

Consentement éclairé et méthodes d'IVG : paroles de femmes

Laureline Bosser

▶ **To cite this version:**

Laureline Bosser. Consentement éclairé et méthodes d'IVG : paroles de femmes. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00565796

HAL Id: dumas-00565796

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00565796

Submitted on 14 Feb 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement
le : 16 avril 2010

Laureline BOSSER

Née le 25 septembre 1985

CONSENTEMENT ECLAIRE ET METHODES D'IVG :

PAROLES DE FEMMES

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme MARZANO Michela — Docteur en Philosophie, chargée de recherche au CNRS,CERSES, Centre de Recherche Sens, Ethique, Société

GUIDE DU MEMOIRE:
Madame RIVIERE Michèle — Sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2010PA05MA05

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Je remercie

Madame Marzano pour avoir accepté de diriger ce mémoire, m'avoir soutenue et guidée au cours de ce travail.

Madame Rivière pour son aide dans le choix du sujet, ses corrections méticuleuses, son écoute, et ses précieux conseils tout au long de mes études de sage-femme.

Monsieur Teboul, directeur du centre d'orthogénie de Broussais pour sa relecture attentive du mémoire et ses indications.

Madame Glorie, sage-femme au centre d'orthogénie de Bichat pour son soutien et sa disponibilité.

Les équipes des centres d'orthogénie de Broussais et de Bichat pour leur accueil et leur aide à la réalisation de l'étude.

A Alina,

SOMMAIRE

LEXIQUE 1

INTRODUCTION 2

PARTIE I

1.1 L'Interruption Volontaire de Grossesse 3
1.1.1. Historique 3
1.1.1.1. L'avortement depuis l'Antiquité 3
1.1.1.2. Le code pénal de 1810 et les lois de 1920, 1923 et 1942 3
1.1.1.3. Vers une dépénalisation de l'avortement 4
1.1.2. La législation 5
1.1.2.1. Les lois de 1975, 1979, 1982 et 1992 5
1.1.2.2. La loi du 4 juillet 2001 6
1.1.3. Epidémiologie 7
1.1.3.1. L'IVG en France 7
1.1.3.2. Profil socio-démographique des femmes ayant recours à l'IVG 8
1.1.3.3. Filières et conditions d'accès à l'IVG 9
1.1.3.4. Pourquoi le nombre d'IVG ne baisse-t-il pas? 10
1.2. La réalité 10
1.2.1. Organisation pratique 10
1.2.1.1. Les différentes techniques d'IVG 10
1.2.1.2. Les différents modes d'anesthésie 11
1.2.1.3. Complications associées 11
1.2.2. Considérations éthiques 12
1.2.3. Approche psychologique 13
1.2.3.1. La grossesse 13
1.2.3.2. Réactions psychologiques face à une grossesse non prévue 14
1.2.3.3. Conséquences psychologiques de l'IVG 16
1.3. Information et consentement éclairé 17
1.3.1. La loi du 4 mars 2002 17
1.3.2. Le consentement, fondement de l'autonomie de la personne humaine? 18

PARTIE II

2.1. Problématique 20
2.2. Réalisation de l'étude 21
2.2.1. Objectifs de l'étude 21
2.2.2. Hypothèses de recherche 21
2.2.3. Méthodologie de l'étude 21
2.2.3.1. L'entretien 22
2.2.3.2. Nombre d'entretiens effectués et difficultés 23

2.2.3.3. Description de la population 24
2.2.3.4. Méthode d'analyse 28
2.3. Lieux de l'étude 29
2.3.1. Le centre d'orthogénie de Broussais 29
2.3.1.1. Statistiques 29
2.3.1.2. Fonctionnement et parcours des femmes 29
2.3.2. Le centre d'orthogénie de Bichat 30
2.3.2.1. Statistiques 30
2.3.2.2. Fonctionnement et parcours des femmes 30
2.3.3. Récapitulatif des centres de notre étude 31
2.4. Limites de l'étude 32

PARTIE III

3.1. Les attentes des femmes 33
3.1.1. L'information 33
3.1.2. Les autres attentes 35
3.2. La perception des informations par les femmes 36
3.2.1. L'information en amont et le choix du lieu de l'IVG 36
3.2.1.1. Profil des femmes ayant eu recours à une filière directe 38
3.2.1.2. Profil des femmes ayant eu recours à une filière indirecte 39
3.2.1.3. Les sources d'informations décrites par les femmes 41
3.2.1.4. Information sur les centres d'orthogénie 43
3.2.2. L'information donnée au centre d'orthogénie 44
3.2.2.1. Les femmes satisfaites de l'information 45
3.2.2.2. Les femmes insatisfaites de l'information 46
3.2.2.3. L'importance de l'information et le rôle des soignants 48
3.3. L'autonomie des femmes dans leurs choix 50
3.3.1. Résultats généraux 50
3.3.1.1. Information et choix de la méthode 50
3.3.1.2. Information et choix du mode d'anesthésie 52
3.3.2. Profil des femmes de notre étude 53
3.3.2.1. Les femmes autonomes dans leur choix 53
3.3.2.2. Les femmes dépendantes de l'avis du corps médical 55
3.3.2.3. Les femmes qui n'ont pas eu le choix 56
3.4 Propositions 57

CONCLUSION 60

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LEXIQUE

IVG : interruption volontaire de grossesse

INED : Institut national d'études démographiques

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

GIS : groupe Information Santé

MLAC : mouvement pour la libération de l'avortement et la contraception

MLF : mouvement de libération des femmes

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

SAE ; statistique annuelle d'établissement

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

SA: semaine d'aménorrhée

HAS: Haute autorité de santé

Aspi/ AL : aspiration sous anesthésie locale

Aspi/ AG: aspiration sous anesthésie générale

IVG méd: IVG médicamenteuse

REVHO: Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie

INTRODUCTION

L'IVG concerne environ 200 000 femmes chaque année, quels que soient leurs âges ou leurs milieux. Au total, 40% des femmes auront recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) au moins une fois dans leur vie, soit près de la moitié des femmes.

La loi de 2001 relative à l'IVG et à la contraception préconise que la patiente soit associée le plus possible au choix de la méthode et du mode d'anesthésie. En effet, l'expérience montre qu'une méthode choisie par une femme est mieux supportée par elle. Il en est de même pour le mode d'anesthésie.

Nous avons choisi de travailler sur la possibilité de choix pour les patientes à travers une étude qualitative, sous forme de 38 entretiens semi-dirigés auprès des femmes, lors de consultations post IVG.

Notre question de départ portait sur l'information, en lien avec le consentement éclairé et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de soins. La problématique était : l'information donnée aux femmes lors d'une IVG est-elle suffisante, d'après les patientes, pour leur permettre de choisir de façon éclairée la méthode et le mode d'anesthésie?

Nos objectifs étaient de décrire les attentes, les besoins et les désirs des femmes en matière d'information lors d'une IVG, d'évaluer la perception des femmes concernant les informations dont elles ont bénéficié, et de comprendre si les patientes considèrent que l'information donnée leur permet de choisir de façon autonome la méthode de l'IVG et le mode d'anesthésie associé à la technique chirurgicale (consentement éclairé).

Au cours de ce mémoire, nous aborderons le thème de l'IVG d'une manière générale, puis nous décrirons notre étude, sa méthodologie, ses limites et les lieux dans lesquels elle a été réalisée. Enfin, nous annoncerons les résultats en les analysant par rapport à la littérature sur le sujet.

PARTIE I

1.1. L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

1.1.1. HISTORIQUE

1.1.1.1. L'avortement depuis l'antiquité.

Le désir de limiter les naissances est retrouvé dans toutes les sociétés depuis l'Antiquité. Des remèdes contraceptifs plus ou moins efficaces aux remèdes abortifs, l'espèce humaine a toujours cherché à maîtriser la fécondité. L'avortement est probablement né dans la préhistoire (1). Il est aussi bien décrit dans la civilisation égyptienne, que chez les Assyriens, les Grecs ou les Romains. Sa répression varie selon les civilisations et les époques, en fonction du statut supposé de l'embryon, de la démographie, des croyances, de la place de la femme et de celle de l'enfant dans la famille. Avortement, contraception et infanticide sont étroitement liés. (2)

La morale chrétienne prône avant tout le droit à la vie, qu'elle considère comme sacrée. Elle est soucieuse de protéger l'enfant à naître, qui n'a pas encore reçu le sacrement du baptême. Elle assimile l'avortement à un homicide. (1, 2, 3)

A partir du XVIème siècle, l'avortement est jugé par la justice royale à la place des tribunaux ecclésiastiques. En 1556, Henri II promulgue un édit punissant de mort l'infanticide et la dissimulation de la grossesse, qui sera ensuite étendu à l'avortement. Cependant, les condamnations sont rares. Les remèdes abortifs, hérités de l'antiquité se distinguent peu des remèdes contraceptifs ou destinés à guérir "les maladies de femmes", et il est difficile de faire la preuve d'un avortement. (2)

1.1.1.2. Le code pénal de 1810 et les lois de 1920, 1923 et 1942

En **1810**, l'article 317 du code pénal fait de **l'avortement un crime contre la société et l'Etat, passible de la réclusion**. Il ne sera suspendu qu'en 1975 avec le vote de la loi Veil et abrogé définitivement avec la reconduction de la loi Veil en 1979. (1, 2, 3)

Parallèlement, au début du XIXème siècle, les néomalthusiens prônent la régulation des naissances par une diffusion plus large des moyens de contraception et par l'ultime recours à l'avortement, dénonçant les conséquences dramatiques de l'avortement clandestin. (3). Ce mouvement, fortement politisé et aux idées anarchistes reçoit peu de soutien de la part

de la population. Il finit par s'essouffler face aux courants natalistes et populationnistes, dans une société fortement marquée par la morale judéo-chrétienne.

La baisse de la démographie débutée avec la révolution industrielle et accentuée par les guerres, alliée à l'influence d'une Eglise particulièrement puissante, renforce le courant nataliste. Une nouvelle loi est votée le **23 juillet 1920 réprimant la complicité, la provocation à l'avortement, ainsi que toute propagande anticonceptionnelle**. (3) Le nombre d'avortements est alors estimé à 100 000 par an à Paris par l'Institut national d'études démographiques (INED), d'après le nombre d'hospitalisations.

Face à la persistance de la clémence des tribunaux populaires vis-à-vis de l'avortement, trois nouvelles lois sont votées : la loi du 27 mars 1923 qui aggrave les peines et correctionnalise l'avortement, celle du 14 septembre 1941 qui classe l'avortement parmi les infractions "de nature à nuire à l'unité nationale, à l'Etat et au peuple français", puis celle du **15 février 1942 qui fait de l'avortement un crime contre la sureté de l'état passible de la peine capitale**. (1, 3)

1.1.1.3. Vers une dépénalisation de l'avortement.

Progressivement, les mentalités évoluent, la mortalité maternelle et infantile baisse, les moyens de contraception se perfectionnent avec la découverte des oestro-progestatifs et du Dispositif Intra Utérin, la méthode Karman se diffuse en France, facilitant la pratique de l'avortement et la rendant moins dangereuse. (4). En 1955 se crée le mouvement pour la maternité heureuse qui deviendra le mouvement français pour le planning familial (MFPF) en 1960. L'opinion publique est de plus en plus favorable au contrôle des naissances **En 1967 est votée la loi Neuwirth autorisant la diffusion de la contraception**, bien que fortement réglementée.

La lutte pour la légalisation de l'avortement s'organise. En 1971, le Nouvel Observateur publie un manifeste, appelé ensuite "manifeste des 343 salopes", où 343 femmes, dont plusieurs célèbres déclarent avoir avorté. Aucune ne sera inculpée. En 1972, le procès de Bobigny devient une tribune publique pour les défenseurs du droit à l'avortement. La relaxe de Marie-Claire, jeune fille de 16 ans qui comparait pour avoir avorté d'une grossesse issue d'un viol, montre à quel point les lois de 1920 et de 1923 ne sont plus applicables au regard des évolutions de la société. Ce procès dénonce notamment le drame de l'avortement clandestin auquel sont condamnées des milliers de femmes qui n'ont pas les moyens d'aller se faire avorter en Angleterre ou en Hollande, et met l'accent sur les inégalités sociales dont sont victimes les femmes qui se trouvent face à une grossesse non désirée. (2)

Un an plus tard, 330 médecins, membres du groupe Information Santé (GIS) signent un manifeste dans lequel ils déclarent pratiquer l'avortement et l'accompagnent d'un rapport scientifique sur la méthode Karman et sur l'avortement. (2, 4) Le mouvement pour la libération de l'avortement et la contraception (MLAC) se forme, regroupant associations féministes comme le mouvement de libération des femmes (MLF), partis politiques, mouvements d'extrême gauche, syndicats, ainsi que le MFPF, et le GIS. Le MLAC multiplie les actions, crée des centres où se pratiquent l'avortement au grand jour, affrète des bus vers l'Angleterre ou la Hollande. (2, 4)

1.1.2. LA LEGISLATION

1.1.2.1. Les lois de 1975, 1979, 1982 et 1992.

Face à une pression sociale de plus en plus forte, et devant le décalage entre la réalité et la législation, le gouvernement est contraint de poser le débat d'une loi en faveur de l'avortement qui aboutit à la promulgation de la **loi Veil le 17 janvier 1975**, pour une durée probatoire de 5 ans. Elle suspend provisoirement l'article 317 du code pénal. (2, 4).

L'avortement est autorisé jusqu'à la dixième semaine de grossesse, en hospitalisation, et après délai de réflexion d'une semaine, la demande devant être formulée auprès d'un médecin. L'entretien social pré-IVG est obligatoire et une autorisation parentale nécessaire pour les mineures. Les médecins, sages-femmes, ou infirmières peuvent refuser de participer à l'IVG et invoquer la clause de conscience. Ils sont cependant tenus d'en informer la patiente, et de la diriger vers une autre équipe. (1, 5)

La loi Veil est reconduite en 1979, abrogeant définitivement l'article 317 du code pénal. Y est ajoutée l'obligation pour les professionnels de se former à la contraception, l'actualisation tous les ans du dossier guide, qui doit comporter également les organismes d'aide dans le cas où la femme désirerait garder la grossesse. Enfin, pour les mineures, l'autorisation parentale reste obligatoire mais doit être accompagnée de l'accord de la mineure, donné hors de leur présence. (6)

En 1982, une nouvelle loi est votée afin de pallier les inégalités sociales restantes : **l'IVG est remboursée par la sécurité sociale** (7). La législation réduit les conditions de résidence pour les femmes étrangères et impose l'ouverture d'un service spécialisé dans tous les hôpitaux. (2, 3). Le RU 486 (autrement nommé pilule abortive) est introduit en 1988, et facilite la mise en œuvre de l'IVG pour les femmes et les équipes. (2)

L'IVG suscite toujours de vives passions et des mouvements anti-IVG, plus ou moins violents, tentent de perturber le fonctionnement des centres d'orthogénie et de décourager les femmes qui viennent avorter. **En 1992, une loi sur le délit d'entrave à l'IVG est adoptée** (loi Neiertz), donnant ainsi les moyens juridiques au personnel de se défendre. L'entrave à l'IVG est passible de 2 à 3 mois d'emprisonnement et de 2 000 à 30 000 francs d'amende. (1, 2, 3)

1.1.2.2. La loi du 4 juillet 2001

En 1999, Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité et Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, chargent le Pr I. Nisand d'établir un rapport sur les conditions d'accès à l'IVG, les difficultés des services et d'émettre des propositions pour améliorer la prise en charge des patientes en situation de recours à l'IVG. (8) Ce rapport aboutira à une révision de la loi Veil en 2001. On assistera ainsi au **passage d'une tolérance à l'IVG en 1975 à l'exercice d'un véritable droit des femmes à l'IVG**.

Le délai légal de recours à l'IVG est allongé de 10 à 12 semaines de grossesse, afin de faciliter l'accès à l'IVG aux femmes qui se trouvent à la limite de 10 semaines. La femme doit formuler sa demande auprès d'un médecin. Le médecin est tenu de l'informer sur les différentes méthodes pour réaliser l'IVG, sur leurs effets secondaires et leurs risques potentiels. Il remet à la patiente un dossier guide, mis à jour une fois par an, qui comporte les principales dispositions législatives, ainsi que la liste de organismes et centres pratiquant l'IVG. Lorsque le médecin ne pratique pas les IVG, il doit orienter la femme vers un médecin les pratiquant et lui délivrer un certificat médical attestant de la demande de la patiente. La loi autorise également la réalisation des IVG par un médecin de ville après convention avec un centre d'orthogénie, dans un délai de 7SA. (9)

Un délai de réflexion d'une semaine est nécessaire avant la réalisation de l'IVG. Il se réduit à 2 jours dans le cas où le terme des 12 semaines risquerait d'être dépassé. Une fois le délai de réflexion passé, la patiente doit reformuler sa demande par écrit. (9)

L'entretien social, avec une personne formée au conseil conjugal, ou toute autre personne qualifiée d'un service social, d'un centre d'information ou de planification devient facultatif pour les femmes majeures, mais doit être proposé systématiquement avant et après l'IVG. Il reste obligatoire pour les mineures. (9)

Le consentement parental, bien que vivement recommandé, n'est plus obligatoire pour les mineures. Cependant, la mineure doit se faire accompagner d'une personne majeure de son

choix. Sa demande est effectuée seule. Une consultation après l'intervention doit lui être systématiquement proposée. (9)

Une information sur la contraception doit être assurée après l'interruption de grossesse. (9)

Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire au médecin inspecteur régional de santé publique. (9)

1.1.3. EPIDEMIOLOGIE

1.1.3.1. L'IVG en France

Le nombre d'IVG reste relativement stable depuis 2002, aux alentours de 210 000 par an en France. En 2006, la France a compté 209 700 IVG, soit 14,52 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les quatre cinquièmes des IVG concernent les femmes entre 20 et 40 ans. (10)

Ces statistiques sont réalisées par l'INED à partir de trois sources qui se complètent : les bulletins anonymes (ou BIG) que le cadre légal oblige à remplir pour chaque IVG depuis 1975, la statistique annuelle d'établissement (SAE) informatisée en 1995 et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place à partir de 1996. (11)

Les chiffres montrent que **l'avortement reste un dernier recours** : la légalisation n'a entraîné ni une augmentation du nombre d'avortements, ni une baisse de la natalité, ni l'abandon des méthodes contraceptives au profit de l'IVG. En même temps, La stabilité du nombre d'IVG depuis les années 1990 légitime sa libéralisation : **l'avortement concerne toutes les femmes, quelque soient leur âge, leur condition sociale ou leur situation conjugale.** (11, 12)

Nous avons tout d'abord assisté à une baisse du nombre d'avortements au début des années 1980, puis à une stabilisation des chiffres de la seconde moitié des années 1980 au milieu des années 1990. Dans la seconde moitié des années 1970, l'indicateur conjoncturel du nombre d'avortement fait état d'un peu plus de 0.6 avortement par femme, puis diminue à 0.5 en 1988 pour rester stable ensuite. (11, 13)

Concernant le choix de la méthode, nous notons une augmentation de la part des IVG médicamenteuses depuis 1992, qui atteint 46% en 2006 alors qu'elle n'était que de 18% en 1996. Les IVG médicamenteuses réalisées en ville représentent 7% du total des IVG en 2006. (10)

Les trois quarts des interventions ont lieu sous anesthésie générale, le choix de l'anesthésie étant rarement laissé à la patiente. (14)

1.1.3.2. Profil socio-démographique des femmes qui ont recours à l'IVG.

Près de 40% des femmes auront recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. Le taux de recours à l'IVG est maximal entre 20 et 24 ans puis diminue ensuite avec l'âge de la femme. (12).

