



**HAL**  
open science

## La méthode d'IVG avant 9 semaines d'aménorrhée : accompagner le choix

Aurélie Jambou

► **To cite this version:**

Aurélie Jambou. La méthode d'IVG avant 9 semaines d'aménorrhée : accompagner le choix. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01560860

**HAL Id: dumas-01560860**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560860v1>

Submitted on 12 Jul 2017

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

École de SAGES-FEMMES  
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé  
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**LA METHODE D'IVG AVANT 9  
SEMAINES D'AMENORRHÉE :  
ACCOMPAGNER LE CHOIX**

Master 1 Recherche Prévention et Décisions en Santé  
Spécialité Éthique, Soins et Santé  
BREST

**Présenté et soutenu par Aurélie Jambou**  
20 juin 1992

**Sous la direction de Madame Marie-Armelle Barbier, anthropologue**

### **ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT**

Je soussignée Aurélie JAMBOU assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une faute caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

À Brest, le 03 mars 2016.

### **TRANSMISSION DE DONNEES STATISTIQUES PAR LE RESEAU DE PERINATALITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE**

Je soussignée Aurélie JAMBOU, en qualité d'étudiante sage-femme, m'engage à citer le réseau dans les sources de données.

À Brest, le 19 août 2015.

## Remerciements

Un merci tout particulier à Marie-Armelle Barbier, directrice de mémoire éminemment engagée. Merci pour ce soutien et cette compréhension de tout instant qui ont affronté les aléas organisationnels et les accidents de parcours. Merci pour cet apprentissage que « *Toute conscience est conscience de quelque chose* ». <sup>1</sup>

À Anne Moal, guidante disponible et avisée.

À toute l'équipe pédagogique de l'École de Sages-Femmes de Brest et l'équipe enseignante du Master Éthique, Soins et Santé.

À Xavier, curieux animal, toujours soutenant.

À Manon pour tous ces tête-à-tête inspirants et ses remarques judicieuses.

À mes parents et mon frère adorés qui ont supporté mes humeurs au gré de mes paragraphes et de mes erreurs.

À Céline, Morgane, Fanny, Adeline et Floriane, une équipe de choc soudée. Merci pour ces rires, ces bols d'air secourables.

À Émilie Bellec et collègues du master Éthique, Soins et Santé qui ont partagé ces quatre années de double cursus.

Et enfin, une immense gratitude envers tous les professionnels et les couples rencontrés, sans qui cette recherche n'aurait été possible. Merci pour ces expériences transmises, ces partages et cette bienveillance.

---

1 De Edmund Husserl, dans *Méditations Cartésiennes- Introduction à la phénoménologie*, traduit par G. Pfeiffer et E. Lévinas, Editions Vrin - 1947.

## Sommaire

Remerciements.....	3
Glossaire.....	6
Introduction.....	7
Matériels et méthode.....	12
I. Contexte de l'étude.....	12
II. Le type d'étude et lieu de réalisation.....	12
III. Méthode.....	14
IV. Matériel.....	15
V. Sociographie de la population près de laquelle l'enquête a été conduite.....	17
Résultats et analyse.....	19
I. Les situations multiples et complexes.....	19
II. Le choix reflet des peurs.....	19
1. Les saignements.....	20
2. Les contractions, le rappel de l'accouchement, la vue du fœtus.....	21
3. Les complications, la chirurgie et l'anesthésie.....	22
4. Le rapport au temps, au lieu, et la dimension organisationnelle.....	23
III. Les professionnels et le réseau de soin.....	25
IV. La douleur de la renonciation : l'IVG comme étape.....	26
V. La question primordiale du contexte dans l'interaction.....	27
Discussion.....	30
I. De la méthodologie de l'observation.....	30
1. De l'importance de l'observation.....	30
2. De la place et du rôle de l'observateur.....	31
3. De la restitution des observations et de la recherche de sens.....	31

a) De l'observation à l'écrit.....	31
b) De l'observation à la recherche de sens.....	32
4. Pour aller plus loin.....	32
II. De la réflexion éthique.....	33
1. A propos de l'autonomie et du consentement.....	33
2. L'information.....	35
3. La décision.....	36
4. Le corps dans la relation de soin.....	37
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	41
Annexe I – La grille d'observation.....	44

## **Glossaire**

AG : Anesthésie générale

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

EBM : Evidence Based Medicine

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

RPBO : Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale

SA : Semaines d'aménorrhée

## Introduction

L'organisation de l'IVG est détaillée dans le Code de la Santé Publique – Deuxième partie – Livre II(1) à la section Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

L'article L2212 du Code la Santé Publique(2) - Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 – stipule que « *Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.* »

Ainsi est reprise ci-dessus toute l'importance d'une information des patientes. De plus, à la lumière des nouvelles données législatives concernant l'IVG, la sage-femme sera amenée à occuper une place importante au sein même du dispositif de prise en charge. En effet, le 26 janvier 2016 la loi relative à la modernisation du système de santé portée par la Ministre de la Santé<sup>2</sup> a été promulguée. Elle permet aux sages-femmes la réalisation d'IVG médicamenteuses (et supprime le délai de réflexion obligatoire de 7 jours entre les 2 consultations pré-IVG) (3) (4).

Le nombre annuel d'IVG en France est resté stable depuis 2004 (près de 200 000 IVG par an) (5). En cas de grossesses non prévues, les femmes recourent désormais plus souvent à l'IVG (6 IVG sur 10 grossesses non désirées).(5) En 2013, on compte 229 000 IVG réalisées en France, et le taux de recours est de 15,6 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans(6).

La prévalence est telle qu'il paraît primordial de se pencher sur l'accompagnement du choix de la méthode d'IVG dans le cadre d'un parcours de soin. Malgré les progrès contraceptifs majeurs de ces dernières décennies(7) le nombre d'IVG reste donc constant. Accompagner au mieux les femmes lorsqu'elles choisissent ce recours paraît indispensable. Et de ce fait, il est utile de comprendre les facteurs intervenant dans leur parcours de soin, la méthode d'IVG est le premier tournant de ce chemin.

D'après les données du Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale (RPBO) : depuis 2003,

---

2 Madame Marisol Touraine



les IVG représentent environ 20 % des accouchements sur le réseau. En 2014, pour la première fois, le ratio IVG médicamenteuses/IVG chirurgicales s'est inversé : pour 1763 IVG sur tout le secteur, on comptait 904 IVG par prise médicamenteuse (51,28 %)(8).

Selon l'enquête COCON de 2005, 30% des femmes déclarent a posteriori ne pas être satisfaites du choix de leur IVG. Par ailleurs, seules 15% disent avoir eu le choix. D'un point de vue réglementaire, certaines femmes n'ont pas reçu le dossier guide, et sur un autre versant plus subjectif d'autres nous témoignent d'un sentiment d'absence de soutien par l'équipe soignante(9).

Or, en termes d'éthique en soin et santé, la réflexion éthique introduit les principes de bienveillance et de non-malfaisance appuyant l'importance d'un accompagnement juste de la patiente.

Nous nous intéressons donc au choix de la méthode d'IVG et à son accompagnement.

De quoi parle-t-on quand on pose la question du choix ? Il semble que le choix peut être appréhendé par de multiples abords ou manières. Le choix se veut être la possibilité d'accéder à un but par plusieurs chemins, par plusieurs options réalisables. Ces options peuvent donc différer d'une personne à une autre.

Le choix n'est pas que "réaliste" et factuel, il entraîne inéluctablement une réflexion et un processus décisionnel en amont. Le choix en lui-même n'est finalement que le terme de cette dynamique. Et même, parfois, le sujet pensant est incertain quant au "bon choix" vers lequel se tourner, expression courante qui désignerait alors plutôt le choix juste ou le choix raisonnable, faisant intervenir la raison. On parle bien de l'interruption "volontaire" de grossesse.

Alors que l'humain engendre son processus de décision pour aboutir au choix, il fait intervenir plusieurs ressources comme facteurs d'influence.

Une de ces ressources est la morale. Nous entendons la morale ainsi : *« La morale se fonde sur une définition du bien et du mal et se traduit par des injonctions, des interdits, des prescriptions catégoriques. Elle renvoie à une culture, une histoire et à des traditions sociales. Elle est un ensemble de règles destinées à assurer une vie en société harmonieuse et*

*s'incarne collectivement pour les pays démocratiques dans "des institutions justes et des comportements raisonnables"<sup>3</sup> ».(10)*

Les normes dictées par la société (comme groupe auquel le sujet s'identifie) ont un poids non négligeable dans la réflexion menée par le sujet. On peut penser que ces normes peuvent influencer parfois le discours du professionnel. Mais ce dernier chemin ne sera pas emprunté ici : la sage-femme/le médecin doivent écarter leurs croyances et faire référence aux données de la science (EBM - l'Evidence Based Medicine).<sup>4</sup>

En parallèle, les croyances de la patiente sont susceptibles d'intervenir. Et plus encore, il est envisageable que certaines « accèdent » ou « cèdent » aux croyances de leurs proches (conjoint, famille, amis...). Quelle place a donc cette dimension dans le choix de la méthode d'IVG ?

