

La grande majorité des patientes n'avaient pas connaissance de cette méthode et/ou que les IVG pouvaient être réalisées en ville à proximité de chez elle, malgré le fait que parfois ça soit leur propre centre de santé (E1, E2, E3, E4, E5, E8, E9).

E5 : « *Ah si si c'est mon centre médical pour euh là où je vais tout le temps (...) mais en faite je n'avais pas vraiment compris qu'on pouvait avoir d'autres solutions plus faciles, 'fin, plus facile... d'autres solutions ! (rires).* »

2.1.5 L'IVG encore tabou : la peur du jugement, le sentiment de honte et le poids de la responsabilité de la décision et de l'IVG

La décision de réaliser une IVG n'a été facile pour aucunes d'entre elles et elles ont toutes exprimé la difficulté de la prise de décision et le poids de la responsabilité de cette décision-

E9 : « *c'est une responsabilité de se dire bon bah maintenant il faut assumer aussi ce qu'on fait hein (...) matériellement voilà, on arrive au bout. Le fait de le garder ça n'aurait pas été bon pour eux aussi quoi (...) c'est un acte, encore une fois (pleurs) ce n'est pas anodin et... (pleurs) (...) voilà on le vit un peu comme un échec, un échec de vie, voilà en disant bah tu as échoué, mais bon, voilà ça passe* »

Le sentiment de honte et la peur du jugement ont été particulièrement soulignés pour 6 d'entre elles (E2, E3, E6, E7, E9, E10)

E6 : « *il était hors de question que les copines soient au courant (...) je me suis dit si j'y retourne et je lui dis encore après il va me dire bah oui mais vous ne faites pas attention, il ne faut pas exagérer (...) et puis le gynéco bon, non plus pareil et puis c'est quelqu'un que je connais bien donc c'était un peu ça, le jugement externe. (...) C'est vrai je me suis dit heureusement que ça n'est pas quelqu'un que je connais (...) on a envie que ça reste vraiment personnel et que personne ne le sache* »

2.1.6 Souligner le manque de communication sur l'éducation sexuelle et l'IVG durant les études

La plus jeune des patientes interrogées a pointé en particulier le manque de communication autour de l'IVG durant la scolarité (E8)

E8 : « *c'est dommage parce qu'au collège ou au lycée on ne nous a pas appris cette méthode-là du coup une fois grand, vu que je suis passée par cette situation là et bah j'ai dû me débrouiller toute seule. Les jeunes ils ne sont pas assez sensibilisés sur ce sujet.* »

2.2 La contraception

2.2.1 La difficulté à trouver une contraception adaptée, l'abandon de la contraception et les croyances autour de la contraception

Aucune des femmes de notre étude n'a eu de grossesse sous contraceptif.

Elles étaient parfois dans une période de changement dans leur vie, de transition :

E5 : « *parce qu'on était en plein confinement et que je ne pouvais pas avoir de rendez-vous, en faite le moment où j'ai arrêté l'allaitement et où, je me suis retrouvée dans une sorte de trou noir où (rires)* »

E7 : « *je n'avais pas eu mes règles pendant un an donc je pensais que ... (inspiration), j'étais en pré ménopause tout simplement.* »

Ou alors, elles exprimaient leur désarroi face à la contraception et l'impossibilité d'en trouver une qui leur était adaptée.

Certaines ont baissé les bras suite à de mauvaises expériences avec de nombreux contraceptifs :

E3 : « *Tout (rires), tout essayé, j'ai fait l'implant, le stérilet, la pilule aussi et là actuellement j'essaye les piqûres. (...) on m'a posé un stérilet aussi, que j'ai dû retirer (rires) (...) c'est mon problème de toute ma vie je pense, les contraceptions comme ça mon corps ne les acceptent pas* »

Le poids des croyances envers les contraceptifs a également pesé dans le choix de l'abandon d'une contraception :

E8 : « *Pour moi, un stérilet ou un implant c'est pour ne pas avoir d'enfant... (Et vous pensez que c'est définitif ?) Oui voilà ! (Ah d'accord, alors qu'en faite non, en faite lorsqu'on retire l'implant ou le stérilet vous retrouvez vos cycles habituels) Ah bah je n'étais pas au courant !* »

2.2.2 L'échec des méthodes naturelles

6 des femmes utilisaient des méthodes naturelles au moment où elles sont tombées enceinte (E4, E5, E6, E9, E10, E11).

E6 : « *pendant 2 ans ça a très bien marché et la 3e année euh voilà (...) c'était comme on nous avait appris quand on était plus jeune bon, tes dernières règles c'est tel jour donc tu comptes à partir du 7e jour euh jusqu'au 20e jour et puis là c'est la période qui n'est pas bonne et après à partir du 21e jour, tu es libre jusqu'aux prochaines règles.* »

2.2.3 La place et la responsabilité du conjoint dans la contraception

Certaines femmes ont exprimé la part de responsabilité des conjoints sur la question de la contraception (E5, E9, E10)

E9 : « *donc c'est pour ça que c'est mon compagnon qui va prendre en charge la question ! parce que bon quand il voit comment, la souffrance que ça peut engendrer (...) quand ça ne se passe pas bien bah... ça amène le conjoint à se dire bah ouais mais on va peut-être essayer de trouver d'autres solutions quoi.* »

2.2.4 L'impact des explications des professionnels de santé dans le choix d'une contraception

Les explications des professionnels de santé ont permis à certaines des patientes de travailler autour de leurs croyances afin de leur trouver une contraception plus adaptée (E1, E4, E8, E11).

E4 : « ils m'ont proposé les pilules, le stérilet, il y a 2 sortes de stérilet, c'est avec hormone ou sans hormone. Au début j'ai pas compris quelle est la différence entre les 2 mais ils m'ont expliqué et quoi, et l'implant oui (...) elle m'a expliqué, elle est mal euh mettre parce que en principe le fil euh, je ne sais pas comment on dit (il se courbe le long du col) oui ! oui ! mais puisqu'ils ont coupé trop court et c'est pour ça il pique, et au niveau du dos, il m'a expliqué que il n'y a pas de problème de dos, peut-être le euh, le mal de dos d'autres choses (...) mais par contre cette fois quand j'ai fait le stérilet, c'était très bien passé, c'était pas trop forte, oui c'est bien et pas plus de douleurs. (règles) »

2.2.5 La contraception définitive comme dernier recours ?

2 des femmes n'avaient plus foi qu'en la contraception définitive (E9, E10).

E10 : « j'avais pris rendez-vous pour faire une... ligature des trompes (...) et je ne l'ai pas fait (...), là récemment j'ai vu avec mon mari, j'ai dit attend pourquoi il n'y aurait que moi, pourquoi tu ne fais pas une vasectomie en faite ! (Rires) (...) il m'a dit non c'est hors de question, ils ont une réelle peur en faite c'est comme toucher à... je ne sais pas, enfin c'est la blague quand même je lui ai dit, moi écoutes tu es bien gentil, moi j'ai assez souffert euh c'est bon quoi (...) peut-être que, pas dans l'immédiat, mais je trouvais que vraiment la ligature des trompes c'est... je n'ai pas eu assez de retour, après je pense que la méthode a beaucoup évolué depuis, mais j'ai l'impression peut-être que ça sera ma seule méthode... »

3. Les influences externes dans le choix de la méthode chirurgicale sous anesthésie locale en centre de santé

3.1 L'influence des antécédents d'IVG

La moitié des femmes ont eu une mauvaise expérience d'une précédente IVG. Cela a été le principal influent dans leur choix concernant le lieu ou la méthode qu'elles ont pu choisir (E1, E2, E3, E4, E6, E9, E11)

E9 : « ça m'avait un peu choquée de... bah de voir, voir si on avait expulsé voilà l'œuf (...) Les médicaments je me souviens que ça avait été compliqué après je ne me sentais pas bien pfff. (...) je me dis que ça aurait été à l'hôpital ça aurait été, ça aurait été compliqué ! (...) c'est d'être toute seule euh souvent on a des médecins, on pose des questions on n'a pas de réponses (...) lors de mon premier IVG médicamenteux (...) j'avais fait le choix de rester là-haut, sur place, parce que je ne voulais pas faire l'expulsion chez moi (...) mais bon voilà c'était euh, je n'avais pas eu un souvenir très euh (rires) voilà j'ai... voilà même si le personnel était très gentil voilà il... il s'en fichait de savoir si ça allait bien ou quoi. »

3.2 L'influence de sa propre maternité

2 femmes ont pu notifier l'influence de leurs âges et par conséquent leurs statuts de parité dans le choix de leur méthode (E7, E9)

E9 : *« je pense que ça dépend aussi si elle a déjà accouché, c'est vrai que voilà quand on a déjà subi des accouchements c'est, je pense, moins impressionnant, moins traumatisant peut-être (...) Parce qu'à l'époque voilà je n'aurais pas voulu avoir l'aspiration, alors qu'à ce moment-là l'aspiration c'était plus logique »*

3.3 L'influence du contexte personnel et conjugal

Le contexte personnel de certaines femmes a été un facteur parfois décisif dans le choix de leur méthode (E1, E2, E7, E9).

E9 : *« le fait que j'allaitais aussi je ne voulais pas forcément prendre trop de médicaments, parce que je continuais à allaiter ma fille (...) après c'était à la maison mais comme j'avais plusieurs enfants euh voilà je ne voulais pas forcément me retrouver à la maison toute seule avec les enfants en faisait ça (...) en plus ça ira plus vite pour elle parce que c'est vrai que voilà, faut que je sois opérationnelle le soir, voilà, avec les petits, donc je me suis dit que par aspiration voilà ça sera peut-être le moins lourd »*

3.4 L'influence de l'entourage

Quelques patientes ont pu discuter avec des femmes de leur entourage ayant déjà vécu une IVG. Cela avait également, de façon positive comme négative, pu influencer leur choix (E1, E3, E4, E5).

E5 : *« j'ai une personne autour de moi en faite 2 personnes autour de moi qui ont dû le faire déjà (...) mais j'ai été éclairée sur les méthodes (...) surtout la 2e a fait l'IVG médicamenteuse et euh ça a été très douloureux, ça a été un peu comme une lente agonie »*

3.5 L'influence de la culture et de la religion

Une patiente a confié que sa religion n'a pas interféré sur son choix (E10).

E10 : *« je suis de confession musulmane euh mais euh dans tous les cas je savais que ça n'allait pas jouer sur euh l'avortement »*

3.6 L'influence du premier contact et de la confiance avec l'équipe dans le choix du lieu de l'IVG

Le premier contact avec les professionnels de santé a été décisif pour 3 d'entre elles dans le choix du lieu de leur IVG (E7, E8, E10).

E8 : « *je n'avais pas forcément euh de choix à savoir si c'était vraiment général ou local donc euh dès que j'ai trouvé local et bé j'ai accepté, j'vais 'fin... j'ai accepté local. C'était mon premier contact, j'étais rassurée et je me suis dit et bah autant continuer là où je suis et pas changer, allez voir autre part. »*

3.7 Les représentations des méthodes d'IVG, des différents types d'anesthésie et des lieux de réalisation

Toutes les femmes interrogées avaient des représentations et appréhensions sur les différentes méthodes ou lieux de réalisation de celles-ci.

Certaines des patientes ont souligné en particulier leur appréhension de l'anesthésie locale (E1, E3, E8)

E1 : « *j'appréhendais juste la méthode, bah de pas être endormie, 'fin, que localement, et euh surtout les piqûres sur le col de l'utérus (...) j'appréhendais beaucoup pour les piqûres »*

D'autres, au contraire, leur peur de l'anesthésie générale (E2, E9, E10)

E2 : « *on m'a dit aussi que je pouvais le faire à l'hôpital sous anesthésie générale (...) je n'ai pas voulu pour la simple raison, on ne sait jamais les risques que l'on peut avoir »*

La plupart des femmes ont abordé les représentations qu'elles ont eu de la méthode instrumentale qui leur était inconnue (E3, E6, E7, E8, E9, E10)

E3 : « *j'avais un peu peur parce que voilà c'est normal, je ne sais pas comment ça se passe (...) déjà on ne connaît pas ensuite on nous parle d'anesthésiant, de gaz un peu donc euh on est pas maître de soi, on ne sait pas ce qui va se passer, on ne sait pas si ça fait mal, ça ne fait pas mal et en plus on vous dit oui que telle personne n'a pas eu mal ou que telle personne a eu mal ça dépend de chacun donc on ne sait pas trop euh c'est un tout... et de savoir est ce que après on se rétablit vite, est ce que ça laisse des marques (...) je pense que l'on a plutôt l'image que l'on va nous charcuter pendant l'acte médical »*

D'autres ont exprimé leurs réticences face aux représentations qu'elles avaient de la méthode médicamenteuse (E7, E10, E11)

E11 : « *Ah ouais non parce que je vois toutes les complications qui peuvent durer des mois tout ça, non je ne le sentais pas comme ça et surtout, d'expulser, enfin, je n'avais pas, je n'étais pas prête à voir ça seule de mon côté 'fin de... non. (...) plutôt que d'être seule avec mes saignements, savoir si c'est normal, pas normal, non je n'avais pas envie de voir ça non. »*

L'une d'elle a souligné sa peur de l'hôpital (E6)

E6 : « *mais à l'hôpital c'est vrai que ça fait peur on dit bon bah on va à l'hôpital euh, on va subir une intervention, c'est toujours le côté effrayant (...) on ne sait pas trop sur qui on tombe* »

Et une autre des femmes a abordé ses représentations du planning familial (E9)

E9 : « *Au début moi j'étais sceptique parce que c'est vrai que... pour moi le planning familial c'était des petites jeunes qui avaient des difficultés dans leur vie* »

3.8 Les critères de priorité dans le choix du lieu et de la méthode

La quasi-totalité des patientes ont eu un critère de priorité déterminant le choix de leur méthode d'IVG (E1, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10)

La rapidité a été pour 4 d'entre elles le facteur le plus important dans leur choix (E1, E3, E4, E9)

E9 : « *j'ai voulu tout de suite euh... voir comment je pouvais faire pour que ça aille vite surtout parce que j'étais très très très malade (...) il fallait vraiment dans ma tête que ça soit fait rapidement, j'étais prête à faire beaucoup de kilomètres, pour savoir rapidement ce qui se passait quoi. Parce que voilà moi ça me rendait folle que ça soit en moi (...) (Donc le critère le plus important...) Ah oui la rapidité ! j'aurais, franchement c'était la rapidité, le critère le plus important c'était la rapidité ça m'a libéré, me dire que c'est bon j'avais été entendue que j'allais pouvoir être prise en charge rapidement voilà* »

Pour l'une d'entre elles, c'était plutôt la rapidité de l'acte en lui-même (E5)

E5 : « *je préfère souffrir d'un coup plutôt que de vivre quelque chose de très long, de très euh beaucoup plus difficile physiquement et émotionnellement, je trouvais pour moi.* »

Pour d'autres, l'élément décisionnaire a été la proximité, le bon premier contact avec l'équipe et la prise en charge en un lieu unique (E7, E8, E10)

E7 : « *Bah toujours la proximité et puis bah comme je connaissais Mme F et que c'est qu'elle qui le réalisait ça me... ça me rassurait aussi sincèrement* »

E10 : « *quand elle m'a dit ça, j'étais à 2 doigts de pleurer en faite, parce que c'était vraiment le soulagement. Parce que là on me disait ah bah là vous venez on vous fait les échos on vous fait les prises de sang tout est fait chez nous* »

4. Le vécu de l'IVG, une nécessité de prendre soin du corps et de la personne

4.1 Le vécu de l'acte de l'IVG

4.1.1 L'intérêt d'une pré médication

Les centres réalisant les IVG instrumentales sous AL utilisaient tous des pré médications à base d'antalgiques +/- anxiolytiques. Certains d'entre eux utilisaient également le MEOPA durant la procédure. (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10)

Le MEOPA, à une exception près, a été vécu comme un plus, avec un effet décrit comme relaxant (E1, E2, E3, E4, E5, E8)

E4 : « *Oui, euh comme si j'étais endormie oui, relax, ça m'a aidé beaucoup, oui même la conseillère elle m'a demandé si je n'avais pas besoin j'enlève mais je lui ai dit « non non non non non ! laisse, laisse ! c'est mieux avec le masque oui. »*

L'exception s'est portée sur la tolérance de celui-ci :

E5 : « *je sais qu'on m'a dit qu'on m'a donné aussi quelque chose un peu pour me relaxer (...) j'ai essayé le masque mais (rires) j'ai failli faire un malaise vagal (rires) je suis devenue toute molle comme... comme quand je fais un malaise vagal (rires) donc bon bah on a arrêté le masque »*

4.1.2 Choisir l'IVG sous anesthésie locale pour vivre l'IVG

L'une des patientes a souligné l'importance pour elle d'avoir fait le choix d'une anesthésie locale pour vivre le moment de l'arrêt de sa grossesse (E3).

E3 : « *j'ai demandé à ce qu'on baisse un peu pour être quand même consciente parce que je ne voulais pas non plus être totalement inconsciente pendant (...) j'ai envie de savoir ce qui se passe, je n'ai pas envie de ne pas savoir ce qu'on fait sur moi (...) je ne voulais pas qu'on m'enlève la douleur non plus en faite (...) je ne veux pas qu'il ne se passe rien, je sais qu'il y a quelque chose qui est arrivé »*

4.1.3 L'importance de l'ambiance lors de l'IVG

Les alternatives non médicamenteuses proposées par certains centres comme la réalisation d'un fond musical ou parfois de l'hypnose, ont permis aux femmes de penser à autre chose, à éviter de se focaliser sur l'acte et la douleur de celui-ci (E6, E7)

E6 : « *pendant l'acte, bah c'était rigolade, on discutait on se détendait euh il y avait la petite musique (...) c'est elles qui avaient mis leur musique et qui m'avaient demandé si, enfin le rendez-vous d'avant les dames avaient dit que s'il y avait une musique qui me plaisait je pouvais l'emmener la mettre (...) j'ai dit la prochaine fois j'amènerais du gospel puisque je suis d'origine africaine (rires), donc voilà c'étaient des petits sujets comme ça qui font qu'on a rigolé et puis tout était bien détendu. »*

4.1.4 Le vécu de la douleur

L'anesthésie locale a été supportable pour la plupart des femmes interrogées (E3, E6, E8, E9, E11)

E6 : « *Ah non ! il n'y avait pas de douleur ! aucune douleur, non juste un petit picotement au moment de l'anesthésie comme si vous étiez piquée avec une aiguille c'est tout, voilà non vraiment je n'ai rien senti (...) Non, aucune douleur... conséquente, seulement des petits picotements* »

Voir complètement indolore pour l'une d'entre elles (E7)

E7 : « *Ah je n'ai rien senti ! aucune douleur, aucune.* »

Mais 3 d'entre elles ont été très douloureuses au moment des injections de l'anesthésie locale (E1, E2, E4)

E4 : « *ils m'ont fait l'injection, je sens très très très mal, oui... même mes larmes sont coulées* »

Concernant l'aspiration en elle-même, 4 patientes ont difficilement vécu l'aspiration avec de grandes douleurs mais qu'elles ont toutes décrit comme courtes dans le temps (E3, E4, E10, E11).

E3 : « *Ah oui ! au moment où elle aspire (silence) l'embryon, ouais c'est douloureux (...) le temps que ça se décolle ça fait très très mal, après ça fait mal mais on n'est pas tellement conscient que ça fait mal vu qu'on a un peu le gaz etc qu'on a pris les anti-douleurs avant mais euh... ça fait mal (...) c'est comme si on arrachait, enfin, c'est littéralement ce qui est en train de se passer mais c'est comme si on arrachait une partie de soi (...) Ah non, 10 !* »

Pour le reste des femmes, ces douleurs ont été tout à fait supportables (E1, E2, E5, E6, E7, E8, E9).

E5 : « *il y a eu ce système d'aspiration, qui n'était pas très douloureux, il y a juste eu un moment donné où c'est vrai que je commençais un peu à ressentir (...) franchement c'est très, c'est très très raisonnable quoi. C'était vers la fin de l'aspiration donc je me dis que le moment où vraiment l'utérus commence à être vraiment rétracté (...) mais franchement c'était vraiment tout à fait acceptable* »

4.1.5 La force de l'esprit sur le corps

Une des patientes a abordé la puissance de l'esprit, du cerveau, sur le vécu des choses difficiles. Malgré la présence d'une forte appréhension avant l'IVG, le cerveau a sélectionné des informations, des souvenirs qui nous aide à mieux vivre physiquement certains événements (E10).