Le fait que la femme soit en couple ou non est un élément important dans la décision de poursuivre ou non une grossesse lorsque l'âge augmente. En effet, la fréquence des avortements augmente à partir de 24 ans chez les femmes qui vivent seules par rapport à celles qui vivent en couple. Les femmes non mariées par exemple conçoivent moins, mais avortent plus. Dans le cas des multipares mariées, la part d'IVG augmente avec le nombre d'enfants nés jusqu'au troisième puis reste à peu près égale pour le quatrième enfant. (13, 15)

Après 27 ans, le taux d'IVG diminue, les femmes choisissant davantage de garder la grossesse qu'avant cet âge. (13)

Concernant la catégorie socio professionnelle, les agricultrices exploitantes et les ouvrières ont moins recours à l'avortement (respectivement 0,13 et 0,15 avortement par femmes), tandis que les femmes sans emploi y ont beaucoup plus recours (0,55 par femme). Viennent ensuite les femmes artisans, commerçantes et chefs d'entreprise. (13)

Quant à la répétition de l'avortement, la probabilité d'effectuer un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà pratiqués, le risque étant plus élevé lorsque la femme a réalisé sa première IVG jeune. Ceci est pourtant à nuancer, car nous pouvons schématiquement distinguer deux groupes de femmes qui ont recours à l'avortement. Dans le premier groupe, l'avortement est considéré comme un ultime recours en cas notamment d'échec contraceptif ; alors que dans le deuxième groupe, les femmes pratiquent une contraception plus relâchée et considèrent davantage l'avortement comme un moyen de prévention des naissances. Seul le nombre d'avortements antérieurs aurait alors un rôle sur la répétition de l'IVG, la proportion de femmes considérant davantage l'avortement comme un moyen de prévention des naissances étant plus forte dans ce cas. (13)

1.1.3.3. Filières et conditions d'accès à l'IVG.

Entre 1996 et 2000, l'enquête COCON (COhorte CONtraception) (14), dont l'objectif est d'analyser les conditions de recours à l'IVG à partir du point de vue des femmes, montre qu'**en premier lieu, les femmes s'adressent à leur gynécologue (40% d'entre elles), ou à un médecin généraliste (23%).** Le gynécologue est plus souvent associé à des filières de soin directes vers le centre d'orthogénie, c'est-à-dire sans intervenant intermédiaire entre lui et le lieu pratiquant l'IVG. Au contraire, le généraliste est davantage associé à des filières d'accès indirectes. (14, 16)

Les patientes dont l'IVG a lieu dans le privé se sont plus fréquemment adressées à un gynécologue. Elles décrivent un accès plus facile avec des délais d'attente moins longs que dans le public. Cependant, selon les BIG, 72% des IVG sont réalisées dans le secteur public. (14)

Les filières d'accès choisies par les femmes diffèrent selon l'âge des patientes, l'existence d'un suivi gynécologique régulier, le fait de ne pas avoir d'enfant, d'avoir déjà réalisé une ou plusieurs IVG, ou encore le niveau de revenus. En effet, les femmes de moins de 30 ans ne bénéficiant pas d'un suivi régulier s'adressent préférentiellement à un centre médico-social ou directement à un centre de planification familiale, alors que les patientes suivies régulièrement s'adressent davantage à leur gynécologue. **L'accès direct à une structure hospitalière est souvent utilisé par les femmes qui connaissent la procédure**, soit personnellement, soit par leur entourage. (16)

Le premier interlocuteur constitue pourtant une personne clé dans les démarches de la patiente, et sa manière de répondre à la demande de la femme va conditionner ses démarches pré-IVG (difficultés d'accès, délais d'attente…) (16)

La satisfaction des femmes concernant l'accueil dans les différents centres est plutôt bonne, bien que plus du tiers des patientes ne se soient pas senties soutenues par l'équipe soignante et plus de la moitié peu soutenues. Les femmes les moins satisfaites sont celles qui ont eu une IVG par aspiration dans le secteur public. **En cas d'IVG par aspiration, moins d'une femme sur cinq déclare avoir été associée au choix du mode d'anesthésie et seulement 15% des femmes disent avoir choisi la méthode** (ce chiffre étant à nuancer, puisque le terme de la grossesse n'a pas pu être défini par les femmes). Concernant l'IVG médicamenteuse, seulement la moitié des femmes disent avoir eu le choix de la technique utilisée, alors que les deux méthodes sont utilisables à ce terme de la grossesse. (14)

Enfin, la consultation de contrôle post IVG a été rapportée par 70% des femmes. (14)

1.1.3.4. Pourquoi le nombre d'IVG ne baisse-t-il pas?

Depuis 1990, la fréquence des avortements est restée stable aux alentours de 200 à 210 000 par an. Cependant, le nombre de grossesses non prévues a considérablement chuté passant de 55% de grossesses non programmées en 1968 à 36% en 2002. **La stabilité du nombre d'IVG est en réalité due à une plus grande proportion de femmes qui ont recours à l'avortement face à une grossesse non prévue**. En effet, en 1975, 40% des femmes réalisaient une IVG lorsqu'elles se trouvaient confrontées à une grossesse non prévue contre 60% des femmes en 2002. (12, 17)

1.2. LA REALITE

1.2.1. ORGANISATION PRATIQUE

1.2.1.1. Les différentes techniques d'IVG

Deux techniques sont possibles pour réaliser une IVG : la technique médicamenteuse et la technique chirurgicale. (18)

La technique médicamenteuse repose sur l'association d'un anti progestatif (la mifépristone) associé à des prostaglandines afin de provoquer l'arrêt puis l'expulsion de la grossesse. Elle est utilisable jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA). Elle peut être effectuée à domicile jusqu'à 7 SA ou en hospitalisation jusqu'à 9 SA. Le risque d'échec du à cette méthode est plus élevé entre 7 et 9 SA. (9, 18)

A partir de 10 SA, la technique médicale n'est plus recommandée. Entre 10 et 14 SA, la patiente est donc contrainte d'effectuer l'IVG par aspiration. (18)

La technique chirurgicale consiste en l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie, après dilatation progressive du col de l'utérus. Une préparation cervicale pourra être effectuée à l'aide de mifépristone 200mg per os 36 à 48 heures avant l'intervention ou de misoprostol 400µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration. Elle peut être effectuée quelque soit le terme de la grossesse, bien que le risque d'échec soit plus important à un terme peu avancé. (18)

1.2.1.2. Les différents modes d'anesthésie

Dans le cas d'une IVG par voie chirurgicale, la patiente a le choix entre deux types d'anesthésie: l'anesthésie locale ou l'anesthésie générale.

Plusieurs facteurs de risque relatifs à la survenue d'une douleur intense sont retrouvés, qui peuvent orienter le choix de la patiente en faveur de l'un ou de l'autre mode d'anesthésie : le jeune âge, la peur de l'acte, l'existence d'un utérus rétroversé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et les plus avancées…(18) Certains de ces résultats sont cependant controversés par d'autres études qui ne retrouvent pas l'âge avancé de la grossesse comme élément pouvant accentuer une douleur. (19) La patiente doit donc être informée sur les différents modes d'anesthésie possibles, afin qu'elle puisse choisir de manière éclairée ce qui lui convient le mieux.

Dans tous les cas, une analgésie par antalgiques type Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) ou paracétamol pourra être proposée après l'intervention. Lors d'une IVG par voie médicamenteuse, le médecin pourra prescrire à la patiente des antalgiques afin de minimiser la douleur liée à l'utilisation des prostaglandines. (18)

1.2.1.3. Complications associées.

Le taux de mortalité associée à la pratique de l'IVG est d'environ trois décès pour un million d'IVG pratiquées actuellement, alors qu'on comptait un décès par jour lié à l'avortement dans les années soixante et deux par mois avant la loi de 1975. (13, 15, 18)

La technique chirurgicale a pour principale complication la perforation utérine (de 1 à 4‰), et le risque de déchirure du col (inférieur à 1%). Les taux de ces complications sont d'autant plus faibles que l'âge gestationnel est précoce et l'opérateur entraîné. L'anesthésie générale est associée à un risque de complication anesthésique plus élevé que l'anesthésie locale. (18, 20)

D'autres complications peuvent être associées aux deux techniques, comme l'infection (5 à 6 %), l'hémorragie (environ 1,5 pour 1000), la rétention ovulaire (2,3‰ IVG chirurgicales et 1,4% des cas pour l'IVG par voie médicamenteuse), ou les complications thromboemboliques (rares) (18, 20)

A long terme, quelle que soit la méthode employée, l'IVG n'a pas d'incidence sur le risque de fausse couche, de mort fœtale in utéro, de grossesse extra utérine, ni de stérilité. Nous retrouvons cependant un nombre de fausses couches un peu plus élevé lorsque l'intervalle entre l'IVG et la grossesse suivante est inférieur à trois mois. Concernant le risque

de prématurité, certaines études montrent une élévation du risque lorsque la femme a un antécédent d'IVG, d'autres ne retrouvent pas ce risque. (18)

1.2.2. CONSIDERATIONS ETHIQUES

L'interruption volontaire de grossesse reste au cœur des débats éthiques de par les questions spécifiques qu'elle pose : droit à la vie, droit à disposer de son corps, relation à la maternité et au désir d'enfant, rapports de couples, etc.…

L'embryon doit-il être considéré comme une personne humaine à part entière ou comme une personne potentielle? Peut-on parler de droit à la vie? Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) parle de "personne humaine potentielle" dans son avis rendu en 1984. Les cours suprêmes de France, de Belgique, d'Angleterre reconnaissent que le droit à la vie ne peut pas s'appliquer à l'embryon. Au niveau juridique, l'embryon n'a pas d'existence et ne peut être défini comme une personne. (1)

Au delà du statut de l'embryon se pose la question de la femme. Depuis 2001, l'IVG est reconnue comme un droit fondamental pour la femme à disposer de son corps, d'accepter de poursuivre ou non une grossesse, d'accéder à la maternité si elle le souhaite. Dans le même temps, l'apparition et la diffusion des différents moyens de contraception, corrélées aux évolutions sociétales de ces dernières décennies ont contribué à établir une **norme contraceptive, qui laisse peu de place à l'échec**. L'enfant doit être conçu au bon moment de la vie, c'est-à-dire, au bon âge, dans une relation stable affectivement et matériellement, au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents. De par la dissociation opérée entre sexualité et fécondité grâce à la contraception, l'enfant désiré devient un élément essentiel de l'épanouissement de l'individu, homme ou femme. Le calendrier de la fécondité est précis : un couple sur cinq choisit le mois d'arrêt d'une contraception par anticipation de la période d'accouchement afin que l'enfant naisse à une période précise de l'année, l'espacement entre les naissances est défini (trois ans en moyenne). (17,21)

La norme dresse une véritable **trajectoire contraceptive** : on préconise le préservatif pour une relation débutante, la pilule une fois la relation installée, puis le stérilet, lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. Le corps médical est un acteur clé de cette pratique, la prescription d'une contraception devant également obéir à cette norme. Les femmes n'utilisant pas de moyen de contraception ou un moyen non médical sont alors considérées comme "déviantes" par rapport à cette norme. (17, 21)

Dans ce contexte, **la survenue d'une grossesse non prévue est vécue comme un échec, un écart par rapport à la norme contraceptive, qui ne laisse aucune place à l'ambivalence du désir d'enfant**. Or, l'exigence d'obéir à cette norme présuppose une capacité sociale à maîtriser sa vie, sans prendre en compte les dimensions complexes et subjectives comme le désir d'enfant, le vécu d'une pratique contraceptive, le rapport à la maternité, etc.…(21)

Ainsi, la femme peut se retrouver dans une situation difficile, délicate à gérer, les normes sociales et individuelles étant parfois contradictoires.

La liaison entre contraception et avortement est complexe, et le recours à l'IVG est une résultante multifactorielle. Les pratiques contraceptives doivent être analysées dans leur ensemble, en tenant compte de la trajectoire de la femme, de ses représentations sociales ainsi que de son histoire personnelle.

1.2.3. APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

1.2.3.1. La grossesse.

Le délai prévu par la loi pour interrompre une grossesse est suffisant pour que la **femme donne réalité à sa grossesse, se représente son évolution possible et désire l'arrêter**. Cette grossesse va cependant laisser une trace dans le psychisme féminin et dans son vécu de la maternité, qui pourra se réactiver, notamment au moment d'une grossesse suivante. L'interruption volontaire de grossesse n'est donc pas un acte anodin au plan psychologique même si la maîtrise médicale qui l'entoure en diminue le risque. (22)

Les risques psycho-affectifs entourant l'IVG viennent principalement de la contradiction entre le désir d'enfant et les réalités sociales, économiques et familiales. Cependant, le droit à l'IVG représente également l'accès à une maternité choisie et consciente, facteur qui participe à l'amélioration de la santé des femmes, à la qualité de la grossesse, à l'environnement positif de la naissance et à l'établissement d'une bonne relation mère enfant. L'avortement fait désormais l'objet d'une demande volontaire, faite dans un cadre légal et médical, qui conditionne sa dimension éthique et culturelle. L'IVG s'inscrit dans la mémoire personnelle et sociale : la femme doit intégrer la réalité physique de la grossesse et sa volonté de l'interrompre. (23, 24)

Le "devenir mère" se met en place comme disposition psychologique dès la petite enfance. La maternité est d'abord un état, puis un événement qu'il convient de nommer **"maternité psychique",** processus qui consiste en un transfert d'enfance. Le bébé, cause et

agent du transfert, fera ressurgir l'inconscient originaire. C'est cette "transparence psychique" qui explique la vulnérabilité des femmes à toutes les étapes du désir, de la conception jusqu'à la mise au monde. La femme rassemble ses intérêts psychiques dans la **construction et l'investissement d'un "enfant imaginaire"**, qui constitue un espace particulier dans sa tête pour l'accueil psychologique de l'enfant à naître. (22, 23, 25)

La femme en demande d'IVG ne fait pas exception et met en place les mêmes dispositions psychologiques. Cependant, pour faire face à cette situation particulière engendrée par une grossesse non souhaitée, elle mobilise d'autres **mécanismes qui viennent s'opposer à cette maturation maternelle**. Dès que le projet d'IVG est pensé, la patiente se met en **situation de défense vis-à-vis de l'éprouvé relatif à la grossesse**, ainsi que des représentations de l'enfant à venir, avec un degré d'expression variable, allant de l'évitement au déni total, en passant par une inhibition des affects. (25)

1.2.3.2. Réactions psychologiques face à une grossesse non prévue.

Nous pouvons ainsi distinguer schématiquement trois catégories de femmes qui ont recours à l'interruption volontaire de grossesse. (23)

Dans le premier groupe, constitué de la majorité des femmes, **la grossesse est "accidentelle"** et survient chez des patientes qui connaissent et acceptent la contraception. Leur conscience face à la réalité est suffisamment claire, et bien que la décision de l'avortement soit douloureuse, elle est assumée. En quelques jours, ces femmes passent par le déni ("c'est impossible que cela m'arrive à moi"), puis par la culpabilité (comme réinvestissement d'une image blessée de soi même), et enfin par la restauration de leur image narcissique. Elles doivent faire face à un violent conflit interne entre le désir de garder la grossesse et le fait de rejeter ce qu'elles considèrent comme une menace pour leur intégrité corporelle (grossesse qui peut être inconsciemment désirée, et consciemment refusée). L'accompagnement de ces femmes permettra que cette grossesse prenne sa place dans l'histoire de la femme ou du couple, à ce moment là de leur vie, dans leur histoire respective.

La deuxième catégorie est constituée de femmes qui voient **la grossesse comme un acte d'inauguration de leur vie sexuelle**, l'authentifiant, la proclamant. La grossesse témoigne d'un désir d'être femme, mère, d'une intense pulsion de vie. L'enjeu en est le détachement des liens à la famille d'origine, la constitution d'une sexualité adulte, l'engagement dans un couple, la transformation du "c'est impossible aujourd'hui", en promesse

d'enfant demain. Cette catégorie est majoritairement constituée de femmes jeunes, d'adolescentes, mais pas exclusivement. Le deuil passe cette fois par l'interruption de la grossesse. Le travail psychologique doit ici se faire en direction de la perte de l'enfant, de la privation de la grossesse, du ressenti envers soi même, son partenaire, la société. L'équipe se doit de reconnaître la dimension d'appel de la demande de la patiente et la lui reformuler afin qu'elle puisse s'approprier son vécu et sa décision de mettre fin à la grossesse.

Dans le troisième groupe, la **grossesse est une ponctuation, une sorte de "non acte" dans une longue et conflictuelle errance affective**. La détresse de ces femmes est souvent dissimulée sous de l'agressivité, de la passivité, une dépression manifeste ou une agaçante légèreté. C'est dans cette catégorie que se situent les femmes qui ont recours à la répétition de l'IVG, le concept de répétition marquant l'échec permanant d'une contraception refusée. Souvent victime d'une dévalorisation constante d'elles-mêmes, ces femmes éprouvent de grandes difficultés à retracer leur histoire personnelle, constituée de ruptures multiples, ou de phénomènes de violence. Elles semblent se chercher une place, comme une quête insatiable d'un impossible bonheur. Ces grossesses marquent un échec, une impuissance à accepter la règle en vue de la restauration d'elles mêmes. L'IVG a alors valeur de symptôme qui se met en travers de la vie de la femme et sera à déchiffrer, comme une nouvelle demande, pour chercher du sens à l'insensé. La compulsion de répétition peut répéter un traumatisme passé, comme "une autre façon de se souvenir" (Freud). L'accompagnement devra être centré sur la restauration de l'image narcissique de la patiente, afin de donner les moyens à la femme d'effectuer son travail de deuil et de restauration d'elle-même. Cette catégorie de femme met souvent en difficulté le personnel soignant, qui se trouve face à sa propre incapacité à pouvoir fournir les moyens nécessaires pour aider la patiente dès la première IVG. (23)

Face à ces attitudes, l'attention et l'écoute des professionnels de santé qui entourent l'IVG sont indispensables. Le médecin devra laisser la patiente s'exprimer sur sa part de ressenti, alors même que sa décision est prise de mettre fin à la grossesse, et ce d'autant plus que l'entretien psycho-social est devenu facultatif. La consultation médicale est l'occasion d'**ouvrir un espace de parole afin que l'IVG ne soit pas seulement une expérience occultée et douloureuse dans l'histoire de la femme ou du couple mais qu'elle puisse y trouver place et sens**. Ceci permettra également d'instaurer une relation de confiance entre le médecin et la patiente, nécessaire pour délivrer une information claire et intelligible, et favoriser le bon déroulement de l'IVG.

La consultation de demande d'une IVG semble être la plus appropriée. En effet, le jour de l'IVG, les femmes sont moins accessibles à leur ressenti, et après l'IVG, la femme se ferme spontanément. Le médecin pourra profiter de cette ouverture pour proposer l'entretien avec une conseillère conjugale ou une psychologue de manière ciblée à chaque patiente. (25)

Toute la difficulté du travail de deuil qui entoure l'IVG vient du fait qu'il concerne un objet, l'enfant imaginaire, qui n'a pas été matériellement conçu, mais qui a seulement été créé au-dedans. Ceci peut parfois s'exprimer par la difficulté à concevoir une nouvelle grossesse. (25)

1.2.3.3. Conséquences psychologiques de l'IVG

Les diverses réactions face à un avortement reflètent l'ensemble des réactions possibles face à une grossesse non désirée: sentiment de tristesse, de regrets, de culpabilité, etc. Cependant, les résultats des études scientifiques montrent que l'avortement ne fait pas courir de risque à la patiente au plan psychologique. (26)

La détresse émotionnelle de la femme est souvent maximale avant l'avortement puis diminue de façon significative entre la période qui précède l'avortement et celle qui lui fait immédiatement suite. Après une IVG, les femmes ne montrent que peu de signes psycho-pathologiques et l'incidence des réactions négatives graves est faible. Deux semaines après l'IVG, les sentiments négatifs, reflets des conflits internes, sont moins forts que les sentiments positifs.

Certains facteurs peuvent influencer la réaction psychologique de manière négative comme l'ambivalence de la femme vis-à-vis du désir d'enfant (pouvant être responsable de la sensation de perte d'objet), la difficulté dans la prise de décision d'interrompre la grossesse, l'impression d'un rejet social, l'absence de soutien, ou encore un conflit interne quant à la signification de l'avortement et ses rapports avec les valeurs ou les croyances enracinées. Les conditions de l'intervention et le terme avancé de la grossesse peuvent également jouer un rôle. (26)

Par exemple, plus une grossesse est désirée, plus elle est considérée comme ayant une signification personnelle forte et plus l'avortement risque d'être difficile. De même, les femmes qui ont une opinion négative de l'avortement et qui se sentent peu soutenues sont plus à risque de réactions affectives négatives après l'IVG. A l'inverse, les femmes qui n'éprouvent que peu de difficultés à prendre leur décision et qui sont relativement satisfaites de leur choix, dont la grossesse est dénuée de sens au plan personnel ont des réactions plus positives.

Le soutien de la part de l'entourage et notamment du partenaire ou de la famille (parents s'il s'agit d'une femme mineure) est essentiel dans le vécu de l'IVG, d'autant plus lorsqu'il est apporté à la réalisation de l'avortement. La souffrance affective sera plus intense lorsque la décision est prise seule. L'attitude générale de la patiente face aux événements joue également un rôle significatif dans le vécu de l'IVG, ainsi que la manière dont elle s'attend à faire face à cette situation particulière et les mécanismes qu'elle met en jeu pour y parvenir.

1.3. INFORMATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

1.3.1. LA LOI DU 4 MARS 2002

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé met l'accent sur le consentement de la personne et sur l'information **privilégiant ainsi une relation médecin-patient contractuelle**, par opposition au principe de bienfaisance qui a longtemps régi la relation médecin malade en France. Elle fait de la qualité et de la confiance les principes fondamentaux du système de santé.

Elle réaffirme les droits individuels, et plus spécifiquement, les droits au sein du système de santé. Elle met l'accent sur le droit à la confidentialité et au secret médical, le droit à la vie privée, le droit à la protection contre toutes les discriminations, le respect de la dignité de la personne. (27)

Cette loi introduit la notion de **consentement libre et éclairé, fondé sur le principe d'autonomie de la personne, après une information loyale, claire et intelligible**. Le patient dispose ainsi d'un droit d'accès direct aux informations le concernant, c'est-à-dire, à son dossier médical. L'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, qui peut être retiré à tout moment. (27)

Ainsi, c'est le patient qui, après avoir été informé, prend toutes les décisions concernant sa santé, le médecin étant contraint de respecter sa volonté, après lui avoir expliqué les conséquences de ses choix.

Elle donne également un statut nouveau aux associations d'usagers du système de santé et leur reconnaît une place et un rôle dans toutes les instances qui participent à l'élaboration et à la gestion des politiques de santé. (27)

Dans le titre relatif à la qualité du système de soins, la loi du 4 mars 2002 insiste sur la nécessité d'une politique de prévention et de travail en réseau, sur la formation des professionnels afin de garantir leurs compétences, et sur la médecine qui doit s'interroger régulièrement sur ses pratiques. Elle introduit également la notion de réparation des conséquences des risques sanitaires et celle de responsabilité médicale. (27)

1.3.2. LE CONSENTEMENT, FONDEMENT DE L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE HUMAINE?

La loi du 4 mars 2002 insiste sur le consentement du patient après avoir reçu une information claire et adaptée à sa situation. Elle reconnait juridiquement l'autonomie des patients en faisant du consentement éclairé un droit.