En synthèse, si le choix est propre à chacun, on se doit de soulever la question du rôle du non rationnel, des représentations induites par le sujet-même, son entourage ou le(s) groupe(s) d'appartenance (à des dimensions plus ou moins larges).

Implicitement, un tel choix renvoie la patiente à elle-même, en tant que sujet responsable de ses actes.

Puis, concernant le choix de la méthode d'IVG avant 9 SA se présente la question de la qualification de ce choix.

On ne peut dire « Est-ce un "vrai" choix ? » dans la mesure où le terme "vrai" est ambigu. Qu'est-ce que la vérité en matière de choix de méthode d'IVG ? Ce terme "vrai" devient alors questionnant. Dans cette perspective, un choix qui apparaît "vrai" pour telle patiente peut ne pas l'être pour telle autre, quand bien même le contexte serait le même en tout point tant le choix fait intervenir le subjectif et les représentations. Ce n'est donc pas le "vrai" en ce sens

---

3 John Rawls

4 Comme le rappelle Jean Jouquan (professeur de Médecine interne, bureau de pédagogie médicale, Département de Sciences Humaines et Sociales et Unité de Recherche-Action en Formation de Formateurs, Brest), l'Evidence Based Medicine n'est pas à réduire comme étant l'application des résultats des essais de plus haut niveau de preuve qui sont des savoirs (et non des actions ou des décisions). Si l'EBM peut être un guide là où il existe des zones grises, elle prend en compte les préférences du patient singulier qui est informé des alternatives, des enjeux, et qui consent. Elle ne rejette pas non plus l'expérience du professionnel.(11)

que nous entendons. Il faut plutôt entendre ici "vrai" choix comme synonyme de "volontaire, justifié et d'adhésion". Nous recherchons donc plutôt des indices sensibles dans la relation soignant-soigné qui pourraient intervenir voire interférer dans le choix de la méthode d'IVG.

Il est important d'avoir en tête ces questions dans le cadre de l'accompagnement immédiat de la femme dans son parcours d'IVG, mais aussi dans l'idée d'un suivi gynécologique ou obstétrical ultérieur. D'un point de vue éthique, l'intérêt est de comprendre l'Autre tout comme de comprendre le Soi. Appréhender différents facteurs intervenant dans le choix de la méthode d'IVG peut permettre à la fois d'isoler des éléments venant du patient, des éléments venant du professionnel. Une vision globale peut alors apparaître dans la construction de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, dans la genèse de notre attention à cette problématique, les observations de terrain sont une partie non négligeable. Nous avons été interpellés au décours d'un stage en CPEF par le ressenti de plusieurs femmes concernant leur expérience d'IVG. Alors que le parcours d'IVG est organisé et réglementé, des patientes qualifiaient leur accompagnement de "mauvais" ou parlaient de "mauvais vécu". D'autres ont attesté qu'elles "auraient préféré un autre choix", "une autre méthode". Des femmes entre 5 et 7 SA, en 1<sup>ère</sup> consultation médicale, se sont vues proposer une méthode médicamenteuse, sans détail supplémentaire. Elles sont ressorties de la salle avec deux rendez-vous à prendre pour le 1<sup>er</sup> jour de prise de comprimés et pour le jour de l'hospitalisation.

A la lumière de ces observations, nous nous sommes interrogés : qu'en est-il du parcours de soins et du choix éclairé ?

La question s'est imposée lors de consultations post-IVG de patientes se disant traumatisées par cette "mauvaise expérience", osant seulement le dire à demi-mots.

Par ailleurs quand les femmes arrivent en 1<sup>ère</sup> consultation médicale avec un souhait de méthode chirurgicale, il nous est arrivé d'observer que le professionnel de santé s'emploie activement à déconstruire oralement le raisonnement de la patiente sans l'inclure dans ce processus.

Aujourd'hui la loi de 2001 a revu la pratique des IVG dans les établissements de soins français(12), mais les nouvelles données pourraient-elles permettre un "refuge" pour les professionnels de santé peu désireux d'offrir à leurs patientes une « information loyale, claire et appropriée » ?(13) (Article R4127-35 du Code de la Santé Publique modifié par le décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2 - et [ivg.gouv.fr](http://ivg.gouv.fr)). Pour rappel, l'IVG est considérée comme une mission d'État (recommandations du CNGOF de 2012).

Alors, même si ces témoignages ne concernent qu'un petit nombre de femmes, pourtant dans des contextes différents (catégories socioprofessionnelles plurielles, contextes divers, gestités différentes), leur répétition interpelle.

Face à ces expériences de terrain, il nous a paru intéressant de saisir plus précisément ce qui se passe et ce qui se joue au moment de l'entretien pré-IVG.

Si le but de notre étude est de relever certains indices menant sur la voie de réponses ou de pistes de travail dans le parcours de soin de l'IVG, il est indéniable que l'éthique prend objectivement part au débat.

Dans une situation si particulière, la "relation médecin malade" est à explorer plus encore, du côté soigné comme du côté soignant. Une vision globale est essentielle.

**L'objectif principal de l'étude est donc d'identifier des facteurs potentiels relatifs à la patiente, au couple, au médecin, à des pressions extérieures intervenant dans le processus de choix de la méthode d'IVG avant 9 SA.**

**D'une manière générale, la question posée est « Comment est abordé le choix de la méthode d'IVG en consultation ? »**

D'une part, comment le professionnel présente-t-il le choix ? Qu'inclue-t-il dans son information ? Que demande-t-il ? Que ne dit-il pas ?

D'autre part, comment réagit la patiente ? Que donne-t-elle à voir ? Que confie-t-elle au professionnel ? Quelles sont les données dites significatives pour elle dans sa prise de décision ?

**Finalement, comment se construit le choix au sein de la relation soignant-soigné ?**

# Matériels et méthode

Les éléments pouvant intervenir dans l'accompagnement du choix de la méthode d'IVG et dans le processus décisionnel sont au cœur du sujet.

## **I. Contexte de l'étude**

Au début du processus de recherche, nous pensions nous intéresser uniquement aux femmes se présentant pour la première consultation de demande d'IVG à la suite de laquelle le délai de réflexion de sept jours s'appliquait(14). En raison de la trop faible population après consultation téléphonique prévisionnelle de plusieurs CPEF, nous nous sommes finalement penchés sur l'ensemble des consultations pré-IVG (première ou deuxième) : le terrain a montré que la plupart des femmes se présentant au CPEF étaient adressées par leur médecin traitant ayant déjà enregistré la demande d'IVG.

L'étude avait été pensée au départ sur un seul CPEF en région Bretagne (Lorient). Beaucoup d'étudiants étant présents sur ce lieu de stage, l'étude s'est avérée compliquée sur ce seul lieu car il n'y aurait eu alors que peu de possibilités de présence (impossibilité d'assister à des entretiens si un étudiant est déjà présent). Les lieux d'observations ont donc été multipliés, ce qui a entraîné des temps de présence plus courts mais plus nombreux.

En fonction de la disponibilité des centres et des professionnels, des rendez-vous ont été convenus sans connaître à l'avance la programmation des consultations.

## **II. Le type d'étude et lieu de réalisation**

L'étude qualitative, descriptive, multicentrique, fondée sur des observations participantes, a été réalisée aux centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :

- du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique à Vannes
- du Centre Hospitalier d'Auray (antenne de Vannes)
- du Centre Hospitalier Bretagne Sud à Lorient
- du Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper.

Cette observation a concerné les entretiens pré-IVG correspondant à la première rencontre entre des femmes demandeuses d'IVG et des professionnels y exerçant régulièrement. Les

observations ont été réalisées sur les mois d'octobre et de novembre 2015.

Le consentement des professionnels à propos de notre présence a été sollicité. Pour chacun a été expliquée au préalable notre volonté de faire de ce temps d'approche une opportunité pour développer nos compétences en matière d'accompagnement des femmes dans leur parcours d'IVG, et faire face à de telles situations ultérieurement. De même, nous avons exprimé aux professionnels rencontrés notre souhait de comprendre comment des patientes envisageaient la méthode d'IVG et comment elles exprimaient leur choix.

Pour chaque entretien, le consentement des patientes a été recueilli pour notre présence.