E10 : « *j'avais très très très très peur parce que j'avais l'impression que c'était insurmontable et limite... j'ai un peu culpabilisé, ce que je disais à mon mari récemment, je lui ai dit c'est fou, c'est le cerveau qui a la capacité de mettre... bon c'est passé comme ... limite je m'en voulais parce que c'était comme si ce n'était rien en faite, je ne sais pas comment dire.* »

4.1.6 Le vécu du post IVG

L'essentiel des femmes ont vécu des suites simples et confortables (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9)

E7 : « *Ensuite on m'a proposé une collation, on m'a demandé si j'avais faim, si j'avais froid (...) au bout de 10min, tout était terminé comme si rien ne s'était passé sincèrement ! (...) Je suis rentrée je me suis couchée je me suis reposée un petit peu et après le lendemain, comme si euh une journée normale qui reprenait. »*

Tous les entretiens n'ont pas été réalisés après la consultation post IVG, 2 ont été réalisés entre l'IVG et la consultation post IVG et 2 entretiens où je n'ai pu récupérer l'information. Sur les 7 autres entretiens, 3 patientes ne se sont pas présentées à la consultation post IVG, une d'elle car elle était submergée par le travail et se sentait bien et les 2 autres patientes avaient oublié de noter leurs rendez-vous (E2, E5, E11).

E5 : « *j'ai raté, j'avais un rendez-vous vendredi que j'attendais comme le messie et en faite, euh, je ne sais pas j'ai raté (...) je ne suis pas du tout fière »*

E11 : « *Non, et non ! parce que ça allait très bien et je n'avais pas le temps avec mon boulot, c'est pour ça parce que sinon... c'est ça la connerie que j'ai faite. »*

4.1.7 Le cas des complications post IVG

Une des patientes n'a pas supporté le DIU au cuivre posé lors de l'IVG, et celui-ci a dû être retiré.

E3 : « *si, je l'ai appelé mais pas par rapport à l'IVG, plutôt par rapport au stérilet en faite (...) j'ai eu des douleurs après ça, je pensais que c'était dû à l'IVG mais en faite c'était dû au stérilet et donc on a dû le retirer »*

Une des femmes ayant choisi finalement la méthode instrumentale sous AL faisait suite à un échec d'une IVG médicamenteuse.

E7 : « *elle m'a proposé par médicamenteuse mais ça n'a pas fonctionné. (...) quand j'ai pris les médicaments à la maison quand ça n'a pas fonctionné, bah j'ai, j'ai attendu, j'ai attendu, par contre j'étais, j'étais très fatiguée j'étais épuisée, ça m'a fait mal j'étais épuisée, pas ! c'était pas douloureux ! mais c'était épuisant... je suis tombée K.O, je me suis endormie mais il n'y a rien eu, il ne s'est rien passé, il n'y a pas eu de saignement rien du tout. (...) c'était un vendredi et je les ai recontactés dès lundi. Le lendemain matin j'ai eu un rendez-vous avec le Dr M et c'est elle qui m'a expliqué, en faite elle a vérifié, elle m'a dit effectivement, il ne s'est rien passé et ensuite on a ré-entrepris les démarches (...) A... 7 semaines (...) Elle m'a dit que ça arrivait, que c'était très rare mais ça arrivait »*

Si nous parlons à proprement parler de la méthode instrumentale sous AL, une seule patiente a présenté des complications qui provenaient de l'échec de son IVG (E11).

E11 : « ça doit être des effets euh de grossesse mais en différé, je ne sais pas je ne me suis pas trop inquiétée (...) et puis je grossissais, je grossissais. (...) le choc c'était surtout de voir les tests parce que je ne m'attendais vraiment pas quoi, positif ! (...) j'ai pris ma pilule tout de suite après, je ne peux pas être retombée enceinte, 'fin ! (...) du coup je me présente le lendemain au planning familial (...) effectivement euh... la grossesse a continué quoi. »

Cette patiente a reçu des explications concernant cet échec et a compris que l'échec de la méthode était un risque et non pas une « erreur médicale » à proprement parler :

E11 : « elle m'a expliqué le médecin, c'est que comme, la première fois, ça avait été pris tellement tôt, c'était tellement précoce qu'elle n'a pas pu voir (...) Voilà, ce n'est pas une erreur médicale ce n'est pas voilà ! c'est des euh... c'est un coup de pas de bol, 'fin voilà, je ne l'ai pas pris, je n'ai aucun ressentiment envers qui que ce soit, voilà, ça été réglé et ça s'est bien passé (...) il vaut mieux que ça soit tombée sur moi que sur... ou une autre femme voilà de mon âge ou peu importe mais quelqu'un que ça aurait pu traumatiser (...) voilà moi il n'y a pas de problème j'ai encaissé sans soucis quoi. »

4.1.8 Les propositions d'amélioration

Certaines d'entre elles ne voyaient rien à améliorer et certaines d'entre elles ont fait des suggestions intéressantes.

2 femmes auraient souhaité que l'on trouve d'autres propositions pour l'antalgie (E4).

E4 : « s'il y a une autre chose pour diminuer la douleur ça serait mieux, pour moi (...) Parce que c'est moins de douleurs. Le problème c'est la douleur. »

Une autre femme aurait souhaité que l'entretien collectif soit une proposition et non une obligation (E6).

E6 : « Peut-être demander aux personnes si ça ne les dérange pas d'être mis en contact enfin de... avant, peut-être voilà, leur expliquer que vous ne serez pas toute seule qu'il y aura d'autres personnes est ce que ça vous dérange, est ce que vous voulez être vraiment, euh entre guillemets dans un coin toute seule et ne pas, voilà. »

2 patientes ont exprimé la nécessité d'une meilleure diffusion des informations autour de l'IVG, par la scolarité et les professionnels de santé eux-mêmes, par exemple, et des lieux de réalisation de ceux-ci (E8, E10).

E8 : « j'aurais voulu que le 1er médecin que j'ai eu, qu'il m'explique bah, tous les moyens, toutes les méthodes que j'aurais pu euh faire ou avoir pour faire cette IVG mais je sais que tous les médecins ne sont pas pareils (...) après par rapport à ça c'est dommage parce qu'au collège ou au lycée on ne nous a pas appris cette méthode-là du coup une fois grand, vu que je suis passée par cette situation là et bah j'ai dû me débrouiller toute seule. Les jeunes ils ne sont pas assez sensibilisés sur ce sujet. »

Une autre des propositions a été la suggestion d'une fiche d'informations post IVG sur les consignes à respecter, des conseils à donner (E9).

E9 : *« mais c'est vrai que pour le coup c'est ça que j'ai regretté un peu c'est d'avoir une fiche d'inf... pratique ! juste, est ce qu'on peut aller à la piscine, est ce que je pouvais prendre un bain, voilà quand est ce que je peux reprendre un bain, quand est ce qu'on pourra refaire euh... quand est ce qu'on pourra avoir des relations sexuelles même si voilà sur le moment on n'a pas envie mais voilà, ce sont des questions qu'on a après dans les jours qui viennent et du coup ça euh, ça du coup je n'avais pas la réponse. »*

La patiente ayant eu un échec de son IVG aurait souhaité que la consultation post IVG soit imposée ou du moins, qu'il y ait plus d'insistance sur la nécessité de cette consultation et l'information autour du risque d'échec possible (E11).

E11 : *« imposer vraiment la 2eme euh, mettre un accent sur l'importance de la visite de contrôle quoi et prévenir en faite, il peut y avoir euh... voilà, prévenir qu'il peut y avoir un échec éventuel et IM-PO-SER vraiment, mettre l'accent sur l'obligation et l'importance du 2eme rendez-vous (...) Mais voilà insister sur cette visite, prévenir il y a un mini risque de, ne prenez pas à la légère cette visite de contrôle, voilà même si on se sent bien, il faut la faire ! »*

4.2 La place de l'entourage dans le vécu de l'IVG

4.2.1 Les différences de vision et de vécu de l'IVG selon la place dans le couple

Malgré la compréhension et le soutien de certains conjoints, les femmes ont exprimé leurs différences de point de vue selon leur place dans le couple (E3, E6, E9, E11).

E9 : *« pour mon compagnon pas trop, parce que dans sa tête lui c'était très simple, euh pour lui ce n'était pas, quoi, pour lui il n'y avait pas de bébé euh voilà c'était juste des cellules »*

4.2.2 La place de la femme dans le couple dans le choix de son IVG

Certaines des femmes n'étaient pas en accord avec l'avis de leur conjoint sur le choix de l'IVG, mais au bout du compte, cela a toujours été leur décision à elles qui a été respectée. En soulignant la responsabilité qu'elles ont dû porter de faire ce choix seule (E2, E4, E6, E10).

E2 : *« Et mon conjoint est à l'étranger donc c'est compliqué, si ça ne tenait qu'à lui, je serais toujours enceinte, euh mais, au vu des événements, qu'il n'est pas avec moi et qu'il ne peut pas, il ne peut rien faire pour moi, il m'a laissé le choix de ce que je voulais, voilà. »*

4.2.3 La place non interchangeable du conjoint dans le vécu de l'IVG

La moitié des patientes ont souligné l'importance de l'accompagnement de leur compagnon dans le vécu de leur IVG (E3, E4, E5, E9).

E3 : *« ça a été un bon soutien (...) c'est important, ce n'est pas euh, en même temps, c'est notre lien à nous donc la conseillère elle n'aurait pas pu faire ce que lui a fait, elle n'aurait pas compris ou elle n'aurait pas fait comme lui, c'était nécessaire je pense. »*

4.2.4 L'importance du soutien de l'entourage lorsque le partenaire est absent

Une femme dont le partenaire n'était plus présent lors de son IVG, a pu vivre moins difficilement son IVG grâce à son entourage familial (E8).

E8 : *« j'en ai parlé à mes parents et justement au moment de l'intervention ma mère elle était présente. (...) Après j'étais accompagnée, et je pense que c'est ça qui m'a beaucoup aidé. Une fois que l'intervention a fini ma mère a pu être avec moi. (...) j'ai eu beaucoup de chance d'être bien entourée que ce soit dans ma vie personnelle mais même professionnelle, j'ai rencontré de bons professionnels qui ont pu m'aider et m'aiguiller, du coup je pense que ça ça joue beaucoup et euh et voilà. »*

4.2.5 Le soutien de l'entourage non indispensable mais finalement vécu de façon bénéfique

Une patiente ne souhaitait pas initialement prévenir son compagnon et son entourage. Ce qu'elle a fini par faire et ne l'a pas regretté car elle l'a vécu comme un véritable soutien (E11).

E11 : *« il avait été tellement adorable la première fois, tellement compréhensible aux petits soins que je ne voulais pas le replonger là-dedans et puis il a eu des projets (...) donc je ne lui ai pas dit jusqu'à la veille de l'intervention... (...) mais ça s'est bien passé, il était aux petits soins toujours, bon il m'a un peu engueulé parce qu'il aurait voulu savoir plus tôt bien entendu donc voilà ! »*

5. Sur quels critères se fondent la satisfaction des femmes pour cette méthode ?

5.1 La place de l'accompagnement de l'équipe dans le vécu de l'IVG

L'ensemble des femmes, à l'unanimité, ont mis en avant la qualité de l'accompagnement des équipes. Ce point a été le critère fondamental de leur satisfaction.

E9 : « j'ai rarement vu des gens, des médecins aussi investis, compréhensifs (...) un accompagnement vraiment, top ! vraiment je pense que là il n'y a pas mieux, on ne peut pas être mieux accompagné ce n'est pas possible, parce qu'ils sont vraiment adorables (...) ce qui fait la différence encore une fois c'est l'accompagnement qui fait tout et ce qui rend les choses plus faciles (...) Voilà je m'estime chanceuse d'avoir eu tout ce que j'ai eu, d'avoir eu l'accompagnement voilà, vraiment avec beaucoup de chance, d'avoir pu profiter tout ça. »

5.2 La patiente au cœur de la prise en charge et la personnalisation de la prise en charge

Ce qui a aussi permis aux femmes d'être satisfaite de leur prise en charge a également été l'adaptation à leur situation pour 3 d'entre elle (E1, E2, E7).

E1 : « comme en faite ma situation, bah je suis en couple et mon compagnon il est en détention, je le vois tous les WE et une fois par mois on a des UVF, en faite c'est là où on a des rapports et je devais l'avoir dans 5 jours et elle m'avait expliqué que quand je fais l'IVG après je ne peux pas avoir de rapports pendant une semaine donc j'avais demandé si on pouvait décaler. »

E2 : « je suis venue ici pour pratiquer l'IVG en sachant que ma maman était en vacances à ce moment-là donc c'était la période idéale »

5.3 L'importance d'une information claire et de qualité dans le vécu de l'IVG

Un autre point qui a fait l'unanimité a été l'importance d'une information claire et de qualité.

E8 : « je voulais vraiment un professionnel pour m'expliquer. (...) C'était rassurant aussi de savoir le procédé de... de tout ça. (...) il y avait aussi une psychologue qui était là, du coup elle a pu m'expliquer, me rassurer (...) du coup j'étais plus à l'aise. »

5.4 La nécessité d'une prise en charge rapide dans une attente souvent intolérable

La moitié des patientes ont souligné la grande nécessité d'une prise en charge rapide devant cette grossesse non désirée (E1, E2, E9, E10, E11).

E10 : « *moi j'avais peur de ça aussi, je sais que j'étais loin du délai mais psychologiquement encore une fois je préférais qu'on me l'enlève tôt qu'après en faite, ce n'est pas que je ne voulais pas rester avec mais je ne voulais pas qu'il se développe en vrai... c'est psychologique après ça c'est autre chose mais en faite plus tôt on prenait en charge et mieux je me sentais... »*

Alors que pour d'autres femmes, l'essentiel était de savoir qu'elles pourraient être prise en charge dans les temps, mais l'importance n'était pas dans les délais eux-mêmes.

E5 : « *moi ce qui m'a rassuré c'est que, dès lors qu'on m'a dit, écoutez on va pouvoir prendre en charge les choses dans les délais légaux et tout va bien se passer, après ça on pouvait m'annoncer n'importe quelle date moi j'étais, j'étais flexible »*

5.5 La préférence d'une prise en charge de proximité, dans une structure à taille humaine, bienveillante, avec une connaissance de l'équipe rassurante

La satisfaction est également passée par la possibilité d'une prise en charge de proximité dans un endroit connu et rassurant pour 4 d'entre elles (E3, E6, E7, E10).

E6 : « *ce que je viens de vivre là, non non pour moi c'est parfait, en plus en petit comité, on n'est pas dans le gros bloc, ouais non non c'est parfait là, dans des petits espaces comme ça, ça fait plus euh, enfin c'est plus rassurant ! (...) dans le petit cadre c'est très rassurant, c'est cosy »*

E7 : « *c'est plus intime, j'ai l'impression qu'on est plus euh soi-même, on est un peu plus respectée quoi. C'est moins agressif quoi (...) Là c'est plus intime, on les connaît, on les a vu plusieurs fois, enfin, on les a rencontrés avant et euh Mme F on la connaît donc je trouve que c'est plus... c'est plus rassurant, c'est plus sécurisant. »*

5.6 L'absence de jugement de l'équipe et le militantisme du planning familial

Un autre point ayant permis de mettre à l'aise la plupart des femmes a été l'absence de jugement de la part des équipes. Ce qui paraît évident, cette méthode étant proposée par des équipes qui ont souhaité se former à cela (E5, E6, E7, E10, E11).

E6 : « *on sent qu'il n'y a pas d'a priori, pas de jugement »*

5.7 Un lieu unique pour l'ensemble de la prise en charge

2 des patientes ont été rassurées et soulagées de pouvoir réaliser l'ensemble de la prise en charge autour de l'IVG dans un seul et même lieu (E3, E10).

E10 : « *il fallait que j'aie fait toutes sortes d'exams à gauche à droite, et sincèrement déjà j'étais au bout de ma vie, je n'étais pas bien (...) il va falloir faire ça ça ça, je suis ressortie j'étais pfff... j'étais perdue quoi en faite (...) elle me dit bah en faite vous savez que chez nous on peut tout, on vous le fait mais on fait toutes les, tout sera couplé chez nous (...) quand elle m'a dit ça, j'étais à 2 doigts de pleurer en faite, parce que c'était vraiment le soulagement. (...) honnêtement, franchement, prise en charge de A à Z, c'est ça en faite »*

5.8 La réassurance d'un contrôle à distance

Certaines femmes ont été sécurisées d'avoir une consultation post-IVG afin de s'assurer de l'efficacité de la méthode et de leur contraception (E6, E8, E10).

E8 : « *Oui pour voir euh dans le corps si ça a bien agi l'intervention et si tout est redevenu à la normale. »*

5.9 La surprise de vivre son IVG moins difficilement qu'imaginé

Pour certaines des femmes, la satisfaction est telle, qu'elles ont eu la surprise de vivre moins difficilement qu'imaginé leur IVG (E3, E5, E6, E7, E10).

E5 : « *franchement, peut-être que ça peut sembler bizarre mais moi je n'ai pas un mauvais souvenir de cette expérience (...) c'était vraiment incroyable ! physiquement quasi, quasi euh, j'allais dire sans douleur ça c'est sûr, quasi anodin physiquement vraiment, et... ouais c'était c'était incroyable, moi je me préparais à quelque chose de très dur et c'était... incroyable de facilité en faite »*

E10 : « *je pensais avoir, que ça allait être beaucoup plus dur en faite, que ça (...) le jour de l'aspiration c'est comme si j'allais chez le gynécologue et qu'il me faisait un examen quoi un frottis qui durait un peu plus longtemps certes mais en soit c'est, ça ne m'a pas, enfin c'est ça qui m'a choqué en faite c'est qu'après... ça va peut-être venir plus tard hein je ne sais pas mais ça ne m'a pas tant choqué que ça (...) c'est passé comme,... limite je m'en voulais parce que c'était comme si ce n'était rien en faite »*

6. L'impression générale d'une médecine moins humaine à l'hôpital

6.1 Ne pas s'être sentie soutenue lors d'une IVG à l'hôpital

4 femmes se sont confiées sur leur expérience d'une IVG à l'hôpital et le principal défaut de ces moments a été leur solitude (E1, E3, E9, E11).

E1 : « à l'hôpital on ne m'a pas parlé, on ne m'a pas parlé, il y a juste une dame qui m'avait fait une remarque, la brancardière elle m'avait dit « bah faut se protéger !! » (...) en faite on ne m'a pas parlé, on m'a juste amené dans le bloc (...) mais on ne m'a pas parlé du tout, personne qui ne m'a parlé. »

6.2 Renoncer à l'hôpital pour son manque d'empathie

La froideur de l'hôpital et son manque d'empathie ont été cités par 2 des patientes interrogées (E2, E9).

E9 : « on a un bon accompagnement aussi, qu'il manque cruellement voilà dans les autres structures (...) souvent on a des médecins, on pose des questions on n'a pas de réponses »

6.3 La peur de l'hôpital

Avec ou sans expérience de l'hôpital, 4 femmes ont souligné la peur de l'hôpital et son côté contraignant avec toutes ses procédures qui peuvent paraître lourdes (E6, E7, E9, E10).

E7 : « Ah bah ça n'a rien à voir, ah ça n'a rien à voir, j'avais l'impression vraiment, de vivre la première fois une opération hein, chirurgicale, bon c'est l'hôpital euh il y a la pré admission, l'admission, non c'est beaucoup pluus... (...) C'est moins agressif quoi »

6.4 Le manque de disponibilité à l'hôpital

Ce qui n'a pas été en faveur de l'hôpital, pour 4 d'entre elles, a été le manque de disponibilité pour une prise en charge souhaitée rapide (E1, E3, E8, E9).

E1 : « la première fois à l'hôpital, j'ai galéré, les médecins, il n'y avait pas de place, les gens ils m'ont dit « oui, c'est le dernier délai », franchement, j'ai galéré »

E9 : « parce que quand on annonce les délais des hôpitaux à Orléans, voilà... franchement il y a de quoi se tirer une balle. »

6.5 Doutes autour de l'empathie des gynécologues

Une femme a abordé la possibilité de tomber sur des gynécologues peu empathiques (E3).