Nous pouvons cependant nous interroger sur la signification du consentement de la personne. **Le consentement est-il le reflet d'une autonomie personnelle? Peut-on s'abstraire de la réalité dans laquelle il s'inscrit?** Quelle est la part de choix qui est laissée au patient?

Le consentement peut être défini comme une expression individuelle de la volonté, de la liberté, de l'autonomie d'une personne donnée. Le verbe "consentir" a un sens négatif, "ne pas empêcher" et un sens positif, "approuver". Lorsque nous parlons de consentement, il convient donc de différencier accepter, autoriser, et approuver, notamment en fonction de la position de l'individu, passive ou active. (28)

Pour le juriste, le consentement est essentiel afin que le patient puisse exprimer pleinement son autonomie. L'information est conçue comme un moyen donné au malade pour décider en fonction de ses propres intérêts. La relation médecin patient devient contractuelle. Le contrat est oral, tacite. Il entraîne pour le médecin le devoir de délivrer une information adaptée à la situation de la personne soignée, et pour le patient celui de donner son consentement éclairé en retour. (28) Cependant, il serait illusoire de croire que la relation entre le soignant et le malade est équilibrée. Le médecin se trouve dans une position délicate : il possède la connaissance et la compétence médicale mais ne doit pas en abuser et décider à la place de son patient. Ainsi, le consentement éclairé dans la relation médecin-malade n'est possible que dans un rapport de confiance et d'écoute réciproque. Il nécessite un respect du patient, c'est-à-dire de son rythme, du moment opportun pour lui délivrer l'information, mais

aussi de son refus de savoir. Le médecin doit donc savoir s'adapter à chaque individu et à sa spécificité (29)

Par exemple, lorsque le soignant doit annoncer une pathologie grave à un patient et souhaite lui proposer un traitement, il se doit de respecter son autonomie et sa volonté. Le consentement du malade est obtenu en l'informant sur les démarches de soins, leurs intérêts, leurs limites et leurs risques, même minimes. Les conséquences en cas de refus par le patient, (refus de soins) doivent lui être également explicitées. En cas de litige, il incombe au praticien de fournir la preuve de l'information donnée. (27)

La personne soignée va analyser sa situation en fonction de ce qu'elle connaît, de son vécu et de ses expériences. Ainsi, La prise en compte des contraintes sociales, culturelles, économiques, ainsi que des facteurs personnels qui constituent le patient est indispensable afin de saisir sa complexité et l'accompagner, en restituant ses choix dans son contexte de vie. Pour pouvoir parler de consentement éclairé, nous devons donc nous interroger sur les **conditions sous jacentes qui poussent un individu à consentir**. (28)

Dans le cadre de l'IVG, la patiente n'est pas malade, mais vient formuler au praticien une demande, celle d'accéder à son désir d'interrompre la grossesse. Elle devra s'orienter dans le système de soins, puis choisir une méthode pour interrompre la grossesse, ainsi qu'un mode d'anesthésie si elle opte pour une IVG par voie chirurgicale. Il lui faudra prendre en compte les réalités concrètes dans lesquelles s'inscrit sa demande, comme le terme de la grossesse. Elle consentira alors à une technique médicale, après que le soignant lui ait expliqué la méthode, ses limites, ses risques… Le praticien s'assurera d'adopter un langage adapté à la compréhension de la patiente et délivrera une information honnête et claire, en fonction de la situation de la femme et de ce qu'elle souhaite. La finalité de l'information n'est pas uniquement le recueil d'un consentement. Elle a pour but de permettre au patient d'exprimer ses besoins et au médecin d'y répondre. Le consentement éclairé s'inscrit dans cette relation, fondée sur la confiance et le respect.

Pour l'équipe se pose la question de savoir comment intégrer à la relation la qualité de l'information et l'éducation à la santé, sans ingérence dans la vie de la patiente et en respectant son consentement, sa volonté, et son autonomie.

PARTIE II

2.1. PROBLEMATIQUE

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes intéressés à la notion de consentement éclairé et à l'information qui était donnée aux femmes lors d'une demande d'IVG, et ce du point de vue des patientes.

Notre intérêt pour le sujet est venu à la suite de rencontres au cours de nos stages en général et en centre d'orthogénie. Au départ, nous avions constaté intuitivement que lorsque les patientes étaient associées aux choix les concernant, elles se sentaient plus considérées et elles vivaient mieux la prise en charge par l'équipe médicale. Les textes législatifs allaient dans le sens de nos constatations (Cf. Loi de 2001 relative à l'IVG et à la contraception et Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.)

D'autre part, L'IVG est un sujet peu exploré par les sages-femmes. Or la sage-femme se doit d'accompagner toute femme enceinte quelque soit l'issue de la grossesse. Les sages-femmes ont donc un rôle essentiel auprès des femmes et plus particulièrement dans les centres d'orthogénie. L'élargissement de nos compétences avec la loi "hôpital, patients, santé, territoire" de 2009 reconnaît ce rôle en autorisant la sage-femme à prescrire une contraception pendant toute la période de fécondité d'une femme, lorsque cela reste dans le domaine de la physiologie.

De là est née la problématique de notre mémoire : **l'information donnée lors d'une demande d'IVG est-elle suffisante pour permettre aux patientes de choisir de façon éclairée la méthode de l'IVG et le mode d'anesthésie ?**

2.2. REALISATION DE L'ETUDE

2.2.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Afin de répondre à notre problématique, l'étude avait pour objectifs de:

- Décrire les attentes, les besoins et les désirs des femmes en matière d'information lors d'une IVG.
- Evaluer la perception des patientes des informations dont elles ont bénéficié.
- Comprendre si les patientes considèrent que l'information donnée leur permet de choisir de façon autonome (consentement éclairé) la méthode de l'IVG et le mode d'anesthésie.

2.2.2. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Les hypothèses de recherche étaient les suivantes:

- Le choix du lieu de l'IVG ne dépend pas d'un choix préalable à la méthode d'IVG.
- Les patientes estiment que les informations reçues correspondent à leurs attentes afin de choisir de façon autonome la méthode d'IVG.
- Les patientes estiment que les informations reçues correspondent à leurs attentes afin de choisir de façon autonome le mode d'anesthésie.

2.2.3. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une **étude qualitative** sous forme **d'entretiens semi-dirigés** d'environ un quart d'heure, anonymes, sur deux centres d'orthogénie afin de diversifier la population et les techniques d'IVG. L'étude s'est déroulée de juillet 2009 à mi septembre 2009, dans le centre de Broussais, (hôpital Broussais, 96 rue Didot, dans le quatorzième arrondissement de Paris), et dans celui de l'hôpital Bichat, (46, rue Huchard 75018 Paris). Le fonctionnement de ces centres sera développé dans la partie suivante.

Nous avons choisi de rencontrer des femmes qui avaient réalisé une IVG, quels que soient la méthode et le mode d'anesthésie utilisés. Pour être incluses dans l'étude, ces femmes devaient être majeures, parler français couramment et avoir réalisé une IVG dans les trois semaines précédant l'entretien. L'entretien leur était proposé lors de leur consultation post IVG, c'est-à-dire environ deux à trois semaines après l'IVG.

2.2.3.1. L'entretien

La période du post-abortum nous a parue la plus appropriée à la réalisation de notre étude. Tout d'abord, par souci d'éthique. Il nous paraissait difficile d'interroger les patientes avant la réalisation de l'IVG, l'entretien risquant de révéler des moments douloureux ou de placer les patientes en difficulté vis-à-vis de leur choix d'interrompre la grossesse. Ensuite, l'IVG étant réalisée, les patientes bénéficiaient de critères supplémentaires pour évaluer l'information donnée.

L'entretien a été proposé systématiquement à toutes les femmes venues à leur consultation de contrôle les jours où nous pouvions nous rendre dans ces centres. Ils se sont déroulés dans le centre où a eu lieu l'IVG. Les entretiens ont tous été **enregistrés puis retranscrits intégralement par écrit**. Un prénom fictif a été attribué à chaque femme afin de respecter leur anonymat.

Les patientes ont toutes été informées de l'objectif de notre recherche et de son inscription dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sages-femmes par oral, le dialogue étant plus aisé afin d'expliquer notre mémoire. Cependant, pour celles qui le souhaitaient, nous leur remettions une information écrite, relatant les conditions et les buts de notre recherche. (cf. annexe 1)

Nous leur demandions ensuite leur accord pour réaliser cet entretien, puis de signer un formulaire de **consentement écrit** attestant de leur autorisation pour réaliser cet entretien de manière enregistrée. (cf. annexe 2)

L'entretien a été réalisé à partir d'un **guide** comportant des thèmes et des sous-thèmes, que nous avons abordés sous forme de questions ouvertes, de façon à laisser la patiente s'exprimer au maximum et décrire sa perception de l'information, ou de l'accompagnement dont elle a bénéficié. Ce guide a constitué pour nous **une base d'idées ou de relance**, dans le cas où la patiente ne s'exprimait pas spontanément. Son ordre n'a donc pas été systématiquement suivi, et la formulation des questions a pu être modifiée en fonction de la compréhension de la patiente (cf. annexe 3).

2.2.3.2. Nombre d'entretiens effectués et difficultés.

Nous avons réalisé au total 39 entretiens dans les deux centres dont **38 sont exploitables.** 22 entretiens ont eu lieu dans le centre de Broussais, dont 21 exploitables. Un des entretiens n'a pas été enregistré en entier suite à un problème technique. 17 entretiens ont été effectués à Bichat. Ces données sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

Nous avons effectué des entretiens jusqu'à atteindre un "**effet de saturation**", c'est-à-dire jusqu'à ce que les mêmes éléments reviennent au cours des entretiens. Nous avons ainsi arrêté notre recherche à 39 entretiens.

Tableau 1: nombre de patientes interrogées en fonction du nombre de consultations post IVG.

	Consultations prévues	**Patientes non venues**	**Accord pour l'entretien**	**Patientes venues, mais non vues**	**Refus de l'entretien**
Broussais	32	5	22	1	4
Bichat	44	24	17	0	3
Total	**76**	**29**	**39**	**1**	**7**

Le principal problème auquel nous nous sommes heurtés est venu de l'absence des patientes à leur consultation post IVG. Cela est resté raisonnable à l'hôpital Broussais (sur 32 consultations prévues lorsque nous étions présentes, seulement 5 patientes ne se sont pas présentées), alors que dans le centre de Bichat, sur 44 consultations prévues, 24 patientes ne se sont pas présentées, soit plus de la moitié des patientes qui ne sont pas venues à leur consultation de contrôle. C'est pourquoi le nombre d'entretiens est légèrement plus faible dans le centre de Bichat que dans celui de Broussais.

Peu de patientes ont refusé notre entretien, les motifs invoqués étant souvent le manque de temps, les patientes se rendant directement à leur travail après la consultation. Une patiente a refusé l'entretien au centre de Broussais car elle ne souhaitait pas parler de son IVG, et a ensuite été reçue par la conseillère conjugale du centre. Ceci est resté un cas isolé, sa réaction n'étant pas liée à la proposition de notre étude.

2.2.3.3. Description de la population

Au total, nous avons rencontré 38 femmes. Les tableaux 2 et 3 présentent les principales caractéristiques sociologiques des patientes interrogées en fonction des centres d'orthogénie. Un prénom fictif a été attribué à chaque patiente afin de faciliter la lecture et l'analyse des entretiens.

Ainsi, il apparaît que **l'échantillon est représentatif du point de vue des méthodes employées pour réaliser l'IVG.** En effet, sur les 38 femmes interrogées, 10 ont eu recours à une IVG médicamenteuse (IVG méd), 13 à une IVG par aspiration sous anesthésie locale (Aspi/AL) et 15 à une IVG par aspiration sous anesthésie générale (Aspi/AG).

Concernant les autres variables, notre population est relativement bien diversifiée. Sur les 38 femmes ayant répondu à notre entretien, sept ont moins de 20 ans, 18 ont entre 21 et 30 ans, et 13 ont plus de 31 ans. Parmi elles, 23 sont en couple, et huit ont déjà des enfants.

Le niveau d'étude des patientes interrogées est assez élevé, puisque 23 femmes ont un niveau supérieur au baccalauréat, cinq le niveau baccalauréat, six un niveau inférieur au baccalauréat et trois n'ont aucun diplôme. Nous pouvons supposer que les patientes ayant un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat viennent plus en consultation post IVG. En effet, de nombreuses patientes ayant eu une IVG ne reviennent pas à leur consultation de contrôle, ce qui est un biais pour notre étude.

Notre échantillon est donc homogène dans son ensemble. Cependant, la population est différente sur les deux centres, principalement de par les différences de techniques utilisées. Il y a ainsi beaucoup plus d'IVG médicamenteuses au centre de Broussais qu'à celui de Bichat. Ceci ne constitue pas une limite importante pour notre étude puisque c'est une étude qualitative. **Notre but n'est pas de comparer les pratiques des deux centres ou leur manière de délivrer une information, mais d'avoir une vue d'ensemble sur l'avis des femmes, leurs choix et leurs ressentis vis-à-vis de l'information qu'elles ont reçue.** Dans ce contexte, nous n'avons pas souhaité créer des groupes de patientes comparables entre les deux centres.

<u>Tableau 2:</u> Principales caractéristiques de la population de l'étude dans le centre de Broussais

Entretien	âge	Niveau d'études	Emploi	Vie de couple	Nb IVG antérieure	Autre grossesse	Nb enfants et âge au moment de l'IVG	Mé-thode
Agathe	19	CAP	non	non	0		0	**Aspi/ AL**
Alexandra	22	bac	serveuse	oui	0		0	**Aspi/ AL**
Christelle	31	Bac+ 4	non	oui	0		1 (un an)	**IVG méd**
Catherine	34	Bac	Non	Oui	0		0	**IVG méd**
Sandrine	38	Bac+ 3	Professeur	Non	8	1 FCS en 1990	2 (17 ans et 10 ans)	**IVG méd**
Fatou	22	Bac+ 1	Secrétaire	Oui	0		0	**IVG méd**
Marie	42	Bac+ 5	Responsable commercial	Non	2 (en 1988 et 1997)		0	**Aspi/ AL**
Delphine	24	3ème	Réceptionniste	Non	1 (janvier 2009)		0	**Aspi/ AL**
Flore	18	CAP	Coiffeuse	Non	0		0	**Aspi/ AL**
Laetitia	20	CAP	Intermittente en maquillage artistique	Oui	0	1 FCS en 2005	0	**Aspi/ AL**
Liliane	29	Bac+2	Adjointe responsable de caisse	Oui	3 (2002, 2003, 2008)	0	0	**Aspi/ AL**
Léna	23	Bac+3	Etudiante marketing	Oui	0	0	0	**IVG méd**
Aurore	35	Bac+3	Vendeuse boulangerie	Oui	0	0	0	**Aspi/ AL**
Maud	25	Bac+2	Vendeuse/ photographe	Non	0	0	0	**IVG méd**
Denise	30	BEP	Assistante maternelle	Non	0	1 IMG en 1999	0	**Aspi/ AL**
Nadia	25	Bac+2	Etudiante/ vendeuse	Non	1 (2002)	0	0	**IVG méd**
Emma	21	Bac+3	Etudiante	Oui	0	0	0	**IVG méd**
Ségolène	39	Bac+5	Dans la production musicale	Oui	1 (2009)	0	0	**Aspi/ AL**

<u>Tableau 2 (suite) :</u> Principales caractéristiques de la population de l'étude dans le centre de Broussais

Entretien	âge	Niveau d'études	Emploi	Vie de couple	Nb IVG antérieure	Autre grossesse	Nb enfants et âge au moment de l'IVG	Mé-thode
Paule	31	Bac+3	Responsable partenariat	Oui	0	0	0	**Aspi/ AL**
Caroline	23	BEP	Serveuse	Oui	0	0	0	**IVG méd**
Hélène	26	Bac+4	Non	Oui	0	0	0	**Aspi/ AL**

Tableau 3: Principales caractéristiques de la population de l'étude dans le centre de Bichat

Entretien	âge	Niveau d'étude	Emploi	Vie de couple	Nb IVG antérieure	Autre grossesse	Nb enfants et âge au moment de l'IVG	Mé-tho-de
Sabine	34	Bac+2	Non	Oui	0	0	2 (5 et 2 ans)	**Aspi/ AG**
Sophie	18	Termi-nale	Lycéenne	Oui	1 (2007)	0	0	**Aspi/ AG**
Samia	38	Bac	Secrétaire dans une pharmacie	Non	0	1 (mort né en 1994)	3 (8, 6 et 2 ans ½)	**Aspi/ AG**
Solange	38	Bac+5	Chargée de mission	Oui	0	0	4 (2, 7, 10 et 12 ans)	**Aspi/ AG**
Fanny	20	Bac+1	Organisatrice de séjours	Oui	0	0	0	**Aspi/ AG**
Charlotte	20	Bac	Non	Oui	0	1 (2005 mort né)	0	**Aspi/ AG**
Anna	25	Bac pro	Non	Oui	0	0	0	**Aspi/ AG**
Sonia	21	Bac+1	Non	Oui	1 (2007)	0	0	**Aspi/ AG**
Isabelle	37	Bac+5	Consultante informatique	Oui	0	0	0	**Aspi/ AG**
Charlène	36	Bac+6	Architecte	Non	0	0	0	**Aspi/ AG**
Nina	31	Bac+5	Chargée d'opération habitat	Non	1 (1998)	0	0	**IVG méd**
Leila	29	Bac+2	Non	Non	1 (2002)	0	0	**Aspi/ AG**
Awa	28	Bac+3	Non	Non	0	0	1 (16 mois)	**Aspi/ AG**
Dora	25	BEP	Non	Non	0	0	1 (5 ans)	**Aspi/ AG**
Carole	27	Bac+5	Non	Oui	0	0	0	**Aspi/ AG**
Norah	19	3ème	Non	Non	0	0	0	**IVG méd**
Karine	27	Bac	Conditionneuse laboratoire	Oui	2 (2005, 2007)	0	1 (8ans)	**Aspi/ AG**

2.2.3.4. Méthode d'analyse

Dans un premier temps, nous avons réalisé une **analyse de contenu** de l'entretien. Notre but était d'en extraire des thèmes, de les identifier et de les classer. Les entretiens réalisés étant semi-directifs, nous avions au préalable des idées clés à faire ressortir lors de l'entretien en fonction de nos hypothèses de recherche. Ceci a contribué à faciliter l'émergence de thèmes plus précis lors de l'analyse. **Les thèmes et les sous thèmes retenus ont constitué une grille d'analyse et de recueil de données.**

Puis nous avons procédé à **une lecture transversale** des entretiens afin de comparer les énoncés à l'intérieur de chaque thème et de chaque sous-thème. Nous avons créé des regroupements d'idées entre les femmes. Notre but était de mettre en valeur les éléments récurrents au cours des entretiens et de les croiser sous forme de variables, en fonction des caractéristiques des femmes interrogées. Ainsi, nous avons commencé à **constituer des groupes de femmes**. A titre d'exemple, nous avons tenté d'effectuer des recoupements entre d'une part la satisfaction des patientes concernant l'information et d'autre part leur consentement à la réalisation d'une méthode d'IVG; ou bien entre leurs connaissances concernant les différentes méthodes, et leur âge ou leur nombre de grossesses antérieures, etc.

Nous avons donc pu former des groupes de patientes en fonction de l'information dont elles ont bénéficié et de l'autonomie de leur choix pour réaliser l'IVG concernant la méthode et le mode d'anesthésie.

Une dernière lecture des entretiens a retenu notre attention sur la **globalité de l'entretien,** pour élaborer des "**portraits de femmes**" et affiner notre analyse. Notre but a été ici d'étudier les modes d'expression pour une patiente donnée et de comprendre comment l'articulation des thématiques singulières, leur ordre d'apparition ou leur arrangement dans le récit prenait sens en fonction de l'histoire singulière de la femme. Les profils de femmes ont ensuite été classés au sein des groupes de patientes.

Notre étude étant qualitative, les résultats apparaissent en troisième partie du mémoire et sont discutés au moment de leur énoncé. **L'objectif d'une étude qualitative est de saisir la complexité d'un individu et de réintégrer ses choix à l'intérieur d'un récit de vie.** Nous avons donc choisi de préserver l'unicité des individus au sein des groupes de femmes lors de l'énoncé des résultats. De ce fait, nous avons peu de résultats sous forme statistiques ou de graphiques.

2.3. LIEUX DE L'ETUDE

2.3.1. LE CENTRE D'ORTHOGENIE DE BROUSSAIS

2.3.1.1. Statistiques

Nous avons réalisé notre étude dans le centre de Broussais, hôpital Broussais, 96 rue Didot, dans le quatorzième arrondissement de Paris, juste avant sa fermeture puis son transfert dans les locaux de l'hôpital Saint Vincent de Paul (75014).

En 2008, le centre d'orthogénie de Broussais a réalisé 1309 IVG parmi lesquelles 646 IVG par aspiration sous anesthésie locale, et 663 IVG par voie médicamenteuse (dont 64 à domicile et 599 en hospitalisation de jour) (cf. tableau 4). Il est à noter que le centre de Broussais fait partie d'un réseau ville-hôpital (REVHO), c'est-à-dire qu'il est conventionné avec des médecins libéraux, gynécologues ou généralistes qui peuvent réaliser des IVG médicamenteuses en ville à un terme inférieur à 7SA. 1355 IVG médicamenteuses ont été effectuées dans le cadre de ce réseau, en plus de celles du centre.