Toutes les consultations pré-IVG ont été observées y compris celles pour lesquelles les patientes présentaient un âge gestationnel supérieur à 9 SA.

Au commencement de la phase de recherche, les trois premiers entretiens ont été des entretiens tests. La méthodologie ayant été réalisable et la grille de recherche correctement utilisable, ces trois entretiens ont été inclus dans l'étude.

Le but était de se centrer sur la relation bilatérale et non spécifiquement du côté du professionnel ou du côté de la patiente. Le choix s'effectue bien dans un contexte d'interaction et non de manière unilatérale et il est sujet à des influences diverses et d'origines multiples. L'intérêt de la méthode est que l'observateur est placé comme prêt à accueillir tous les possibles et qu'il ne sait pas à l'avance quelles influences prédomineront. On peut faire l'hypothèse que les éléments perçus ont constitué des éléments marquants et significatifs sans qu'ils soient pour autant les seuls facteurs d'influence.

Bien sûr la méthode a comme avantage sa spontanéité, mais l'observateur, même s'il s'efforce de rester neutre, participe à une observation unique. L'observation n'est en aucun cas reproductible et donc il faut s'armer de rigueur envers soi-même pour transcrire au plus vite à l'écrit ce qui a été observé. De plus, la vigilance est de mise au cours de l'observation pour capter le moment opportun de prendre des notes, quitte à garder en mémoire les données et les reporter au plus vite à l'issue de l'observation.(15)

Enfin, si la présence silencieuse de l'observateur semble susceptible de modifier l'interaction au décours de l'entretien, un débriefing a été réalisé à la fin de chaque matinée avec le professionnel pour en discuter.

### **III. Méthode**

Avant la première observation de terrain, une grille expérimentale a été réalisée.

Pour affiner notre réflexion, nous avons assisté de manière "passive" à des entretiens non éligibles pour l'étude, ces derniers consistant un travail d'exploration préparatoire et une familiarisation avec les terrains d'observation. Yves Winkin écrit à ce propos : « *l'opacité des sujets entre eux et envers eux est telle que si l'anthropologue veut explorer leurs relations, il doit se laisser "affecter" par elles, sans chercher à les comprendre, ni même chercher à les rapporter* »<sup>5</sup>.(16)

La démarche, empruntée à l'ethnologie(15), a été choisie notamment compte tenu de l'importance d'avoir accès au contexte des situations d'échanges, un "contexte" émotionnel particulier et unique, parfois difficile et chargé d'affects, entourant la patiente. La conduite d'observations directes de comportements sociaux particuliers, à partir d'une relation humaine, a été retenue. Le but a été de chercher à comprendre les échanges en étudiant la communication et l'interaction entre les protagonistes en présence (y compris l'observatrice) et de traduire, dans l'écrit, les logiques, stratégies individuelles ou institutionnelles pouvant être développées dans les situations observées.

Au cours de chaque entretien retenu pour l'étude, des notes ont été prises, en suivant le rythme de l'action. Celles-là n'étaient connues que de l'observatrice. Il n'y a pas eu d'enregistrement des entretiens. Immédiatement après chaque entretien, les notes ont été enregistrées sur un dictaphone, en ajoutant les observations que nous n'avions pu écrire sur le moment. Chaque document a été numéroté, daté et identifié. Les observations ont été classées de une à neuf selon leur ordre chronologique.

---

5 Page 161 de la référence

#### **IV. Matériel**

Avec une seconde grille d'observation construite en collaboration avec la directrice de recherche<sup>6</sup>, les notes détaillées ont été retranscrites et classées, entretien par entretien. Ainsi une approche dynamique de la recherche a-t-elle pu être conduite en ce sens que la grille d'observation a été réanalysée et ajustée après chaque séance d'observations afin de se préparer toujours mieux à l'observation suivante en intégrant des éléments à caractère répétitif ou au contraire singulier, car « *Le mouvement de toute recherche ethnographique est donc celui d'une "double hélice" : le chercheur part d'une idée, encore mollement formulée, va sur le terrain, recueille des données en tous sens, revient vers ses lectures et commence à organiser ses données, retourne sur le terrain, lesté de questions déjà mieux conceptualisées et repart enfin, avec de premières réponses, vers une formulation généralisante.* »(16)

A propos de la grille d'observation<sup>7</sup> :

- L'item « **Savoir-faire - Technique - Gestuelle** » a intégré tous les éléments gestuels et techniques au cours de l'entretien. Par exemple, la position de la patiente (accoudée, adossée, etc.), ceci en référence aux approches de Bird ou de Winkin donnant de l'importance aux « images » de chacun dans la communication interpersonnelle, au rôle des attitudes, des mouvements dans les interactions.(16)
- L'item « **Savoir** » s'est penché sur les connaissances de la patiente sur les méthodes existantes d'IVG, sur les techniques utilisées qu'elle connaissait, sur les incertitudes qu'elle exprimait à ce propos. Ce thème se rapportait également aux risques de chaque méthode énoncés ou non par le professionnel et sur les modalités législatives expliquées ou non à la patiente.
- Le thème « **Contexte** » s'est intéressé à tous les éléments exprimés par la patiente ou le professionnel sur les pressions et circonstances entourant le processus décisionnel, qu'elles soient familiales, personnelles, émotionnelles, et se traduisant par des paroles, des gestes, des silences....
- La colonne « **Construction et processus de décision** » a retracé les propos de la

---

6 Madame Marie-Armelle Barbier

7 Cf. Grille d'observation en Annexe I – La grille d'observation page 44



patiente et du professionnel sur la méthode d'IVG qui a été décidée à l'issue de l'entretien, dans le but sous-jacent d'identifier une constance, une évolution, des virages...

- Enfin, la zone « **Phrases et autres – Observations spécifiques** » a isolé des citations marquantes de l'entretien ou toute autre information difficilement classable, afin de ne fermer aucun espace de réflexion.

Des éléments socio-démographiques grâce à la fiche connexe à la grille d'observation<sup>8</sup> ont été recueillis en aval des observations :

- x Âge de la patiente
- x Gestité et parité
- x Profession
- x Terme de la grossesse
- x Rang de l'IVG
- x Durée de l'entretien (quand la femme a vu le même jour une conseillère conjugale et un professionnel médicale la moyenne des deux durées d'entretiens a été retenue)

A l'issue des 9 entretiens, un item « **Méthode décidée à l'issue de l'entretien** » a été ajouté. De même, un second tableau à double entrée a été ajouté avec deux items à espace libre de réflexion pour le chercheur : « Questions soulevées/Réflexion » et « Éthique ».

Puis ont été ajoutés deux éléments aux caractéristiques socio-démographiques : « Patiente adressée par un professionnel libéral » à réponse binaire par oui ou non, et « Patiente accompagnée ou seule ».

Tel que l'énonce Henri Peretz : « *La grille d'observation directe, différente de la grille de codage, constitue le premier énoncé des catégories de recueil permettant de saisir les propriétés élémentaires de la situation et les composantes d'un premier inventaire.* »(15)

---

8 Cf. Recueil connexe en Annexe I – La grille d'observation p 44

## V. Sociographie de la population près de laquelle l'enquête a été conduite

Durant cette étude, 9 entretiens pré-IVG ont pu être observés.

La population a été recrutée en aveugle.

Les femmes qui se sont présentées se situaient entre 5 semaines d'aménorrhée (SA) et 7 SA.

	Nombre
<b>Entretiens pré-IVG totaux prévus</b>	17
<b>Patientes venues</b>	13
<b>Patientes non venues après avoir pris rendez-vous</b>	4
<b>Entretiens observés</b>	13
<b>Femmes éligibles</b>	9
<b>Femmes incluses dans l'étude</b>	9
<b>Femmes incluses et accompagnées</b>	1

	Nombre
<b>Nombre total de professionnels concernés par l'étude</b>	5
<b>Médecins</b>	2
<b>Sage-femme</b>	1 <sup>9</sup>
<b>Conseillères conjugales</b>	2

Tableau 1: Sociographie des patientes et des professionnels

	Patientes venues	Patientes éligibles	Patientes non venues	Entretiens inclus dans l'étude
Terrain 1 <sup>10</sup>	1	1	1	1
Terrain 2	3	1	2	1
Terrain 3	3	2	0	2
Terrain 4	2	2	1	2
Terrain 5	2	2	0	2
Terrain 6	2	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>9</b>

Tableau 2: Détail des terrains d'observation

9 Sage-femme déclarée avec double compétence de conseillère conjugale (donc incluse dans le nombre total des conseillères conjugales).