E3 : *« ce n'est pas le cas de tous les gynécologues, il y en a beaucoup qui mettent mal à l'aise les femmes et surtout entre femmes malheureusement »*

6.6 Penser que l'empathie et la bienveillance ne sont plus au cœur des prises en charge médicales

Une des patientes semblait ne plus avoir foi en la bienveillance et l'empathie des professionnels de santé (E9).

E9 : *« j'ai rarement vu des gens, des médecins aussi investis, compréhensifs et... on n'est pas trop habitué à ça en tant que femme ! (rires) surtout dans cette période-là (...) on a un bon accompagnement aussi, qu'il manque cruellement voilà dans les autres structures (...) souvent on a des médecins, on pose des questions on n'a pas de réponses (...) voilà même si le personnel était très gentil voilà il... il s'en fichait de savoir si ça allait bien ou quoi. »*

6.7 Les a priori concernant la place des professionnels masculins dans la prise en charge de l'IVG

La présence des hommes dans la prise en charge des IVG a surpris une des femmes interrogées (E6).

E6 : *« c'est un homme aussi il va me dire bon elle ne veut pas d'enfant et puis elle ne prend pas ses précautions (...) il y a un monsieur aussi, pareil, c'est bizarre de voir un homme là-bas aussi (rires) mais aussi très bien »*

6.8 Souligner la particularité de l'empathie d'une équipe féminine

3 d'entre elles ont abordé le fait que d'avoir une équipe féminine rendrait leur prise en charge plus empathique à leurs égards (E3, E6, E7).

E7 : *« c'est le fait d'être entouré que de femmes aussi, je ne suis pas plus féministe que ça (rires) mais je pense qu'elles comprennent ce qu'on vit sur le moment et euh elles ont les bons mots, elles ont les mots justes et je pense que c'est important... »*

7. La place centrale de la femme au cœur de sa prise en charge

7.1 La nécessité du choix laissé à la patiente

Un point revenu régulièrement dans les entretiens a été la nécessité de laisser le choix à la patiente, d'adapter l'orientation en fonction de ses envies et besoins (E3, E5, E6, E9, E10).

E6 : « moi je pense que tout le monde euh 'fin, on devrait toute avoir le droit de, de dire que, que bah je ne veux pas et, ça devrait être un droit pour tout le monde quoi parce qu'il y a plein de pays où c'est interdit, voilà donc non non on doit laisser le choix, c'est vrai que d'un côté il faut se préparer à l'avance mais quand on se retrouve coincée, voilà on doit pouvoir avoir le choix. »

7.2 Le libre choix vraiment laissé à la patiente ?

Dans 3 des situations pourtant, on peut se demander si le choix de la patiente a réellement été la priorité et s'il n'y a pas eu des influences externes à son choix final (E1, E4, E6).

E1 : « c'était récent, il m'avait proposé les médicaments (...) au début j'étais partie pour ça jusqu'au jour de donner le médicament (...) j'ai cru que j'étais endormie complètement et après c'est ici ils m'ont expliqué le contexte, que c'était que local, que il y avait des piqûres (...) j'appréhendais juste la méthode, bah de pas être endormie, 'fin, que localement, et euh surtout les piqûres sur le col de l'utérus (...) quand on dort complètement, bah j'ai préféré ça (...) Moi au début j'ai demandé si on pouvait faire sans piqûre mais elle m'a dit non que ça n'était pas possible, que j'allais avoir mal et qu'on allait voir selon le moment »

E4 : « Oui, moi j'ai préféré de prendre les pilules (...) mais ils m'ont dit que puisque j'ai euh, le mardi, c'est-à-dire le jour de l'IVG, le jour du RDV je serai à 8 semaines et 1 jour et euh quand on atteint 8 semaines ici ils font l'IVG, ils ne prennent pas, ils n'acceptent pas de donner pilule, c'est pour cela, mais moi j'ai préféré de prendre des pilules (...) Parce que c'est moins de douleurs. Le problème c'est la douleur. »

E6 : « je leur ai dit que voilà, j'étais partie sur la médicamenteuse parce que j'avais vu un peu bon, et puis j'avais les expériences et tout (...) c'était juste que pour moi c'était plus simple, t'avales le cacheton et puis voilà quoi (...) Bah euh médicament c'est que on a pas l'impression entre guillemets d'avoir commis euh 'fin, subit une opération, voilà, parce que on avale les comprimés et puis voilà et puis psychologiquement on a pas l'impression d'avoir euh entre guillemets je vais dire encore euh tué un bébé quoi (rires gênés) même s'il n'est pas encore... (...) je les ai écoutés et puis euh j'ai pris le premier rendez-vous qui se présentait en aspiration et puis euh ça s'est fait. »

L'IVG est un souvenir difficile dans la tête de ces femmes, mais 2 d'entre elles, l'ont exprimé d'une façon plus intense que les autres (E1, E4), surtout vis-à-vis des douleurs ressenties. Ces 2 femmes sont celles qui ont eu à réaliser une méthode qui semblait ne pas leur convenir. En effet la première (E1) avait une extrême peur des piqûres, ce qu'il l'a beaucoup angoissée. Et la deuxième (E4) souhaitait absolument la méthode médicamenteuse, celle-ci n'était pas réalisable en ville à cause du terme avancé, et elle méconnaissait la possibilité de la réaliser à l'hôpital car pensait qu'elle n'en avait pas le droit au vu de sa situation sociale.

7.3 Ne pas vouloir justifier son IVG, ne pas vouloir être jugée

Une des femmes a exprimé le besoin de ne pas être jugée sur son choix qui lui a été difficile, elle ne souhaitait pas avoir à se justifier, à s'étendre sur cette question déjà compliquée à vivre pour elle (E5).

E5 : « quand j'étais arrivée, je n'étais pas certaine de tomber sur quelqu'un qui était favorable à l'IVG, je me suis dit, enfin j'avais réfléchi à mon truc et je me suis dit vraiment , la première question que je vais lui poser c'est « est ce qu'elle est favorable à l'IVG » parce que euh, je préfère autant euh que le RDV s'arrête si je suis face à quelqu'un qui n'est pas favorable, je n'ai pas envie de porter un débat (rires) à ce moment-là (...) Les esprits tordus pourraient en déduire que, bah voilà les avortements faciles ah bon, ah bah d'accord, ça veut dire que tout le monde va avorter en un clin d'œil et et toutes les femmes vont devenir débiles, sans cerveau à... à arrêter leur contraception, évidemment que non mais... mais, mais voilà ! (...) contrairement à ce que peuvent dire (souffle) certains politiques complètement euh, qu'on n'ont pas d'utérus ! d'ailleurs, au passage ! »

7.4 Exprimer la nécessité d'avoir une IVG avec un parcours facilité

Certaines patientes ont abordé, parfois avec gêne et culpabilité, la nécessité de vivre le plus facilement possible leur IVG (E5, E9, E10).

E5 : « je ne suis pas sûre que ça je le dirais à tout le monde parce que je ne suis pas sûre que tout le monde est capable d'entendre qu'en faite une femme, malgré la douleur du truc, a besoin d'avoir un avortement facile. »

E9 : « c'est le plus facile possible, il faut se faciliter la vie voilà, et c'est ce que le planning a fait, ça facilite la vie, on est accompagné au mieux voilà, c'est ce que ça m'a permis de faire (...) déjà que c'est dur donc si en plus c'est contraignant »

7.5 La particularité des entretiens collectifs du planning d'Orléans : L'ambivalence générée par ces entretiens

Au planning familial d'Orléans, il y a une particularité, les entretiens sont réalisés de façon collective. C'est-à-dire que les femmes arrivent toutes ensemble le matin et patientent ensemble le temps que chacune, à leur tour, réalise leur IVG. Certaines femmes n'étant pas toujours prévenues de cela, la plupart d'entre elles ont été un peu déboussolées et ont été très souvent ambivalentes concernant la question. Les patientes interrogées ont bien exprimé cette ambivalence (E6, E9, E11).

D'un côté elles soulignaient l'apport de l'échange avec d'autres femmes traversant la même épreuve, la réassurance et la possibilité de déculpabiliser en le réalisant ensemble :

E9 : « *ça s'est bien passé aussi, vraiment contente d'avoir pu échanger avec d'autres femmes, parce qu'on se rend compte qu'on n'est pas toute seule (pleurs) et que... bah ça dédramatise toutes les choses qu'on peut avoir dans la vie donc... non non c'était bien de pouvoir échanger sur ça (...) ça fait du bien de pouvoir parler, de pouvoir échanger, de ne pas avoir peur de pleurer aussi quoi (pleurs) (...) ça permet de faire beaucoup, voilà, faire baisser le stress, ça c'est sûr on n'est moins stressée et puis voilà se rendre compte qu'on n'est pas toute seule quoi (...) Ça a apporté du plus. Ça permet de dédramatiser ce qui se passait, de voir ça plus comme un acte normal ce qui se passait »*

Mais d'un autre côté elles ont aussi souligné la peur de rencontrer quelqu'un de connu donc encore cette peur du jugement et le besoin de vivre cette épreuve seule, et finalement culpabiliser de dédramatiser la situation avec d'autres femmes :

E6 : « *c'est vrai je me suis dit heureusement que ça n'est pas quelqu'un que je connais parce que, après, ben bé tiens l'autre elle était là l'autre fois euh, voilà c'était juste ça qui... qui avait fait que, je me suis dit ouf heureusement que ça n'est pas des gens que je connais quoi. (...) je ne sais pas si c'est possible de savoir en avance mais c'est vrai que c'est bien d'échanger mais surtout, moi ce qui me hantait voilà c'était de rencontrer quelqu'un que je connaissais. »*

E9 : « *les inquiétudes que je pouvais avoir aussi c'était par rapport au fait qu'on se réunit avant, avec d'autres femmes, euh... parce que voilà je ne suis pas d'un tempérament euh... à vouloir parler, surtout dans ces circonstances là c'est pas... on n'a pas trop envie d'en parler (inspiration profonde), encore une fois voilà la honte (...) et puis on se dit que c'est un peu glauque aussi, c'est un peu bizarre quoi... (...) pour moi c'est quelque chose qui est difficile à partager, pour moi ça n'est pas forcément normal d'être dans un groupe à ce moment-là en faite, c'est un peu bizarre »*

7.6 Être reconnaissante d'avoir le droit à l'IVG en France

3 des femmes ont vraiment appuyé sur la chance de pouvoir bénéficier d'une IVG dans ces conditions et la reconnaissance pour toutes les personnes s'étant battues pour ce droit en France (E5, E6, E9).

E5 : « *je n'arrêtais pas, pendant tout ce temps-là je n'arrêtais pas de penser à toutes, du début à la fin du process, je pensais à toutes ces femmes qui depuis des millénaires doivent accoucher avec des, des trucs en métal là (dégout) qu'on leur mettait pour arracher le truc à l'intérieur, (aanh, inspiration profonde) (...) ça m'a insufflé une reconnaissance mais immense ! de me dire mais, mais mon dieu **** (son prénom) qu'elle chance tu as d'être là dans ce pays, avec ces médecins qui se battent pour que (sourires, rires) pour que tu puisses juste, ne pas accueillir cet enfant que tu ne pourrais pas accueillir, qui n'aurait pas été heureux et euh (soupir), je me dis qu'elle chance immense quoi, j'étais d'une reconnaissance mais infinie (rires) et toujours d'ailleurs (sourires). »*

7.7 Vouloir améliorer les conditions de l'IVG en France, le militantisme et le besoin de témoigner (aux autres et/ou à sa descendance)

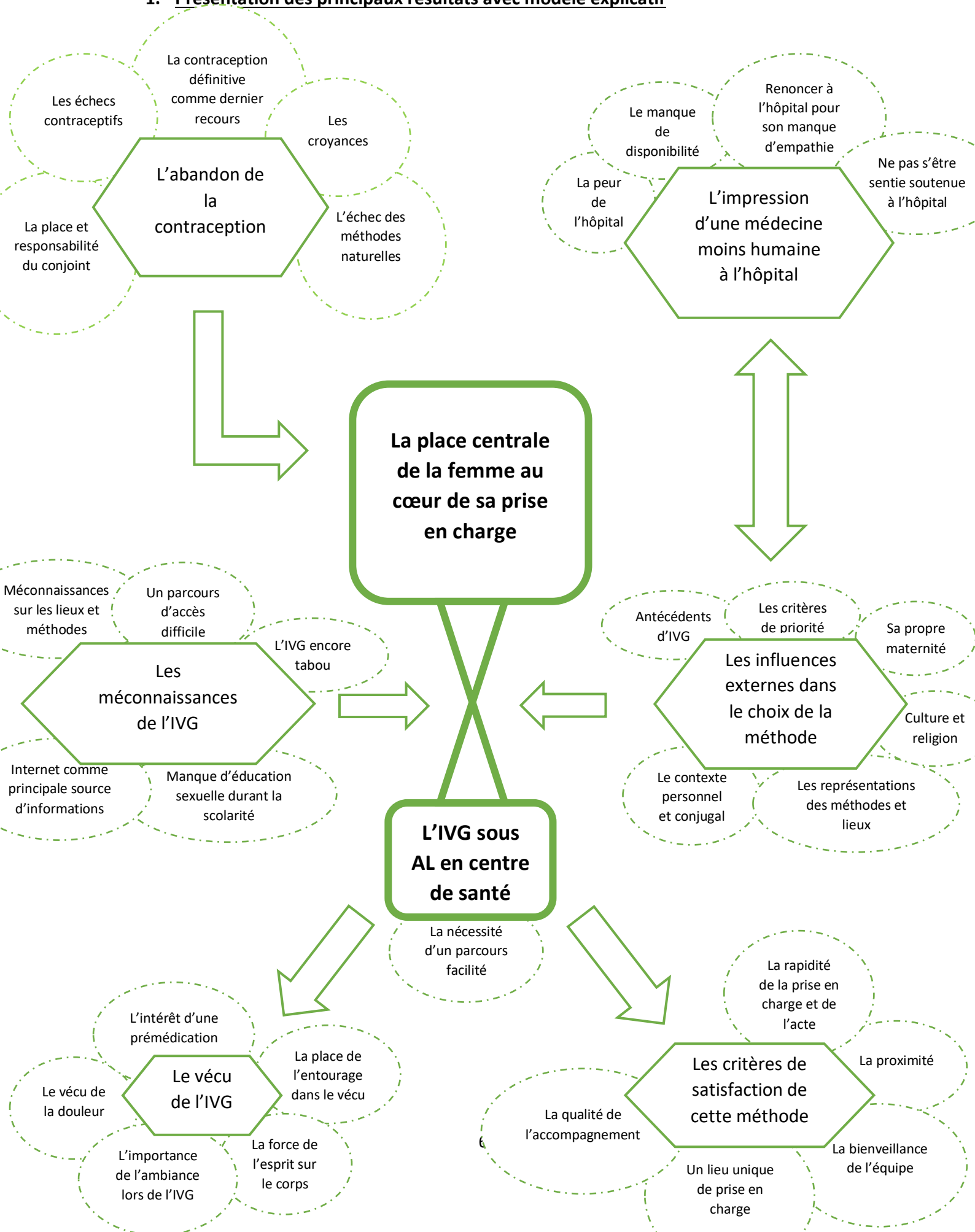
Certaines patientes ont exprimé leur besoin de témoigner. Elles se sont estimées heureuses de pouvoir bénéficier de cette méthode dans ces conditions et souhaitaient vouloir faire évoluer les choses à leur échelle, comme participer à ce travail de thèse pour pouvoir faire entendre leurs voix (E5, E7, E9, E11).

E5 : « aujourd'hui en France on devrait pouvoir toutes avoir accès à ça, j'ai bien compris, parce que Dr L. m'a expliqué que en faite c'est pas hyper répandu, qu'il y a 5 endroits en France où on peut le faire, et quand j'ai appris ça je me suis dit mon dieu, ooh (inspiration) c'est pas possible, il faut absolument, il faut en parler, il faut faire quelque chose, il faut, d'ailleurs donc j'étais hyper favorable à participer à votre mémoire euh j'ai aussi écrit à la, comment elle s'appelle cette association, je ne sais pas si c'est une association, qui travaille sur ça justement, j'ai écrit pour dire que voilà j'ai bénéficié de ça et que je voulais soutenir et est ce qu'il était possible de faire quelque chose »

E9 : « J'espère aussi pouvoir transférer ces expériences là à mes filles, ça me semble aussi important, ne pas avoir honte, d'essayer de ne pas se sentir honteuse, d'en parler surtout parce que ça ça manque cruellement »

DISCUSSION

1. Présentation des principaux résultats avec modèle explicatif



Ces femmes, ayant abandonné la contraception pour des causes diverses comme des effets indésirables ou des croyances autour des contraceptifs, ou parfois lors de périodes de transition dans leurs vies, ont eu besoin d'avoir recours à l'IVG, avec le poids de la responsabilité qui en découle et tout le tabou qu'il y a encore autour de cette question. Leur accès à l'IVG a été pour certaines d'entre elles complexe devant des méconnaissances autour de lieux de réalisation et des méthodes accessibles, avec une grande place prise par internet comme source principale d'informations mais aussi parfois d'erreurs. Leurs contextes personnels, leurs propres expériences et les représentations qu'elles avaient des différentes méthodes leur a fait finalement choisir l'IVG instrumentale sous AL en centre de santé. Elles ont apprécié cet accompagnement de proximité avec des équipes bienveillantes et sans jugement de leur situation car engagées pour défendre le droit des femmes à disposer de leur corps et faire progresser l'accès à ce droit. Elles se sentaient au cœur de leur prise en charge ce qui leur a permis de vivre moins difficilement qu'imaginé leur IVG.

2. Validité de l'étude

2.1 Forces

Cette étude est la première permettant de recueillir le témoignage de femmes ayant bénéficié d'une IVG chirurgicale sous anesthésie locale en centre de santé, du fait de la récente faisabilité de la technique en centre.

Il s'agit d'une étude multicentrique, sur 5 des 7 centres proposant cette méthode d'IVG, au moins un entretien a été réalisé dans chacun de ces centres.

L'échantillonnage était raisonné ce qui a permis d'assurer une diversité des caractéristiques de la population.

Le choix de la méthode a permis un retour d'expérience plus pertinent et intéressant en donnant la parole à ces femmes.

Pour augmenter la validité de l'étude, nous avons eu recours à la triangulation des données et des chercheurs.

2.2 Faiblesses

Seules les patientes ayant souhaité participer à notre étude ont été incluses. Cela entraîne un biais de recrutement par convenance. Nous n'avons pas demandé aux patientes qui refusaient de se justifier. Nous ne pouvons donc pas savoir quel genre d'informations elles auraient pu nous fournir : Vécu difficile ? Insatisfaction de la méthode ? Profil différent ?

Nous aurions aimé une répartition plus homogène des entretiens à travers les centres afin d'éviter significativement un effet centre.

Les entretiens ont été réalisés par la thésarde qui expérimentait la recherche qualitative pour la première fois. Cela a sûrement dû influencer la qualité des entretiens et créer un biais d'investigation. En effet, certains ont manqué probablement d'approfondissement des propos de l'interviewée par des difficultés de relance et un manque de neutralité. La technique de conduite des entretiens s'est améliorée au fur et à mesure et grâce aux remarques de la directrice de thèse, plus expérimentée. Il y avait aussi probablement une réserve à parler d'un sujet intime à une chercheuse inconnue ou mal connue, et il fallait gagner la confiance des patientes.

D'autre part, 7 entretiens sur les 11 ont été réalisés à distance dans le contexte sanitaire actuel. La durée de ceux-ci n'a pas été plus courte que les autres mais un des entretiens a été réalisé par téléphone, ne permettant pas d'analyser les informations non verbales.

Trois des entretiens ont été réalisés plus d'un mois après le jour de l'IVG, il existe peut-être un biais de mémorisation pour ceux-ci.

Si la grille COREQ a été utilisée comme ligne directrice afin de respecter les critères de qualité d'une étude qualitative, tous les items n'ont pas été respectés. En particulier, les verbatims n'ont pas été envoyés aux participantes.

Ce travail étant une recherche qualitative, il y a toujours un biais d'interprétation propre aux chercheurs. Le fait d'avoir réalisé un double codage avec la directrice de thèse nous a permis de le limiter.

3. Interprétation des données et comparaison à la littérature

3.1 La difficulté du parcours d'accès à l'IVG

Dans notre étude, certaines des femmes ont exprimés des difficultés pour accéder à leur demande d'IVG.