Le centre de Broussais ne pratique pas d'IVG chirurgicales sous anesthésie générale, les patientes demandeuses de ce type d'anesthésie sont donc adressées à un autre centre d'orthogénie.

2.3.1.2. Fonctionnement et parcours des femmes

Le premier contact avec le centre d'orthogénie de Broussais s'effectue le plus souvent par téléphone. La femme est alors renseignée par le secrétariat. Lorsqu'elle se présente dans le centre, elle rencontre l'aide soignante qui ouvre le dossier, puis un médecin pour une consultation avec échographie si besoin. Cette consultation est l'occasion de laisser s'exprimer la patiente, de comprendre les différentes raisons de la grossesse non prévue (échec contraceptif, etc.…), et d'expliquer le déroulement de l'IVG. Ceci permet à la patiente de réfléchir à une méthode lorsque les deux techniques sont utilisables et de faire un choix. Ce rendez-vous est également l'occasion de revenir sur les différents moyens de contraception existant et leur utilisation, et de prévoir une contraception post IVG.

Dans le parcours habituel, la femme est ensuite reçue par la conseillère conjugale du centre, même si l'entretien est facultatif dans la loi. Elle peut refuser cette rencontre si elle le souhaite. Les patientes peuvent aussi être orientées directement vers la psychologue par le médecin qui les aura reçues, ou si elles en font la demande.

Un entretien avec les infirmières termine le parcours de la femme avant l'IVG. Il a pour objectif la "mise en place" de l'IVG. La femme peut discuter de son choix de la méthode et reparler de la contraception avec les infirmières si elle en éprouve le besoin. Tous ces rendez vous son groupés en une demi-journée afin de faciliter les démarches des femmes.

Les patientes reçoivent une information écrite avant et après l'IVG en fonction de la méthode choisie.

La consultation de contrôle est prévue environ deux semaines après l'IVG, avec un médecin du centre d'orthogénie, de préférence celui qui a effectué l'IVG.

2.3.2. LE CENTRE D'ORTHOGENIE DE BICHAT

2.3.2.1. Statistiques

Le centre d'orthogénie de Bichat, situé dans l'hôpital Bichat, au 46, rue Huchard dans le dix-huitième arrondissement de Paris a réalisé 734 IVG en 2008 (cf. tableau 4). Au total, 547 IVG ont été pratiquées par aspiration, dont 528 IVG sous anesthésie générale, et 19 sous anesthésie locale. En ce qui concerne la méthode médicamenteuse, nous relevons 187 IVG, dont 103 en hospitalisation et 84 à domicile.

Lorsque les patientes ont recours à l'IVG par voie chirurgicale, l'anesthésie générale est le principal mode d'anesthésie employé dans ce centre, même si une anesthésie locale est possible, un seul médecin du centre la pratiquant.

2.3.2.2. Fonctionnement et parcours des femmes

Pour effectuer une IVG dans le centre d'orthogénie de Bichat, la femme doit se déplacer directement au centre, munie si possible d'une échographie de datation de la grossesse et d'une lettre d'un médecin attestant de la demande d'IVG. Elle est reçue par la secrétaire du planning qui lui explique les différentes méthodes et modes d'anesthésie pour réaliser l'IVG, qui recalcule le terme de la grossesse avec la patiente et qui se charge de programmer les rendez vous et l'IVG.

Lorsque la patiente choisit de réaliser l'IVG par voie médicamenteuse, elle est adressée à la sage-femme du centre pour la consultation médicale.

Si elle décide d'avoir recours à une IVG par voie chirurgicale, elle est reçue par un gynécologue, puis par l'anesthésiste.

Une information écrite est remise à la patiente en fonction de la méthode choisie, sur laquelle figure le numéro de téléphone de la psychologue, et celui de l'assistante sociale du

service. Le centre de Bichat ne dispose pas d'un poste de conseillère conjugale. Les patientes demandeuses d'un entretien sont reçues soit par la sage-femme du centre, qui a une formation de conseil conjugal, soit directement par la psychologue.

La consultation de contrôle après l'IVG est prévue environ deux semaines après l'IVG, avec la sage-femme du centre.

2.3.3. RECAPITULATIF DES CENTRES DE NOTRE ETUDE

Nous avons donc pu constater que ces deux centres avaient une activité et un mode de fonctionnement spécifiques. **Le centre de Broussais pratique uniquement des anesthésies locales, alors que celui de Bichat a majoritairement recours à l'anesthésie générale**. (cf. tableau ci-dessous). La disposition des locaux est également différente. Dans le centre de Broussais, les consultations, la salle d'intervention et les chambres d'hospitalisation de jour sont regroupées en un même lieu, tandis qu'au centre de Bichat, ils sont dispersés dans l'hôpital.

Leur situation géographique, l'un au sud de Paris, l'autre au nord, nous a également permis de diversifier la population de femmes interrogées.

Nous proposons ici un tableau récapitulatif de l'activité de ces deux centres d'orthogénie en 2008.

Tableau 4: nombres d'IVG effectuées dans les centres de Broussais et Bichat en 2008.

LIEU	BROUSSAIS	BICHAT
Total IVG chirurgicales	646	547
Total IVG chirurgicales Sous Anesthésie Générale	0	528
Total IVG chirurgicales Sous Anesthésie Locale	646	19
Total IVG médicamenteuses	633	187
Total IVG médicamenteuses en hospitalisation	599	103
Total IVG médicamenteuses à domicile	64	84
Total IVG	**1309**	**734**

2.4. LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude est une étude qualitative. Nos résultats sont marqués par la subjectivité des patientes. En effet, nous nous sommes appuyés sur les paroles des femmes interrogées et non sur des critères objectifs et quantifiables. Ceci constitue une première limite à notre étude.

D'autre part, nous n'avons pas évalué directement l'information qui était donnée mais la perception de l'information par les patientes. Il peut donc y avoir une différence entre ce qui a été dit par l'équipe et ce qui est retranscrit par les femmes lors des entretiens. Il s'ajoute un biais de mémorisation, puisque nous avons interrogé les patientes en post IVG.

Les patientes ont montré un niveau de compréhension différent pour une même question. Certaines ont pu occulter des éléments de réponse qui ne faisaient pas partie de la question ou qui n'étaient pas importants pour elles. Nous avons essayé de pallier ce biais en reformulant certaines questions ou en relançant la femme afin de lui faire préciser sa pensée.

Nous avons relevé des contradictions au sein d'un même entretien. Par exemple une femme peut juger l'information donnée complète au début de l'entretien puis nous dire qu'elle aurait aimé d'autres informations et une autre prise en charge. Ceci peut s'expliquer car certaines femmes n'osent pas donner leur avis complet au début de l'entretien probablement par peur de juger trop sévèrement le travail de l'équipe médicale. La répétition de certaines questions a donc permis de recueillir leur avis avec plus de justesse.

Notre expérience d'enquêteur à mener un entretien semi-dirigé est aussi une limite de notre étude. Les entretiens réalisés au début de l'étude sont moins ouverts pour laisser la parole à la patiente et suivent de manière plus stricte le guide d'entretien. Il est probable que nous ayons perdu quelques éléments de réponse au début de l'enquête. Nous avons compensé ce biais en augmentant le nombre d'entretiens réalisés jusqu'à obtenir un effet de saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que les mêmes éléments reviennent au cours des entretiens.

PARTIE III

3.1. LES ATTENTES DES FEMMES

3.1.1. L'INFORMATION

Au cours de nos entretiens, nous avons demandé aux patientes quelles étaient leurs attentes concernant l'information autour de l'IVG à leur arrivée au centre, avant l'IVG.

La majorité des femmes souhaitent que l'équipe médicale leur explique le déroulement de l'IVG, la méthode utilisée, ce qui va se passer dans leur corps. C'est le cas de Maud, 25 ans, enceinte pour la première fois. Elle nous répond: "*je suis arrivée à l'aveuglette, j'attendais qu'on s'occupe de moi. (...) mes attentes? Qu'on m'aide dans mes démarches et qu'on m'explique exactement comment ça se déroulait, ce que j'ai trouvé ici.* "

Parfois, les patientes attendent une information plus médicale. Paule, 31 ans, primigeste, attend : "*qu'on m'explique les différentes étapes. Les étapes techniques. Plus par rapport à l'intervention*"

Certaines patientes sont déjà informées, par leur expérience personnelle, par des amies, un parent, ou ont été sensibilisées à l'IVG à l'école. Nadia, 25 ans, s'estime bien informée grâce à l'éducation de ses parents "*j'étais déjà au courant des pratiques vu qu'avec mes parents, c'est un truc dont on parle assez ouvertement, donc je connaissais déjà les méthodes et tout, donc je n'ai pas eu de problème d'information*." Sophie est en terminale option sciences médico-sociales. Elle a été informée à l'occasion d'un travail pour l'école dont le thème était choisi par les élèves : "*on faisait des exposés dessus à l'école, donc je savais à quoi m'attendre*."

Pour Sandrine, 38 ans, c'est l'expérience qui prime. Mère de deux enfants, elle nous confie avec regret avoir eu recours 8 fois à l'IVG. "*J'ai fait une fausse couche avant la naissance de mon fils, donc quand même il y a 19 ans. Ensuite j'ai eu ma fille et entre… c'est très dur pour moi de dire ça, mais entre la naissance d'Ambre, en septembre 1999 et maintenant, j'ai eu 8 IVG, ce qui est un record. Je suis quelqu'un qui…. Je suis très féconde,*

et même avec la pilule du lendemain, il y a un pourcentage d'échecs, et je suis tombée dedans. (...) Là, j'étais moi-même informée, de par mon expérience ".

Quelques patientes n'ont **pas d'attente**. Catherine, 34 ans a choisi d'effectuer une IVG médicamenteuse à l'hôpital Broussais. En réponse à notre question, elle insiste sur l'accueil reçu au centre, plus que sur l'information qu'elle souhaitait avoir " *Je ne sais pas. En tous cas, ils sont très gentils les gens ici, on arrive, on est bien pris en charge, tout ça, ils sont souriants. Ça fait du bien. (...) moi, comme info, je n'en sais rien. Ils donnent toutes les infos, on n'a pas besoin de demander, ils sont là, ils nous donnent tout.*"

Samia, 38 ans, a déjà trois enfants. Elle n'a pas d'attente particulière concernant l'information autour de l'IVG " *je ne sais pas. Moi, j'étais bloquée, perdue parce que je ne savais pas quoi. Mais j'avais décidé de ne pas le garder.* "

Fatou, 22 ans, enceinte pour la première fois est arrivée au centre de Broussais en souhaitant une IVG médicamenteuse : *"mes attentes… je n'en avais pas spécialement, moi je savais ce que je voulais, je voulais savoir si c'était possible, voilà, on m'a répondu, ça m'a arrangé tout de suite*"

D'autres femmes, plus ambivalentes dans leur décision, attendent **plus qu'une information, mais un véritable accompagnement.** Marie, 42 ans, a eu deux IVG en 1997 et 1998. Nous l'avons rencontrée après une IVG par aspiration sous anesthésie locale au centre de Broussais. Elle nous répond "*ça dépend de quoi on parle parce que moi mon attente, elle était essentiellement un travail pour aboutir à la décision, sachant que j'étais vraiment très seule à ce moment là, et là, je dois dire que la disponibilité et le retour ont été vraiment excellents. Et en parallèle aussi, j'avais besoin de toutes les informations concrètes (...) mais l'ensemble de l'accompagnement s'est fait de manière à ce qu'il y ait une possibilité d'anticipation et de préparation mentale à ce qui allait se passer*."

Charlène estime que l'équipe du centre de Bichat a bien répondu à tous les besoins qu'elle avait concernant l'IVG, au-delà d'une simple information. "*Les personnes que j'ai rencontrées ont répondu à toutes les questions que j'ai posées, que ce soit des questions purement techniques, ou des questions liées à l'anesthésie ou à la problématique post IVG, les risques que cela peut engendrer, enfin toutes sortes de questions qui passent forcément par la tête de quelqu'un qui passe par ce processus, et qui ont été répondues de façon formidable, à tous les niveaux, que ce soit de façon médicale, humaine, psychologique.(...) J'ai été ravie de l'accompagnement global*."

Pour Leila, 29 ans, il s'agit de la deuxième IVG. Ses attentes concernent plus les **conséquences et les risques de l'IVG**. En effet, elle souhaite "*qu'on me prenne bien en charge, qu'on m'explique les risques. De savoir comment cela allait se passer, si j'allais avoir mal après, les conséquences, est ce que je pourrais encore avoir des enfants, est ce que cela va affecter mon système reproducteur, tout ça. Ça a été très bien fait, bien expliqué*."

3.1.2. LES AUTRES ATTENTES

D'un point de vue global, nous avons pu constater que **les femmes attendent plus qu'une information médicale. Elles attendent un accompagnement complet, une écoute, voire parfois une aide pour aboutir à leur décision,** ainsi que toutes les informations nécessaires pour choisir le mode d'IVG et comprendre les méthodes. Une IVG n'est jamais un événement anodin pour une femme. Au cours de nos entretiens, toutes les patientes nous ont parlé de moments difficiles, même lorsque la décision était dès le départ de ne pas garder la grossesse. Toutes les femmes interrogées, sans exception se considéraient comme enceintes et ont fait le choix de refuser cette grossesse. Notre population correspond à ce qui est décrit dans la littérature et développé dans notre première partie (cf. approches psychologiques). (22, 23)

Le moment de l'IVG peut s'avérer délicat lorsque la patiente a plusieurs attentes vis à vis de l'équipe médicale. Alexandra, 22 ans, primigeste, a eu recours à une aspiration sous anesthésie locale au centre de Broussais. Elle attendait un meilleur accompagnement durant l'intervention. "*Je ne me suis pas sentie… c'est des moments où on a envie que l'on fasse attention à vous, je ne l'ai pas ressenti comme ça. Le lieu, il est lugubre, austère, c'est froid, le lieu d'attente aussi, dans une pièce de quatre. Moi ça va, on était deux, mais quand on est quatre, je n'ose même pas imaginer, c'est-à-dire que tu es en face de quelqu'un d'autre. Peut être pas assez d'intimité. Le médecin que j'avais trouvé super à la consultation avant, là, je ne sais pas, elle m'a parue un peu… limite on ne me parlait pas! Elles font ça tous les matins. Donc pas méchantes, mais voilà. Alors que juste, c'était difficile à faire pour moi*". Pour Anna également, le moment de l'intervention a été différent de ce à quoi elle s'attendait. "*Enfin, moi je l'ai vécu comme ça, le jour de l'intervention, j'ai été marquée par le fait qu'il y avait 10 femmes qui venaient de se faire avorter dans la salle de réveil, c'était un peu l'usine mais je pense que dans tous les hôpitaux, c'est pareil, ça, on y peut rien.*"

D'autres patientes ont un vécu contraire : Christelle a réalisé son IVG par aspiration sous anesthésie locale au centre de Broussais. Elle témoigne : "*ça s'est vraiment bien déroulé quoi. C'était… enfin, je ne sais pas comment dire ça, mais c'était assez amusant parce que finalement, c'est un centre ici fait uniquement pour les IVG, parce que là, on était quand même tout un petit groupe de filles, le même jour, à prendre les mêmes pilules, et voilà, on s'est retrouvées exactement ensemble. Ça permet d'évacuer un peu aussi parce qu'on a pu discuter, enfin, il y avait un côté comique.*" De même pour Denise, "*j'ai été bien informée, bien accueillie, et surtout bien soutenue puisque j'étais toute seule et que je continue seule puisque personne, ni de mon entourage ni mon ami est au courant, j'ai eu un bon soutien et ça, c'est hyper important.*" Isabelle a eu une IVG par aspiration sous anesthésie générale à l'hôpital Bichat. "*Je me suis sentie… entourée et surtout pas remise en question, et ça j'ai apprécié.*"

3.2. LA PERCEPTION DES INFORMATIONS PAR LES FEMMES

3.2.1. L 'INFORMATION EN AMONT ET LE CHOIX DU LIEU DE L'IVG.

Nous pouvons distinguer deux types d'accès aux centres d'orthogénie (figure 1)

- Les **filières directes**, où il n'existe aucun interlocuteur entre la femme et le centre. Dans notre étude, 12 femmes ont eu recours à une filière directe et ont contacté directement le planning dans lequel l'IVG a eu lieu.
- Les **filières indirectes,** pour lesquelles il existe au moins un interlocuteur entre la femme et le centre d'orthogénie. Sur les 38 femmes de notre étude, 26 sont arrivées au centre par une filière indirecte. Parmi elles, 14 ont été orientées par leur gynécologue, 7 par leur généraliste, et 5 par d'autres centres de planification qui ne pratiquaient pas les IVG. (Figure 2)

Figure 1 : filière d'accès aux centres d'orthogénie

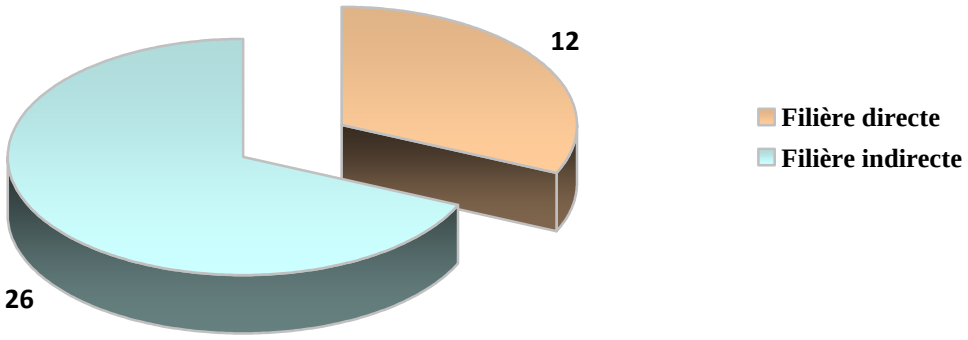
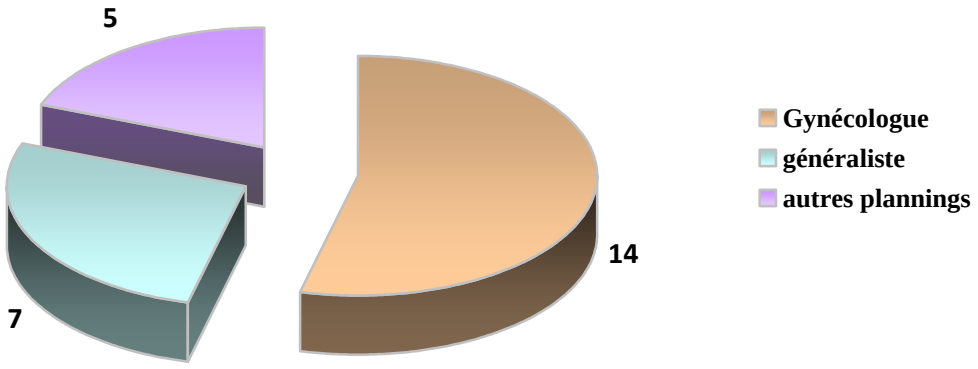


Figure 2 : interlocuteur rencontré lorsque la femme a suivi une filière indirecte



N. Bajos et son équipe de l'INSERM ont étudié les filières d'accès au système de soins à partir de deux études complémentaires, l'une quantitative, l'autre qualitative. (16) Il s'agit de l'enquête COCON (Cohorte contraception) (14) et de l'étude GINE (Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées) (20). Ces deux enquêtes mettent en évidence l'**importance du premier interlocuteur rencontré par la femme lors d'une demande d'IVG**, dont la réponse va conditionner la longueur des démarches pré-IVG. Sur ce point, le gynécologue est plus souvent associé à un accès direct vers le centre d'orthogénie que le médecin généraliste. Statistiquement, une femme sur trois ayant d'abord contacté un généraliste rencontre ensuite un gynécologue avant d'être orientée vers un centre d'orthogénie, ce qui augmente le délai de prise en charge. (16)

D'un point de vue global, les profils de femmes de notre étude ayant suivi une filière directe correspondent à ceux retrouvés dans la littérature. Nous avons constaté également un allongement des démarches lorsque la femme s'adresse en premier lieu à un généraliste.

Nous n'avons pas pu analyser notre échantillon par rapport à ces études. Notre objectif étant différent de ceux retrouvés dans la littérature, nous n'avons pas suffisamment de facteurs pour évaluer notre population de manière comparative. De plus, notre recherche étant qualitative, nous avons plus insisté sur la diversification de la population d'ensemble que sur sa représentativité, car comme le souligne Baudelot, "si la statistique incarne souvent la force du destin en sociologie (…), les minorités statistiques recèlent sous une forme concentrée des trésors de propriétés sociales qui informent davantage sur la structure du système, la logique de son fonctionnement… L'insignifiant statistique est sociologiquement significatif." (21)

3.2.1.1. Profil des femmes ayant eu recours à une filière directe:

Fatou, 22 ans est enceinte pour la première fois. Elle est venue directement au centre de Broussais : elle a appelé les centres d'orthogénie **au hasard** et a choisi Broussais "*parce qu'ils m'ont bien renseignée au téléphone.*" Emma, 21 ans est arrivée à l'hôpital Broussais pour une première grossesse. Elle a d'abord cherché les adresses des centres par internet. "*J'ai tapé centre IVG et c'est tout de suite arrivé. (…) J'ai trouvé que c'était rapide et clair, donc ça m'a permis de ne pas passer trop de temps là-dessus.*". Elle a choisi le centre de Broussais car elle a obtenu un rendez vous rapidement et parce que "*c'était en même temps loin et en même temps pas trop loin de chez moi. Loin, comme ça c'est sur que je ne rencontrerai personne que je connais, et pas trop loin, parce qu'en soi, j'habite à une demie heure de transport*."