10 Un « terrain » correspond à un déplacement sur un des lieux d'observation pour une journée donnée. Les terrains sont listés dans l'ordre chronologique.

Le critère d'inclusion principal a été un âge gestationnel inférieur ou égal à 9 semaines d'aménorrhée , établi par datation échographique (datation souvent établie simultanément pendant l'entretien pré-IVG). Néanmoins, la femme devait être à un âge gestationnel permettant le choix de la méthode dans la structure précise où elle était reçue.

Concernant les critères d'exclusion, les patientes non éligibles aux deux méthodes pour des raisons médicales ont été écartées de l'étude, de même que les patientes mineures.

# Résultats et analyse

## I. Les situations multiples et complexes

Le premier élément à souligner est la multiplicité des contextes de situations.

Rang de l'IVG	Nombre	Situations concernées
Première IVG	8	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9
Deuxième IVG	1	7
Rang supérieur	0	

Tableau 3: Rang de l'IVG

En moyenne, la plupart des femmes vues en consultation sont des femmes qui n'avaient jamais eu recours à l'IVG auparavant.

Rang de l'enfant	Nombre	Situations concernées
Premier enfant	3	4, 5, 9
Deuxième enfant	2	1, 2
Rang supérieur	4	3, 6, 7, 8

Tableau 4: Rang de l'enfant concerné par l'IVG (écartant fausses couches et autres IVG)

Presque la moitié des femmes étaient multigestes avec au moins deux enfants.

## II. Le choix reflet des peurs

La parole donnée à la femme est l'occasion pour elle d'exprimer son ressenti. Quand la question de la méthode d'IVG est évoquée, les patientes expriment souvent leurs appréhensions.

Peur exprimée	Situations concernées	Nombre d'observations concernées
Les saignements	2, 4, 5	3
Les douleurs de contractions Le rappel d'un accouchement La vue du fœtus	2, 6, 8	3
La chirurgie et l'anesthésie	3, 9	2
Les complications en général	1, 2, 4, 5	4
Le rapport au temps Le lieu La dimension organisationnelle	2, 4, 5, 8, 7	5

Tableau 5: Peurs exprimées par les patientes

Quand un soignant demande à une patiente « *Que préférez-vous* » à propos de la méthode d'IVG, il est pertinent de se poser la question du sens de la préférence. Que signifie la

préférence dans le contexte de choix d'une méthode d'IVG ?

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit la préférence comme étant un « *jugement d'estime ou un sentiment de prédilection par lequel on donne à une chose un sentiment de prééminence* »(17). L'abstention est un choix.

On constate que la question de la préférence est l'occasion pour la patiente d'exprimer ses craintes. C'est l'occasion pour le professionnel d'approcher les motivations profondes du choix de la méthode de l'IVG dans un 1<sup>er</sup> temps et peut-être de l'IVG elle-même dans un 2<sup>nd</sup> temps. Et l'on constate que ces peurs ne sont pas isolées mais qu'elles sont multiples et s'intriquent.

### **1. Les saignements**

Les saignements sont notamment évoqués par certaines patientes. Un tiers des entretiens observés est concerné. Pour exemple, la patiente dans l'observation 5 souhaite dissimuler son IVG à son conjoint qui n'est pas le géniteur de la grossesse. Elle dit à propos des saignements :

*« - Est-ce que ce sera des petits ou des gros ?*

*- Il y aura des caillots puis ça va diminuer »*<sup>11</sup>

Que faire face à une patiente qui nous délivre sa crainte de saigner pendant ou après l'IVG ?

On peut se demander si la patiente exprime fondamentalement sa peur de trop saigner ou sa peur de voir le fœtus. Si la primigeste nous délivre ici sa peur de l'inconnu, une multipare aurait pu par ce biais pointer la crainte du rappel à l'accouchement, à cette maternité que l'on veut effacer. Pour la patiente, on peut imaginer que c'est un renvoi à l'arrêt volontaire de cette maternité naissante, à ses raisons les plus profondes sources de potentielles souffrances et culpabilité. Les saignements ne pourraient-ils pas être un symbole de la connexion entre l'IVG choisie et la vision d'une grossesse qui aurait pu évoluer ? Afin d'occulter ce lien, il peut devenir essentiel pour une femme de se raccrocher à des éléments factuels et rationnels : les saignements.

---

11 Lors de citations de dialogues, les propos de la patiente sont repérables en *italique* et ceux du professionnel non en italique.

## 2. Les contractions, le rappel de l'accouchement, la vue du fœtus

Ce dilemme concerne aussi la douleur. Parfois les femmes explicitent les raisons profondes de leur choix de méthode d'IVG. Nous prendrons ici l'exemple des contractions utérines. Tandis que certaines parlent beaucoup des « *douleurs de l'IVG* », d'autres expriment précisément leur souhait de ne pas ressentir ces contractions utérines liées à l'IVG. Madame 6 confie au professionnel :

« - *Je sais que l'idée d'IVG est compliquée. [...] Je ne veux pas que cet enfant continue à évoluer.*

- *Je ne sais pas si psychologiquement ce sera évident car en gros c'est la femme qui fait son IVG.*

- *Sans doute pas. [...] Je n'ai pas envie de douleurs qui me feraient penser à un accouchement.*

- *Est-ce que c'est possible de noter que vous ne voulez pas un rappel de l'accouchement ?*

- *Oui. »*

Et pour une femme primigeste, comment expliquer ce que sont des contractions ? Comment quantifier une douleur physique réelle certes mais subjective ? Parfois certaines femmes la comprennent quand on leur pose la question « *Avez-vous déjà eu mal au ventre pendant vos règles ?* ».

Et comment faire quand cette perception de la douleur se conjugue à une souffrance psychique ? Est-ce que la minorer diminuerait les craintes ou placerait au premier rang une douleur imprévue lors de l'IVG ? Manifestement quand la douleur est évoquée par la patiente, elle influe sur le choix de la méthode d'IVG.

Les termes de « contractions utérines » et d'« utérus » ramènent à la vie in utero, à l'enfant, au fait concret de l'extraire du corps. En cas de 2<sup>ème</sup> grossesse, 3<sup>ème</sup> ou plus, les contractions peuvent être le rappel symbolique de l'accouchement. Pourtant la finalité est l'absence d'enfant. Que faire de cette maternité avortée ? Comment accompagner quand une femme ne veut pas ou ne peut pas garder cette grossesse ?

Lorsqu'une femme veut restaurer son soi d'avant et chasser cet autrui qui bouleverse, le professionnel a le devoir de l'accompagner. Des interrogations perdurent : minorer la douleur est une rétention d'information ? Entendre avec empathie la douleur suffit-il ? Faut-il finalement chercher les raisons profondes du choix de la méthode ? Cela dépendra de ce que la patiente est prête à livrer et de l'écoute qu'elle rencontrera à son égard.

### 3. Les complications, la chirurgie et l'anesthésie

Cela renvoie à la question des « complications » et des « risques »<sup>12</sup> de l'IVG. Dans 4 observations, l'IVG est vue par la patiente comme compliquée et risquée dans un premier temps. Dans la situation 1 :

*« Je veux une hospitalisation car je fais des complications pour un rien de derrière les fagots ».*

A propos des effets secondaires possibles de l'IVG (saignements, douleurs), elle dit :

*« Ça va être pour moi, [...] je suis rodée ».*

La question du choix de la méthode d'IVG s'intègre pour la patiente dans tout un réseau qui fait sens pour elle. Chaque élément qu'elle exprime n'est apparemment pas à prendre individuellement mais plutôt à intégrer dans un schème complexe que la patiente a « intériorisé ». Deux observations font ressortir un exemple concret : la crainte de la chirurgie et/ou de l'anesthésie. Madame 9 et le professionnel discutent :

*« - Est-ce qu'on vous explique la méthode chirurgicale ?*

*- Ben la méthode chirurgicale me fait peur pour une future grossesse et quand on entend le mot "chirurgie" cela fait peur. »*

Le professionnel commence à parler de la méthode chirurgicale. Et au moment où il explique que la méthode chirurgicale est ici sous anesthésie générale, la patiente réplique immédiatement :

*« - Ah bah non alors, l'AG ça m'angoisse.*

*- Donc je ne vous explique pas la méthode chirurgicale ?*

*- Non non ça ne sert à rien. »*

L'anesthésie générale effraie. Souvent la question de la chirurgie s'inscrit dans un cadre plus général : celui des risques, et plus particulièrement celui pour une grossesse future souhaitée. La réflexion d'une patiente face à la méthode chirurgicale va bien au delà des simples conséquences immédiates. Toute l'importance du contexte dans lequel se situe une patiente est ici rappelée, notamment toute la toile invisible d'influences gravitant autour d'elle<sup>13</sup>. Par exemple, Madame 3 déclare :

*« - Préférez-vous une méthode médicamenteuse ?*

*- C'est plus facile pour moi, j'en ai discuté avec mon gynéco, et cela évite une chirurgie. »*

---

12 Termes utilisés par les professionnels et les patientes

13 Pour aller plus loin sur ce réseau d'influences, cf. III. Les professionnels et le réseau de soin page 25.

#### **4. Le rapport au temps, au lieu, et la dimension organisationnelle**

D'autres éléments peuvent être invoqués à propos du choix de la méthode d'IVG : des enfants à gérer, une vie de famille, un travail prenant par exemple.