En effet, selon le dernier rapport d'informations n°3343 de l'Assemblée Nationale sur l'accès à l'IVG, en France, le délai entre la première demande des femmes auprès d'un professionnel libéral ou hospitalier et la réalisation effective d'une IVG est en moyenne de 7,4 jours. Il peut varier de 3 à 11 jours en moyenne selon les régions. Un des principaux obstacles rencontré par les femmes est la difficulté à identifier le praticien, proche de chez elle, pouvant accéder à sa demande. Elles ne savent pas toujours à qui s'adresser et perdent parfois un temps important en début de grossesse, avant de trouver le professionnel de santé ou la structure qui les prendra en charge. Un autre point important rendant leur accès difficile est le nombre insuffisant de praticiens de santé pratiquant des IVG impactant directement les délais de rendez-vous pour leur demande d'IVG (22).

Il n'existe pas encore aujourd'hui de base de données officielle regroupant la totalité des personnels pratiquant l'IVG. Le site du Gouvernement ivg.gouv.fr ne renvoie qu'à deux listes : celle des centres de planification et celle des établissements de consultation et d'information.

Il y a cependant des initiatives locales, comme celle du REVHO, réseau régional implanté en Île-de-France, qui a développé le site ivglesadresses.org qui offre un répertoire complet des professionnels pratiquant l'IVG en Île-de-France.

3.2 Premier recours : à qui ?

L'interruption volontaire de grossesse fait partie des exceptions au parcours de soins coordonné, c'est-à-dire qu'il est possible pour la patiente de consulter un médecin autre que son médecin traitant.

Dans notre étude, la personne de premier recours pour leur demande d'IVG a été très diverse : le médecin traitant, un autre médecin généraliste, la sage-femme qui effectue le suivi gynécologique de la patiente ou le planning familial directement.

Le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes relatif à l'accès à l'IVG de 2013 a publié un tableau regroupant les premiers interlocuteurs contactés par tranche d'âge au moment de l'IVG (23) :

Premier interlocuteur contacté par tranche d'âge au moment de l'IVG

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

Mais grand nombre de gynécologues partent à la retraite et certaines régions sont même quasiment dépourvues de ces spécialistes.

Plusieurs thèses et travaux réalisés récemment montrent que les généralistes ont une place de plus en plus importante comme interlocuteurs lors de la première demande d'IVG.

Sophie Martin par exemple a illustré dans son travail de thèse plusieurs points intéressants (24) :

- dans son étude menée à Paris et portant sur 18 patientes, celles-ci ont consulté leur gynécologue pour la première demande d'IVG (7/18) à égalité avec celles consultant un généraliste (pour 3 d'entre elles, il s'agissait de leur médecin traitant, pour les 4 autres d'un médecin généraliste de proximité). Il s'agit principalement des patientes les plus jeunes et qui n'ont pas de suivi gynécologique régulier,

- en l'absence de suivi gynécologique régulier, les patientes vont également vers les centres de planning. « Les CPEF sont contactés en premier si les femmes n'ont pas de gynécologue habituel. (...) Cependant, elles évoquent des freins à la prise en charge en CPEF : les horaires d'ouverture limités, et l'absence de communication d'information par téléphone qui les obligent à se déplacer ». Cette problématique de l'accessibilité des CPEF est intéressante car elle met en lumière les avantages possibles des généralistes : plus grande amplitude d'ouverture, meilleure accessibilité, proximité.

Dans la thèse d'Aurélie Lavaud, qui a également travaillé sur le parcours d'accès des femmes à l'IVG, 54,23% (n=96) des femmes ont consulté un médecin généraliste en premier lieu. Elles ont consulté l'autre groupe de professionnels (gynécologues, CPEF, médecins hospitaliers) à 41,24% (n=73) (25).

A contrario, l'enquête d'Amélie Rigaud montre aussi la préférence de certaines femmes que « leur médecin ne soit pas au courant de leur recours à l'IVG » (26). Un sentiment de honte à en parler devant leur médecin habituel est également retrouvé chez 5% de femmes de la thèse de Noura Harkouk (27).

3.3 Internet comme principale source d'informations

Dans notre étude, la moitié des femmes ont eu recours à internet, pour la recherche de lieux où réaliser leur IVG ou encore la recherche de témoignages des différentes méthodes disponibles.

Selon l'enquête « Usage d'internet pour la santé parmi les 15-30 ans », un tiers (34,8 %) de la population française utilise Internet pour des questions de santé. Cette pratique est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et parmi les internautes de 15-30 ans ce taux atteint 57,2% des femmes contre 39,7% des hommes. Cet usage tend à diminuer avec l'âge. L'usage d'internet dans la recherche d'information de santé est donc le plus fort pour les tranches d'âge ayant un taux de recours à l'IVG plus fort. Internet est utilisé pour rechercher des informations sur une question de santé (92% des internautes), sur les traitements possibles (63% des internautes), pour lire les témoignages d'autres personnes et enfin pour trouver les coordonnées d'un médecin ou d'un hôpital (53% des internautes). Toutefois, la qualité de l'information s'avère être très hétérogène, parcellaire, et parfois erronée. Ceci doit être un point de vigilance, d'autant plus que 80 % des jeunes qui ont eu recours à internet pour des questions de santé jugent les informations recueillies sur internet le plus souvent crédibles.

Et que par ailleurs, 10% des 15-75 ans déclarent avoir modifié la façon de s'occuper de leur santé suite aux informations trouvées sur internet. Cette proportion atteint un tiers (33,2%) pour les 15-30ans (28).

Les opposants à l'IVG trouvent donc avec internet un champ d'action puissant, qui leur permet notamment de tenter d'influencer les jeunes générations en diffusant des informations orientées, voire erronées afin de les décourager à avoir recours à l'IVG.

Les moteurs de recherche font souvent remonter en tête de liste des sites anti-IVG diffusant des informations fausses.

Top 10 des sites les mieux référencés par la recherche « IVG » (29) :

Moteur de recherche Bing, 10 septembre 2013

	Liste des sites	Ligne éditoriale
1	www.ivg.net	Anti choix
2	Wikipédia	Site contributif
3	www.doctissimo.fr	Site contributif
4	www.ivg.fr	Pro choix
5	vosdroits.service-public.fr	Pro choix
6	ivginfo.com	Laboratoire pharmaceutique
7	www.planning-familial.org	Pro choix
8	Wikipédia	Site contributif
9	forum.doctissimo.fr	Site contributif
10	www.doctissimo.fr	Site contributif

Moteur de recherche Google, 18 juin 2013

	Liste des sites	Ligne éditoriale
1	www.ivg.net	Anti choix
2	Wikipédia	Site contributif
3	vosdroits.service-public.fr	Pro choix
4	www.doctissimo.fr	Site contributif
5	avortementivg.com	Anti choix
6	www.sante.gouv.fr	Pro choix
7	ancic.asso.fr	Pro choix
8	ivginfo.com	Laboratoire pharmaceutique
9	Planning familial	Pro choix

En février 2017, le Parlement a adopté la proposition de loi n° 2017-347 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse qui vise à sanctionner les auteurs de sites internet qui, sous une apparente neutralité, fournissent en réalité des informations biaisées et idéologiquement orientées à propos de l'IVG, influençant ainsi le libre choix des personnes cherchant à s'informer sur ce sujet. (30)

Par ailleurs, le lancement d'un site gouvernemental officiel – www.ivg.gouv.fr – apportant une information fiable sur la nature et les conséquences d'une IVG sans chercher ni à la promouvoir, ni à la décourager, a permis de lutter contre ces fausses informations.

3.4 Les méconnaissances autour de l'IVG

La plupart des femmes de notre étude avaient des lacunes concernant les méthodes ou encore les lieux où pouvaient être réalisé leur IVG.

L'enquête par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) de septembre 2015 a fait ressortir des chiffres intéressants :

- 4 Français sur 10 se sentent insuffisamment informés sur l'IVG, alors que la bonne information est une clé pour un accès facilité à ce droit,
- 44% des Français pensent qu'on ne peut avorter qu'à l'hôpital,
- 33% des Français pensent qu'une mineure doit demander l'autorisation à ses parents pour pratiquer une IVG,
- 37 % des Français pensent que l'IVG n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Suite à cette enquête, en 2015, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a lancé une campagne nationale d'information sur l'IVG. Plusieurs initiatives ont été instaurées dont la mise en place d'un numéro unique afin d'obtenir des informations justes et neutres sur l'IVG, le 0 800 08 11 11 (31).

Selon le rapport de la DRESS, on apprend qu'au moment où les femmes ont décidé d'interrompre leur grossesse, 70 % d'entre-elles ont déclaré savoir où aller (32).

3.5 Les croyances et l'abandon de la contraception. Le choix et les échecs des méthodes naturelles

- L'échec et les croyances autour de la contraception

En 2013, la HAS a réalisé un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée (33).

Le manque d'informations objectives sur l'ensemble des méthodes contraceptives constitue un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée par les femmes et les hommes. La contraception est considérée comme « une affaire de femmes » qui sont tenues pour responsables de sa mise en œuvre et de ses échecs. Plus de la moitié des femmes déclarent choisir seules leur moyen de contraception sans en discuter avec leur partenaire.

Des situations de fragilité peuvent de manière générale entraver le choix d'une méthode contraceptive mais également constituer des facteurs de risque d'échec de la contraception :

- la non-reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile,
- la sous-estimation du risque de grossesse par les femmes approchant la ménopause résultant en un recours plus fréquent à des méthodes naturelles ou en une absence totale de méthode contraceptive,
- les périodes de post-partum ou post-IVG,
- les périodes d'instabilité et/ou de fragilité affectives,
- les situations de violence physique et morale,

- les situations professionnelles particulières et/ou le mode de vie (travail de nuit, horaires irréguliers et/ou décalés),
- les périodes de transition entre deux méthodes contraceptives.

Enfin, des facteurs culturels, religieux ou philosophiques peuvent également conditionner le choix d'une méthode contraceptive.

Un certain nombre de freins par méthode contraceptive sont cités dans cet état des lieux de la HAS. Comme par exemple la prise de poids générée par les méthodes contraceptives hormonales, qu'elle soit ressentie ou seulement anticipée, est un des motifs d'arrêt de la contraception. Ou encore la présence d'un corps étranger vécu comme intrusif pour le DIU ou l'implant. On peut noter également l'importance des croyances comme frein important sur le choix d'un contraceptif, comme le fait que le DIU est abortif et rend stérile.

Dans les travaux de Sophie Martin, les femmes sans méthode contraceptive et ne désirant pas être enceintes sont rares (<5%). Les caractéristiques socio-démographiques associées à l'absence de moyen contraceptif retrouvées sont l'âge >25 ans, la classe ouvrière, le nombre d'enfants et l'absence de mutuelle (24).

- Le choix des méthodes naturelles

Pauline Millet a réalisé sa thèse sur les méthodes de contraception naturelles. Elle en a conclu que la principale raison du choix avancée par les patientes interrogées était le refus d'ingérer des hormones et d'interférer avec les réactions physiologiques du corps. La deuxième raison était l'envie de maîtriser et de connaître son corps. La troisième raison était de limiter les effets secondaires (34). Cela met en exergue toute l'importance d'une réévaluation annuelle des effets secondaires liés à la contraception, conseillée par la HAS dans ses recommandations de 2015, portant sur le suivi des femmes suite à la prescription d'une contraception (33). Les femmes qu'elle a pu interroger ont souligné que l'efficacité de ces méthodes était fortement liée à la rigueur et au sérieux des couples utilisateurs (34). Cette notion rejoint les résultats de la HAS, évaluant l'efficacité des méthodes naturelles de contraception, qui décroît de 90-95% en théorie à 75% en pratique, du fait des contraintes induites par ces méthodes (33).

Une autre thèse a été menée par France-Isabelle RICHE-SOUBRIER sur la contraception naturelle mais cette fois-ci dans le post-partum. Elle a remarqué que ces méthodes retenaient l'attention des femmes interrogées car elles ne présentent pas d'effets secondaires et respectent le corps de la femme sans perturber ses cycles naturels. En effet 47% choisiraient une de ces méthodes car elles avaient peur des effets secondaires des autres méthodes et 41% les choisiraient car elles avaient déjà expérimenté des effets secondaires au cours de l'utilisation d'une autre méthode de contraception. Elle soulignait également le fait que ces méthodes soient « permises » à toute personne quels que soient ses antécédents. 29% la choisiraient dans le contexte de contre-indication aux autres méthodes (35).

On observe depuis 2010 que la « norme contraceptive française » évolue. L'étude Fécond de 2014 observe que certaines femmes cadres, par refus des hormones, se tournent vers les méthodes naturelles (36).

- L'abord de la contraception durant la scolarité

La plus jeune des patientes interrogées dans notre étude a déploré le manque de communication autour de la contraception et de l'IVG durant les études.

Pourtant, durant la scolarité, chaque élève doit en principe suivre des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. L'article L. 312-16 du code de l'éducation dispose qu'une « information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l'apprentissage du respect dû au corps humain.

Elles peuvent associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. » (37).

Or, comme le souligne le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes : « quinze ans après l'obligation légale d'assurer l'éducation à la sexualité auprès des jeunes, le constat est unanime et partagé : l'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire, inégale selon les territoires car dépendante des bonnes volontés individuelles. » (23).

25 % des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité, de part des difficultés matérielles et logistiques mais également car les personnels de l'Éducation nationale sont très peu formés à l'éducation à la sexualité (23).

3.6 Les critères de choix des méthodes d'IVG

Dans notre étude, plusieurs critères sont ressortis comme la rapidité de la prise en charge, la rapidité de l'acte en lui-même ainsi que la prise en charge globale dans un centre autre que l'hôpital à proximité de chez elles.

Dans l'article de Gail Pheterson « Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du choix », l'auteur aborde finalement les mêmes critères que ceux évoqués par nos patientes comme celui de la rapidité de la prise en charge et de l'acte en lui-même « Pour elles, le facteur de décision peut être l'immédiateté par opposition à l'attente (...) l'achèvement de la procédure pharmacologique peut en fin de compte, prendre davantage de temps (de trois à quinze jours) que la période d'attente pour une aspiration.

En elle-même, l'aspiration ne prend que quelques minutes et, même en tenant compte de l'ensemble du processus qui comprend l'entretien d'admission les conseils, l'intervention elle-même et une brève période de rétablissement, l'avortement par aspiration dure moins de quelques heures dans la plupart des cas. (...) Une autre étude sur le choix de la procédure fait apparaître que des femmes choisissent néanmoins l'aspiration parce qu'elles souhaitent en finir le plus vite possible, parce qu'elles préfèrent moins de rendez-vous et parce qu'elles choisissent la confidentialité garantie par un avortement réalisé dans l'anonymat plutôt que chez elles » (38).

Ce qui a également été confirmé dans une étude française menée de 2014 à 2016, évaluant la faisabilité de cette méthode en ambulatoire et son acceptabilité par les femmes. Elle a été menée sur 2 sites, le CPEF de Saint Denis et un cabinet de consultation au centre IVG de l'hôpital Delafontaine à Saint Denis et 55 femmes ont été incluses. Les critères ayant permis aux femmes de choisir cette méthode sous ces conditions ont été la rapidité de l'intervention avec un résultat immédiat et la confidentialité (39).

3.7 Le vécu de la douleur

Dans notre étude, certaines femmes ont exprimé une douleur vive lors de l'AL ou de l'aspiration et certaines femmes ont trouvé la douleur tout à fait supportable. Une seule chose a été commune à l'ensemble des femmes interrogées : la douleur a été courte dans le temps, ce qui a été appréciable pour elles. La moyenne du pic douloureux ressenti par les patientes a été de 6,3 sur 10.

Le travail de thèse de Laure-Anne Debeaux concernant l'évaluation de la sécurité de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centres de santé, a été réalisé auprès de 216 patientes. Cette fois-ci c'est la douleur de fond et non le pic douloureux qui a été évalué et la moyenne retrouvée était de 4,6 sur 10 (15).

En 2013, Jamila Jamil a présenté une étude prospective réalisée au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier à Colombes (92) durant l'année 2011, portant sur l'évaluation de la douleur ressentie par les femmes ayant une IVG chirurgicale sous anesthésie locale, et l'identification de facteurs prédictifs de douleur intense pendant l'IVG. Elle a montré que la douleur moyenne de l'IVG par aspiration sous AL est de 4,3 en Échelle Visuelle Analogique (EVA) et de courte durée (EVA à 1,4 en moyenne, 8 heure après l'aspiration endo-utérine). Elle a mis en évidence 4 facteurs prédictifs de douleur intense (EVA \geq 5) : le jeune âge, les dysménorrhées, le fait d'avoir déjà ressenti une douleur importante au cours de la vie et le terme avancé. Le fait d'avoir hésité à interrompre la grossesse et les dysménorrhées étaient des facteurs de risque de douleur très intense (EVA \geq 7) pendant l'IVG (40).

Une étude réalisée dans ce centre, début 2010 et portant sur 101 femmes montrait que 86% des femmes étaient suffisamment ou totalement satisfaites de la prise en charge de la douleur physique. Seulement 12% des femmes pensaient que l'on aurait pu faire plus pour soulager leur douleur physique (41).

L'étude de E. Guilbert réalisée au Canada, a montré une EVA moyenne à 5,85 pour l'IVG par aspiration sous AL. Cependant, cette étude a été faite pour des termes de 7 à 16 SA, or le terme avancé est un facteur prédictif de douleurs pour l'IVG, quelle que soit la méthode. De même, cette étude a souligné que les douleurs de l'IVG par aspiration chutent fortement dans l'heure suivant l'aspiration avec une EVA moyenne à 1,31 et une médiane à 0,2 (42).

3.8 Les critères de satisfaction de la méthode d'IVG

Le principal point à notifier est que la satisfaction des femmes passe par le fait que leur choix doit être écouté et respecté autant que possible, comme l'illustre une étude écossaise réalisée en 1993, qui nous informe que le taux d'insatisfaction vis-à-vis de la méthode employée des femmes ayant pu choisir leur méthode d'IVG s'élevait à 5 % alors que le taux d'insatisfaction vis-à-vis de la méthode employée de celles n'ayant pu exercer le choix de la méthode d'IVG s'élève à 22 % (43).

Dans une autre étude, cette fois-ci danoise, menée en 2005 sur 1033 femmes souhaitant une IVG, les auteurs ont montré que la satisfaction dans la méthode médicamenteuse passait de 82 % (intervalle de confiance à 95 % : 78-86) si elles l'avaient choisi à 68 % (intervalle de confiance à 95 % : 55-81) si cette méthode était imposée. Cette étude était menée dans un seul centre et avec le même personnel (44).

Dans notre étude, le critère de satisfaction cité par l'ensemble des femmes a été l'accompagnement de l'équipe durant l'ensemble de leur IVG.

Les autres points cités ont été la clarté de l'information reçue, la rapidité de la prise en charge, la proximité du centre de leur domicile et le fait que ce centre soit à taille humaine et que certaines d'entre elles connaissaient l'équipe ont été des éléments rassurants pour elles, ainsi que l'absence de jugement de la part des professionnels de santé. Concernant l'acte de l'IVG en lui-même, les éléments de satisfaction rapportés ont été le fait que la douleur soit d'une durée très limitée dans le temps, l'absence de saignements conséquents et l'absence d'effets secondaires liés à la procédure et la présence médicale rassurante.

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis sur le choix et la satisfaction des méthodes d'IVG médicamenteuse et chirurgicale, les patientes ayant subi une IVG chirurgicale ont accordé une plus grande importance que les patientes ayant subi une IVG médicamenteuse sur un certain nombre de point : la rapidité de l'intervention, l'absence d'effets secondaires, l'absence de métrorragies, l'absence de visualisation de l'expulsion de l'œuf, la rassurance de la technique car utilisée depuis longtemps, le faible nombre de consultations nécessaires, la présence d'un médecin ou d'une infirmière et le fait que la patiente sache où et quand l'IVG aura lieu.

Dans cette étude, les femmes ayant subi une IVG chirurgicale ont déclaré qu'elles étaient très satisfaites (43 %) ou plutôt satisfaites (39 %) de leur méthode d'avortement ($p = 0,64$) (45).

Dans l'étude réalisée au Canada citée plus tôt, 56 % des patientes ayant subi une IVG se sont dites très satisfaites de leur expérience, 31 % étaient modérément satisfaites et 12 % étaient incertaines. Le plus fort prédicteur de la satisfaction était le fait d'avoir eu des informations concernant leur IVG et donc savoir à quoi elles pouvaient s'attendre, l'intensité de la douleur et l'accompagnement. La satisfaction était plus élevée chez les femmes accompagnées d'une personne (42).