D'autres femmes ont pris directement contact avec les centres car **elles connaissaient la procédure ou l'hôpital**. Nadia, 25 ans a déjà eu une IVG au centre de Broussais en 2002. Pour cette grossesse, elle a recontacté le centre directement. "*Je suis revenue à l'endroit que je connaissais.*" Pour Ségolène, 39 ans, venue à Broussais pour une deuxième IVG, c'est la réputation du centre qui a motivé son choix. "*De réputation. Broussais, je pense que c'est un des plus vieux centres qui pratique l'IVG.* " Samia, 38 ans, est venue à Bichat pour sa première IVG, "*parce que j'ai accouché de mes trois enfants ici, je savais qu'il y avait un service pour l'IVG.*"

Beaucoup de patientes ont privilégié le "**bouche à oreille**", ou ont suivi les indications d'amies ou de parents. Agathe, 19 ans, primigeste, est venue à l'hôpital Broussais "*parce que dans le quartier, tout le monde connaît*". Dora, 25 ans, a connu le centre de Bichat "*de bouche à oreille*". Pour Maud et Flore, ce sont les conseils d'amies qui ont déterminé le choix du centre : "*par une très bonne amie qui a vécu ça et qui m'a conseillé le planning familial ici.*"

3.2.1.2. Profil des femmes ayant eu recours à une filière indirecte

Norah a 19 ans. Elle a été adressée au centre de Bichat par son médecin traitant pour une première grossesse. Il ne lui a pas donné d'information autour de l'IVG. "*C'est mon docteur traitant qui m'a envoyée ici. (...) il m'a donné une lettre et c'est tout.*"

La majorité des patientes suivent les indications de leur médecin. Pour Nina, 31 ans, ce qui a motivé son arrivée au centre de Bichat, c'est "*la proximité, et mon médecin traitant, ça fait longtemps que je le connais, je lui fais confiance aussi. Il m'a dit que ce serait plus simple pour moi de m'adresser ici, ça me reviendrait moins cher qu'en ville, aussi. Donc voilà, je suis venue ici*." Léna a également fait confiance à son centre de soins : "*La réputation de mon centre de soins, je me dis qu'ils ne peuvent pas m'envoyer n'importe où, et je ne suis pas déçue, les médecins sont supers, voilà*."

Isabelle a connu le centre de Bichat par son **gynécologue de ville** et par internet. Elle a eu beaucoup de difficultés à trouver une place dans un centre ouvert pendant la période estivale. "*La période étant juillet-août, il n'y avait pas vraiment le choix et ça a été un peu le parcours du combattant pour trouver un endroit où pratiquer l'IVG. (...) J'ai appelé plusieurs centres. Beaucoup étaient fermés, tout ce qui était clinique privée euh...nécessitait de repasser par un rendez vous chez le gynéco etc....*". Elle s'est informée des pratiques par internet, et évalue ces informations comme assez fiables. "*Je me suis auto-informée sur internet aussi. (...) J'ai eu tendance à croire ce qui m'était donné sur des sources comme les hôpitaux de Paris ou ce genre de chose*." Sonia a rencontré les mêmes difficultés : "*c'était surtout la date parce qu'il n'y avait pas vraiment de docteur ce mois-ci vu que c'était les vacances, donc j'ai pris le plus rapide."*

Laetitia a choisi le centre de Broussais car **elle a obtenu un rendez vous rapidement**. A la question "qu'est ce qui a motivé le choix de ce centre?", elle répond : "*C'est tout bête, parce qu'il [mon gynéco] m'a donné plusieurs adresses de centres, et je devais partir à l'étranger début juillet. Il fallait que ce soit fait avant, c'était le seul centre qui pouvait me prendre avant.*"

Denise s'est d'abord adressée à sa gynécologue. Ce qui a motivé le choix du centre de Broussais pour elle, c'est **l'accueil et la proximité** de son domicile. "*Plus proche de chez moi et puis quand je suis venue, j'ai vu que l'accueil était assez "sympa" enfin, bien renseignée, bien accueillie*" Liliane a également privilégié la proximité "*comme il [son généraliste] m'avait donné deux adresses, j'ai choisi celui qui était le plus simple d'accès.*"

Certaines femmes sont **peu ou mal informées par le médecin** qu'elles vont consulter. Charlotte s'est adressée à son médecin traitant et nous confie "*En fait, il ne s'y connaissait pas beaucoup. Il m'a envoyé au centre de planning. J'ai rencontré la dame du centre de planning qui m'a envoyée au c'est quoi déjà? A Saint Ouen, je ne sais pas, chez un docteur pour mon échographie. Alors il lui a fait un courrier et je suis revenue pour lui montrer. Il m'a dit qu'il ne pouvait pas intervenir parce qu'il allait partir en vacances*". Au total, Charlotte est allée voir son médecin généraliste, puis un échographiste à Saint Ouen, le centre de Broussais, et enfin celui de Bichat. "*A Broussais, ils m'ont dit qu'ils ne prenaient plus personne parce qu'ils sont en train de fermer, ils m'ont donné l'adresse d'ici, je suis venue ici et j'ai rencontré la dame du planning*." Son médecin ne lui a pas délivré d'attestation de demande d'IVG, ce qui a contribué à compliquer ses démarches pour accéder à l'IVG.

Le parcours de Karine pour trouver un centre d'orthogénie a aussi été difficile. "*En fait, j'avais pris rendez-vous au centre de planification. J'ai rencontré un gynéco. Suite à l'examen, il a confirmé une grossesse et il m'a fait un mot pour que j'aille à l'hôpital de Lariboisière. Ils n'étaient pas dispo du tout, et vu que ma grossesse était beaucoup avancée, j'avais dépassé le processus des médicaments, donc il fallait un IVG; ils m'ont dit que mon dossier allait passer en commission, et ils m'ont orientée vers l'hôpital Kremlin. C'est l'hôpital Kremlin qui a appelé Bichat, et voilà, ils ont trouvé une place pour la date de l'intervention*."

Les patientes qui suivent une filière indirecte font confiance au premier interlocuteur qu'elles rencontrent et se laissent guider par ses conseils pour choisir le lieu de leur IVG. Aurore, par exemple, nous dit concernant le choix du centre de Broussais "*je ne l'ai pas choisi vraiment, c'est le planning familial qui m'a dit de venir ici, parce que je pense qu'ils sont en relation tous les deux.*". Leila également a suivi les conseils de sa gynécologue: "*Elle m'a orientée directement à Bichat parce qu'elle m'a dit que c'était bien fait et qu'il n'y avait pas de souci*." Comme Caroline, qui nous dit en parlant de sa gynécologue "*Elle m'a dit, tu vas à celui là et c'est tout*."

Nous avons pu constater au cours des entretiens que l'information était parfois peu objective. Le médecin d'Hélène par exemple l'a envoyée au centre de Broussais car "*il m'a dit que c'est là qu'il envoyait toutes ses patientes qui voulaient faire une IVG, qu'ils faisaient ça très bien, que c'était des femmes et donc qu'il y avait un meilleur contact avec la patiente. Donc voilà, j'ai dit ok.*"

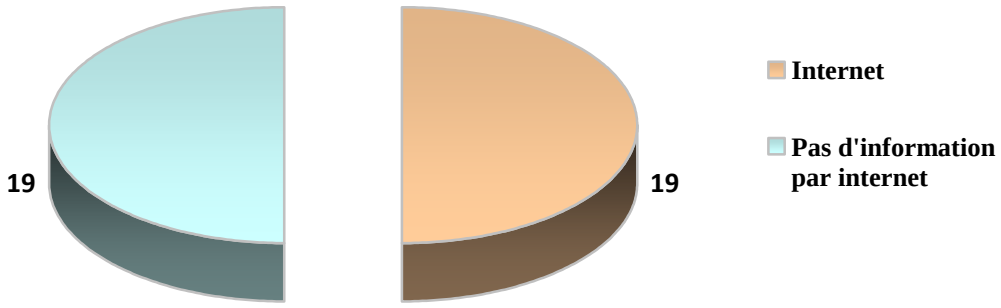
L'information donnée lors de la première consultation est primordiale pour l'orientation de la femme dans le système de soin. Le médecin peut faciliter ou au contraire entraver les démarches de la patiente. Il se doit de lui délivrer une information sur les techniques employées, leurs limites et leurs risques, d'après la loi de juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception (9, 18). **La première personne à accueillir une demande d'IVG va constituer, en fonction de sa réponse et de sa manière d'orienter la femme, le premier pilier nécessaire à la future élaboration du consentement éclairé de la patiente au sein du centre d'orthogénie, afin de choisir la méthode de l'IVG.**

3.2.1.3. Les sources d'informations décrites par les femmes

Beaucoup de patientes s'informent en premier lieu par Internet. Elles vont autant sur des sites d'informations généraux (site des hôpitaux de Paris, du gouvernement…) que sur des sites d'associations militantes ou des forums. Elles estiment en majorité que les informations trouvées sont fiables, mais elles préfèrent une information donnée par un médecin ou une personne compétente, adaptée à leur situation particulière. Sur les 38 femmes interrogées, 19 patientes ont eu recours à Internet comme autre source d'informations sur l'IVG, soit la moitié des patientes (figure 3).

Parmi les femmes qui n'ont pas cité internet, beaucoup connaissent des amies qui ont déjà réalisé une IVG, ou ont été renseignées par un médecin, et n'ont pas eu besoin de se tourner vers le web. Quelques unes n'ont tout simplement pas d'accès à ce moyen d'information.

Figure 3 : Information par le net



Catherine fait partie des patientes qui sont allées chercher l'information sur la toile. Elle nous dit à ce propos : "*aujourd'hui, dès qu'il y a un petit truc, on va sur le net (...) j'ai été sur le net avant de venir, avant d'appeler, mais avoir l'info en face à face, c'est plus convaincant que le net quoi, mais ça va, ça a été, ils m'ont bien informée*" Léna nous confie : "[l'information d'internet], *elle est réelle par rapport aux informations que j'ai eu parce que c'est des personnes qui ont déjà vécu ce que j'ai vécu, donc c'est réaliste, c'est une sorte de soutien, ça rassure, que ce qu'on va faire, enfin ce n'est pas banal, mais c'est sans crainte par rapport aux conséquences.*"

Comme la majorité des patientes qui ont eu recours à internet, Hélène préfère les informations données directement par le corps médical. "*Je dirais que je préfère les informations qu'on m'a données à l'oral, parce que déjà je ne sais pas, ça fait moins peur que ce qu'on lit sur internet.*" Fanny également : "*Je ne fais pas confiance à internet, je préfère voir vraiment un médecin.*"

L'information ainsi obtenue a plus ou moins d'impact en fonction des patientes, mais la majorité des femmes savent sélectionner ce qui est important pour elles. Elles distinguent très bien ce qui appartient à une personne en particulier des informations générales. Leila nous confie "*des fois, ça fait peur, parce qu'il y a du positif comme du négatif, il y a des gens qui ont eu de mauvaises expériences et qui les amplifient et des gens qui ont eu des bonnes expériences et qui les amplifient, donc du coup, on ne sait pas trop.*"

Pour quelques patientes, l'information trouvée sur internet influence le choix d'une méthode d'IVG. Denise a 30 ans. Nous l'avons rencontrée au centre de Broussais pour sa première IVG. Elle a beaucoup consulté des forums avant d'arriver au centre d'orthogénie. L'information qu'elle a lue a contribué à lui faire choisir une IVG par aspiration, bien qu'elle

ait été à un terme où les deux méthodes étaient possibles. "*La voie médicamenteuse, je n'ai pas voulu parce que enfin, ce n'était pas à faire, mais j'ai lu beaucoup sur des forums, sur des blogs et j'ai vu que cela ne se passait souvent pas très bien. (...)Donc, je n'ai pas trop voulu en savoir plus sur l'IVG médicamenteuse*"

3.2.1.4. Informations sur les centres d'orthogénie

Les patientes qui suivent une filière indirecte reçoivent une information globale sur les techniques par le médecin qu'elles rencontrent. Cette information est plus ou moins complète. **Aucune de ces patientes n'a été informée des pratiques des différents centres**, notamment des différents modes d'anesthésie possibles en fonction des centre d'orthogénie lors d'une aspiration.

Christelle s'est d'abord adressée à son médecin qui lui a donné une information globale autour de l'IVG. Elle a connu le centre de Broussais pas SOS IVG, numéro de téléphone de renseignements sur l'IVG. Elle a choisi ce centre car elle souhaitait une anesthésie locale. "*J'ai téléphoné à un service que j'ai trouvé sur internet qui s'appelle SOS IVG, elles m'ont donné le nom de trois hôpitaux et j'ai choisi celui-ci parce que l'on m'avait dit que s'il y avait nécessité de faire une aide par aspiration, ici, ils ne faisaient que des anesthésies locales, et que dans les autres, ils faisaient des anesthésies générales et je n'avais pas envie d'une anesthésie générale*."

Paule a 31 ans. Comme Christelle, elle a choisi le centre de Broussais par rapport à l'anesthésie locale : elle a connu la particularité du centre par hasard, en téléphonant. "*[La gynéco], elle m'avait expliqué les différentes possibilités, mais elle ne m'avait pas dit par exemple qu'à Broussais c'était une anesthésie locale, ça, je l'ai su en appelant ici*".

Pour certaines patientes, ce n'est parfois pas facile d'obtenir une information de la part du corps médical avant d'arriver dans un centre d'orthogénie. Anna nous fait part de ses difficultés avant d'arriver au centre de Bichat. "*J'ai été assez mal conseillée… enfin, j'ai eu du mal à obtenir des réponses, on m'a toujours dit, écoutez, on n'a pas beaucoup de temps en ce moment, on est débordé…*"

Parmi les patientes ayant suivi une filière directe, seule Sandrine connaissait réellement les pratiques des centres, de par son expérience, "*oui, je les connaissais parce que pour avoir accouché deux fois dans deux maternités différentes, pour avoir déjà eu des IVG, l'information c'est malheureusement ces expériences malencontreuses qui ont fait que, c'était en connaissance de cause.*" La majorité des patientes suivent le même chemin que Fanny. "*Je suis venue directement là, c'est après qu'on m'a expliqué comment ça allait se passer.*"

Sur les 38 femmes que nous avons interrogées, seules deux patientes se sont orientées dans le centre d'orthogénie en fonction d'une pratique spécifique du centre. Aucune des deux n'avait été informée par un médecin.

Nous pouvons donc ici valider notre première hypothèse : Le choix du lieu de l'IVG ne dépend pas d'un choix préalable à la méthode d'IVG.

3.2.2. L'INFORMATION DONNEE AU CENTRE D'ORTHOGENIE

Nous avons demandé aux patientes si l'information qui leur était donnée au centre d'orthogénie correspondait à ce qu'elles souhaitaient savoir. Sur les 38 femmes, 26 ont répondu positivement à la question et s'estiment satisfaites de l'information donnée. 3 femmes sont relativement satisfaites, 4 femmes ne savent pas (Ces femmes n'avaient pas d'attentes avant d'arriver au centre). Cinq patientes affirment que l'information ne correspondait pas à ce qu'elles souhaitaient savoir. (cf. figure 4)

Parmi les 38 femmes interrogées, 31 ont reçu une information écrite. Sur ces 31 femmes, 22 ont été aidées par le support écrit, sept ne l'ont pas lu et deux l'ont lu mais n'ont pas estimé avoir été aidées par l'écrit. Ceci est résumé dans la figure 5.

Figure 4 : Satisfaction des patientes concernant l'information donnée dans les centres d'orthogénie

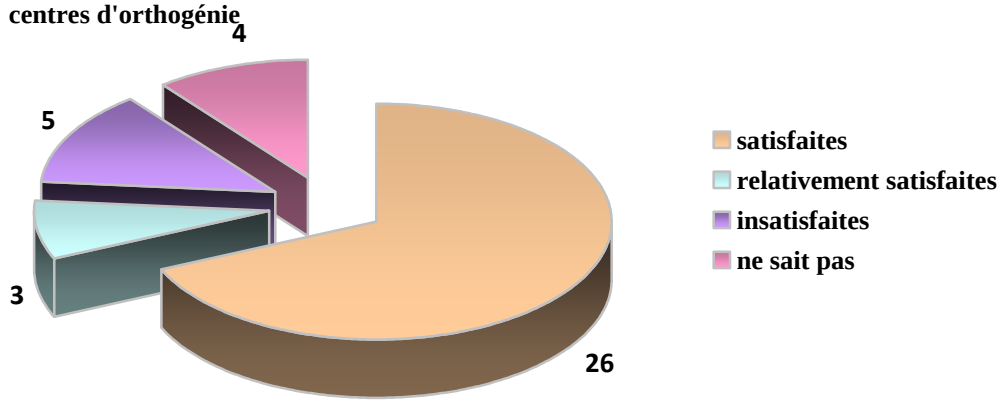
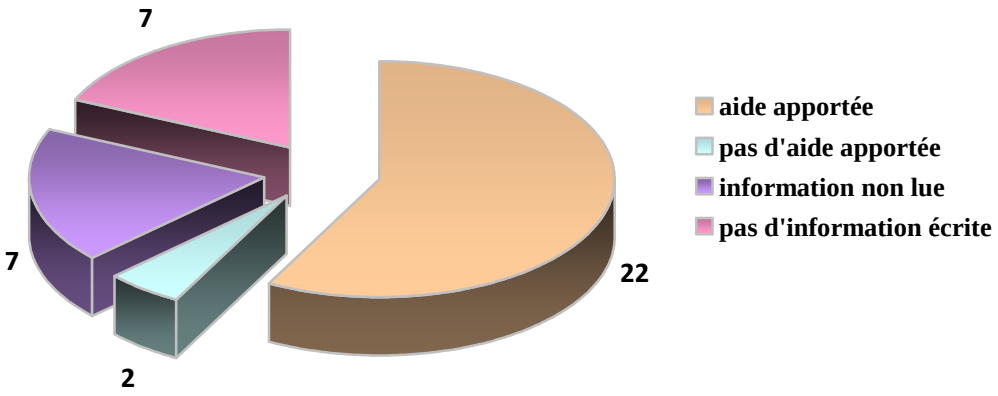


Figure 5 : Information écrite donnée dans les centres d'orthogénie



La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que des informations claires et précises soient apportées à la patiente sur la procédure et les possibilités de recours à l'anesthésie locale ou générale, ainsi que sur le temps de réflexion. Elle préconise la délivrance d'une information écrite en complémentarité de l'information orale donnée lors des consultations pré-IVG. (18). La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception demande également aux professionnels de délivrer une information écrite, sous forme d'un dossier-guide édité par la direction générale de la santé. Ce document est actualisé annuellement, et mentionne les dispositions législatives, ainsi que les modalités de prise en charge (méthode et anesthésie) et les adresses des différents établissements pratiquant l'IVG. (9) Ces informations peuvent être remises au centre d'orthogénie, ou par le premier interlocuteur que la patiente aura contacté (gynécologue ou médecin de ville).

3.2.2.1. Les femmes satisfaites de l'information

Solange a 38 ans. Nous l'avons rencontrée après sa première IVG à l'hôpital Bichat. Elle est très satisfaite de l'information dont elle a bénéficié et la juge très complète. "*Je pense que l'hôpital a satisfait une information très complète. C'est vrai que lorsque je suis allée voir un gynécologue… c'était très bref, et c'était limite un petit peu même brutal. Après, les personnes ont leur avis sur l'IVG. J'ai un peu l'impression qu'il y avait une tendance pour elle en tous cas, à ne pas apprécier cette intervention. Enfin, c'est un avis personnel, ce n'est peut être pas ce qu'elle pense*." Fatou est également très satisfaite des informations dont elle a bénéficié au centre de Broussais. "*Je suis satisfaite, franchement, je n'ai pas eu de souci en fait. Ils ont répondu à toutes mes questions, même, ils m'ont expliqué sans que je le demande*"

Charlène a beaucoup apprécié le fait d'avoir une information écrite en complément de celle donnée en consultations. "*On m'a donné des documentations internes à l'hôpital je pense, ou peut être du ministère de la santé, je n'en sais rien, sur qu'est ce que c'est qu'une IVG, qu'est ce que c'est que l'avant, le pendant, l'après, les méthodes, l'anesthésie liée à ça quand j'ai vu l'anesthésiste, donc oui, j'ai eu un certain nombre de documentation.(…) ça aide forcément, bon, on ne le lit pas sur le coup quand on est au rendez vous forcément, on le lit, on va dire, à tête reposée en décalé pour confirmer ce qu'on a déjà entendu en rendez vous, pour rassurer éventuellement les points sur lesquels on aurait éventuellement des doutes et voilà*". Pour elle, les informations l'ont beaucoup aidée lors du déroulement de l'IVG. "*Complètement, ça a été un accompagnement extraordinaire, enfin, vraiment, parce que c'est un sujet qu'on ne maîtrise pas, ce n'est pas un choix facile, justement d'avoir toutes ses informations concrètes, ça permet de mettre énormément de noms sur les choses, sur les étapes, de ce processus, et moi j'ai trouvé ça très important*"

3.2.2.2. Les femmes insatisfaites de l'information

Une minorité de patientes ont estimé n'être pas suffisamment informées. Sept patientes sur les 38 interrogées auraient souhaité avoir plus d'informations sur un point en particulier.