Observation 6 : *« C'est difficile de confronter son idéal de vie, une famille nombreuse, et la pratique, la réalité »*

D'ailleurs, beaucoup de femmes parlent de leur travail et de leur emploi du temps durant les observations. Dans l'observation 6, la patiente avocate appelle sa secrétaire durant la consultation pour planifier ses rendez-vous à venir. Dans l'observation 2, la femme s'inquiète pour son planning de travail :

*« C'est compliqué, je vais devoir m'organiser pour poser des jours de repos et je devrai faire des arrangements avec mes collègues »*

Cette référence à l'organisation du travail pourrait interroger sur des raisons non dites à l'origine de la demande d'IVG. Ne s'agirait-il pas d'autres raisons plus délicates ? Du rapport à l'IVG elle-même ? On ne peut en être certain, et il serait mal venu d'émettre un avis tranché sur le sujet.

La mise en avant des questions organisationnelles doit être entendue. Le soignant ne peut les considérer à priori comme un moyen de contournement de la question principale de la patiente, à savoir la demande d'IVG. Le glissement vers la suspicion systématique serait nuisible. D'autant plus que ces raisons invoquées ne sont pas forcément à approfondir dans le souci du bien-être de la femme

La vraie question reste : comment accompagner cette patiente avec des préoccupations pratiques ? Il faut trouver une solution optimale pour chaque patiente en intégrant sa singularité : l'IVG à la maison ou l'IVG à l'hôpital. Dans la situation 7, le professionnel explique l'IVG médicamenteuse à l'hôpital et la patiente lui rappelle :

*« - Mais c'est à domicile moi »*. Elle en a parlé avec son médecin dit-elle.

*« - Ah d'accord »*

Pourquoi une IVG à la maison ? On peut émettre plusieurs hypothèses : l'environnement sécurisant, le secret perçu comme mieux garanti, l'absence de regards extérieurs. Il faut donc, selon le lieu prévu de l'IVG et la méthode, accompagner la femme sans l'effrayer. C'est toute la délicate balance à mettre en œuvre : la balance entre l'information éclairée des risques et la bienveillance.



Les préoccupations pratiques des patientes, et notamment d'emploi du temps, nous amènent vers la question du rapport au temps. C'est un point commun dans 4 observations. Les questions du délai et de la durée de chaque méthode semblent être des points susceptibles d'influencer le choix de la méthode d'IVG.

Dans l'observation 5, après une explication des deux méthodes, la patiente demande :

« - Mais donc les 2 méthodes sont toutes les deux aussi longues ? »

- Oui, c'est juste la visite de contrôle qui est plus ou moins à distance selon la méthode »

Une autre patiente en observation 2 répondra :

« - Si vous avez le choix, si vous êtes à maximum sept semaines d'aménorrhée, que préférez-vous ? »

- Je préfère une méthode médicamenteuse car c'est plus rapide. »

Il est clairement explicité que la durée de chaque méthode est un facteur influant dans le processus de décision de la méthode d'IVG. D'ailleurs, les deux précédentes patientes choisiront une méthode médicamenteuse.

Madame 2 pensait qu'une IVG serait possible dans 48h. Le professionnel lui explique qu'il n'y a pas encore de raccourcissement du délai de réflexion et que donc il n'est pas possible d'accéder à sa demande dans 48 heures. Madame 2 semble alors déçue, elle se pince les lèvres.

Dès les premières observations la question du délai avant l'IVG est abordé par les patientes.

Cela sera à nouveau retrouvé dès l'observation 4 :

Madame 4 veut réaliser l'IVG « le plus vite possible voire même très vite ».

Appuyée par son conjoint, elle soutient : « On aimerait faire ça le plus tôt possible » et quand le professionnel lui propose l'IVG le mardi suivant elle demande « Mais n'est-ce pas possible dès lundi ? »

On constate que les patientes se positionnent souvent dans un contexte de demande pressante engendrant une prise de décision rapide et un choix de la méthode incluant ce critère d'urgence. Cela pourrait-il traduire une volonté d'effacer la situation de début de grossesse ? L'appel à la courte durée peut devenir l'objet d'un échange approfondi permettant d'écouter le ressenti de la patiente, ou rester l'occasion d'une transmission d'information simple, concise et pourtant complète. La multiplicité des professionnels ajoute une difficulté contingente à l'organisation des soins. Une patiente se plaindra d'ailleurs de rencontrer « trop de monde » et posera la question du respect de l'anonymat.

### **III. Les professionnels et le réseau de soin**

L'étude montre qu'il existe une certaine influence des professionnels autour de la patiente en dehors de la dyade ou triade observée en consultation pré-IVG dans les CPEF.

Dans 3 observations la patiente émet un avis sur le choix de la méthode d'IVG selon une discussion qu'elle a déjà eue avec un professionnel rencontré antérieurement.

Ensuite, dans 4 observations le professionnel se justifie lui-même sur le choix d'une méthode.

Lors d'une discussion en dehors d'une consultation, une conseillère conjugale nous indique que « *la grande majorité des femmes, 90 %, demandent quand elles le peuvent une méthode médicamenteuse.* » Elle poursuit en disant qu'elle s'étonne de voir parfois des femmes revenir pour leur 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> IVG. Elle considère que ces cas-là sont synonymes de « *problèmes dans le couple, parcours de vie de la femme, sa conduite* ».

Trois professionnels différents me confieront séparément sans s'être concertés que le médecin peut être influencé et peut influencer le patient vers une méthode médicamenteuse en fonction des disponibilités du bloc, précisant que l'organisation est alors plus compliquée dans les cas d'IVG chirurgicales. Parfois le professionnel exprime le fait qu'il serait surpris de voir la patiente recourir à l'une ou l'autre méthode.

Comment en tant que professionnel valider ses perceptions ? Comment s'assurer de la pertinence de ses analyses ? Comment cerner la patiente en globalité dans un temps et un espace restreints ? C'est une difficulté qu'affrontent quotidiennement les soignants.

- « - Excusez-moi si cela paraît incongru mais...
- *Non je trouve ça normal que vous posiez des questions.*
- *On est là pour accompagner les gens dans leur histoire »*

Et si on est « *là pour accompagner les gens dans leur histoire* », il faut se poser la question du moment et du temps qui sont laissés à la patiente pour s'exprimer.

Le professionnel prend l'initiative de la parole dans la grande majorité des cas et commence les explications de lui-même, sauf si la patiente pose une question. Dans 5 observations sur 9 l'espace de parole principal de la patiente a lieu au milieu de la consultation comme s'il s'agissait d'un entretien ritualisé. Pourquoi une telle régularité alors que le lien de confiance est établi pour permettre à la patiente de s'exprimer ? Quelle est la place possible pour l'inattendu, la différence culturelle en termes de communication ou d'expression de valeurs ?

	Nombre d'observations concernées	Exemples
Question ouverte	5	"Si vous avez le choix, que préférez-vous ?" "Avez-vous donc une préférence ?" "Est-ce qu'il a une option qui vous convient plus que l'autre ?"
Question fermée	4	"Donc on part plutôt sur une IVG chirurgicale ?" "Donc vous préférez une IVG médicamenteuse ?" "Donc vous pensiez à une IVG médicamenteuse ?"

Tableau 6: Abord du choix de la méthode d'IVG dans le discours

Ce qui est intéressant est que, même implicitement, le professionnel est amené à poser la question du choix en ayant pressenti déjà une préférence de la patiente, signant toute l'importance de la communication non verbale (question fermée veut ici dire une question avec réponse binaire : oui ou non).

#### **IV. La douleur de la renonciation : l'IVG comme étape**

Au fil des observations, on réalise combien l'IVG s'intègre dans le « chemin de vie » des patientes rencontrées. L'IVG est imaginée comme une étape qui peut prendre plusieurs sens. La méthode d'IVG est un des éléments constitutifs de cette « étape ».

Dans les observations 6 à 9 les témoignages rapportent l'IVG comme un écart et le symbole du retour à la normale.