Dans l'étude française qui a été menée à Louis Mourier en 2010, 87% des femmes ayant réalisé une IVG instrumentale sous anesthésie locale étaient totalement satisfaites de la prise en charge psychologique. Seulement 7 % des femmes pensaient que l'on aurait pu faire davantage pour soulager leur douleur morale (41).

Une étude a été menée aux Etats-Unis en 2014 afin de recueillir la satisfaction et les facteurs pouvant influencer la satisfaction des femmes réalisant une IVG instrumentale sous anesthésie locale, cette fois-ci en ambulatoire, dans les « clinics abortion », des structures extrahospitalières se consacrant à la santé de la reproduction. 81% des femmes étaient très satisfaites de leur expérience globale. Seulement 1.5 % des femmes ont répondu qu'elles étaient neutres ou insatisfaites. Les trois principaux aspects de soin classés comme les plus importants étaient la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapide, la courtoisie du personnel et le fait de pouvoir être informé autant qu'elles le souhaitaient (46).

Enfin, en France, concernant l'étude de faisabilité qui a été réalisée afin de tester la mise en œuvre de l'IVG instrumentale dans un cabinet de consultation sans configuration aucune de type bloc opératoire à Saint-Denis et d'évaluer son acceptabilité par les femmes, la grande majorité des femmes était satisfaite de cette méthode et la conseilleraient à une amie, seulement 2 des femmes ont exprimés leur insatisfaction (39).

3.9 La fuite de l'hôpital

Les femmes de notre étude ont renoncé à l'hôpital pour diverses raisons comme le manque de disponibilité mais aussi la peur générée autour de l'hôpital. Certaines d'entre elles ont abordé le côté contraignant, froid et procédurier de l'hôpital avec cette impression de médecine moins humaine et la possibilité de tomber sur des professionnels de santé non favorable à l'IVG.

Le rejet de l'hospitalisation exprimé par les femmes, est retrouvé dans la littérature. Dans l'étude de Nathalie Bajos les femmes évoquent plutôt l'association de l'hôpital à la maladie, à l'intervention de plusieurs tiers qui renvoie à un manque « d'humanisation » de la prise en charge (47).

Dans le travail de thèse de Violaine Rousset et Lauriane Thollot sur le vécu des femmes réalisant une IVG médicamenteuse en ville, l'IVG à l'hôpital était, pour beaucoup, une méthode « compliquée », avec notamment des délais de prise en charge longs. La méthode chirurgicale semblait plus risquée, « plus lourde », plus invasive. L'anesthésie était source d'angoisses, de peurs pour de nombreuses femmes. Pour plusieurs femmes, vivre son IVG à l'hôpital semblait plus difficile, voire « horrible ! ». 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. Elles appréhendaient de rencontrer des gens hostiles (48).

3.10 La peur du jugement

Certaines des femmes de notre étude ont exprimé avoir fait le choix du planning familial pour leur militantisme et l'assurance de ne pas d'être jugée pour leur IVG.

En France, malgré les évolutions législatives, le regard porté sur l'IVG reste encore trop souvent négatif. De nombreuses femmes ne peuvent toujours pas parler librement de leur IVG à leurs proches ou à leur famille, et certains professionnels de santé ne cachent pas leur désapprobation relative à cet acte médical.

Les résultats de l'enquête menée en 2015 par l'ARS d'Île-de-France sur l'expérience de l'IVG révèlent qu'un tiers des femmes a rencontré des difficultés d'accès ou d'accompagnement. Parmi elles, 15 % déclarent avoir subi des pressions psychologiques de la part d'un professionnel de santé et 12 % évoquent des commentaires inappropriés ou culpabilisants (22).

La DRESS évoque que 68 % des femmes ont parlé de leur IVG à une seule personne, elles ont privilégié le partenaire pour 73% d'entre elles et 11% en ont parlé à un ami ou une relation de travail (32).

4. Perspectives

Dans la perspective d'améliorer l'accessibilité à l'IVG en France, la loi du 26 janvier 2016 autorise les centres de santé à pratiquer l'IVG par aspiration sous anesthésie locale. Notre étude atteste que les femmes sont satisfaites de cette nouvelle méthode qui leur est proposée dans un parcours d'accès souvent difficile à leur IVG. Comment poursuivre les efforts afin d'améliorer l'accès à l'IVG et permettre le choix, à chacune d'entre elles, de la méthode qui leur est adaptée ?

4.1 L'extension de l'IVG à divers professionnels de santé

C'est une des pistes qui est en cours d'évaluation et fait débat en France : la possibilité pour les sages-femmes de pratiquer les IVG par aspiration sous anesthésie locale.

Dans certains pays comme aux Etats-Unis, cette méthode n'est pas pratiquée uniquement par des médecins. Des sages-femmes et des infirmières de pratique avancées sont également formées à cela.

L'étude de Weitz et al. parue en 2013 a étudié la sécurité de l'IVG instrumentale pratiquée par des infirmières, des sages-femmes ou des médecins juniors en comparaison avec des médecins entraînés, dans quatre plannings familiaux aux Etats-Unis. Les praticiens non-médecins devaient avoir au moins un an d'expérience, dont trois mois d'orthogénie.

L'étude a montré que les professionnels de santé formés à cette technique ont un nombre de complications instrumentales non significativement augmenté par rapport aux médecins expérimentés (49).

Une revue systématique, publiée en 2012, a étudié l'efficacité et la sécurité de la méthode instrumentale pratiquée par, soit des sages-femmes, soit des infirmières, en comparaison avec des médecins. L'étude a porté sur un nombre de femmes, 2894 femmes ayant bénéficié d'une IVG instrumentale réalisée par une sage-femme ou un médecin en Afrique du Sud et au Vietnam et 4910 femmes ayant bénéficié d'une IVG instrumentale réalisée par une infirmière ou un médecin en Inde et aux Etats-Unis. Cette revue systématique de la littérature a conclu qu'il n'y avait pas de différence significative en termes d'efficacité ou de sécurité entre les différents groupes (50). Donc avec une formation appropriée, des sages-femmes ou infirmières de pratiques avancées peuvent pratiquer des IVG instrumentales, avec un taux de complications aussi faible que celui d'un médecin expérimenté.

De part ces études rassurantes, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis 2013 que la technique de l'IVG instrumentale puisse aussi être réalisée par « un professionnel de santé non médecin mais bien formé au préalable » (51).

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, ainsi que de nombreuses associations orthogénistes partagent cette position.

La HAS mène d'ailleurs actuellement une étude expérimentale, dans le cadre d'un protocole signé avec l'hôpital de la Pitié Salpêtrière de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), afin de déterminer la faisabilité d'étendre aux sages-femmes le droit de pratiquer des IVG instrumentales sous anesthésie locale à l'hôpital ou dans un centre de santé.

Depuis la loi du 26 janvier 2016, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les IVG médicamenteuses. En 2018, 248 sages-femmes libérales ont pratiqué 5 332 IVG médicamenteuses. La proportion d'IVG réalisées par les sages-femmes libérales s'élève donc à environ 2,3 % des IVG réalisées en France au total et à 10,5 % de celles réalisées dans un cadre libéral. Par comparaison 1 725 médecins libéraux ont pratiqué 45 200 IVG hors établissement de santé. Il y avait 22 812 sages-femmes en France en 2018. Un peu plus d'1 % d'entre elles se sont saisies de la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses dans un cadre libéral au cours de la période 2016-2018. Cette proportion est comparable à celle des médecins généralistes pratiquant l'IVG dans un cadre libéral : la DREES dénombrait 60 214 médecins généralistes exerçant uniquement à titre libéral en 2018, dont 749 d'entre eux avaient pratiqué des IVG hors établissement de santé. L'étude de 2019 de la DREES ne précise cependant pas la proportion d'IVG réalisées par des sages-femmes en établissement de santé (52). Les sages-femmes sont donc une force de soutien participant à l'amélioration de l'accès à l'IVG, avec un potentiel de montée en charge important, ces dernières étant presque trois fois plus nombreuses que les gynécologues (22 812 sages-femmes pour 7 825 gynécologues en 2018) (22).

De plus, la profession des sages-femmes semble dans l'ensemble favorable à l'ouverture de la pratique de l'IVG instrumentale.

Alice Bocquentin, sage-femme, dans son mémoire de fin d'étude, a souhaité connaître le positionnement des sages-femmes orthogénistes sur l'obtention de l'IVG instrumentale. Les arguments favorables ressortis de son travail ont été la diversification de l'offre des méthodes d'IVG proposées, d'assurer une prise en charge de plus grande qualité, et de réaffirmer le caractère « non pathologique » de l'IVG, qui devrait ainsi rentrer dans les compétences des sages-femmes, quelle que soit la méthode. Les arguments défavorables ont été eux l'évolution du métier de sage-femme vers une activité plus technique, le sentiment d'être « utilisées » pour pallier un manque de praticiens permettant de garantir l'offre de soin, et la confrontation à l'acte lui-même. Les sages-femmes de son étude étaient en grande majorité favorables à la pratique des IVG instrumentales pour leur profession, motivées par le souhait de garantir le choix de la méthode aux femmes et d'améliorer la qualité de leur prise en charge par l'intermédiaire d'un personnel convaincu. Par ailleurs, toutes les sages-femmes interrogées dans son travail de mémoire, qu'elles soient pour ou contre l'obtention de cette compétence, ont admis l'aptitude de leur profession à réaliser le geste d'aspiration, estimé assez « simple », et facilité par leur grande connaissance du corps de la femme. Des appréhensions ont toutefois été soulevées, notamment celles liées à d'éventuelles complications et à des dérives potentielles dans l'application de cette pratique (53).

Cette piste est donc à évaluer dans le but commun d'améliorer l'accès à l'IVG aux femmes de notre pays.

4.2 L'extension de l'IVG sous anesthésie locale en centre de santé

Cette méthode est réalisée de façon majoritaire par certains pays voisins, dans de petites structures extrahospitalières, les « abortions clinics », comme aux Pays-Bas où 71% des IVG sont réalisées dans ces structures avec cette méthode, 87% en Belgique, 68% en Grande-Bretagne et dans certains états des Etats-Unis où l'IVG est autorisée, jusqu'à 74% des IVG sont réalisées selon cette méthode. Ces structures appartiennent le plus souvent à des associations militantes : Planned Parenthood Federation (PPF) et National Abortion Federation (NAF) aux USA, British Pregnancy Advisory Service (BPAS) en Grande Bretagne, Stimizzo aux Pays-Bas, Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant L'Avortement (GACEHPA) en Belgique (54, 55, 56, 57).

Il serait nécessaire d'informer puis former les médecins volontaires à cette pratique encore très peu connue en France.

Actuellement des médecins des centres de santé de Nanterre, de Belleville et de Bobigny sont en contact avec le réseau REVHO afin de se former dans le but de pouvoir proposer cette méthode aux femmes dans les prochains mois, la pandémie du COVID 19 ayant retardé les choses.

La formation des médecins et équipes est organisée par le réseau REVHO et propose 2 types de formation :

- Une destinée aux professionnels des centres de santé avec, d'une part une journée théorique, et d'autre part la formation à la pratique qui consiste à effectuer 30 IVG par aspiration en compagnonnage, 15 IVG avant 10 SA et 15 IVG entre 10 et 14 SA, dans des centres IVG qui ont signé une convention pour être formateurs, qui valident la pratique en fin de stage. Concernant les personnels des centres de santé qui le souhaitent (Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), Conseiller Conjugal et Familial (CCF)...), ils peuvent réaliser une ou 2 demi-journées en stage d'observation dans les centres IVG.
- Une destinée aux professionnels des centres hospitaliers des régions qui pratiquent déjà l'IVG instrumentale sous AG mais pas sous AL. C'est une formation sur 2 jours destinée aux médecins, sages-femmes et aux personnels impliqués dans l'IVG (IDE, anesthésistes, CCF, secrétaires...) dans un ou plusieurs hôpitaux de la région concernée. Cette formation a déjà été dispensée à Reims, à Nîmes et bientôt en Lorraine. Une demi-journée se passe au bloc opératoire avec un médecin de REVHO et les médecins de l'hôpital receveur, le reste du temps est une formation théorique et surtout des temps d'échanges nécessaires à la bonne mise en place de la méthode.

Cette formation en région est capitale car elle permet de développer cette méthode pour les femmes à l'hôpital et elle est nécessaire pour que les hôpitaux acceptent de signer des conventions avec les centres de santé en ville.

Finalement, très peu d'études internationales et françaises ont été menées sur le vécu des femmes réalisant une IVG instrumentale sous AL à l'hôpital ou en centres extrahospitaliers dans les autres pays.

Les 2 seules études trouvées en ce sens ont été, d'une part celle menée aux Etats-Unis en 2014 ayant recueilli 210 questionnaires de satisfaction de femmes qui ont réalisé une IVG instrumentale sous AL dans 6 centres extrahospitaliers, où les principaux critères de choix de cette méthode étaient la possibilité d'obtenir un rendez-vous rapide, la courtoisie du personnel et le fait de pouvoir être informé autant qu'elles le souhaitaient, et où la grande majorité des femmes (81%) était très satisfaite de leur expérience globale (46). Et d'autre part, l'étude de faisabilité de cette méthode en centre de santé réalisée dans 2 centres de Saint-Denis citée plus haut également menée avec 55 femmes, où les principaux critères ayant permis aux femmes de choisir cette méthode étaient la rapidité de l'intervention avec un résultat immédiat et la confidentialité avec une grande majorité des femmes également satisfaite de cette méthode (39).

Ce qui pourrait être intéressant, serait de réaliser un comparatif entre le vécu de cette méthode à l'hôpital et en centre de santé afin de savoir ce qui prime dans le choix de cette méthode et l'éventuelle satisfaction de celle-ci : la technique ou le lieu de réalisation ?

Enfin, une dernière perspective à venir est que nous avons appris il y a quelques mois que les centres de périnatalité de proximité étaient à présent éligibles à la pratique de l'IVG instrumentale, ce qui est très intéressant car cela permettrait à terme de proposer l'IVG instrumentale sous AL en régions où les centres de périnatalité de proximité sont nombreux.

CONCLUSION

Notre étude est la première en France à donner la parole aux femmes qui ont réalisé une IVG instrumentale sous anesthésie locale en centre de santé.

Leur parcours est souvent difficile avec une méconnaissance des différentes méthodes et lieux de réalisation possibles pour elles, dans une société où l'IVG est encore tabou. Elles se trouvent face une responsabilité pénible à porter suite à un abandon de la contraception pour différentes raisons comme des mauvaises expériences de contraceptifs, des croyances autour de la contraception ou encore des périodes de transition dans leur vie.

Elles ont fait le choix de l'IVG par aspiration en centre de santé, avec les représentations qu'elles avaient des différentes méthodes, ainsi que des influences externes, comme leur propre expérience d'IVG si elles en avaient, leur contexte personnel et conjugal, l'influence également de leur entourage et des informations trouvées sur internet.

Les critères de priorité dans leur choix ont été la rapidité de la prise en charge dans leur attente souvent intolérable, la rapidité de l'acte en lui-même, la possibilité d'une prise en charge en un lieu unique et à proximité et le bon premier contact avec l'équipe. Une partie d'entre elles ont souligné cette peur de l'hôpital et les doutes autour de l'empathie et de la disponibilité de l'hôpital.

Le vécu de la douleur physique a été très variable d'une femme à l'autre, tolérable voire indolore pour certaines et très douloureux pour d'autres mais de courte durée dans le temps. Les éléments apportés afin de pallier au mieux à cette douleur physique ont été, bien sûr, d'une part la pré-médication avec les antalgiques et d'autre part l'accompagnement psychique des équipes et pour certaines d'entre elles, de leurs proches, qui ont pu jouer un rôle prépondérant dans leur vécu de l'acte.

Ces femmes ont apprécié cet accompagnement de proximité avec des équipes bienveillantes et sans jugement de leur situation car engagées pour défendre le droit des femmes à disposer de leur corps et faire progresser l'accès à ce droit. Elle se sentaient au cœur de leur prise en charge ce qui leur a permis de vivre moins difficilement qu'imaginé leur IVG.

Cette méthode est par ailleurs efficace et sécuritaire comme l'ont démontré beaucoup d'études.

Les inégalités sur notre territoire concernant l'accès à l'IVG sont encore flagrantes et difficilement tolérables. Il est donc important de développer cette nouvelle possibilité pour les femmes, en les sensibilisant à cette méthode et en informant et en rassurant les médecins sur sa réalisation pour que ceux qui le souhaitent puissent s'y former.

L'enjeu se joue également autour de la discussion des capacités en termes d'orthogénie des sages-femmes. Elles considèrent, pour une majorité d'entre elles, leur profession prédisposée à l'accompagnement global des femmes en plus d'être compétentes à réaliser le geste technique de l'aspiration.

Toujours dans le but d'améliorer l'accès à l'IVG, les centres de périnatalité de proximité sont à présent éligibles à la pratique de l'IVG instrumentale, ce qui est très intéressant afin de proposer cette méthode en ambulatoire dans chaque région en France.

Favoriser l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centre de santé permettrait d'offrir aux femmes le choix entre les différentes méthodes d'IVG afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et de respecter le droit des femmes à disposer de leur corps.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker A-L. Historique et législation de l'interruption volontaire de grossesse. In Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France ; 2012. p. 5-20. (Que sais-je ?). Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-ivg--9782130594895-p-5.htm>
2. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de presse concernant la loi de modernisation de notre système de santé. 2016 janv.
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. 2020 sept. Report No. : 1163.
4. DREES. Effectifs des médecins par spécialité et mode d'exercice au 1er janvier 2016 [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/document.aspx?ReportId=2580>
5. Chantal A. Haute Autorité de santé. 2016 p. 138.
6. HAS. Recommandations de bonne pratique : interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse [Internet]. 2010. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
7. Collège national des gynécologues obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : L'interruption volontaire de grossesse. 2016.
8. Masson E. Interruption volontaire de grossesse instrumentale [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1097409/interruption-volontaire-de-grossesse-instrumentale>
9. Soulat C, Gelly M. Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. Masson. 2006 ; 35(2) : 6.
10. DREES. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 6. AGE MOYEN DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableView/tableView.aspx>
11. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Contribution relative à l'accès à l'IVG en France. 2020.
12. Corticchiato C. Mémoire DIU : Faisabilité de l'IVG par aspiration dans les centres de santé en Île-de-France. 2014.
13. Kenigsberg M. : L'acceptabilité de l'IVG instrumentale sous AL dans les CPEF par les patientes. 2013.

14. REVHO. Compte-rendu de la réunion du 4 décembre 2020 REVHO concernant les IVG instrumentales en centre de santé.
15. Debeaux L-A. Évaluation de la sécurité de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale en centres de santé en France.
16. Smith JA, Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Psychology*. :28.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 ; 19(6) : 349-57.
18. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème édition, La revue du Praticien. 2018. 224 p.
19. Blanchet A, Gotman A. L'entretien - 2e éd. 2e édition. Armand Colin ; 2015. 128 p.
20. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.
21. Huberman M. Analyse des données qualitatives. 2e éd. De Boeck ; 2003. (Méthodes en Sciences Sociales)
22. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (Mme Marie-Noëlle Battistel et Mme Cécile Muschotti) [Internet]. Assemblée nationale. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/ega/l15b3343_rapport-information
23. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG, Volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires. 2013 nov. Report No. : 2013-1104-SAN-009.
24. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. Faculté de médecine Paris 5-René Descartes ; 2014. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine. BIUM
25. Lavaud A. Parcours de soins des femmes souhaitant une interruption volontaire de grossesse, avant leur accès au centre. Faculté de médecine d'Angers ; 2014. Thèse d'exercice pour le doctorat de médecine
26. Rigaud Bardes A. Parcours d'accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse en ville : représentations et attitudes des femmes. Faculté de médecine de Lyon ; 2011 ; Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine | Base documentaire | BDSP.
27. Harkouk-Darchem N. IVG médicamenteuse / IVG chirurgicale : existe-t-il une différence dans le vécu des patientes ? Faculté de médecine de Lyon ; 2007 ; Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine
28. François B, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, Parizot I, Montagni I, Renahy É. Le recours à l'Internet-santé parmi les 15-30 ans. *La Santé en Action*. 1 juin 2014 ; 428 : 4-5.

29. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport relatif à l'accès à l'IVG : Volet 1 : information sur l'avortement sur internet [Internet]. 2013. Report No. : 2013-0912-HCE-008. Disponible sur : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce-rapport_ivg_et_internet_20130912_version_adoptee-3.pdf
30. LOI n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse (1). 2017-347 mars 20, 2017.
31. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Campagne nationale d'information sur l'IVG et le droit des femmes à disposer librement de leur corps [Internet]. 2015 sept 28. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280915_-_dp_-_campagne_ivg.pdf
32. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Réunion. Les recours à l'IVG à La Réunion : Enquête Nationale 2007 [Internet]. 2007. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/synthese_des_resultats_de_l_enquete_Nationale_2007_1.pdf
33. HAS. Etats des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2 clics-5.pdf
34. Millet P. Méthodes de contraception naturelles : pour quelles raisons certaines femmes les choisissent, quelles sont leurs représentations de la contraception, quelle place pour le médecin généraliste ? Faculté de médecine Paris 5-René Descartes ;2017 ; Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine
35. Riche-Soubrier F.I. Méthodes de contraception naturelle Enquête auprès de femmes en post-partum : état des connaissances, motivations, réticences et attentes. Faculté de médecine de Brest ;2014 ; Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine
36. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? . s.l. : INED, 2014
37. Article L312-16 - Code de l'éducation - Légifrance [Internet]. avr 15, 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032400741
38. Pheterson G. Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du « choix ». Cahiers du Genre. 2001 ; 31(2) : 221-47.
39. Etude de faisabilité en centres de planification familiale en Seine Saint Denis. (D. Hassoun, I. Périn, M. Gelly, M. Horoks) Novembre 2014-février
40. Jamil J. Douleur de l'IVG sous AL : évaluation et facteurs prédictifs. [DES de médecine générale]. [Paris] : Paris VII; 2013
41. Bibas A. Evaluation de la prise en charge de la douleur au cours de l'IVG par aspiration au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier (Colombes). Mémoire présenté en vue de l'obtention du DIU « formation complémentaire en gynécologie- obstétrique pour le médecin généraliste ». Promotion 2010-2011.

42. Guilbert E, Roter D. Assessment of satisfaction with induced abortion procedure. *J Psychol.* 1997 Mar ; 131(2) : 157-66. Doi : 10.1080/00223989709601960. PMID : 9094215.
43. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration : women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993
44. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion : comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod Oxf Engl.* mars 2005;20(3):834-8.)
45. Harvey SM, Beckman LJ, Satre SJ. Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among U.S. clinic patients. *Fam Plann Perspect.* 2001 Sep-Oct ; 33(5) : 212-6. PMID : 11589542.
46. Tilles C, Denny A, Cansino C, Creinin MD. Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion. *Contraception.* 2016 Feb ; 93(2) : 164-9. Doi : 10.1016/j.contraception.2015.09.012. Epub 2015 Sep 26. PMID : 26410173.
47. Bajos N. L'IVG médicale en ville ou à l'hôpital.2007 ; Disponible sur : http://revho.fr/professionnels/documents_pdf/rapport_inserm_02_07.pdf
48. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires. Une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées. Faculté de médecine de Toulouse ;2015 ; Thèse d'exercice pour le doctorat en médecine
49. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, et al. Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver. *Am J Public Health.* 17 janv 2013 ; 103(3) : 454-61.
50. Renner RM, Brahmi D, Kapp N. Who can provide effective and safe termination of pregnancy care ? A systematic review*. *BJOG.* 2013 Jan ; 120(1) : 23-31. Doi : 10.1111/j.1471-0528.2012.03464.x. Epub 2012 Aug 20. PMID : 22900974.
51. Organisation mondiale de la santé. Avortement sécurisé directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève : Ed. de l'OMS; 2013.
52. DREES, Annick Villain, 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018, Etudes et Résultats n° 1125, septembre 2019.
53. Bocquentin A. L'IVG instrumentale, future compétence des sages-femmes ? Positionnement de sages-femmes orthogénistes. Ecole de sages-femmes Baudelocque, Paris Descartes ;2019 ; Diplôme d'Etat de Sage-Femme.
54. Pazol K, Creanga AA, Zane SB, Burley KD, Jamieson DJ ; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Abortion surveillance--United States, 2009. *MMWR Surveill Summ.* 2012 Nov 23;61(8):1-44. PMID : 23169413.)
55. Institut Européen de Bioéthique. L'avortement aux Pays-Bas : rapport 2017 du gouvernement. 2019.

56. Rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'IVG. 2018 2019. Belgique
57. Groupe d'action des centres extra hospitaliers pratiquant l'avortement (GACEHPA). Rapport d'activité 2017.

ANNEXES

Annexe n°1 : Déclaration CNIL

CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Madame LECOMTE Tiphaine
5, ALLÉE LOUIS DEBONDT
91170 VIRY-CHÂTILLON

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2214828 v 0

du 03 septembre 2019

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Madame LECOMTE Tiphaine

Service :

Adresse : 5, ALLÉE LOUIS DEBONDT

Code postal : 91170

Ville : VIRY-CHÂTILLON

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0627323342

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Fait à Paris, le 03 septembre 2019

Annexe n° 2 : Lettre d'information aux médecins réalisant les IVG sous anesthésie locale en centre de santé

Chère consœur, cher confrère,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur le vécu des femmes ayant eu une IVG instrumentale sous anesthésie locale dans les centres de santé en Île-de-France. Ce travail de recherche, validé par le Département de médecine générale de Paris 6 Médecine Sorbonne Université, est dirigé par le Dr Julie DELMESTRE.

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, mon objectif est de recruter un échantillon le plus varié possible.

Les entretiens d'une durée d'environ 30 minutes à une heure se dérouleront dans un lieu choisi par les patientes interviewées (domicile, lieu de travail...), il leur sera également proposé de réaliser un télé-entretien (WhatsApp, Messenger, Skype) à l'heure et jour de leur convenance.

Je garantis de préserver l'anonymat des femmes et des médecins participant à l'étude.

Si une de vos patientes est volontaire pour participer à mon étude, je vous propose de noter ses coordonnées et de me les transmettre par téléphone ou par mail. Je contacterai votre patiente dans un second temps pour confirmer son choix et fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Vous trouverez ci-joint la lettre destinée aux patientes qui auront donné leur accord pour participer à l'étude. Ainsi vous pourrez la leur remettre avant que je les contacte.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement ou toute question concernant l'étude aux coordonnées mentionnées dans l'en-tête.

Comptant sur votre participation, et vous remerciant très sincèrement par avance, je vous prie d'agréer, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Tiphaine LECOMTE

Annexe n°3 : Lettre d'information aux femmes souhaitant participer à l'étude

Madame,

Je me permets de vous contacter par l'intermédiaire de votre médecin, suite à votre accord, afin de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de mon travail de recherche.

En effet, j'ai choisi de réaliser mon travail de thèse sur le vécu des femmes qui ont réalisé une IVG instrumentale sous anesthésie locale dans un centre de santé.

Je réalise des entretiens à travers des questions ouvertes afin que vous puissiez vous exprimer librement sur ce sujet. Ces entretiens seront enregistrés par audio si vous l'acceptez afin de pouvoir étudier votre parole. Dans tous les cas, ils 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 à une heure environ. Au vu de la situation sanitaire actuelle, l'interview peut se réaliser en visioconférence, via WhatsApp, Messenger, Skype, ou, si impossibilité ou refus de votre part, par téléphone. Si besoin est, je me déplacerai à votre domicile, sur votre lieu de travail, au centre de santé 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 instrumentale en centre de santé et de recueillir leur témoignage.

Je me tiens à votre disposition pour toutes précisions ou questions concernant mon travail et le déroulement de l'entretien aux coordonnées précisées dans l'en-tête.

Vous avez la possibilité de vous faire assister par une personne de confiance (article L.1111-6 du Code de Santé Publique « Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions »).

Dans l'attente de votre rencontre et de votre participation, je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Tiphaine LECOMTE

Annexe n°4 : Guide d'entretien

Tout d'abord :

- Présenter les objectifs de l'étude
- Expliquer les entretiens semi-dirigés et anonymes
- Demander l'accord et faire signer le formulaire de consentement écrit

Ensuite, situation de la patiente : (*Pour commencer, parlez-moi un peu de vous...*)

- Âge
- Profession
- Situation : couple/célibataire
- Couverture sociale
- ATCD med/chir/gynécologique (G/P/ATCD IVG/contraception)
- EVA habituelle des règles, médicament pris contre les douleurs de règles ?
- Avez-vous un suivi gynécologique habituellement ?
- Pendant la période où vous êtes tombée enceinte, aviez-vous une contraception ?

1) Parcours d'accès : (*Pouvez-vous me raconter comment les choses se sont passées pour vous quand vous avez eu la nécessité de réaliser une IVG ?*)

- 1^{er} contact après la décision IVG : avec qui ? quel moyen d'information ? difficultés d'accès aux informations ?
- Qualité et vécu de ce 1^{er} contact : accueil, écoute, informations claires ?
- Pourquoi le choix de l'IVG chirurgicale ? en centre de santé et non pas à l'hôpital ?
- Connaissance de la méthode ? déroulement ? du centre ? pourquoi ce centre ? Suivi là-bas ? si non : adressée par qui ? (Comment avez-vous été informée que l'IVG chirurgicale pouvait être réalisée en centre de santé ?)

2) 1^{ère} consultation avec le MG du centre : (*Comment s'est passé votre premier RDV avec le médecin généraliste du centre ?*)

- Délai de RDV ? facilité d'accès ? accueil ?
- Excepté le médecin, avez-vous rencontré d'autres professionnels du centre ?
- Informations techniques expliquées ? information sur le déroulement ?
- Choix méthode et lieu laissés à la patiente ? (Avez-vous réellement eu le choix de la méthode ?) : influence des intervenants, situation socio-économique, environnement, secret, terme
- Examens para cliniques : rapidité ? accès ?

- Décision conjoint évoquée ? présent ? investissement ? (À qui avez-vous pu parler de votre situation ? avez-vous pu en parler avec votre partenaire ? comment a-t-il réagi ? si non : pourquoi ? Y a-t-il déjà eu des épisodes de violence ?)

3) IVG : ***(Pouvez-vous me dire comment s'est passée cette journée ?)***

- Vécu de l'acte : (qu'avez-vous ressenti ?) physiquement : douleur (pic, fond, antalgiques EVA max, moment le plus douloureux) ; psychologiquement (attente, peur de l'échec, regret, culpabilité, peur du jugement, sécurité) ; global
- Ce jour-là étiez-vous entourée ? comment avez-vous choisi la personne accompagnante ? comment avez-vous vécu sa présence ?
- Chambre de repos (adapté ? confort ? intimité ?)

4) La dernière consultation : ***(Concernant la consultation post-IVG...)***

- (Avez-vous contacté le médecin généraliste entre le jour de l'IVG et la consultation post-IVG ?) si oui, pour quelles raisons ? Facilement joignable ? réponses comprises ?
- Quels sujets ont été abordés : vécu physique et psychologique
- Y a-t-il eu des complications post-opératoires ?
- Prévention des grossesses non désirées, contraception différente de celle antérieure ? Laquelle ?
- Utilité de cette dernière consultation

5) A posteriori : ***(À distance de tout ça, pourriez-vous me donner votre ressenti ?)***

- Ressenti général
- Satisfaction
- Prise en charge par un médecin de ville : un plus ? pourquoi ? avez-vous apprécié sa prise en charge ? qu'auriez-vous souhaité de lui ? auriez-vous souhaité que le médecin réalisant l'IVG soit votre médecin traitant ?
- Si ATCD d'IVG : pouvez-vous me dire quelle méthode vous a le plus convenu ?
- Propositions d'amélioration ? selon vous qu'est ce qui pourrait être amélioré ?
- Si une proche vous demande votre avis, que lui diriez-vous concernant cette méthode ?

Remerciements

- ***Pouvez-vous me dire les raisons pour lesquelles vous avez accepté cet entretien ?***

Noter les attitudes, les mimiques...

Annexe n°5 : Exemple d'un entretien

Entretien n°5

Date IVG 09/07/20

Date entretien 13/09/20

Durée de l'entretien 45'

Pouvez-vous me donner votre âge svp ?

34ans.

Travaillez-vous ?

Euh oui je travaille, je suis à mon compte, j'ai créé une société.

Très bien, qu'est-ce que vous faites ?

J'aide les hôteliers et les loueurs saisonniers à augmenter leurs chiffres d'affaires.

Etes-vous en couple ou célibataire ?

Je suis en couple, mariée avec un bébé.

Avez-vous une couverture sociale ?

Euh oui, sécu et mutuelle.

Avez-vous déjà eu des soucis de santé ?

Des trucs vraiment graves j'imagine euh on ne parle pas de la routine quoi, pff...

Chirurgicale, euh j'ai juste eu des choses classiques hein, dents de sagesse et ablation des euh ablation des végétations et sinon euh, après, je ne sais pas si ça répond à votre question, je fais de l'asthme, des allergies respiratoires, des trucs comme ça.

Ok, avez-vous un traitement de fond ?

Euh non l'asthme je n'ai pas de traitement, c'est un asthme d'effort, euh j'ai de la Ventoline que je ne prends pas, c'est vraiment léger, je ne pense pas que j'ai d'autres choses sinon je m'en souviendrais je pense (rires).

Sur le plan gynécologique, combien avez-vous eu de grossesse ?

Bah ça fait 3 en faite parce que j'ai eu ma fille, avant ça j'ai fait une fausse couche mais c'était une fausse couche très, euh très tôt parce que c'était au bout de 2 mois je crois et euh et donc cette grossesse-là.

Quel type de contraception avez-vous eu jusqu'à présent ?

Euh, pilule et actuellement stérilet depuis l'avortement stérilet et sinon ça a toujours été pilule.

Est-ce que vous savez quel type de pilule ?

Alors franchement j'ai eu une grande instabilité sur les prises de pilule j'ai eu de tout genre de la Diane 35 quand j'étais ado jusqu'aux plus légères mais euh j'ai eu celle où l'on prend tous les jours j'ai eu euh je crois que j'ai tout essayé.

Durant vos règles, pouvez-vous me dire sur une échelle de 0 à 10, comment quantifieriez-vous vos douleurs ?

Ro fff, 2 ou 3 j'ai vraiment de la chance sur ça.

Avez-vous habituellement un suivi gynécologique ?

Euh oui.

Aviez-vous une contraception lorsque vous êtes tombée enceinte ?

Non.

Est-ce que vous pouvez me raconter comment les choses se sont passées pour vous lorsque vous avez eu besoin de réaliser votre IVG ?

Euh, alors comment j'ai fait, je sais que j'ai appelé plusieurs centres médicaux, euh, qu'est-ce que j'ai fait, je crois que j'ai dû chercher sur internet comme tout le monde, euh, j'ai appelé un centre médical dans le 15^e qui m'a accordé un RDV et après j'ai pensé au centre médical de Malakoff et comme j'ai eu un RDV j'ai annulé le RDV du 15^e, euh sauf que ce qui est étonnant c'est que je n'étais pas sûre, je ne sais pas comment j'ai fait le truc parce que, quand j'étais arrivée, je n'étais pas certaine de tomber sur quelqu'un qui était favorable à l'IVG, je me suis dit, enfin j'avais réfléchi à mon truc et je me suis dit vraiment, la première question que je vais lui poser c'est « est ce qu'elle est favorable à l'IVG » parce que euh, je préfère autant euh que le RDV s'arrête si je suis face à quelqu'un qui n'est pas favorable, je n'ai pas envie de porter un débat (rires) à ce moment-là, euh, donc c'est étonnant parce que j'y suis allée pour ça mais je n'étais pas certaine que c'était faisable, je ne sais pas trop comment ça s'est passé.

En faite, quand vous m'avez dit que vous aviez regardé sur internet, c'était pour avoir des informations sur l'IVG ou savoir où ça se réalisait... ? qu'avez-vous recherché sur internet ?

Alors les méthodes euh, c'est vrai que je n'étais pas du tout à ce stade-là, euh je cherchais un endroit, je cherchais un endroit, je connaissais les délais euh je me suis rafraîchie la mémoire quand même mais je connaissais les délais et j'avais conscience qu'il fallait que je réagisse, j'avais un peu de temps mais euh il fallait quand même que je réagisse sans trop tarder parce que je me suis dit il y a une procédure, il faut laisser un peu de temps aussi donc euh, voilà. Euh, et je cherchais un endroit en faite.

Avez-vous trouvé un site qui répertoriait les différents endroits ? sur quoi êtes-vous tombée ?

C'est un peu flou ça ouais je ne sais pas trop comment j'ai trouvé, alors ça je ne sais pas (rires) ouais j'ai dû trouver sur des sites parce que ma seule source ça a été internet en tout cas, ça c'est une certitude.

D'accord, personne autour de vous n'a pu vous aider ?

Ouais, 'fin, j'ai une personne autour de moi en faite 2 personnes autour de moi qui ont dû le faire déjà euh mais on n'a pas parlé de lieu, bah il y a une personne en Guadeloupe et une autre personne qui a dû le faire aux Etats-Unis donc voilà, mais j'ai été éclairée sur les méthodes, ça ça m'avait un peu, voilà.

D'accord, et qu'est-ce qu'elles ont pu vous expliquer ?

Euh, bah surtout la 2^e a fait l'IVG médicamenteuse et euh ça a été très douloureux, ça a été un peu comme une lente agonie (rires) et du coup euh et du coup quand Dr L. m'a proposé euh l'aspiration, j'étais tout de suite hyper motivée, je me suis dit bon, même si au pire, ne sachant pas, même si au pire ça devait être douloureux je préfère souffrir d'un coup plutôt que de vivre quelque chose de très long, de très euh beaucoup plus difficile physiquement et émotionnellement, je trouvais pour moi, ça dépend de chacun mais bon.

Connaissiez-vous le centre de santé auparavant ?

Ah si si c'est mon centre médical pour euh là où je vais tout le temps.

Ah j'ai trouvé !

Ah excusez-moi j'ai trouvé comment (rires) comment j'ai reconnecté avec Malakoff c'est quand j'ai euh c'est le planning familial qui est hébergé au centre médical de Malakoff, quand j'ai laissé un message sur le planning familial, on m'a redirigé vers le médecin, c'est comme ça, c'est la clé d'entrée, voilà !

Très bien merci, avez-vous un médecin traitant là-bas ?

Euh en faite au centre médical de Malakoff euh je ne sais pas c'est peut-être moi qui me débrouille mal mais en faite c'est toujours le médecin qui est dispo au temps T alors en faite c'est un peu comme si c'était le centre médical qui est mon médecin traitant avec plusieurs personnes à l'intérieur quoi (rires).

D'accord, et vous aviez donc une idée déjà de la méthode avant de vous rendre au 1^{er} RDV ?

Euh j'allais là-bas pour mettre en place tout ça, euh, j'avais un peu peur de l'IVG médicamenteuse mais en faite je n'avais pas vraiment compris qu'on pouvait avoir d'autres solutions plus faciles, 'fin, plus faciles... d'autres solutions ! (rires).

Et comment s'est déroulé le 1^{er} RDV avec le médecin au centre de santé ?

Oh, déjà ça a été un soulagement qu'elle me dise, (rires) j'ai vu son étonnement à ma question « est-ce que vous êtes favorable à l'IVG ? » (rires), je pense qu'elle ne s'attendait pas à ce genre de question ! donc il y a eu une demi seconde de... et puis après elle m'a dit « bah oui bien sûr ! » et donc là fff soulagement, donc là je me suis dit, bon déjà ça ça va, euh, et après euh elle a été franchement d'une euh douceur et d'une compréhension qui étaient incroyables, elle m'a montré la salle, elle a pris le temps avec moi, elle m'a tout expliqué en détails, euh, elle m'a déculpabilisé aussi parce que c'est jamais une décision qu'on est fière de prendre, euh, c'est jamais une décision qui est facile à prendre, (respiration profonde), contrairement à ce que peuvent dire (souffle) certains politiques complètement euh, qui n'ont pas d'utérus ! d'ailleurs, au passage ! euh et elle m'a, donc en gros pour être concrète, elle m'a expliqué qu'en effet c'est une grande période de fertilité, que si j'ai un peu raté le coche c'est normal et que ça peut arriver, elle m'a expliqué toutes les méthodes en détails, euh, elle m'a montré la salle dans laquelle ça allait se passer, euh elle a répondu à toutes mes questions dont je ne me souviens plus mais j'en avais pleins, euh voilà ! ça a été un mélange de fond rationnel, d'apport important d'informations mais aussi d'accompagnement psychologique, ce n'était pas non plus une séance chez le psy mais voyez, c'était un, un trio que j'ai trouvé extrêmement, extrêmement aidant.