Sonia aurait voulu **plus d'informations sur la méthode et sur les suites opératoires**. Elle nous dit : "*j'aurais aimé qu'on m'explique un peu mieux ce qui se passe pendant l'opération. Parce que là, ça fait trois semaines que c'est passé, et j'attends encore qu'on m'explique ce qu'on m'a fait parce que je ne sais pas, je pense que c'est le problème que je reproche à cet hôpital, je préfère qu'on soit cru et qu'on me dise exactement les actes plutôt que de me laisser imaginer*" Elle ne s'estime pas non plus informée sur le mode d'anesthésie "*C'était la première fois que j'avais une anesthésie générale, et c'est quand même bizarre enfin… d'être endormie pendant peut-être une heure, une heure et demie et de ne pas savoir ce qu'il se passe*." Nous lui demandons si elle a eu recours à d'autres sources d'infos pour combler le manque d'information qu'elle décrit. Elle répond : "*ben le truc, c'est que c'est un peu des "on dit", rien n'est très clair. Enfin, moi je préfère entendre les choses par mon docteur. Rien que le fait de ne pas savoir si ça va jouer sur ma… enfin, si je vais devenir stérile à cause de ça, enfin, ne pas avoir les choses claires, ben c'est un peu… pour moi, je n'ai pas vraiment eu d'informations"* Elle aurait souhaité des informations *"surtout sur l'acte et sur les effets après*". Elle aurait également aimé rencontrer une psychologue "*euh… plus une psychologue, je pense que ça aurait été bien, enfin, c'est fait. (…) Le problème, c'est que*

ça a duré longtemps, j'étais presque enceinte de deux mois et demi donc euh… j'avais quelque chose avec moi, et du jour au lendemain je ne l'avais plus, enfin, c'était un peu bizarre. "

Leila regrette de ne pas avoir eu plus **d'informations pratiques sur l'intervention**. Elle aurait aimé "*qu'on me dise vraiment comment cela se passe. Vraiment, vraiment comment ça se passe. On m'a dit par aspiration, mais c'est tout ce que je sais. Je ne sais pas si on a introduit quelque chose en moi, comment ça…. ça, je ne sais pas.* ". Elle ajoute qu'elle aurait souhaité un entretien avec un autre intervenant "*quelqu'un à qui parler, une conseillère conjugale, une psychologue.*"

Aurore estime qu'elle n'a pas eu assez **d'informations sur la période post opératoire**. "*Par contre, ce que je regrette, c'est que je n'ai pas assez eu d'infos sur les douleurs post opératoires, savoir si c'est normal, si ce n'est pas normal… J'avoue que j'aurai aimé avoir un entretien après l'opération pour m'expliquer : telle douleur, c'est normal parce qu'il y a ça qui se passe…telle douleur, ce n'est pas normal parce qu'il y a ça qui se passe (…) Si j'avais été prévenue, je ne me serai peut être pas autant inquiétée tout simplement"* Elle poursuit : *"j'aurai aimé avoir plus d'informations complémentaires d'un point de vue médical, d'un point de vue psychologique aussi, parce que ce n'est pas évident psychologiquement, donc oui, ça j'aurai aimé*". Elle a eu un entretien avec la conseillère conjugale, mais cet entretien n'a probablement pas eu lieu au bon moment par rapport à sa démarche. "*Je ne l'ai pas bien perçu moi, cet entretien. Je ne l'ai pas bien perçu, je n'avais pas compris, vraiment. Donc, elle m'a expliqué un petit peu pourquoi elle était là, pour m'aider, mais je n'ai pas saisi sur le moment, donc c'est vrai que je n'avais pas bien compris, mais bon, ça s'est bien passé.* "

Carole aurait également souhaité plus d'infos post opératoires. "*Je pense que les médecins devraient plus euh… en fait, nous dire ce qu'il va se passer après l'intervention. Au niveau de notre corps, voilà, parce que je me suis sentie pleine de… petits trucs, voilà. Sinon, ça va, l'information, elle est complète, on est bien, on est bien suivie, la prise en charge est bien faite, mais il faut plus d'informations post opératoires en fait, qui devraient complémenter les informations avant l'intervention.*"

3.2.2.3. L'importance de l'information et rôle des soignants

Marie, 42 ans, a eu deux IVG en 1997 et 1998. Les informations l'ont beaucoup aidée. Nous l'avons rencontrée après une IVG par aspiration sous anesthésie locale. Elle nous fait part de son ressenti sur son IVG. *"L'ensemble de l'accompagnement s'est fait de manière à ce qu'il y ait une possibilité d'anticipation et de préparation mentale à ce qui allait se passer*."

Nina nous parle également d'anticipation grâce à l'information dont elle a bénéficié à l'hôpital Bichat. "*Ça m'a aidée à anticiper. C'est vrai que moi, mon IVG a été très douloureuse, j'ai vraiment eu très mal, mais en même temps, je savais que j'aurai mal. Voilà, on m'a informée là-dessus, c'était une de mes peurs, je l'ai anticipée, et cela n'a pas été une surprise quoi*."

Liliane a eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale au centre de Broussais. Elle la compare à une IVG antérieure. "*On m'a donné les informations dont j'avais besoin. Enfin, ici, vraiment l'information nickel, on vous explique, on prend le temps de vous écouter. Mais ici c'est bien fait. La fois précédente, je l'avais fait par voie médicamenteuse puisque je m'y étais prise très tôt, et je ne sais pas, le médecin il me recevait, il faisait juste l'examen, prenez ça, au revoir. Mais rien concrètement, ce qui allait se passer dans mon corps, comment on allait procéder. En fait, j'arrivais à chaque fois avec un rendez vous sans savoir ce que je venais faire, donc là vraiment c'était affreux*."

Ces témoignages prouvent **l'importance de l'information** pour la prise en charge des patientes. Les résultats de notre étude montrent également la **nécessité d'instaurer une relation de confiance** afin de transmettre les informations nécessaires d'une part, et d'assurer un accompagnement complet d'autre part. Ceci correspond à ce que nous avons trouvé dans la littérature : la confiance et le respect sont les bases indispensables dans la relation soignant-soigné, nécessaires à la délivrance d'une information et au recueil d'un consentement éclairé. (28, 29).

L'information doit être adaptée à chaque patiente : nous l'avons vu au chapitre précédent, plusieurs patientes estiment ne pas avoir eu assez d'informations sur le déroulement de l'intervention lors d'une IVG par aspiration sous anesthésie générale. Or, pour Anna, c'est exactement le contraire : "*J'ai rencontré le médecin gynécologue du service. (...) il a voulu entrer dans les détails, je n'ai pas voulu savoir (...) c'est de moi-même que j'ai refusé qu'on rentre dans les détails, mais après, c'est personnel*". Liliane est du même avis : "*après je pense que des fois, il ne faut peut être pas trop en savoir*". Fanny pense qu'elle a eu trop d'informations, mais préfère être prévenue. " *Je trouve qu'on m'a donné beaucoup*

d'informations, qu'on m'a beaucoup prévenue(...) j'ai eu de la chance parce que je n'ai rien eu(...), en fait, je me disais, comment cela se fait que je n'aie rien?" Elle ne pense pas avoir reçu trop d'informations. *"C'est bien, ils préviennent au contraire*"

Le personnel soignant doit donc savoir anticiper les besoins des femmes au sujet de l'information et adapter ses propos à chaque patiente. Ces résultats vont dans le même sens que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui stipule que l'information doit être claire, loyale et intelligible pour les patients. (26, 27, 28)

Pour l'équipe médicale, cela peut être une difficulté : faut-il tout donner comme information? Comment délivrer l'information de manière compréhensible pour chaque femme?

Un autre témoignage marquant de notre étude est celui d'Awa. Nous l'avons rencontrée à l'hôpital Bichat, deux semaines après une IVG chirurgicale sous anesthésie générale. Lorsque nous lui demandons si elle aurait souhaité avoir plus d'informations sur l'IVG, elle répond "*J'aimerais bien, oui. (...) par exemple, la période où on ne peut pas faire l'IVG. C'est à partir de combien de semaines, et pourquoi on ne peut pas la faire.*" Nous lui expliquons les délais et la loi française, puis nous l'interrogeons sur les informations qu'on lui a données sur l'IVG. Elle nous dit : "*parce que j'ai fait une consultation avant l'IVG. Et en fait, j'avais vraiment peur, je pensais que c'était une opération grave, l'ouverture du ventre, je ne sais pas, quelque chose comme ça. Ce qu'ils m'ont dit, c'est que c'était 14 semaines pour faire l'IVG, et pour l'anesthésie générale, ils m'ont dit comment cela se passe, ça ne se passe pas avec une piqûre au dos, parce que moi, j'ai fait la péridurale à l'accouchement, j'ai pensé que ça serait la même chose pour l'anesthésie générale, donc ce n'était pas la même chose, c'était par la perfusion, voilà. Ils m'ont dit, ça se passe maximum 10 à 15 minutes, vous ne sentez rien ne vous inquiétez pas, et ils m'ont dit qu'il n'y avait pas de douleur, 80% il n'y a pas de douleur après l'opération. Et c'est ce qui m'a vraiment étonnée, je suis sortie le même jour. Je m'étais dit que je serai hospitalisée trois ou quatre jours, je ne savais pas comment cela se passait.* " Elle a donc eu toutes les informations. Elle est capable de nous les répéter, mais elle ne les a pas comprises. Elle parle du délai de 14 semaines pour faire l'IVG, mais n'a pas intégré à quoi cela correspondait réellement, d'où sa question sur la période où on ne peut pas faire l'IVG. C'est également le cas pour deux autres patientes. **Notre étude nous montre ici une autre difficulté pour les soignants, celle de donner une information claire, intelligible et compréhensible pour chaque femme.**

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception précise qu'aucun soignant n'est tenu de pratiquer une IVG. En revanche, le médecin qui reçoit une femme pour une demande d'IVG est dans l'obligation, dès la première consultation de lui communiquer les noms des praticiens la pratiquant et de l'informer sur les méthodes médicales et chirurgicales pour effectuer l'IVG, leurs risques et leurs effets potentiels. (9) Les soignants ne doivent pas faire part de leurs opinions sur l'IVG à la patiente. Cette obligation déontologique n'est pas toujours respectée. Par exemple, Anna a rencontré une infirmière au département d'anesthésie de l'hôpital Bichat : "*Elle m'a fait une morale pas possible… (…) Au service d'anesthésie. C'est elle qui faisait les prises de sang et l'électrocardiogramme, elle m'a dit, oui, c'est terrible ce que vous faites, il a déjà des mains, vous ne vous rendez pas compte, les conséquences que ça a ensuite pour avoir un enfan*t"

3.3. L'AUTONOMIE DES FEMMES DANS LEURS CHOIX

3.3.1. RESULTATS GENERAUX

Les recommandations de la HAS indiquent que "dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale." La HAS insiste : "le choix du type d'anesthésie revient à la patiente" (18). D'après notre étude, ces recommandations sont relativement bien suivies en ce qui concerne la méthode, dans les cas où cela est réalisable. Pour le choix du mode d'anesthésie, il apparaît que les patientes ne s'estiment pas suffisamment informées des possibilités de recours à une autre anesthésie, même si cela entraîne un changement de centre d'orthogénie.

3.3.1.1. Information et choix de la méthode

Sur les 21 patientes interrogées au centre de Broussais, 16 estiment que l'information qu'elles ont reçue est complète pour choisir la méthode de l'IVG. Pour deux femmes, elle est relativement complète. Trois patientes ont estimé que l'information n'était pas complète.

Sur les 17 entretiens menés à l'hôpital Bichat, sept patientes ont jugé l'information complète pour leur permettre de choisir la méthode de l'IVG. Parmi elles, deux ont eu une IVG médicamenteuse, et cinq ont réalisé une IVG par aspiration mais étaient à un délai qui leur permettait de choisir la technique médicamenteuse. Une patiente a estimé ne pas avoir

reçu d'information. Les neuf autres femmes n'ont pas eu le choix de la méthode car elles avaient dépassé les délais pour effectuer une IVG par voie médicamenteuse.

Au total, 23 patientes estiment que l'information est exhaustive pour leur permettre de choisir la méthode de l'IVG. 11 femmes trouvent cette information relativement complète, et quatre la jugent insuffisante.

Le tableau 5 récapitule ces principaux résultats en fonction des centres. Cependant, la population n'étant pas équitablement répartie entre les deux centres concernant la méthode employée, nous ne pouvons pas comparer ces centres de manière linéaire dans le tableau. Le fait qu'il y ait plus de patientes qui jugent l'information complète au centre de Broussais n'est donc pas significatif. De plus, l'analyse qualitative rend difficile le classement des femmes en catégories strictes. Ces résultats sont à nuancer en fonction du profil des femmes.

Nous pouvons partiellement valider notre deuxième hypothèse : les patientes estiment que les informations reçues correspondent à leurs attentes afin de choisir de façon autonome la méthode d'IVG. Cependant, notre hypothèse n'est que partiellement validée car 15 patientes sur les 38 interrogées jugent l'information insuffisante ou n'ont pas pu choisir la méthode, ce qui reste un nombre élevé.

Tableau 5 : point de vue des patientes concernant l'information et le choix de la méthode de l'IVG

Point de vue des femmes	Centre de Broussais	Centre de Bichat	Total
Information complète	16	7	**23**
Relativement complète	2	11	**11**
insuffisante	3	1	**4**
Nombre de femmes interrogées	**21**	**17**	**38**

3.3.1.2. Information et choix du mode d'anesthésie

Sur les 21 patientes interrogées au centre de Broussais, sept estiment que l'information qu'elles ont reçue sur les différents modes d'anesthésie est complète. Quatre patientes ont jugé cette information incomplète pour pouvoir choisir. Il est à noter que trois patientes savaient qu'elles pouvaient avoir recours à une anesthésie générale en changeant de centre. Sept femmes n'ont pas reçu d'information sur l'anesthésie, car elles avaient opté pour la technique médicamenteuse.

Concernant le centre de Bichat, sur les 17 entretiens menés, cinq patientes ont jugé l'information complète pour leur permettre de choisir le mode d'anesthésie. Une patiente n'a pas reçu d'information sur l'anesthésie car elle avait choisi de réaliser la technique médicamenteuse, et 11 femmes ont estimé ne pas avoir eu le choix de l'anesthésie, alors que certaines auraient préféré une anesthésie locale.

Au total, sur les 38 entretiens, 12 femmes estiment que l'information sur les différents modes d'anesthésie est complète, neuf n'ont pas reçu d'information (technique médicamenteuse), et 15 ont jugé cette information insuffisante. Ces dernières affirment ne pas avoir eu le choix de l'anesthésie. Le tableau 6 récapitule ces principaux résultats. Ces résultats sont à nuancer en fonction des profils des femmes décrits dans le paragraphe suivant.

Notre troisième hypothèse est donc infirmée. Les patientes jugent l'information insuffisante pour choisir de façon autonome le mode d'anesthésie.

Tableau 6 : point de vue des patientes concernant l'information au sujet des modes d'anesthésie possibles.

Point de vue des femmes	Centre de Broussais	Centre de Bichat	Total
Complète	7	5	**12**
Pas d'information (IVG par voie médicamenteuse)	7	2	**9**
insuffisante	4	11	**15**
Nombre de femmes interrogées	**21**	**17**	**38**

3.3.2. PROFIL DES FEMMES DE NOTRE ETUDE

A partir de ces résultats, nous avons pu dresser **des profils de femmes en fonction de leur autonomie dans le choix de la méthode et du mode d'anesthésie** et les classer en trois groupes.

Le premier groupe est constitué de femmes autonomes dans leur choix pour lesquelles nous pouvons réellement parler de consentement éclairé. Dans le deuxième groupe, les femmes sont plus dépendantes de l'avis du corps médical et suivent les conseils et directions préconisées par les soignants qu'elles rencontrent. Le dernier groupe est constitué de patientes qui n'ont pas choisi la méthode ou le mode d'anesthésie, souvent pour des causes matérielles.

3.3.2.1. Les femmes autonomes dans leur choix

Le groupe des "femmes autonomes" comporte des patientes qui ont choisi elles-mêmes la méthode de l'IVG ou le mode d'anesthésie associé à la technique chirurgicale en fonction de l'information dont elles ont bénéficié. Pour faire partie de ce groupe, les femmes doivent avoir montré au moins un critère d'autonomie, sur le choix de la méthode ou sur celui du mode d'anesthésie au cours de leur témoignage. Cette catégorie de femmes entre totalement dans ce qui est préconisé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elles ont donné un **consentement libre et éclairé et ont choisi la manière d'effectuer leur IVG**. Elles ont participé à la démarche médicale et ont été actrices des décisions les concernant.

Nous avons identifié 16 femmes appartenant à ce groupe dans le centre de Broussais et sept dans celui de Bichat. Cette différence s'explique par la répartition hétérogène de la population sur les deux centres. Il y a moins d'IVG médicamenteuses à Bichat, les patientes de ce centre n'ont donc pour la plupart pas eu le choix de la méthode à cause des délais. Au total, sur les 38 patientes interrogées, 23 ont choisi la méthode de leur IVG, soit plus de la moitié des femmes.

Christelle et Paule ont été autonomes dès le début de leurs démarches. Elles sont arrivées spécifiquement dans le centre de Broussais pour la possibilité d'anesthésie locale qu'il offre en cas d'aspiration.

Emma a fait preuve **d'indépendance vis-à-vis de l'avis de l'équipe médicale** du centre de Broussais en choisissant la méthode médicamenteuse : "*on m'a dit que la méthode que j'ai choisie c'était la plus douloureuse mais c'était la voie médicamenteuse donc c'était*

celle que je voulais, enfin je préférais parce qu'une opération, ça me mettait un peu mal à l'aise."

Solange a eu recours à une aspiration sous anesthésie générale à l'hôpital Bichat. Elle se trouvait à un **terme qui lui permettait de choisir entre les deux méthodes**. Elle explique: "*la pratique médicamenteuse était pour moi quelque chose d'inconnu et un peu… pas douteuse, mais je n'avais pas confiance en ça, et puis, c'est vrai que de se retrouver un peu seule à affronter tout ça, ce n'est surement pas simple donc… même si la pratique chirurgicale est un peu effrayante, avec une anesthésie générale, j'ai opté pour ça, j'étais déterminée*." Samia est du même avis. "*On m'a expliqué. On m'a dit qu'il y avait les médicaments, et locale ou générale. J'étais pour locale parce qu'avec les médicaments je me suis dit que cela ne marcherait peut être pas. Alors j'ai choisi la locale, et comme il n'y avait pas j'ai choisi générale*."

Leila se trouvait également à un terme où le choix était possible. Elle a choisi une aspiration car elle souhaitait avoir plus de temps pour réfléchir. "*J'ai choisi par aspiration parce que je n'étais pas sure de vouloir le garder, donc je voulais un peu plus de temps pour pouvoir réfléchir. (…) c'est moi qui ai préféré attendre pour pouvoir bien réfléchir et prendre par aspiration.*"

Concernant le mode d'anesthésie, peu de patientes ont été informées du choix possible entre une anesthésie locale et une anesthésie générale. Seules trois femmes sur les 38 patientes de notre étude étaient **conscientes qu'elles pouvaient avoir le choix de l'anesthésie** en allant dans un autre centre. Ségolène nous dit : "*à partir du moment où on disait que c'était locale ici, si je voulais faire une anesthésie générale, c'était ailleurs*." Liliane analyse la situation : "*dans le sens où ici, ils ne font pas en anesthésie générale, j'ai l'impression qu'on a pas vraiment le choix. En fait, ce n'est pas un problème d'information, ils me l'ont dit "nous, on ne fait pas en anesthésie générale, on me l'a dit directement donc j'étais informée.*"

D'autres patientes n'ont pas eu le choix de la méthode et du mode d'anesthésie pour des raisons matérielles, mais **le hasard a fait que la méthode proposée par le centre correspondait à ce qu'elles auraient souhaité**. Nous les avons donc également classées dans le groupe des femmes autonomes, bien que cette autonomie soit plus limitée. C'est le cas d'Hélène pour le mode d'anesthésie, "*on m'a dit qu'ici c'était une anesthésie locale, et de toute façon, c'est celle que j'aurai prise, même si j'avais eu le choix.*". Pour Isabelle aussi : "*ça tombait bien, ça correspondait à ce qu'on allait me faire, donc tant mieux. Je ne préférais pas avoir de souvenir, de toute façon, même si c'était une anesthésie totale… ça durait pas très*

longtemps parce que j'ai calculé que j'ai été endormie une demie heure. (...) Je pense que moralement, une IVG où j'étais endormie complètement me satisfaisait de toute façon mieux." Marie est également satisfaite de l'anesthésie locale. "*C'est-à-dire que mes deux précédentes IVG avaient été sous anesthésie générale. Là, j'ai su tout de suite que ce serait* [une anesthésie] *locale mais je n'avais pas forcément appréhendé ce que cela voulait dire. (...) Je ne savais pas qu'on pouvait choisir. Cela dit, j'ai trouvé ça très dur mais en même temps extrêmement fort, ça m'a fait vraiment être en conscience dans ce que j'étais en train de faire, et réaliser. Ça m'a fait un grand pas en fait, d'être consciente, donc voilà, je ne le regrette pas un gramme, mais les fois précédentes, comme c'était sous anesthésie générale, je n'ai rien senti alors que là, c'était vraiment douloureux et fort.*"

3.3.2.2. Les femmes dépendantes de l'avis du corps médical

Au cours de notre étude, nous avons pu constater que les femmes avaient tendance à se laisser guider par l'avis des équipes. **Les soignants doivent alors se méfier de ne pas adopter une attitude paternaliste qui serait éthiquement critiquable.**

Anna nous explique son choix de l'anesthésie, en fonction des paroles du personnel qu'elle a rencontré : "*on m'a dit que en général, les femmes qui n'avaient jamais eu de grossesse étaient très stressées, donc on privilégiait l'anesthésie générale. Donc moi, j'ai choisi celle là aussi, puis on me l'a fortement conseillée quoi*" et nous répète "*on m'a clairement conseillée que c'était beaucoup mieux de faire l'anesthésie générale.*" Son témoignage montre qu'elle n'a pas choisi de manière autonome l'anesthésie générale mais qu'elle s'est laissé guider par les conseils qu'elle a reçus au centre d'orthogénie. C'est également le cas de Fanny : "*la dame m'a dit que c'était mieux pour moi que je fasse l'anesthésie générale étant donné que je ne pouvais pas avoir quelqu'un près de moi et que par cachet, on perd du sang, tout ça et on m'a dit aussi que si je le faisais pas anesthésie, c'était un jour, on m'enlevait le bébé, après, il n'y avait plus rien, donc, c'était plus sur aussi. (...) elle m'a bien expliqué en fait, et du coup, c'est moi qui ait choisi l'anesthésie (...) Je pensais qu'il n'y avait que générale en fait, je ne pensais pas qu'il y avait locale"*

Les femmes appartenant à ce groupe ont l'impression d'avoir eu le choix. Mais quelle est la part de liberté et d'autonomie laissée aux patientes lorsque l'avis d'un soignant est trop présent?