*« C'est une étape pour moi, pourquoi cette grossesse maintenant ? » [...]*

*« - Peut-être que cette grossesse vient poser la question de la place de chacun dans votre famille.*

*- Oui peut-être.» - Observation 6*

Madame 7 dit que ses études passent en premier.

On peut penser ici que l'IVG est le moyen de retrouver plus rapidement la situation antérieure « pré-grossesse ».

Madame 9 a passé « une nuit » avec un ami à elle et « c'est une situation compliquée, une relation non officielle et Monsieur n'est pas au courant ». Elle s'est séparé récemment de son conjoint et avait enlevé son stérilet car elle avait à l'époque un désir d'enfant.

Le retour à la normale souhaité peut être teinté d'une volonté d'effacer un événement ou de clôturer le passé. L'IVG est parfois une renonciation.

Pourtant, on remarque que l'IVG n'est pas qu'une rupture et qu'elle s'ancre dans une continuité temporelle.

Pour exemple, une des patientes est de passage en Bretagne, elle souhaite faire un voyage le mois suivant et doit également repartir à l'étranger dans quelques mois. Elle se dit frustrée de devoir retarder son départ.

Et parfois l'IVG est cachée : la méthode choisie est la plus courte, la moins contraignante, la plus discrète. Les demandes de rapidité et de discrétion sont énoncées dans 4 des observations.

## **V. La question primordiale du contexte dans l'interaction**

Le contexte dans lequel s'inscrivent les personnes impliquées dans le relation de soin influe sur cette dernière.

<b>Éléments de contexte</b>	<b>Nombre d'observations concernées</b>
Femme accompagnée par son conjoint	1
Femme seule	8
Décision de méthode d'IVG déjà pensée	6
Renseignements préalables sur la méthode par la patiente elle-même	5
Patiente adressée par un praticien de ville	7

*Tableau 7: Eléments de contexte*

Dans la majorité des cas, les femmes viennent seules, sont adressées aux CPEF par un praticien de ville qu'elles ont déjà vu et elles ont déjà pensé à une méthode d'IVG souhaitée.

Ces patientes se présentent donc en consultation avec des savoirs.

Un schème global chronologique est retrouvé dans la construction de toutes les consultations :

- Présentations puis reprise des antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux
- Question du choix de l'IVG
- Question du choix de la méthode d'IVG
- Enonciation des deux méthodes
- Enonciation de la loi
- Explication d'une ou des deux méthodes
- Explication des effets secondaires
- Rappel de la consultation de contrôle post-IVG
- Abord de la contraception
- Données administratives (papiers de consentement et d'information)

On observe là encore que chaque professionnel utilise toujours son propre schème.

En fin de consultation, dans 4 observations, les patientes sont actives, échangent et semblent

manifester de l'intérêt à propos de l'échange.

Mais dans 2 situations, les patientes semblent moins attentives. Elles manifestent parfois des signes de fatigue voire d'arrêt de l'attention : soupirs, manteau mis, sacs à main sur les genoux, attitudes pressées.

Or la contraception est majoritairement abordée en fin de consultation : quelle est l'attention des patientes à cet instant ? La contraception est une discussion primordiale dans une consultation d'IVG. L'entretien peut être une manière d'anticiper sur une contraception à venir. Et l'aborder a du sens : c'est un lien avec « l'après-IVG ». A quel moment de cette consultation serait-il bon d'aborder la contraception ? L'entretien donne l'occasion d'anticiper sur une contraception à venir. C'est un lien avec « l'après-IVG » qui a du sens.

En réalité, dans plus de deux tiers des cas étudiés les patientes ont déjà pensé à une contraception post-IVG. Ces patientes sont-elles celles qui sont les moins attentives en fin de consultation ? Le sont-elles en raison de l'approche de la fin de consultation ou de l'abord de la contraception ? On ne peut se risquer à admettre un lien évident de cause à effet mais l'importance de la question demande à rechercher les meilleures conditions à créer pour aider la patiente à dépasser la situation présente et se projeter dans son "avenir".

Informations sur l'IVG	Nombre d'observations concernées
Explication brève de la loi	6
Deux méthodes citées	7
Deux méthodes expliquées	4
Une seule méthode expliquée	5
Explication des risques pour les méthodes évoquées	9
Détail du parcours de soin	9
Contraception abordée	7
Patientes a déjà pensé à la contraception post-IVG	6

Tableau 8: Eléments du savoir

<b>Insertion d'informations par le praticien</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Schémas	4	44,4
Maquettes	7	77,8
Guide ARS	6	66,7

*Tableau 9: Des supports de l'échange*

Les consultations durent en moyenne 25 minutes. Dans tous les cas praticien et patiente sont assis de chaque côté d'un bureau sur lequel se trouve un ordinateur. On constate que l'ordinateur est utilisé par le professionnel pour noter ce que la patiente énonce. Est-ce un frein ? Pour autant, cet outil semble aussi plutôt positif car il suscite des échanges de regards et est parfois dépositaire et support d'informations.

Dans la plupart des cas d'autres supports sont utilisés pour communiquer : des schémas ou des maquettes, pour expliquer les méthodes d'IVG ou un moyen de contraception.

## Discussion

Les observations participantes incluent nécessairement un regard critique sur le travail accompli. Ainsi nous essaierons de nous pencher sur la méthodologie ethnologique aussi bien que sur le versant éthique des entretiens pré-IVG. Les sciences de l'Homme et des sociétés sont formatrices sur le chemin du métier de sage-femme, apportant sens à la formation.

### I. De la méthodologie de l'observation

#### 1. De l'importance de l'observation

Dans son ouvrage « La description ethnographique »<sup>(18)</sup> François Laplantine écrit « *L'expérience de l'altérité nous engage à voir ce que nous n'aurions même pas pu imaginer, tant notre attention a du mal à se fixer sur tout ce qui nous est tellement familier que nous finissons par estimer que "cela va de soi" »*<sup>14</sup>

L'observation directe est spécifiquement une méthode anthropologique. L'expérimentation de cette démarche qui a constitué à prendre le temps et s'imprégner du contexte des échanges et des échanges eux-mêmes s'est révélée importante. Henri Peretz, chercheur en ethnographie, a écrit : « *Le chercheur prend le temps nécessaire à l'acquisition du savoir que possèdent les personnes observées, puis il reste suffisamment longtemps parmi elles pour connaître la diversité des situations qu'elles peuvent rencontrer sur une longue période. En ce sens, l'observateur est le témoin de l'histoire des événements propres au milieu étudié au cours de son enquête. »*<sup>(15)</sup>

Puis, si l'observation n'est pas la seule méthode de recueil de données, elle est complémentaire des autres. Comme nous l'avons abordé plus tôt, l'EBM<sup>15</sup> n'exclut pas l'expérience clinique, l'observation est donc une ressource légitime de collecte d'informations. L'expérimentation est un moyen majeur d'apprentissage dans notre formation de sage-femme, et donc l'observation participante comme méthode de recueil de données en est d'autant plus intéressante.

---

14 Pages 11 et 12 de la référence

15 Glossaire page 6

## **2. De la place et du rôle de l'observateur**

La place de l'observateur est particulièrement complexe. Le positionnement « passif » nous a donné l'occasion de prendre de la distance par rapport à la conduite d'entretiens qui sont fréquemment réalisés dans le métier de sage-femme.

L'observateur s'est placé à chaque fois de la façon qui lui paraissait la plus neutre possible. Un positionnement « inhabituel » dans la pièce aurait sans doute déconcerté la patiente. Pour éviter cela le chercheur s'est placé aux cotés du professionnel, légèrement en retrait. On peut alors s'interroger : les patientes ont-elles pu considérer l'observateur comme faisant partie du corps soignant ? S'il ne peut se rendre invisible, le chercheur est donc un facteur influençant l'échange. Parfois, le patient a cherché son regard, comme un appui, ce qui interpelle : comment ne pas être un biais ? Ne pas prendre part à la communication a été une difficulté pour l'apprenti-chercheur.

En même temps, « participer » à ces entretiens a constitué des occasions d'apprentissage et de réflexion sur les interactions entre les personnes présentes. Bien que n'intervenant pas, l'observateur est malgré lui impliqué dans ce qui se joue. La relation soignant soigné devient triangulaire. Afin d'éviter au mieux les écarts, observer sa propre implication participe à créer une véritable distanciation fondatrice d'objectivité.

## **3. De la restitution des observations et de la recherche de sens**

### ***a) De l'observation à l'écrit***

La question de la prise de notes a été l'occasion de nombreuses questions : écrire ou ne pas écrire ?