Aviez-vous déjà réalisé des examens ?

Bah moi je suis arrivée avec ma prise de sang déjà, j'avais fait la prise de sang, je voulais être sûre, parce que en plus, comme j'avais déjà eu une fille, je savais tous ces trucs-là, je me suis dit bon j'ai un test positif je vais faire ma prise de sang, je vais acheter ma prise de sang au labo et euh je voulais être sûre à 100% euh donc je suis arrivée avec la prise de sang et après euh, est ce que, oui ! elle m'a posé plein de questions aussi sur les antécédents de santé tout ça pour savoir si je pouvais faire les méthodes, et on a fait une échographie aussi, j'ai du mal à réunir tous les éléments mais oui on a fait une échographie.

Quel a été le délai pour la prise en charge ? cela vous a-t-il paru raisonnable ?

Euh j'ai trouvé que, on m'a proposé une date extrêmement rapidement, qu'il y avait vraiment cette semaine, imposée par la loi de réflexion et qui est normale je trouve, cette semaine elle ne m'a pas gênée et en faite moi ce qui m'a rassuré c'est que, dès lors qu'on m'a dit, écoutez on va pouvoir prendre en charge les choses dans les délais légaux et tout va bien se passer, après ça on pouvait m'annoncer n'importe quelle date moi j'étais, j'étais flexible, euh, peut-être que ce qui a été favorable à ce que les délais ne me posent pas de problème c'est que, on était très au clair avec mon mari sur cette grossesse qu'on ne pouvait pas accueillir, donc euh, je n'étais pas dans une souffrance émotionnelle à porter pendant 7 jours, (inspiration) et à partir du moment où je suis d'accord avec moi-même que voilà, j'étais obligée de faire ça et bon, ça n'a pas été facile pour autant mais bon, j'ai réussi à rester cartésienne pendant ce délai-là.

Pouvez-vous me décrire comment s'est déroulée la journée de l'IVG ?

Euh, j'ai emmené mon mari (rires) euh et après ça hum j'étais relativement stressée, on est arrivé, on a été accueilli par l'assistante médicale qui nous a réexpliqué un certain nombre de choses euh j'avais aussi le document que j'ai pu lire dont j'ai repris connaissance, toutes les choses à faire en amont qu'on avait, aaaah ! alors ça je me suis ratée, ça ça peut-être intéressant pour votre étude, j'ai raté le coche par euh j'avais souvenir que je devais prendre le médicament la veille, je me suis trompée je crois que ça devait être le jour d'avant sauf que comme dans mon esprit c'était la veille je n'ai pas repris connaissance du document avant de me dire bon ça y est c'est le moment je reprends le document et je me suis rendue compte que j'avais loupé le coche, euh donc je l'ai pris trop tardivement donc j'ai appelé le centre médical qui m'a dit bah écoutez prenez le en tout cas maintenant euh au besoin on vous rajoutera une dose le matin même donc euh c'est ce qui s'est passé, ce médicament apparemment peut créer des saignements moi ça ne m'a rien créé du tout et le matin même comme j'étais un peu anxieuse euh je sais qu'on m'a dit qu'on m'a donné aussi quelque chose un peu pour me relaxer euh et puis grand nombre de médicaments qui sont voilà, euh donc l'explication des médicaments puis on a patienté et ffff franchement relativement rapidement on nous a dit d'aller nous installer euh j'ai essayé le masque mais (rires) j'ai failli faire un malaise vagal (rires) je suis devenue toute molle comme... comme quand je fais un malaise vagal (rires) donc bon bah on a arrêté le masque euh eeeeet voilà et après on a démarré la piqûre et ce qui est très très délicat et sympathique de leur part c'est que, au moment où on, enfin c'est le, c'est le, l'assistante médicale qui était à mes côtés qui, au moment où il fallait piquer l'utérus, euh, 'fin, j'ai vu qu'elle a regardé à quelle étape on était du processus et elle m'a vraiment beaucoup parlé à ce moment-là (rires) elle m'a posé des questions donc ça c'était assez bienveillant j'ai trouvé (sourire).

Euh on a mis de la musique, c'était chouette, eum, apparemment mes goûts musicaux ont été validés donc ça c'était sympa aussi (rires) pour la blague (rires) euh, qu'est ce qui, voilà ! est-ce que je raconte la suite aussi ou ??

Ce que vous pouvez me raconter, dans les limites de ce que vous voulez m'en dire bien sûr...

Euh, franchement, peut-être que ça peut sembler bizarre mais moi je n'ai pas un mauvais souvenir de cette expérience, c'est pas... en faite j'ai une dissociation entre la façon dont on l'a vécu euh avec l'accompagnement du médecin et des 2 autres personnes qui étaient là et euh, oui ! (pause) euh faut pas trop que j'y pense sinon ça va me faire un peu pleurer euh donc euh... bah après ça euh il y a eu ce système d'aspiration, qui n'était pas très douloureux, il y a juste eu un moment donné où c'est vrai que je commençais un peu à ressentir euh et je me suis vraiment concentrée pour que, pour euh, voilà pour ça mais c'est vraiment, c'est une douleur vraiment d'ailleurs le médecin m'a demandé après c'était 4 donc euh franchement c'est très, c'est très très raisonnable quoi.

C'était vers la fin de l'aspiration donc je me dis que le moment où vraiment l'utérus commence à être vraiment rétracté et euh, donc euh voilà mais bon, ce passage-là qui était peut-être un peu plus, où je me concentrais où c'était on va dire très très inconfortable c'est pas que c'était douloureux mais c'était un inconfort fort en faite on va dire euh ouais ça a dû être ouais (souffle) je ne sais pas, c'était les 20% de la fin quoi c'est pas du tout euh, et puis le fait que mon mari soit avec moi ça m'a aidé aussi, déjà parce qu'il est 50% coupable (sourire) de cette situation ! (rires) donc euh hein ! voilà ! premièrement ! euh (rires) voilà euh et que bon, voilà c'est assez agréable d'être ensemble et euh et voilà, et ce qui était assez euh on a continué à parler pendant tout le process euh ce qui était assez étonnant et une bonne surprise entre guillemets c'est que j'avais pas du tout mal, à la fin, c'est-à-dire que j'ai retrouvé mon corps, je peux dire euh confortable, et bon c'est vrai qu'il y a l'effet des médicaments, il y a l'effet de l'anesthésie etc mais euh en faite j'ai gardé ce confort jusqu'au bout, j'ai pas eu de, alors, alors il y a peut-être eu, quand ça s'est arrêté une sorte de léger inconfort mais là on parle de 1, 1 sur 10 vous voyez donc euh, c'est juste là, tiens je ressens, je ressens mon corps quoi mais, ça, c'était vraiment incroyable ! et je n'arrêtais pas, pendant tout ce temps-là je n'arrêtais pas de penser à toutes, du début à la fin du process, je pensais à toutes ces femmes qui depuis des millénaires doivent accoucher avec des, des trucs en métal là (dégoût) qu'on leur mettait pour arracher le truc à l'intérieur, (aanh, inspiration profonde) ça m'a insufflé une reconnaissance mais immense ! de me dire mais, mais mon dieu E**** (son prénom) qu'elle chance tu as d'être là dans ce pays, avec ces médecins qui se battent pour que (sourires, rires) pour que tu puisses juste, ne pas accueillir cet enfant que tu ne pourrais pas accueillir, qui n'aurait pas été heureux et euh (soupir), je me dis qu'elle chance immense quoi, j'étais d'une reconnaissance mais infinie (rires) et toujours d'ailleurs (sourires). Voilà, hum.

Vos paroles sont très touchantes... c'est dur de poser des questions après tout ça (sourire)

Donc si j'ai bien compris le moment finalement le plus douloureux correspond à la fin de l'aspiration c'est bien ça ?

Oui c'est vrai mais franchement c'était vraiment tout à fait acceptable, et c'est ça qui est assez, et d'ailleurs j'en ai reparlé après avec mon amie qui a fait l'IVG médicamenteuse et euh, et oui par rapport à ce qu'elle a vécu c'était vraiment euh le jour et la nuit, c'était vraiment, et puis je pense que le fait de ne pas être seule aussi, la présence médicale, euh on sait qu'on a un médecin qui est avec nous euh, la présence du proche, enfin, tout ça, ça donne de ce moment-là, quelque chose de portée ensemble en faite, et puis on est réveillée, donc en faite, d'un point de vue psychologique aussi, on vit, ce départ de la grossesse. C'est-à-dire que voilà ouais, cette grossesse elle est en train de s'arrêter et mmh, ça prend un peu de temps et c'est bien aussi je trouve que ça ne soit pas un truc qui soit complètement instantané en un claquement de doigt, (inspiration puis expiration profonde) je trouve, je pense que ça n'aurait pas pu mieux se passer, ça n'aurait pas pu être euh, en faite c'est exactement comme ça que... euh, je trouve que c'est idéal en faite.

Et j'ai cru comprendre que sinon si on n'a pas accès à ce genre de façon de faire on est endormie en totalité, enfin.

Exactement oui, lorsqu'on est sous anesthésie générale.

Voilà, et bah là je me dis bin, c'est dommage, ça dépend de l'âge de la personne, plus on vieillit plus quand on se réveille d'une anesthésie générale c'est pas non plus fluide et euh, peut-être c'est plus confortable pour le corps qu'une IVG médicamenteuse mais on perd le côté psychologique du coup, il doit y avoir ce truc un peu de : je me suis endormie enceinte, je me réveille plus enceinte mais est ce que je, alors, en faite ça c'est peut-être la seule chose qui m'est restée c'est que j'ai remarqué qu'inconsciemment mais ça c'est toutes les IVG j'imagine, euh, mon inconscient se demandait encore après à certains moments si je n'étais pas encore enceinte. J'ai gardé ce truc de me dire jusqu'à que j'ai des règles vraiment abondantes, euh de me dire, ah mais peut-être que ça n'a pas marché, c'était un mélange de... (inspiration !) ah peut-être et un mélange de... mon dieu peut-être 'fin... de positif et de négatif c'était très bizarre, très ambivalent, euh bon quand j'ai eu mes règles j'étais quand même rassurée que tout s'est bien passé tout, de toute façon, on a fait l'échographie de vérification.

Vous me disiez qu'il y avait d'autres personnes avec vous ?

Ben, je crois qu'il y avait 3 personnes du corps médical.

Vous les aviez rencontré auparavant ?

Hum, je crois que le Dr L. me les avait présentées euh avant l'IVG ouais. Je me souviens aussi il y a une chose qui m'a été beaucoup beaucoup répétée, on m'a dit « on a le temps, on a le temps en faite, on a toute la matinée pour vous, le créneau il est pris sur toute la matinée » quand vous avez envie qu'on prenne plus de temps, qu'on s'arrête qu'on fasse une pause, euh si vous n'êtes pas prête à démarrer on prend un peu plus de temps » et en faite c'est vrai que le fait de se dire, parce que on vient quand même un peu déranger avec notre problème de grossesse, voilà, on avait qu'à faire gaffe, on en serait pas là si on avait euh fait plus attention si voilà on ne s'était pas raté sur tout ça et du coup le fait de, de nous dire, il y a le temps, voilà (sourires) le créneau il est pour vous jusqu'à ce midi, c'est extrêmement, moi j'aurais été un tempérament à me dire bon, faut faire vite ! on ne va pas déranger trop longtemps ! on ne va pas les mobiliser etc donc euh ça c'était euh extrêmement aidant aussi.

Tout à fait ! et après ça, vous êtes-vous isolée un peu dans une pièce le temps de voir si tout s'est bien passé ?

Oui en faite la pièce dans laquelle on a été accueilli au début avec un lit au fond et un bureau, et bah c'est là où on est revenu et on a patienté un délai dont je ne me souviens plus trop (rires) et j'étais un peu aussi dans les vapes du, des médicaments mais euh ouais ouais un délai euh, à plusieurs reprises la personne est venue nous, vérifier que j'allais bien, euh, ah oui j'ai eu un petit goûter aussi en sortant (rires) euh voilà.

Avez-vous eu une consultation à distance, quelques semaines plus tard ?

Euh oui euh après, après être repartie euh est ce que c'était à distance ou est-ce que je suis revenue en tout cas il y a eu un point de nouveau, il y a eu un appel oui ! il y a eu un appel ! 3 jours après, 3-4 jours après, pour voir si tout allait bien, euh, à ce moment-là en faite j'étais très enrhumée, j'ai passé un week-end end atroce, et du coup j'ai cru que j'avais le Covid donc euh quand on a échangé on m'a dit de venir en urgence pour faire un test Covid, bon, c'était pas ça c'était juste un rhume vraiment carabiné euh peut-être aussi le corps un peu plus fragilisé qui chope un truc qui passe euh, et après voilà ! ah oui , ah je ne vous ai pas dit on a posé un stérilet aussi à la fin du rendez-vous.

Ah très bien j'allais en venir à la contraception, parce que vous m'avez dit avoir un parcours compliqué au niveau de la contraception, vous avez essayé plein de choses, finalement comment en êtes-vous arrivée à la décision du stérilet ?

(Rires) euh j'avais envie d'essayer d'arrêter un peu les hormones euh du coup c'est ça le choix du stérilet au cuivre, bé en faite je ne sais pas si ça va être un choix pérenne pour moi parce que euh en faite là le stérilet depuis le jour de l'avortement ça fait 2 mois un peu plus de 2 mois et ça fait 2 mois que chaque jour j'ai mes règles. Donc euh, je me dis peut-être que ça ne correspond pas trop à mon corps, bah par contre l'effet contraceptif est extrêmement performant ! c'est 100% (rires) donc bon, mais pas pour les raisons auxquelles je m'attendais (rires) donc euh je sais pas je vais peut-être faire la demande de le retirer pour reprendre des hormones.

Vous n'avez pas de rendez-vous prévu pour l'instant ?

Si en faite, malheureusement, je ne suis pas du tout fière j'ai raté, j'avais un rendez-vous vendredi que j'attendais comme le messie et en faite, euh, je ne sais pas j'ai raté, les rappels n'ont pas sonné et j'ai pas mis dans mon agenda j'ai raté, bon je ne suis pas du tout fière de ça euh heureusement ça m'arrive ultra rarement mais euh voilà. Donc il faut que je reprenne un rendez-vous.

Et vous aviez parlé ensemble des effets possibles du stérilet, surtout au départ ?

Oui c'est vrai, mais le départ ne semblait pas durer 2 mois, de ce que j'avais compris (rires).

Et donc avant le stérilet, vous m'aviez dit ne pas avoir de contraception avant de tomber enceinte c'est bien ça ? utilisiez-vous une méthode naturelle ?

Non en faite, euh l'allaitement j'avais terminé , est ce que j'avais déjà eu mes règles je ne sais pas, si je crois que j'avais eu mes règles déjà et en faite je compte sur mon application et je me suis trompée en faite, alors il y a les faits je compte sur mon application et en faite pourquoi j'en étais à compter sur mon application parce qu'on était en plein confinement et que je ne pouvais pas avoir de rendez-vous, en faite le moment où j'ai arrêté l'allaitement et où, je me suis retrouvée dans une sorte de trou noir où (rires) je ne pouvais pas prendre rendez-vous et... et du coup j'essayais de compter mais je me suis ratée, le temps d'avoir rendez-vous pour une contraception .

Quelle application utilisiez-vous ?

J'utilise Clue, je vais vérifier que je ne me trompe pas.... c'est ça !

Et aviez-vous des cycles réguliers ?

Euh oui très réguliers et sauf que là, bah l'application déjà à mon avis après une grossesse elle doit être un peu mal câblée, le corps est aussi différemment câblé et du coup... mais l'application n'est pas mal faite parce que ça montre un cycle où on a vraiment la zone en bleu où c'est la zone de fécondité et euh et la zone des règles en rouge donc c'est, c'est assez pédagogique en tout cas.

Et quand vous me dites-vous être trompée ?

En faite c'est que dans mon souvenir j'étais bonne j'étais sur une date qui était bien et ... l'action est arrivée et a posteriori j'ai regardé et je me suis dit ah mais non mais je n'étais pas bonne en faite. J'étais déjà dans la zone bleue en faite. Et je n'ai pas percuté de, ouais mon souvenir était mauvais.

D'accord, il n'y a donc pas eu a priori de complications de votre IVG ?

Non ouais pas du tout.

Et vous m'aviez dit avoir un inconfort suite à l'IVG, est ce que cela a duré dans le temps ?

Non franchement à part sentir son corps donc c'était vraiment du 1 sur 10, euh, les saignements je trouve qu'ils étaient très raisonnables à la suite aussi de tout ça, euh ils étaient existants mais vraiment raisonnables et euh oh j'ai peut-être une ou deux fois j'ai senti que ça me lançait un peu mais vraiment ça durait 2 secondes enfin c'est anecdotique quoi.

Vous n'avez pas eu la nécessité de prendre des anti-douleurs ?

Je n'ai rien pris du tout, ouais, je n'ai rien pris du tout

À distance de tout ça à présent, pouvez-vous me donner votre ressenti global, même si vous m'avez dit beaucoup de choses (sourires) ?

(Rires) mon ressenti il est extrêmement extrêmement positif, il est euh, en faite c'est tellement positif que je me dis mais, aujourd'hui en France on devrait pouvoir toutes avoir accès à ça, j'ai bien compris, parce que Dr L. m'a expliqué que en faite c'est pas hyper répandu, qu'il y a 5 endroits en France où on peut le faire, et quand j'ai appris ça je me suis dit mon dieu, ooh (inspiration) c'est pas possible, il faut absolument, il faut en parler, il faut faire quelque chose, il faut, d'ailleurs donc j'étais hyper favorable à participer à votre mémoire euh j'ai aussi écrit à la, comment elle s'appelle cette association, je ne sais pas si c'est une association, qui travaille sur ça justement, j'ai écrit pour dire que voilà j'ai bénéficié de ça et que je voulais soutenir et est ce qu'il était possible de faire quelque chose, hum ... et voilà mon ressenti pour répondre à votre question, mon ressenti global il est , voilà je ne sais pas comment décrire d'autre euh le faite que j'ai trouvé que c'était euh psychologiquement hyper confortable, physiquement quasi, quasi euh, j'allais dire sans douleur ça c'est sûr, quasi anodin physiquement vraiment, et...

ouais c'était c'était incroyable, moi je me préparais à quelque chose de très dur et c'était... incroyable de facilité en faite et, et dit comme ça, enfin... je suis contente de, je, je.. je ne suis pas sûre que ça je le dirais à tout le monde parce que je ne suis pas sûre que tout le monde est capable d'entendre qu'en faite une femme, malgré la douleur du truc, a besoin d'avoir un avortement facile. Les esprits tordus pourraient en déduire que, bah voilà les avortements faciles ah bon, ah bah d'accord, ça veut dire que tout le monde va avorter en un clin d'œil et et et toutes les femmes vont devenir débiles, sans cerveau à... à arrêter leur contraception, évidemment que non mais... mais, mais voilà ! de toute façon je sais que vous vous saurez bien digérer l'info mais...

(Long remerciement)

Annexe n°6 : Extraits du journal de bord

08/02/2018

Première rencontre avec ma directrice de thèse. Je lui soumetts mon idée de thèse concernant le carnet de maternité mais je ne sais pas comment l'aborder... Je souhaite travailler autour de la population précaire, le carnet pourrait être selon moi une façon de centraliser leur prise en charge souvent complexe. La population est plutôt difficile à trouver, elle me suggère une idée qui serait de faire un état des lieux de l'utilisation du carnet de maternité.

J'assiste à un séminaire ERISS quelques jours plus tard afin de présenter un peu mes idées savoir s'ils pensent que c'est une bonne idée mais ils pensent également que le sujet est trop ambitieux et compliqué pour une thèse.

24/11/2018

Je participe à la formation REVHO pour me former théoriquement sur les IVG médicamenteuses en ville, et j'apprends lors de cette formation que depuis peu, les centres de santé pouvaient réaliser des IVG par aspiration sous anesthésie locale. Je n'ai trouvé qu'une seule thèse abordant ce sujet, faite en 2014-2015 qui étudiait la faisabilité de l'IVG par aspiration dans les centres de santé en Ile de France. Je me suis dit qu'il pourrait être intéressant de traiter de « l'acceptabilité de l'IVG par aspiration sous anesthésie locale dans les centres de santé par les patientes ». J'en parle immédiatement à ma directrice de thèse qui est partante !