Les conditions qui poussent un individu à choisir sont complexes. Le choix est effectué en fonction de l'histoire personnelle, de l'expérience, des contraintes sociales,

culturelles et économiques auxquelles la femme doit faire face. (28) Les facteurs qui conditionnent le consentement à la réalisation d'une technique ou d'un mode d'anesthésie sont multiples et difficiles à appréhender. Ainsi, nous ne pouvons pas, en tant que soignant, prétendre connaître ce qui est mieux pour une femme et la conseiller en fonction de ce que l'on pense bien pour elle, même avec bienveillance.

3.3.2.3. Les femmes qui n'ont pas eu le choix

Nous avons classé dans ce groupe les femmes qui n'avaient pas pu choisir la méthode, le plus souvent pour des raisons matérielles. Ces femmes présentaient l'aspiration comme une technique à laquelle elles étaient contraintes de recourir à cause du terme trop avancé de leur grossesse. Les femmes qui estiment ne pas avoir choisi le mode d'anesthésie font également partie de ce groupe, ainsi que celles qui pensent ne pas avoir reçu une information suffisante.

Pour Delphine, elle n'a pas eu le choix à cause d'un problème d'information. Elle a eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale après un échec de la voie médicamenteuse. Elle nous dit que si elle avait été informée sur l'aspiration, elle n'aurait pas choisi cette technique. "*En fait, on ne m'a pas bien expliqué. Je croyais que ça allait être comme par les médicaments, je ne savais pas qu'il y avait tout ça, que j'allais avoir mal, avoir des piqûres… Si j'avais su ça, j'aurai tenté encore, parce qu'en fait, on m'avait proposé de reprendre des médicaments, mais que ce n'était pas sur que ça aller marcher vu que ça n'avait par marché la première fois, et donc on m'a conseillé de faire l'autre méthode pour être vraiment sûr qu'il ne reste plus rien.*" Elle n'a pas été informée sur les différents modes d'anesthésie. "*On m'a juste dit que ça allait être une anesthésie locale.* (…) *J'aurai voulu que ce soit générale si possible, que je ne sente rien du tout et que je me réveille.*"

Alexandra a eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale. Elle nous dit : "*je pensais pouvoir le faire de façon médicamenteuse et je savais qu'ils le faisaient ici. Je ne pensais pas en venir à l'intervention. (…) quand vous dites le choix dans les interventions, je n'ai pas eu le choix, puisque c'était trop tard pour la médicamenteuse."* C'est aussi le cas de Carole, "*J'ai découvert ma grossesse tard, je ne pouvais plus faire… en fait, il* [mon gynécologue] *m'avait parlé d'une IVG médicamenteuse mais je ne pouvais plus la faire, donc il fallait forcément passer par l'aspiration*". Elle a eu les informations sur les deux modes d'anesthésie "*sur les brochures*", mais ne savait pas que l'on pouvait faire une anesthésie locale pour l'IVG.

Samia parle de choix d'anesthésie mais nous dit : " *Alors j'ai choisi la locale, et comme il n'y avait pas j'ai choisi générale*." Comme Denise, qui estime ne pas avoir eu le choix de

l'anesthésie : "*de toute façon, je n'ai pas eu le choix parce qu'ici ce ne sont que des anesthésies locales.*"

Karine et Sabine n'ont choisi ni la méthode, ni le mode d'anesthésie. Karine nous explique : "*La grossesse était beaucoup avancée, j'avais dépassé le processus des médicaments donc il fallait une IVG.* (…) *il y avait deux cases à cocher entre une anesthésie locale et une anesthésie générale. Mais ils m'ont fait une anesthésie générale c'est-à-dire endormie complètement*" et Sabine "*dans mon cas, je ne pouvais plus choisir la méthode".* (…) *on m'a fait l'anesthésie générale*"

3.4. PROPOSITIONS

La problématique du choix de la méthode d'IVG et du mode d'anesthésie par les femmes est complexe. Sa résolution s'étend bien au-delà d'un simple problème d'information. En 1999, le rapport du professeur Nisand indiquait : "il semble que le choix de la technique utilisée soit déterminé par la pratique des centres d'IVG, avec peu de possibilités de choix pour les femmes." (8) Dix ans plus tard, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) montre que la situation ne s'est pas améliorée, malgré la diffusion de la méthode médicamenteuse venue étendre les possibilités de réalisation de l'IVG. L'IGAS met en évidence que les taux de recours aux diverses méthodes sont très différents en fonction des centres d'orthogénie. Cette variation semble plus liée à un choix organisationnel et aux installations des établissements hospitaliers qu'à un véritable choix des patientes. La formation et l'orientation des équipes jouent également un rôle dans la disparité des méthodes utilisées en fonction des centres d'orthogénies. Cependant, peu d'études ont questionné les femmes sur leur appréciation des différentes techniques utilisables. (30)

Les résultats de notre travail de recherche vont dans le sens de ces constatations. Les femmes s'estiment relativement autonomes dans le choix de la méthode, lorsque celui-ci est possible. En revanche, elles se disent peu informées sur les différents modes d'anesthésie et jugent ne pas avoir le choix de l'anesthésie.

Peu d'établissements proposent un accès à toutes les méthodes et aux modes d'anesthésie possibles pour réaliser l'IVG (30). Nous avons pu constater au cours de notre étude que les femmes n'étaient pas informées sur les pratiques inhérentes aux différents

centres. Or, une fois prise en charge dans une structure, les patientes s'adaptent en majorité à l'offre de soins proposée et renoncent à leurs préférences. C'est le cas du mode d'anesthésie.

L'orientation des femmes dans un centre d'orthogénie est donc indispensable pour que les patientes puissent décider de la méthode et du mode d'anesthésie. Elle passe par une meilleure diffusion de l'information en amont, notamment sur les techniques possibles, afin que la femme se dirige dans une structure avec une idée de choix sur la manière de réaliser l'IVG. Cette information peut être donnée par le premier interlocuteur rencontré en ville lorsque la patiente ne se rend pas directement dans un centre d'orthogénie. Une meilleure formation des médecins généralistes et des gynécologues de ville serait une voie pour favoriser l'autonomie des femmes dans leurs choix. Cette formation pourrait être mise en place au sein des études médicales, car tous les médecins généralistes ou gynécologues seront confrontés à la question de l'IVG au cours de leur pratique, même s'ils ne réalisent pas directement des IVG. En effet, il semble que l'enseignement aborde l'IVG essentiellement sous l'angle des complications et de la pathologie et ne prépare pas suffisamment à l'accueil et l'orientation des patientes. (30) En formation continue, cette proposition n'est réalisable qu'avec l'adhésion des professionnels de ville. Cependant, la problématique n'est pas aussi simple car nous ne pouvons réduire les difficultés de prise en charge uniquement au seul manque d'information des professionnels concernés, leurs pratiques renvoyant aussi à leurs représentations dans le domaine de l'IVG.

Le problème de la visibilité de l'offre du système de soins et de la formation des professionnels a été soulevé par N. BAJOS et ses collaborateurs (16), et est repris dans le rapport de l'IGAS (30).

Le choix de la méthode est avant tout conditionné par le terme de la grossesse. En effet, lorsque la grossesse est trop avancée, les patientes sont contraintes d'avoir recours à la technique chirurgicale. L'HAS recommande que délai entre la demande d'IVG et la réalisation de l'intervention soit minimum (18). En 2006, le délai de prise en charge était évalué à une semaine pour la majorité des établissements selon une enquête de la DRESS. Cependant, le délai reste supérieur à 15 jours dans un centre d'orthogénie sur 20, généralement ceux ayant une importante activité d'IVG. Les régions Ile de France et Provence Alpes-Côte d'Azur figurent parmi les endroits où les délais sont les plus longs (30). Or, le délai de prise en charge a une importance capitale pour une femme qui souhaite recourir à la méthode médicamenteuse.

Plusieurs femmes de notre étude se sont plaintes de ne pas être assez informées concernant les suites de l'IVG. Il serait intéressant de remettre de façon systématique une **fiche conseil sur les suites normales de l'IVG ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.**

Certaines patientes se demandaient avec inquiétude ce qui s'était passé durant l'intervention sous anesthésie générale. Ce problème d'information n'est pas aisé à résoudre : le moment où cette information est donnée est crucial. Ces patientes ont probablement été informées lors de leur consultation pré IVG mais elles n'ont pas pu entendre ces éléments car elles étaient dans d'autres préoccupations. La visualisation de la canule d'aspiration permettrait peut-être de rassurer ces femmes, le mot "aspiration" laissant place à tous les fantasmes, d'autant plus que la patiente n'est pas consciente pendant l'intervention. Cette proposition n'est cependant pas à appliquer pour toutes les femmes et doit être réalisée avec prudence, et de manière adaptée à la patiente.

Enfin, **l'ouverture de l'IVG médicamenteuse aux sages-femmes**, proposée puis retirée dans la loi du 21 juillet 2009 (loi "Hôpital, Patients, santé, Territoire"), pourrait être un moyen de compléter l'accompagnement des femmes, tant au plan de l'information médicale qu'au plan psychologique.

CONCLUSION

L'IVG est une problématique de santé publique complexe qui fait appel à des questionnements d'ordre personnel, éthique, religieux, philosophique et politique. La possibilité de choisir la méthode et le mode d'anesthésie associé doit être encouragée le plus possible. Or, notre étude montre que peu de femmes sont informées des pratiques inhérentes aux différents établissements de soins avant leur arrivée au sein de l'hôpital où elles seront prises en charge. Les femmes adaptent souvent leurs choix aux possibilités du centre d'orthogénie dans lequel elles s'adressent en premier lieu. Les patientes estiment ensuite en majorité que l'information qui leur est donnée correspond à leurs attentes pour pouvoir choisir la méthode. En revanche, les femmes pensent que cette information est insuffisante pour leur permettre d'être autonomes dans le choix du type d'anesthésie lors d'une IVG par voie chirurgicale.

Le consentement éclairé des femmes à la réalisation d'une méthode d'IVG n'est pas encore suffisamment pris en compte dans le système de soins, malgré une prise en charge optimale des équipes avec une écoute et un accompagnement adaptés à chaque femme. La diversité de l'offre de soins nécessite que les patientes soient informées en amont sur le déroulement d'une IVG et s'orientent selon les pratiques des centres. Le premier professionnel de santé rencontré en ville est l'interlocuteur privilégié qui permet l'élaboration d'un choix éclairé pour les femmes. Une meilleure formation à l'écoute et à l'orientation des patientes en demande d'IVG, avec la participation active des professionnels de santé et médecins de ville serait un moyen de favoriser l'accès aux centres d'orthogénie pour les femmes, tant au plan des délais qu'au plan du choix de la méthode. L'ouverture de compétences des sages-femmes à la réalisation de l'IVG médicamenteuse pourrait être également une solution pour accompagner les femmes, leur fournir une information médicale et les soutenir dans leurs choix.

BIBLIOGRAPHIE

1) NISAND I, MERG-ESSADI D. Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Gynécologie, 738-B-80, 2009

2) Le NAOUR J-Y, VALENTI C. Histoire de l'avortement XIXème-XXème siècle. Éditions le seuil, mars 2003

3) HASSOUN D. histoire de la légalisation de la contraception et de l'avortement en France, in CESBRON P. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil, Médecine-Sciences Flammarion, mai 1997. p1- 10

4) FRIEDMANN I. Mouvement Français Pour le Planning Familial, Liberté, Sexualités, Féminisme, 50 ans de combat du planning familial pour les droits des femmes. La découverte, février 2006

5) Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

6) Loi n°79-2004 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

7) Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

8) NISAND I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1999.

9) Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

10) VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en France en 2006. In Etudes et résultats, DRESSE, n°659 septembre 2008

11) ROSSIER C, PIRUS C. Evolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse en France entre 1976 et 2002. Population-F, 62 (1), 2007, 57-90

12) BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé depuis trente ans? In Populations et sociétés n°407 décembre 2004.

13) BLAYO C. L'avortement volontaire en chiffres depuis sa légalisation. In CESBRON P. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil. Médecine-Sciences Flammarion, mai 1997 p22-35

14) LELONG N, MOREAU C, KAMINSKI M, et l'équipe COCON. Prise en charge de l'IVG en France: résultats de l'enquête COCON. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34 (cahier 1): 53-61.

15) BLAYO C. Le point sur l'avortement en France. In Populations et sociétés n°325 juin 1997. p1-4.

16) BAJOS N, MOREAU C, FERRAND M, BOUYER J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: Approche qualitative et quantitative. In Rev Epidémiol Sante Publique, 2003, 51: 631-647.

17) REGNIER-LOILIER A, LERIDON H. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues? In Populations et sociétés n°439, novembre 2007; p1-4

18) ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, mars 2001.

19) BACLE F, BOUFFASSA F, LAMBERT J, LEFEBVRE P, SOULAT C, MEYER L. Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhées. J Gynécol Obstet Biol Reprod, 2005 jun; 34 (4) : 339-45.

20) VENDITTELLI F. Les complications des interruptions volontaires de grossesse. In PONS J-C, VENDITELLI F, LACHAR P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention, Paris : Masson, 2004, p 95-101

21) BAJOS N, FERRAND M, et l'équipe GINE (Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées). Sociologie des grossesses non prévues. Questions en Santé Publique : INSERM octobre 2002

22) BYDLOWSKI M. Enjeux inconscients dans l'interruption volontaire de grossesse in PONS J-C, VENDITELLI F, LACHAR P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Masson, 2004, p 209-213.

23) DEBARGUE A. Situation psycho-affective de la demande d'interruption volontaire de grossesse en 1997, in CESBRON P. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil. Médecine-Sciences Flammarion, mai 1997 p96-100

24) VALENTINO M, interruption volontaire de grossesse sous anesthésie générale, in aspect psycho-affectifs des avortements volontaires de grossesse du premier trimestre, in CESBRON P, L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil. Médecine-Sciences Flammarion, mai 1997 p96

25) DUPONT S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. In J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; volume 33, n°2, 2004 p125-130

26) NANCY E. ADLER, HENRY P. DAVID, BRENDA N. MAJOR, SUSAN H. ROTH, NANCY F. RUSSO ET GAIL E. WYATT. Psychological responses after abortion, science 1990, 248: 41-44.

27) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

28) MARZANO M. Je consens donc je suis… éthique de l'autonomie. Éditions PUF, aout 2006.

29) MOUTEL G. Le consentement dans les pratiques de soin et de recherche en médecine, entre idéalismes et réalités cliniques. Collection l'éthique en mouvement, éditions L'Harmattan, décembre 2003.

30) AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, CHAMBAUD L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse, (IGAS), octobre 2009.

ANNEXES

ANNEXE I : Présentation de l'étude

ANNEXE II : Formulaire de consentement à la participation à l'étude et à la réalisation de l'entretien enregistré

ANNEXE III : Guide d'entretien

ANNEXE IV : Exemple d'entretien, Christelle au centre de Broussais

ANNEXE V : Exemple d'entretien, Charlène au centre de Bichat

ANNEXE I : Présentation de l'étude

L'information donnée aux femmes lors d'une demande d'IVG est-elle suffisante pour leur permettre de choisir de façon éclairée la méthode et le mode d'anesthésie?

Madame,

Je suis actuellement étudiante sage-femme à l'école de sages-femmes Baudelocque, maternité Port-Royal (dans le 14ème arrondissement de Paris).

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur le consentement éclairé des femmes à la réalisation d'une méthode d'IVG.

Les objectifs de ce mémoire sont de :

- Décrire les attentes, les besoins et les désirs des femmes en matière d'information lors d'une IVG.
- Evaluer la perception des patientes des informations dont elles ont bénéficié.
- Comprendre si les femmes considèrent que l'information donnée leur permet de choisir de façon autonome (consentement éclairé) la méthode de l'IVG.

Aussi, je souhaiterais rencontrer des femmes majeures qui ont eu une interruption volontaire de grossesse et qui seraient disponibles pour un entretien d'une quinzaine de minutes environ, lors de la consultation post IVG par exemple. Ces entretiens sont effectués de manière strictement anonyme et confidentielle.

Laureline Bosser

ANNEXE II : Formulaire de consentement à la participation à l'étude et à la réalisation de l'entretien enregistré

L'information donnée aux femmes lors d'une demande d'IVG est-elle suffisante pour leur permettre de choisir de façon éclairée la méthode et le mode d'anesthésie?

Je soussignée ……donne mon consentement pour que mes réponses soient exploitées de façon anonyme dans le cadre du mémoire de fin d'études de sages-femmes sur le consentement éclairé des femmes à la réalisation d'une méthode d'IVG et d'un type d'anesthésie.

J'accepte de participer à un entretien enregistré d'une quinzaine de minutes, de manière totalement anonyme.

J'ai bien noté que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude et libre d'interrompre ma participation à tout moment sans donner de raison et sans conséquence.

Fait à Paris, le……

ANNEXE III : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de l'enquête:

- Rappeler l'inscription de la recherche dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sages-femmes
- Présenter les objectifs de l'étude
- Expliquer la réalisation de l'étude sous forme d'entretiens semi-dirigés enregistrés et anonymes.
- Demander l'accord de la femme et lui faire signer le formulaire de consentement écrit

Thèmes à explorer:

Présentation de la femme:

- Age
- Situation maritale
- Niveau d'études
- Exercice professionnel

Antécédents:

- Obstétricaux
- Issue des précédentes grossesses

Connaissance du centre en amont

- Connaissance du centre de planification
- Interlocuteurs rencontrés avant d'arriver dans ce centre de planification
- Information sur les pratiques des différents centres de planification
- Qu'est ce qui a motivé le choix de ce centre?
- Difficultés dans les démarches pour accéder à l'IVG

Information et choix

- Attentes concernant l'information autour de l'IVG
- Adéquation entre l'information donnée et les souhaits de la femme

Méthode pour réaliser l'IVG

- Information sur les différentes méthodes pour réaliser l'IVG
- Possibilité de choisir la méthode
- Information complète pour choisir de manière autonome?
- Méthode choisie

Type d'anesthésie si IVG chirurgicale

- Information sur les différents types d'anesthésie
- Possibilité de choisir l'anesthésie
- Information complète pour choisir de manière autonome?
- Mode d'anesthésie choisi (si IVG chirurgicale)

Autres informations

- Information écrite
- Autres sources d'information
- Informations supplémentaires souhaitées
- Aide des informations par rapport au déroulement de l'IVG

Parcours dans le centre

En pré-IVG:

- Intervenants rencontrés avant l'IVG au centre de planification
- Proposition entretien avec un autre intervenant (conseillère conjugale, psychologue, assistante sociale)

En post-IVG:

- Intervenants rencontrés après l'IVG au centre de planification
- Proposition entretien social (conseillère conjugale, psychologue, assistante sociale)

Accompagnement:

- Perception de l'accompagnement
- Ecoute et réponse aux questions posées
- Satisfaction de la prise en charge

Expression libre

ANNEXE IV : Exemple d'entretien, Christelle au centre de Broussais.

Nous avons rencontré Christelle au centre de Broussais, après une IVG médicamenteuse.

Présentation de la femme:

- âge 31
- situation maritale mariée
- niveau d'études bac + 4
- exercice professionnel non

Antécédents:

- *Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse?*

Oui, j'ai une petite fille qui a 1 an. Je suis retombée enceinte juste après.