D'une part, nous avons choisi d'écrire des notes de temps à autre afin que le professionnel et le patient n'aient pas la sensation d'être épiés, d'être surveillés et ne se retiennent alors de certains comportements ou commentaires.

Les observations de « terrain » réalisées nous ont permis d'expérimenter la complexité de la restitution, par écrit, des observations d'entretiens réalisées où il s'est agi de collecter des « documents oraux » (19)<sup>16</sup>.

---

16 Page 22 de la référence cf. Bibliographie



Par ailleurs, cette expérience de recherche nous a permis de comprendre que la description ethnographique n'est pas « un simple exercice de transition ou de "décodage" mais "*une activité de construction et de traduction*" (18).

#### **b) De l'observation à la recherche de sens**

François Laplantine nous dit que « *La description ethnographique est une activité qui se réforme et se reformule en permanence au contact de la culture que nous prenons pour objet* ». Ici, c'est la diversité des cultures des femmes en demande d'IVG qui nous a interpellée. Elle est à prendre en compte dans la recherche de sens des paroles, des gestes, des positionnements.

Par les rapprochements des situations observées, par les recherches de liens sur les manières dont pouvaient se vivre les questions retenues comme objets d'études, nous avons pu aborder les processus de construction des rapports entre patientes et professionnels, les façons dont étaient abordées ou non des questions délicates, les processus par lesquels se construisaient les choix. Derrière des aspects matériels, pratiques, économiques, temporels des méthodes d'IVG pouvaient s'exprimer des peurs, des regrets, des solitudes, des difficultés de vie ou de choix de vie pour des femmes d'âges et de conditions socioprofessionnelles différents, touchant ainsi à la dimension symbolique du sujet.

Edward Hall nous parle du « *langage silencieux* » comme la dimension cachée de nos comportements, de l'importance de l'interaction, de « *comment l'homme interprète les actes de ses semblables* » qui sont pour lui des sources immenses d'informations. (20) C'est souligner l'importance de l'écoute à tout instant.

#### **4. Pour aller plus loin**

L'étape suivante à la recherche aurait pu être la distribution de questionnaires afin de recueillir le retour des professionnels rencontrés à propos des entretiens observés, le degré de satisfaction des patientes, et les impressions de chacun sur la présence d'un observateur. On aurait pu proposer l'aide d'un « score » de qualité de l'échange sur la base du guide de l'entrevue médicale de Calgary-Cambridge sans pour autant s'enfermer dans une évaluation psychométrique stricte. (21)

La population étant restreinte et le temps limité, les résultats apportent des pistes de réflexion mais sont difficilement généralisables. Après la conduite de notre recherche exploratoire, une

plus grande population de patientes et de professionnels permettrait de passer à une recherche approfondie, avec la possibilité de croiser les regards de différents observateurs. Des critères de crédibilité pourraient être mieux satisfaits par la convergence de plusieurs interprétations de données (avec d'autres méthodes de recherche aussi).

## **II. De la réflexion éthique**

*« L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées »<sup>17</sup>.(10)*

Réfléchir d'un point de vue éthique sur l'accompagnement du choix de la méthode d'IVG paraît incontournable. Le questionnement éthique permet de *« Se poser des questions pour renoncer à la tentation des réponses toutes faites »*.(22)

Une étude assez récente à propos de la dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse soutient que c'est *« l'équipe soignante elle-même qui, dans sa manière d'accueillir et d'écouter les patientes en demande d'IVG, permettra que cette expérience s'inscrive dans l'histoire de la femme, de son couple et de son entourage »*.(23)

### **1. A propos de l'autonomie et du consentement**

En matière de choix, on pense d'abord à la question de l'autonomie, largement explorée par Michela Marzano(24). Elle nous démontre combien les choix de chacun sont teintés des influences sociales, culturelles, économiques et psychologiques, et que le consentement ne se suffit pas à lui-même. Ceci est particulièrement applicable au domaine médical et à la relation médecin malade qui n'est pas de l'ordre du contrat<sup>18</sup>. D'ailleurs, le consentement éclairé est déclaré nécessaire à tout acte médical dans la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(25). Et si la question du consentement se termine par une affirmation ou une négation, il faut chercher plus loin. Il n'est pas que d'ordre juridique. Le code de Nuremberg de 1947 stipulait que le premier attribut de l'être humain était son autonomie et que celle-ci s'exerçait par le biais du consentement.

---

17 Définition de J.-J. NILLES, prenant en compte des travaux de A. BADIOU et de P. RICOEUR, cabinet Socrates, Anesm, « *Analyse documentaire relative au développement d'une démarche éthique dans les ESSMS* » [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr) (10)

18 Dans *Je consens donc je suis* (24): "En fait, le consentement n'est qu'une condition légale à l'accomplissement de certaines actions, ou encore un moyen juridique pour protéger un individu des actes de autres."

Le consentement est la suite logique de l'action du professionnel de santé car *"le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne, qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose"*(26).

Le parcours de la bioéthique a été long et laborieux. Pour avoir le 1<sup>er</sup> cadre juridique concret et global sur les questions bioéthiques, il a fallu attendre la première loi de bioéthique de 1994 [même si le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) y fait référence dès 1984] (27).

L'autonomie, selon Kant, est la capacité de l'homme à se soumettre à une loi universelle qui mène alors vers l'action morale(28). L'homme est selon lui « l'origine de la norme morale ». Plus que la fin visée, Kant s'interroge sur le moyen approprié pour y parvenir, et sur l'idée que ce moyen soit juste et moralement acceptable. L'autonomie ne renvoie donc pas à des désirs du moment, à des préférences ou à des envies, mais plutôt à la capacité de l'être humain à raisonner, à réfléchir. Cette autonomie semble à rechercher dans le cadre de l'accompagnement du choix de la méthode d'IVG.

Puis, dans quelle mesure suis-je consentant ou autonome alors que je suis en situation de vulnérabilité ? Avoir reçu une information loyale, claire et appropriée signifie-t-il être capable de décider ? Et jusqu'où mon consentement peut-il être implicite ? D'autant plus qu'interviennent alors tout le vécu, les circonstances extérieures, le contexte, et la finitude de l'être humain autant que son rapport au corps ?

En 1947, le « code de Nuremberg », repris par le CCNE, rappelle le lien fort entre autonomie et consentement(29) (24) (30). Et Michela Marzano nous rapporte que *« l'autonomie est loin d'être "réduite" à suivre des préférences du moment, mais elle semble plutôt renvoyer à la "raison" et à la "réflexion" humaines »*.(15) Une personne non autonome l'est par le fait qu'elle dépend des autres, qu'elle agit moins selon ses propres réflexions ou son propre usage de la raison.<sup>19</sup>

Et quand l'autonomie de l'autre est reconnue par tous les degrés qu'elle comporte, on peut

---

19 On définit ici la raison comme la faculté de juger soit de discerner le bien et le mal ou le vrai et le faux, en opposition à l'entendement, selon Kant dans Critique de la Raison Pure.

accepter qu'une autonomie absolue n'ait aucun sens dans la relation médecin malade, car alors le patient n'aurait nul besoin du soignant. Et plus encore, l'autonomie de chacun ne peut se dissocier de la relation interpersonnelle, ne serait-ce que par l'asymétrie induite par cette dernière.

En effet, la relation soignant soigné est nécessairement asymétrique car elle naît au départ d'une demande de l'un qui sollicite une réponse de l'autre. Au cours du dialogue qu'ils construisent, les deux protagonistes tentent de trouver une solution. Si la position du "malade" paraît parfois compliquée, celle du soignant l'est tout autant : il doit faire usage de son savoir sans annihiler le libre arbitre du patient ni décider à sa place. Le savoir que le patient possède prend place aussi dans la relation. Là est tout l'enjeu de l'information que le professionnel propose au patient, une information qu'il doit peser sans pour autant en faire trop (au risque d'être protocolaire, impersonnel et strictement médico-légal) ni trop peu (il faut tout de même donner les clés au patient afin qu'il soit libre de décider et d'accepter ou non les soins proposés). La difficulté consiste à équilibrer la balance entre l'authenticité et la juste distance. Car est-ce rendre le patient autonome que de tout lui dire ? Comment faire passer l'information sans qu'elle soit déformée par les valeurs du praticien et que pour autant elle soit adaptée au patient et faite pour lui particulièrement ?

Dans le cadre de la méthode d'IVG, il appartient au professionnel de santé de puiser dans ses capacités relationnelles afin de recueillir le consentement de la patiente pour une méthode qui lui corresponde en prenant en compte son "degré" de vulnérabilité. Il a donc recours à des moyens de communication au-delà de la parole et tente d'accompagner au mieux la patiente dans l'exercice de son autonomie.