14/02/2019

Je fais un point avec ma directrice de thèse pour finaliser ma fiche de thèse afin de pouvoir la soumettre. J'ai l'impression que les choses avancent après tous ces questionnements autour d'un sujet de thèse, je me sens enfin soulagée et prête à me lancer. J'ai trouvé le sujet qui me plaît !

25/07/2019

Je travaille autour de la rédaction de mon guide d'entretien, j'ai beaucoup d'idées mais ne sait pas vraiment comment les organiser, quelles questions ouvertes posées afin d'être le plus large possible.

Ma directrice de thèse m'aide à m'organiser, me demande de me mettre à la place des patientes et d'imaginer les réponses que je pourrais attendre afin de déconstruire mes a priori. Elle me donne les siens également, pour m'aider.

25/10/2019

Enfin l'heure de mon premier entretien ! J'appréhende beaucoup... Je sais quoi faire mais est-ce-que je vais pouvoir l'appliquer ? Tenter d'être la plus neutre possible, de la laisser parler, ne pas trop me focaliser sur mon guide d'entretien.

Finalement, ça n'a pas été évident même si elle parlait très facilement, il n'y avait pas besoin de beaucoup de relances.

Je réécoute l'entretien que j'ai enregistré et finalement je ne lui laisse pas le temps... Dès qu'il y a un silence j'enchaîne sur d'autres questions. À travailler !

Autre chose, je ne savais pas si je pouvais dire « d'accord », « très bien » ...

Ma directrice me conseille de compter jusqu'à 10 avant de relancer et de ne pas dire « d'accord » « très bien » qui soumet l'idée que les réponses sont bonnes alors qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Je ne sais pas pourquoi mais je n'ai pas osé poser la question des violences, est ce que c'est parce que son conjoint est incarcéré ? Je n'ai pas voulu qu'elle se pose la question de pourquoi je lui demandais ça, qu'elle n'ait pas peur d'être jugée... ?

13/11/2019

2^e entretien. Je me sentais plus à l'aise, mais en m'écoutant a posteriori j'interviens toujours un peu trop, il faut que je laisse plus de temps de blanc...

Un peu « déçue » que finalement la patiente parle plus de sa vie privée plutôt que de l'IVG en soit mais parce que ce n'était pas une décision pleinement souhaitée de sa part... j'avais du mal à l'amener sur le fond fond du sujet selon moi, alors que l'échange a été tout aussi intéressant.

Je devais avoir un autre entretien avec une autre patiente ce jour-là mais il a été annulé parce que la patiente a eu une complication : rétention, a dû passer au bloc à l'hôpital : biais ?? je n'interroge que des patientes pour qui la méthode a fonctionné et qui sont satisfaites ??

À ce moment-là je n'ai toujours pas de retour des autres centres malgré mes relances...

18/11/2019

Entretien qui s'est déroulé chez la patiente car sa fille était malade donc elle ne pouvait pas se rendre au centre de santé où l'entretien était planifié initialement.

J'étais un peu gênée au départ car j'allais à son domicile, chez elle, et l'entretien s'est déroulé avec sa fille dans les bras mais au fur et à mesure, je me suis décontractée car la patiente était tout à fait à l'aise d'aborder ce sujet, elle parlait très facilement et sans gêne.

Un autre entretien était prévu puis la patiente ne cessait de repousser la date puis plus de réponse... Premier lapin ! J'encaisse, je me doutais que ce sujet serait difficile à aborder avec les femmes qui l'ont vécu.

Nouvelles relances autres centres de santé mais toujours pas de retour...

Quand je fais le bilan de ces 3 premiers entretiens, je me rends compte que j'acquiesce leurs réponses alors que je sais qu'il ne faut pas le faire... J'ai beaucoup de mal à me restreindre là-dessus.

Le 1^{er} et le 3^e entretiens me semblent plus « simples » car les patientes ont eu d'autres expériences de l'IVG donc plus à l'aise sur ce sujet et elles m'ont donné l'impression d'un apport autre à ma thèse car elles ont pu comparer différentes méthodes possibles.

J'ai peur d'un biais effet-centre car tous les entretiens ont été fait dans un seul centre mais en même temps absence de retour de mail et sms des autres centres...

Je tente de débiter le codage mais le codage est quelque chose de nouveau, un concept très flou encore, je ne sais pas vraiment ce qu'il faut faire donc j'attends beaucoup du RDV avec Julie prévu le 28/01/2020.

24/01/2020

J'assiste à la réunion REVHO sur le bilan des IVG par aspiration sous AL en centre de santé. Je me suis dit que ça serait l'occasion de revoir tous les médecins réalisant ces IVG afin de rediscuter de mon travail de thèse et leur remettre de nouveau mes lettres d'information aux patientes, pour qu'elles pensent à parler de moi à leurs patientes...

28/01/2020

RDV tant attendu avec ma directrice de thèse pour faire un point et m'aider sur le lancement dans le codage.

Avant ça, petites modifications du guide d'entretien suite aux propositions de ma directrice de thèse avec l'ajout de questions :

- Avez-vous un suivi gynécologique habituellement ?
- Pendant la période où vous êtes tombée enceinte, aviez-vous une contraception ?
- Les raisons pour lesquelles vous avez accepté notre entretien ?

Elle m'a également fait part de ses a priori après mes premiers entretiens :

- Elles ne parlent pas du bruit autour : c'est vrai qu'aucune d'elles n'a abordé le bruit de l'aspiration, après, en y ayant assisté, finalement peu de bruit, pas de bruit lors du curetage, uniquement lorsqu'elle enlève la sonde d'aspiration donc finalement que 2 ou 3 fois durant l'intervention.
- Flou sur qui est qui dans le personnel : oui j'avais remarqué ça également, elles confondent facilement l'infirmière et la conseillère conjugale car elles ont un rôle assez proche, elles abordent les mêmes choses. Et je pense que les patientes ne savent pas que le médecin est initialement un médecin généraliste.

Pour le codage, elle me montre comment démarrer en réalisant un tableau à 3 colonnes : Code/description si besoin/verbatim. Pour le code : commencer par un verbe, être le plus descriptif possible.

Je me lance donc dans le codage des premiers entretiens mais je trouve ça long et difficile...

28/02/2020

4^e entretien. J'ai attendu une bonne heure, j'ai tenté d'appeler plusieurs fois la patiente tombant directement sur un répondeur... je me suis dit nouveau lapin... le moral dans les chaussettes je commence à préparer mes affaires pour partir mais finalement elle est arrivée en courant, me disant ne plus avoir de forfait pour prévenir...

L'entretien se déroule bien, elle ne maîtrisait pas très bien la langue française mais nous avons pu échanger sans grandes difficultés mais je me suis sentie quand même parfois limitée pour approfondir certaines de ses pensées.

02/03/2020

J'ai assisté à une demi-journée avec l'équipe du CPEF d'Orléans qui s'organise différemment de ce que j'avais pu voir auparavant. L'accueil des patientes se fait en collectif et elles passent la matinée toutes ensemble avec les conseillères conjugales, IDE et médecins. C'était extrêmement intéressant de pouvoir partager ce moment avec elles et voir l'évolution de l'ambiance au fur et à mesure du temps passé ensemble. Je me suis présentée et j'ai expliqué aux femmes par moi-même mon travail de thèse. À la fin de la matinée, 3 femmes m'avaient donné leurs coordonnées afin que l'on organise un entretien. J'étais super enjouée ! Me disant que j'allais pouvoir obtenir le retour d'autres femmes, vivant ailleurs, dans d'autres contextes, qui ont bénéficié d'un autre type de prise en charge. Mais finalement un seul entretien a abouti. J'étais déstabilisée par ces lapins même si je comprenais tout à fait le fait qu'une fois l'acte de leur IVG passé, elles ne veulent plus en parler, mais j'étais simplement dans le souhait d'avoir une réponse de leur part même si c'était un « non ».

30/07/2020

Je fais un point avec ma directrice de thèse afin d'avoir son point de vue sur mes codages. J'ai encore un gros travail à faire : je dois essayer de trouver des termes plus « génériques » pour que je puisse retrouver des codes identiques dans d'autres entretiens. J'ai des difficultés à trouver les mots qui décrivent, sans paraphraser et sans globaliser trop vite non plus, et parfois je code ce qu'elles expliquent et pas ce qu'elles disent à proprement parlé. Mon autre difficulté concerne les verbatims, je dois garder l'essentiel de la phrase. J'ai peur de perdre des informations.

Ma directrice de thèse me soumet ses idées de thèmes émergents afin de faire une triangulation des chercheurs.

Puis en fin de journée, j'ai eu l'entretien avec l'une des femmes rencontrées à Orléans. La pandémie COVID 19 ayant débuté, les patientes étaient réticentes à réaliser un entretien en physique, j'ai donc changé mon fusil d'épaule, et j'ai proposé de réaliser les entretiens en visio via les diverses applications possibles. J'étais également en plein dans les cartons pour mon déménagement. Nous convenons d'un entretien via WhatsApp.

Dans la précipitation, ayant rangé mes documents dont mon dictaphone dans un carton... j'ai fait une capture vidéo de mon téléphone mais celui-ci a enregistré le son du système et non pas le son extérieur je n'avais donc pas enregistré le son de l'entretien... toutes les émotions m'ont traversé, colère, tristesse, je m'en voulais atrocement, surtout que c'était un entretien que j'attendais beaucoup, que j'ai trouvé extrêmement enrichissant et très différent de ceux réalisés auparavant, que cette femme avait pris le temps pour moi de me parler d'un épisode de sa vie difficile. J'ai donc tout de suite écrit sur papier toutes les idées ressorties lors de cet entretien, j'ai tenté diverses choses pour la lecture labiale, j'ai même demandé à une connaissance orthophoniste si elle pouvait m'aider... bref... tout cela n'a été que peu concluant et je me suis faite à l'idée que j'avais perdu cet entretien.

13/09/2020

Je réussis à décrocher un autre entretien avec une patiente d'un autre centre ! Celui de Malakoff. Cet entretien s'est déroulé via ZOOM et cette fois-ci j'ai pris 2 fois plus de précautions... J'ai eu très peu besoin d'intervenir, la patiente abordant de façon très aisée les choses spontanément. L'échange a été vraiment très appréciable et constructif.

08/11/2020

Un nouvel entretien avec une patiente d'Orléans, que je n'avais pas rencontrée auparavant. De nouveau sur WhatsApp. Cet échange a été encore différent des autres car cette patiente était plus âgée, prenant beaucoup plus de distance par rapport à tout ce qui a pu se passer, elle avait réellement un autre œil sur sa situation. Je me sens de plus en plus à l'aise lors des entretiens, je maîtrise mieux mon guide et je n'ai quasiment plus besoin d'y jeter un œil, peut-être simplement pour me rassurer.

29/11/2020

Ce jour j'ai pu réaliser 2 entretiens. Je suis vraiment heureuse que les choses avancent. Les 2 entretiens étaient complètement différents et mon ressenti tout autant. La première femme était également très à l'aise avec le sujet de l'IVG, la particularité étant qu'elle a bénéficié de cette méthode suite à un échec d'une IVG médicamenteuse. Je n'avais que peu de relances à faire. Le deuxième entretien lui a été tout autre avec la plus jeune des patientes que j'ai pu interroger jusqu'à présent. Elle était réservée et même si j'ai senti qu'elle était un petit peu plus à l'aise au fur et à mesure, je n'ai obtenu que des réponses assez fermées avec des relances très peu efficaces. Cet entretien a été réalisé via Messenger, je pense tout de même que les choses se seraient peut-être passées différemment si l'on s'était rencontrée en face à face. Ou peut-être n'aurait-elle pas accepté si cela était en physique...

14/12/2020

Voilà mon 10^e entretien, et c'est celui qui m'a le plus touché car cette femme était très affectée par son IVG avec beaucoup de moments de pleurs au cours de l'entretien ce qui a été difficile à appréhender, mais du coup cela a laissé place à plus de temps de silence. Je n'ai peut-être pas osé aller trop loin dans mes relances, quand j'ai senti que certains passages étaient particulièrement sensibles.

21/01/2021

Premier entretien avec une patiente d'Arcueil ! J'avais enfin pu obtenir un entretien avec une patiente de chaque centre réalisant aujourd'hui de type d'IVG. J'en étais très contente. Cette patiente m'a un peu déstabilisé car elle parlait énormément, cela partait un peu dans tous les sens, et s'écartait du sujet principal. J'ai eu du mal à revenir sur le sujet et j'ai l'impression d'avoir un peu lâché le fil à la fin de l'entretien. Je pensais au temps que la retranscription et le codage allait pouvoir me prendre...

Au fur et à mesure de ma retranscription des différents entretiens, je me rends compte que les mêmes éléments ressortent et je me dis que la saturation des données doit en être là.

26/01/2021

L'équipe d'Orléans m'informe, durant la réunion du 04/12/2020 sur le bilan d'activité de cette méthode en 2020, que la patiente que j'ai interrogé le 30/07/2020 a eu un échec de son IVG et a dû bénéficier d'une IVG instrumentale sous AG à l'hôpital. Je me suis donc permise de la contacter savoir si elle était d'accord pour témoigner de nouveau après cette complication et elle a accepté. Nous avons donc ce jour complété son entretien et j'étais très heureuse qu'elle ait accepté qu'on puisse échanger sur la suite de son histoire. Les complications sont rares et il était pour moi intéressant d'avoir son retour.

02/03/2021

Je viens de terminer la retranscription de tous mes entretiens et j'ai avancé sur les codages. J'ai besoin de changer, de varier un peu des retranscriptions et codages, je décide donc de reprendre mes recherches bibliographiques pour finaliser mon introduction et ma partie matériels et méthode en m'aidant des supports des formations PUBMED auxquelles j'ai pu assister à la BIUS de Paris V.

23/03/2021

Je viens de terminer les codages de l'ensemble des entretiens ! Je dois faire un point fin mars avec ma directrice de thèse pour voir si j'ai des choses à retravailler dans mes codages. J'espère le moins possible, j'ai trouvé l'exercice difficile.

30/03/2021

RDV visio avec ma directrice de thèse : mes codages sont à retravailler. Elle me suggère de refaire un tour des codages afin d'en affiner certains. Je dois également revoir mes verbatims car toujours trop longs parfois. Elle me rassure, me dit que ce travail de 2e tour va m'aider pour ensuite travailler sur mes thèmes. Un point a également été fait sur mes versions de l'introduction et de la partie matériels et méthode où je manque également de concision. Et enfin, on s'est fixé l'objectif d'une date de soutenance pour le mois d'octobre/novembre. Je suis d'un côté très heureuse d'avoir une date d'objectif final mais également très paniquée de tout ce qu'il reste à faire...

07/06/2021

Fin du 2^e tour de codage et j'arrive à dégager les sous thèmes de chaque entretien. J'ai l'impression d'enfin prendre conscience de l'importance et l'intérêt du codage et j'ai cette sensation de ne pas avoir poussé assez loin certains entretiens. J'aurais presque envie de tout recommencer. Il y a un côté frustrant de comprendre véritablement les choses après coup.

Ma directrice de thèse me demande de recentrer mes sous-thèmes, qu'ils soient plus précis.

24/06/2021

Mon jury est composé et la date fixée !!!! Quel soulagement et quelle pression à la fois...

11/07/2021

Les grands thèmes sont validés par ma directrice de thèse, je vais pouvoir attaquer la rédaction de mes résultats. Elle me demande de choisir un verbatim par sous-thème mais ça me paraît impossible. J'ai beaucoup de mal à choisir l'un plus qu'un autre. Pour moi, chaque phrase donnée par ces femmes a une valeur et j'ai cette impression de ne pas prendre en considération tout ce qu'elles m'ont partagé, alors que je me rends bien compte que pour que mon travail de thèse soit « digeste » il faut l'épurer.

Ça me demande beaucoup d'effort et elle m'a aidé à sélectionner certains verbatims chocs, elle m'a permis de me rendre compte de la redondance de certains verbatims.

22/07/2021

On aborde le modèle explicatif, mais qu'est-ce que c'est ?

Je développe progressivement ma partie discussion avec de grandes difficultés à trouver de la bibliographie sur le vécu des IVG sous AL en hôpital pour pouvoir comparer à l'AL en ville, et beaucoup de difficulté à trouver des études sur le vécu de cette méthode dans d'autres pays...

26/08/2021

Ma directrice de thèse me demande de rassembler les morceaux pour former un seul et unique document avec la création d'un sommaire automatique. Ça y est ... Ma thèse est là...

RÉSUMÉ

Introduction : Afin de laisser le choix aux femmes de leur méthode d'IVG, la loi du 26 janvier 2016 autorise à présent la réalisation d'IVG instrumentale sous anesthésie locale en centre de santé. Cette méthode a été prouvée comme efficace et sûre dans différentes études. Mais cette technique étant nouvelle dans des structures extrahospitalières, il apparaissait alors intéressant d'analyser à présent le vécu de cette prise en charge à travers le discours de femmes l'ayant réalisé.

Objectif : L'objectif de cette étude était de décrire le parcours et le vécu des femmes ayant réalisé une IVG instrumentale sous anesthésie locale (AL) dans un centre de santé en France.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude qualitative selon une approche phénoménologique (IPA). Le recueil des données a été obtenu par des entretiens individuels semi dirigés auprès de femmes ayant réalisé une IVG instrumentale sous AL en centre de santé. L'analyse a été faite selon les 3 niveaux de l'IPA : codage descriptif puis thématique et construction d'un modèle explicatif.

Résultats : 11 entretiens ont été menés entre octobre 2019 et janvier 2021 avant d'obtenir une saturation des données. Six thèmes sont ressortis de ces entretiens : Les méconnaissances sur l'IVG et la contraception est-ce un problème d'éducation en santé ?, les influences externes dans le choix de la méthode chirurgicale sous anesthésie locale en centre de santé, le vécu de l'IVG comme une nécessité de prendre soin du corps et de la personne, les critères sur lesquels se fondent la satisfaction des femmes pour cette méthode, l'impression générale d'une médecine moins humaine à l'hôpital et la place centrale de la femme au cœur de sa prise en charge.

Conclusion : Ces femmes ont apprécié cet accompagnement de proximité avec des équipes bienveillantes et sans jugement de leur situation car engagées pour défendre le droit des femmes à disposer de leur corps et faire progresser l'accès à ce droit. Elle se sentaient au cœur de leur prise en charge ce qui leur a permis de vivre moins difficilement qu'imaginé leur IVG. Cette offre de soins est à développer pour favoriser l'accès à l'IVG pour des patientes dont le parcours reste compliqué.

Mots-clés : interruption volontaire de grossesse ; anesthésie locale ; centre de santé ; expériences de vie

ABSTRACT

Introduction : In order to give women the choice of their method of abortion, the law of 26 January 2016 now authorizes the realization of surgical abortion under local anesthesia in health center. This method has been proven to be effective and safe in various studies. But this technique is new in extra-hospital structures, it seemed interesting to analyse the experience of women who have realized it.

Aims : The objective of this study was to describe the journey and experience of women who performed a surgical abortion under local anesthesia (LA) in a health center in France.

Methods : We conducted a qualitative study using a interpretative phenomenological analysis (IPA). The data collection was obtained by semi-structured individual interviews with women who had a surgical abortion under AL in a health centre. The analysis was made to 3 levels of the IPA: descriptive coding then thematic and construction of an explanatory model.

Results : 11 interviews were conducted between October 2019 and January 2021 before data saturation was achieved. Six themes emerged from these interviews : Is lack of knowledge about abortion and contraception a health education problem?, the external influences in the choice of the surgical method under local anaesthesia in the health centre, the experience of abortion as a need to take care of the body and the person, the criteria on which the satisfaction of women for this method is based, the general impression of less human medicine in the hospital and the central place of women at the heart of medical care.

Conclusion : These women appreciated this close support with a caring teams without judgment of their situation because committed to defend the right of women to dispose of their bodies and advance access to this right. They felt at the heart of their care, which made it easier for them to experience of their abortion. This offer of care should be developed to promote access to abortion for women whose path remains complicated

Keywords : abortion ; local anesthesia ; health centre ; life change events