Connaissance du centre en amont

- *Comment avez-vous connu ce centre de planification?*

J'ai téléphoné à un service que j'ai trouvé sur internet qui s'appelle SOS IVG, elles m'ont donné le nom de 3 hôpitaux et j'ai choisi celui-ci parce qu'elles m'avaient dit que s'il y avait nécessité de faire une aide par aspiration, ici, ils ne faisaient que des anesthésies locales voilà et que dans les autres ils faisaient des AG et je n'avais pas envie d'une anesthésie générale.

- *Aviez-vous rencontré d'autres interlocuteurs avant d'arriver dans ce centre de planification?*

J'ai été obligée d'aller voir un médecin généraliste, mais je suis nouvelle arrivée sur Paris, donc je ne connaissais pas de médecin.

- *Aviez-vous été informée sur les pratiques des différents centres de planification?*

Oui. Par SOS IVG.

- *Qu'est ce qui a motivé le choix de ce centre?*

Par rapport à l'anesthésie locale.

- *Avez-vous rencontré des difficultés dans vos démarches pour accéder à l'IVG?*

Des difficultés, disons pas vraiment, mais je trouve que c'est quand même un peu beaucoup de papiers, passer par un médecin généraliste, le papier qu'il m'a fait, cela ne correspondait à rien, il fallait en plus avoir sa carte de groupe sanguin, et c'est vrai que moi j'avais en plus quelques problèmes du fait que je venais de déménager avec ma carte vitale qui n'était pas à jour, etc.…ça fait beaucoup de papiers, quoi.

Information et choix

- *Quelles étaient vos attentes concernant l'information autour de l'IVG?*

De savoir exactement comment cela se passait parce que je savais qu'il y avait deux méthodes, mais je ne savais pas très bien comment se déroulait les méthodes et on m'a expliqué ça ici, plutôt bien.

- *L'information qui vous a été donnée correspondait-elle à vos souhaits?*

Oui, et j'ai pu poser les questions que je voulais, on m'a répondu.

Méthode pour réaliser l'IVG

- *Vous a-t-on informée sur les différentes **méthodes** pour réaliser l'IVG?*

Oui.

- *Vous a-t-on dit que vous aviez la possibilité de choisir?*

Oui, on m'a dit que j'avais la possibilité de choisir, mais c'est un peu délicat selon le timing. Moi j'étais un peu juste pour la méthode médicamenteuse, mais du coup il a fallu vérifier que ça aille quand même et j'ai fait ça comme ça quoi.

- *L'information qui vous a été donnée vous a-t-elle paru complète pour pouvoir choisir?*

oui, elle m'a parue complète, après c'est vrai que c'est une question de… enfin le choix est de toute façon un peu difficile.

- *Quelle méthode avez-vous choisie?*

Médicamenteuse. En fait, j'ai choisi cette méthode en me disant que c'était plus rapide, disons que je n'avais pas envie de rester encore deux semaines, sinon, il fallait de nouveau attendre.

Type d'anesthésie

- *Vous a-t-on informée sur les différents modes **d'anesthésie**?*

Non, pas vraiment.

- *Vous a-t-on dit que vous aviez la possibilité de choisir?*

Dans le cas de l'intervention. Moi on a d'abord essayé de voir si je pouvais faire la méthode médicamenteuse et du coup c'est celle que j'ai faite, alors l'anesthésie après on en a pas plus parlé que ça quoi.

Autres informations

- *Avez-vous reçu une information écrite concernant l'IVG?*

Non.

- *auriez aimé avoir une information écrite?*

Non. Moi j'avais eu les informations, mais peut être pour les donner à mon mari qu'il se rende un peu compte.

- *Avez-vous eu **d'autres sources** d'informations?*

Ben des amis qui en ont déjà fait, ce genre de chose. Internet aussi.

-*Comment évaluez-vous ces informations?*

En fait, ici, on m'a donné des informations assez complètes. Après, par exemple le témoignage de mes amis, ça tendait plus à "foutre les boules", à faire peur qu'autre chose, sur internet, c'est pareil c'est un peu les forums, etc….et j'ai laissé tombé tout ça.

- *Donc vous évaluez ces informations pas très fiables du coup?*

Ben pas forcément pas très fiables, c'est juste très subjectives; pas forcément adaptées, quoi, pas forcément claires.

- *Auriez- vous souhaité avoir plus d'informations concernant l'IVG en général?*

Non, ça m'a semblé correct quoi.

- *Les informations vous ont-t-elles aidée lors du déroulement de l'IVG?*

Euh, oui; oui et non, c'est… finalement c'est un peu, je ne sais pas; le déroulement d'une IVG en tout cas médicamenteuse, ça fait très banal. Je ne sais pas dire, on prend un médicament,

point. Bon voilà; une fois les pilules absorbées, c'est bon. C'est juste bon ça y est c'est fait. Après effectivement, il y a le reste au niveau du boulot du corps, etc.… mais…

Parcours dans le centre

<u>En pré-IVG</u>

- *Quels intervenants avez-vous rencontrés avant l'IVG au centre de planification?*

Euh… J'ai rencontré le médecin qui m'a fait les papiers de datation, une infirmière qui elle m'a expliqué effectivement les méthodes, etc… et j'ai rencontré, ça je ne sais plus, ça devait être avant, j'ai rencontré une conseillère conjugale, pour parler un peu.

- *Vous a-t-on proposé un entretien avec d'autres intervenants avant l'IVG?*

Non, en fait, à la base, je pense que c'était plutôt, je n'étais pas obligée de voir la conseillère conjugale et finalement, on m'a proposé…

- *c'est rentré dans la démarche?*

Ouais voilà.

- *auriez-vous aimé avoir un entretien avec un autre intervenant avant l'IVG? Lequel?*

Non.

<u>En post-IVG:</u>

- *Quels intervenants avez-vous rencontrés après l'IVG ?*

Le médecin.

- *Vous a-t-on proposé un entretien avec d'autres intervenants après l'IVG?*

Non

-Auriez-vous aimé avoir un entretien avec un autre intervenant après l'IVG?

Non, pas spécialement.

Accompagnement:

- *Avez-vous eu l'impression de pouvoir poser vos questions?*

Oui

- *Vous-êtes vous sentie écoutée?*

Oui, dans l'ensemble oui tout à fait.

- *Vous êtes vous sentie accompagnée dans votre décision d'interrompre la grossesse?*

Euh… ben ça dépend. Accompagnée par mes amis ou ma sœur par exemple qui est la personne qui m'a aidée par exemple à garder la petite, etc… Par mon mari, on a pris la décision ensemble, il a dit qu'il était là avec moi etc… et puis bon, il n'a pas été la du tout donc euh…

- *Vous êtes vous sentie accompagnée par un membre de l'équipe soignante ou par un membre du personnel en particulier?*
Par l'équipe en général, oui, tout à fait.

- *Etes-vous satisfaite de la prise en charge dont vous avez bénéficié pour cette IVG?*
Oui, justement par rapport à ce qu'ont pu me raconter des amis, ou ce que j'ai pu lire sur les forums, je pense qu'ici, ça s'est vraiment bien déroulé quoi. C'était enfin, je sais pas comment dire ça comme ça, mais c'était assez amusant parce que finalement, c'était un centre ici fait uniquement pour les IVG, parce que là, on était quand même tout un petit groupe de filles, le même jour, à prendre les mêmes pilules, et voilà quoi on s'est retrouvées exactement ensemble donc… enfin voilà quoi; finalement ça permet d'évacuer un peu aussi parce qu'on a pu discuter un peu, enfin, il y avait un côté comique quoi…

Expression libre

- *Avez- vous des éléments à ajouter ou des points sur lesquels vous auriez souhaité revenir?*
Non, pas spécialement.

ANNEXE V : exemple d'entretien, Charlène au centre de Bichat

Nous avons rencontré Charlène au centre de Bichat, après une IVG pas aspiration sous anesthésie générale.

Présentation de la femme:

- âge 36
- situation maritale : alors c'est une situation un peu spéciale, j'étais en couple depuis un an et quelque, et puis on a eu ce petit accident, et la décision commune a été d'interrompre cette grossesse d'une part et puis d'interrompre la relation d'autre part, liée à l'histoire
- niveau d'études bac + 6
- exercice professionnel

Oui, je suis architecte.

Antécédents:

- *Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse?*

Non.

Connaissance du centre en amont

- *Comment avez-vous connu ce centre de planification?*

Alors j'ai d'abord été voir un gynéco, qui était une connaissance, enfin, c'est quelqu'un qu'on m'a recommandé, qui est lui même attaché à l'hôpital Bichat, qui m'a recommandé de venir ici, et qui connaissait les structures.

- *Aviez-vous été informée sur les pratiques des différents centres de planification?*

Alors il m'a parlé, disons qu'il n'est pas rentré dans le détail des techniques, si je peux parler comme ça, j'ai attendu de rentrer à l'hôpital et de prendre un premier rendez vous, donc avec le Dr X, qui elle m'a re-renseignée sur les techniques, mais qui m'avaient déjà été données par la dame qui m'a donné le rendez vous pour l'intervention, la dame de l'accueil.

- Le gynécologue que vous aviez rencontré vous avait-il dit spécifiquement comment cela se passait dans les différents centres ?

Il m'a donné une information globale.

- Avez-vous rencontré des difficultés dans vos démarches pour accéder à l'IVG?

Pas du tout. Pour moi qui ne prend que du doliprane et qui n'ai pas l'habitude du milieu hospitalier, c'était une première. J'aurais préféré m'en passer, mais bon, voilà, euh, j'ai été extrêmement agréablement surprise par l'accueil des gens, la psychologie des gens que j'ai rencontrés, extraordinaire, et puis le cheminement et toutes les réponses qui m'ont été données à toutes les questions, malheureusement sur un sujet que je ne connaissais pas, voilà. Donc j'ai été ravie de l'accompagnement global.

Information et choix

- Quelles étaient vos attentes concernant l'information autour de l'IVG?

Ben écoutez, moi je suis arrivée sur un sujet que je ne maitrisais pas, j'en maîtrise quelques uns, mais celui là je ne le maîtrisais pas, j'ai eu la chance en tous cas, je ne sais pas si c'est moi ou si c'est général, mais les personnes que j'ai rencontrées ont toujours répondu à toutes les questions que j'ai posées, que ce soit des questions purement techniques, ou des questions liées à l'anesthésie ou à la problématique post IVG, les risques que cela peut engendrer, enfin, toutes sortes de questions qui forcément passent par la tête de quelqu'un qui passe par ce processus, et qui ont été répondues de façon formidable, à tous les niveaux, que ce soit de façon médicale, humaine, psychologique, enfin bon, j'ai eu vraiment, non, j'ai eu un accompagnement je dois avouer plutôt bien, très bien même.

<u>Méthode pour réaliser l'IVG et Type d'anesthésie</u>

- Vous a-t-on informée sur les différentes méthodes pour réaliser l'IVG?

Oui, en fait, la toute première information est venue très vaguement du gynéco. On va dire que le processus, ce n'est pas que ce n'était pas à lui de m'en parler, mais je savais que je rentrais dans le processus de l'hôpital et que j'avais besoin en fait de faire toutes ces étapes, ces démarches, etc…. et donc la première personne qui m'en a parlé, c'est la personne qui a pris rendez vous pour moi, à l'hôpital, avec les différentes personnes que j'allais voir, le médecin, la gynéco, euh… le jour de l'intervention, donc on voit l'anesthésiste d'abord et puis après la sage-femme que je vois aujourd'hui. Donc elle m'a parlé des deux techniques, je lui

ai posé des questions mais ce n'était ni le lieu, ni la personne je suppose, même si elle était complètement prête à répondre à toutes sortes de questions, parce que la personne avec qui j'en ai débattu le mieux, c'est quand même la gynécologue que j'ai vue, qui est madame X, qui elle a bien sûr répondu à toutes les questions que j'aurai pu me poser sur le sujet.

- *Vous a-t-on dit que vous aviez la possibilité de choisir la méthode?*
Alors, non, puisque j'étais arrivée à un stade d'avancement de la grossesse qui faisait que je n'avais plus le choix de la méthode. Par contre, j'aurais eu possiblement le choix de l'anesthésie, notamment sur une anesthésie locale ou générale qui s'est finalement très peu posé, puisque la première question du médecin a été de me demander si j'étais sensible à la douleur et est ce que j'avais envie d'être réveillée pendant cette intervention, et ma première réponse a été non, je ne veux pas savoir ce qu'il se passe, donc le choix a été vite fait.

- *Si oui, l'information qui vous a été donnée vous a-t-elle paru complète pour pouvoir choisir?*
Oui, par rapport au choix qui s'imposait à moi, oui, puisque c'était réveillée ou pas réveillée, et ce n'était pas réveillée quoi.

- Avez-vous reçu une information écrite concernant l'IVG?
On m'a donné des documentations internes à l'hôpital je pense ou peut être du ministère de la santé, je n'en sais rien, euh… sur qu'est ce que c'est qu'une IVG, qu'est ce que c'est que l'avant, le pendant, l'après, les méthodes, l'anesthésie liée à ça quand j'ai vu l'anesthésiste, donc oui, j'ai eu un certain nombre de documentations, et il faut dire que j'ai posé beaucoup de questions et qu'on a répondu à toutes mes questions, aucune n'est restée dans le flou.

- *Les informations écrites vous ont-elles aidée?*
Ça aide beaucoup forcément, bon on ne le lit pas sur le coup quand on est en rendez vous, on le lit on va dire à tête reposée en décalé pour confirmer ce qu'on a déjà entendu en rendez vous, pour rassurer éventuellement les points sur lesquels on aurait éventuellement des doutes et voilà.

- *Avez-vous eu d'autres sources d'informations?*
Oui, quelques amies, j'ai une amie notamment avec qui j'en ai discuté, j'ai deux amies qui ont vécu une IVG avec qui j'en ai discuté, mais disons que sur les techniques et le processus en tout cas, ce cheminement là, j'ai une amie avec qui j'en ai discuté puisque j'ai une amie qui

est du milieu médical et qui n'est pas du tout dans cette partie de l'hôpital mais qui gère d'autres départements et qui m'a parlé plus de l'anesthésie générale et de ce que ça représentait en terme de procédure, on va dire de réveil, de risque, etc.… qu'autre chose.

- Auriez- vous souhaité avoir plus d'informations concernant l'IVG en général?

Non, pour moi j'avais fait le tour de la question, après, c'est des questionnements personnels mais ça, c'est autre chose.

- Les informations vous ont-t-elles réellement aidée lors du déroulement de l'IVG?

Complètement, ça a été un accompagnement extraordinaire, enfin, vraiment, parce que c'est un sujet qu'on ne maîtrise pas, ce n'est pas un choix facile, justement d'avoir toutes ces informations concrètes, ça permet de mettre énormément de noms sur les choses, sur les étapes, de ce processus qui est pas commun, et moi j'ai trouvé ça très important, je ne sais pas comment font les gens qui ne passent pas par là.

Parcours dans le centre

<u>En pré-IVG:</u>

- Quels intervenants avez-vous rencontrés avant l'IVG au centre de planification ?

La première dame que j'ai rencontrée qui m'a donné un rendez vous, ensuite le docteur X, ensuite l'anesthésiste, voilà, avec l'assistant anesthésiste qui m'a fait une prise de sang je suppose pour vérifier mon groupe sanguin avec qui j'ai discuté également de l'anesthésie, des risques, etc.…, après, je pense que le premier contact le jour de l'intervention a été l'infirmière du bloc, ou une infirmière accompagnatrice, voilà, qui m'a beaucoup rassurée sur l'intervention, sur ce que cela représentait en terme, ben médicalement parlant, parce qu'après on parle d'intervention chirurgicale mais c'est encore autre chose, et puis après, je me suis quand même permise de reposer des questions, dans la salle d'intervention, allongée sur mon lit d'intervention pour confirmer certains points, bon ils ont quand même réussi à m'endormir parce que je n'arrêtais pas de poser des questions, mais euh… non mais pour moi j'ai été accompagnée de la meilleure manière.

- Vous a-t-on proposé un entretien avec d'autres intervenants avant l'IVG?

Alors je pense que dans la fiche de circulation on nous proposait un contact avec un psychologue qui n'est pas obligatoire pour des gens majeurs, j'ai moi même, c'est ce que j'avais expliqué à Mme X, que j'avais moi même quelqu'un qui me suivait par ailleurs, et que

je gère le problème, je veux dire dans le cadre de l'hôpital je n'en avais pas besoin puisque j'étais moi même aidée de mon côté par quelqu'un qui m'a suivie dans ce processus.

En post-IVG:

- *Quels intervenants avez-vous rencontrés après l'IVG*

C'est aujourd'hui le premier rendez vous que j'ai, donc avec la sage-femme.

- *Vous a-t-on proposé un entretien avec d'autres intervenants après l'IVG?*

Non

- *auriez-vous aimé avoir un entretien avec un autre intervenant après l'IVG?*

Euh, non, pas particulièrement, je pense que après une intervention comme ça il y a déjà la fatigue physique qui n'est pas légère on va dire, je ne pensais pas, mais même si on se réveille, on n'est pas très en forme, il y a des séquelles, et puis après, je pense que non, il faut laisser redescendre la chose, non par contre, je suis contente d'être là aujourd'hui pour faire le point. Je pense que c'est une façon, pas de clore, mais en tous cas de donner un terme à ce processus.

Accompagnement:

- *Avez-vous eu l'impression de pouvoir poser vos questions?*

Complètement.

- *Vous-êtes vous sentie écoutée?*

Oui

- *Vous êtes vous sentie accompagnée dans votre décision d'interrompre la grossesse?*

Complètement. Par tout le monde, l'équipe a été très rassurante que ce soit les infirmières, les gens du terrain, je veux dire les infirmières qui étaient présentes avec moi au moment des interventions, que ce soit le Dr X à qui j'ai posé des questions et qui en fait a su aussi avec beaucoup d'intelligence parler d'autre chose aussi, parler du couple, de la relation, de ce que ça représente etc.. par rapport au sujet qui m'amenait là.

- *Etes-vous satisfaite de la prise en charge dont vous avez bénéficié pour cette IVG?*

Complètement.

- Avez- vous des éléments à ajouter ou des points sur lesquels vous auriez souhaité revenir?

Non, enfin comme je dis, j'espère que je reviendrai dans cet hôpital pour d'autres interventions plus drôles, je reste persuadée que moi qui avais peur du milieu de l'hôpital que je connaissais pas, et je pensais que c'était anonyme, etc.… je pense qu'à un moment donné, sur des choses très singulières comme ça peut être, c'est peut être particulier à ce genre d'intervention, la prise en charge est exceptionnelle et on est pas du tout abandonnée, en tout cas moi personnellement, après, je suis peut être sympathique, je ne sais pas, mais j'ai été très, très bien accompagnée que ce soit moralement, physiquement, et sur les données informatives qu'on m'a données quoi.

RESUME

L'IVG est une problématique de santé publique complexe qui fait appel à des questionnements d'ordre personnel, éthique, religieux, et politique. La loi de 2001 relative à l'IVG et à la contraception préconise que la femme soit associée le plus possible au choix de la méthode et du mode d'anesthésie. Ainsi, nous nous sommes demandé si l'information donnée aux femmes lors d'une IVG était suffisante, d'après les femmes, pour leur permettre de choisir de façon éclairée la méthode et le mode d'anesthésie. Nous avons réalisé une étude qualitative auprès des femmes sous forme de 38 entretiens semi-dirigés, lors des consultations post-IVG, dans deux centres d'orthogénie parisiens.

Notre étude montre que peu de femmes sont orientées en fonction des pratiques des différents établissements. Les patientes estiment ensuite que l'information donnée au sein du centre d'orthogénie est suffisante pour leur permettre de choisir de façon éclairée la méthode de l'IVG. En revanche, elles ne pensent pas être suffisamment informées pour décider de manière autonome du mode d'anesthésie associé à la technique chirurgicale.

Le consentement éclairé des femmes à la réalisation d'une méthode d'IVG n'est pas encore totalement pris en compte dans le système de soins, malgré une prise en charge optimale des équipes avec une écoute et un accompagnement adaptés à chaque femme. La diversité de l'offre de soins en fonction des centres nécessite que les patientes soient informées en amont sur le déroulement d'une IVG et s'orientent dans le système de soins en fonction des pratiques, ce qui est rarement le cas.

SUMMARY

Termination of pregnancy is a complex question of public health, which concerns personal, ethical, religious and political points of view. The 2001 law on termination and contraception recommends that the woman be associated as closely as possible in the choice of methods of abortion and anaesthesia. Thus we asked ourselves whether the information given to women undergoing a termination had been sufficient, according to the women themselves, to enable them to make a well-informed choice concerning the method of abortion and of anaesthesia. We carried out a qualitative study amongst women consisting of 38 semi-directive interviews, during post-termination consultations, in two orthogenetic centres in Paris. Our study shows that few women are guided according to the practices in different establishments. The patients then consider that the information given within the centre is sufficient to enable them to make a well-informed choice as to the method of terminating their pregnancy. On the other hand, they do not consider themselves sufficiently informed to make an independent decision as to the method of anaesthesia associated with the surgical technique. The informed consent of women to the carrying out of a given method of termination is not yet fully taken into account in the healthcare system, despite the teams in charge doing their very best to listen to and accompany each woman as is appropriate. The diversity of care available depending on the different centres requires that patients be informed beforehand on how a termination is carried out and choose their route in the care system according to the various practices, which is rarely the case.

MOTS CLES / KEY WORDS

IVG / Abortion
Information / Information
Consentement éclairé / Informed consent