## **2. L'information**

Au départ, informer signifie : « *façonner* », « *mettre en forme* » une matière brute<sup>(24)</sup>. On comprend que toute information est forcément unique, par le fait qu'elle est introduite par une personne en particulier et qu'elle est reçue par un patient singulier. Ainsi la substance de l'information est différente pour chaque relation interpersonnelle, quand bien même le « matériau » de départ est souvent identique. À chaque nouvelle rencontre, la construction de la relation médecin est un apprentissage tant pour le soignant que pour la patiente. Des auteurs<sup>20</sup> s'étant intéressés à la notion de "connaissances" définissent l'apprentissage comme

---

20 L'article fait référence à Joseph D. Novak, D.B. Gowin, et D.P. Ausubel.

« un processus de traitement de l'information centré sur la construction de sens et développé grâce à la mise en lien d'informations nouvelles avec des connaissances antérieures déjà disponibles. »(31) On saisit l'importance du moyen utilisé pour délivrer une information de même que son articulation avec les connaissances de la patiente. Une information adaptée est alors une donnée qui fait sens pour cette patiente.

En résumé, lors d'un processus de choix, on suppose facilement que l'information est unique par le simple fait que le dialogue alors construit est unique. Et le praticien doit apprendre à modeler l'information, sans la déguiser, pour le sujet unique et réflexif qu'il a en face de lui. Comment donner une information juste ?<sup>21</sup> La base salutaire de la relation médecin malade est la confiance. Alors que le patient use de son autonomie pour demander au praticien, celui-ci doit respecter la confiance qu'il place en lui, sans jamais en abuser. L'exercice délicat du soignant est de guider dans « *Ce labyrinthe imposé aux femmes qui doivent composer avec mille et un obstacles se dressant sur le chemin de leur liberté aggrave souvent la perception qu'elles ont de leur avortement.* »(22)

### 3. La décision

La décision est une notion primordiale dans la dynamique de l'IVG et elle est la continuité de l'autonomie. Plusieurs facettes de celles-ci se croisent et se complètent.

Il faut distinguer le moment de la décision et son processus de construction. En amont du moment décisionnel se place toute une réflexion, autant de la part du patient que du soignant. Dans ce cadre, la décision revêt aisément une dimension « cognitivo-praxique »<sup>22</sup> : alors que j'agis, je continue de penser. La patiente en demande d'IVG se présentant au professionnel a bien souvent déjà entamé son processus de décision. L'idéal visé par le professionnel est d'être en congruence avec la patiente et de délivrer une information qui correspond au stade de son processus décisionnel afin de la guider sur le chemin du choix et du libre-arbitre. Et comme Aristote l'a énoncé « *primum non nocere* » (d'abord ne pas nuire) conduit à mesurer la portée de ses paroles.

---

21 Kant disait qu'il ne faut pas confondre « vérité » et « franchise ». Si Kant condamne le mensonge, pour autant il faut nuancer. : « si l'homme ne soit pas mentir, il ne doit pas pour autant toujours dire « toute » la vérité. Parfois, rester réservé est une façon de respecter autrui beaucoup plus qu'en étant complètement franc. »(24)

22 *Praxis* : l'action en grec ancien

Il faut se poser la question du sens de notre action. Au nom de quoi prend-t-on une décision ? C'est cela qui fait la nature éthique de la décision. Le domaine médical peut rendre le rôle d'accompagnant délicat. Une des difficultés réside en la conciliation des informations données et des possibilités d'action. Tel que l'énonce Philippe Svandra « *En arraisonnant*<sup>23</sup> *les soignants, les procédures techniques et/ou réglementaires en arrivent peu à peu à déterminer toutes les décisions.* »(32) C'est l'exemple du planning du bloc opératoire que nous prenions plus tôt. Il ajoute dans le même passage « *La question est alors de trouver les voies qui puissent permettre de continuer à penser le sens de son action* ». Le soignant s'engage autant que la patiente dans le processus décisionnel. Il paraît alors adéquat qu'il use de prudence<sup>24</sup> en tant que sagesse pratique (à différencier du principe de précaution). S'il peut s'aider de son expérience, le soignant devrait s'éloigner de toute forme de paternalisme le conduisant à imposer des idées à la patiente au nom de l'expérience. Se questionner semble être donc une clé pour accompagner au mieux la patiente sur la voie de la responsabilité et du choix, en acceptant que toute décision peut être difficile. La visée du soin est alors « *épiméleutique* »<sup>25</sup>.

#### 4. Le corps dans la relation de soin

Le soin dans le contexte de l'IVG semble indissociable de la notion du corps.

Selon Gabriel Marcel : « *L'homme est-il son corps ou possède-t-il son corps ?* »<sup>26</sup>(33). Le corps est-il un objet à façonner ou la condition même de l'existence ? Qu'est le corps de la patiente en demande d'IVG ? La vision du corps intégrée par la patiente semble primordiale à prendre en considération dans le cadre du choix de la méthode d'IVG. À travers la question de la méthode d'IVG, il faut penser à la transformation du corps de la patiente et à ses implications. C'est un des points abordés par notre étude, si la question du corps n'est pas évoquée si simplement en consultation pré-IVG, on suppose qu'elle implique des comportements et des réflexions. Cette question n'est donc pas à ignorer si le soignant perçoit

---

23 L'auteur précise qu'il utilise ici ce verbe en référence à Heidegger et à son fameux «*Gestell*» que l'on a coutume de traduire par arraisonner.

24 Nous entendons ici la prudence comme *phronésis* soit *la faculté de juger dans l'action, manière d'agir juste.* (32)

25 D'après David Jousset, maître de conférences en éthique, "épiméleutique" s'entend au sens du prendre soin (soigner la personne, pallier à la souffrance, préserver l'autonomie, la dignité).

26 Référence retrouvée dans *L'Éthique Soignante : réflexions sur les principaux enjeux du soin* de Philippe Svandra aux éditions Seli Arslan en 2014

des difficultés ou des zones d'ombres dans la compréhension de son discours. Il doit s'efforcer de penser sa manière d'apporter des savoirs, d'adapter son discours au moment opportun.

Le professeur Christian Hervé<sup>27</sup> se demande a propos de l'art médical tel qu'on l'entend aujourd'hui : « *Pourquoi ne pas considérer l'homme dans son corps et son esprit et comment, en fonction des représentations et des présentations qu'il fait de lui-même, les pratiques sociales, et notamment la relation médecin-malade, sont-elles différentes ?* »(34) C'est souligner l'importance d'allier le corps à la décision et de tenter de comprendre les préférences de la patiente face à la technique médicale. On saisit qu'il n'existe pas de « solution idéale », l'art médical est la conciliation de tous les paramètres importants pour la femme en visant le mieux pour elle. En effet, après la rencontre soignant-soigné, dans le rapport au temps, c'est le corps qui racontera l'IVG.

---

27 Membre du Laboratoire d'Ethique Médicale – Université Paris René Descartes – Paris V

## Conclusion

La genèse de l'étude fut une interpellation en post-IVG. Les questions de départ ont permis de donner une direction à la recherche tel que l'expose Sylvie Fainzang : « *Le choix d'une méthodologie est intimement lié au choix d'un objet et à la manière de le construire. Toutefois, cette souplesse n'est pas incompatible avec le fait que le rapport de l'ethnologue avec son terrain est déjà en partie problématisé, dans la mesure où ce qui retiendra son attention sur le terrain est lié aux questions qui le préoccupent, aux aspects qui le frappent, bref à sa propre sensibilité. S'il est vrai que les questions que l'on pose au départ ne doivent pas être de nature à figer l'enquête, elles permettent néanmoins de donner un sens (j'entends : une direction) à l'observation* ». Assister à des entretiens pré-IVG a montré l'importance de chaque étape dans l'accompagnement du processus de décision et son abondance de facettes et de possibles. Le choix est teinté de nombreuses influences plus ou moins maîtrisables : des contextes multiples et toujours singuliers, des peurs enfouies, des représentations, faisant de l'IVG une étape de vie.

Les temps d'imprégnation ont éclairé sur l'importance des interactions entre les professionnels de santé et les patientes. Ils ont constitué des occasions de mieux cerner ce que le soignant et la patiente sont chacun prêts ou non à entendre ou à dire. Cela nous a sensibilisé dans l'apprentissage de la démarche de l'entretien compréhensif. Kauffman s'exprime ainsi à son propos : « *Tout en étant très actif et en menant le jeu, l'enquêteur doit savoir rester modeste et discret : c'est l'informateur qui est en vedette, et il doit le comprendre à l'attitude de celui qui est en face de lui, faite d'écoute attentive, de concentration montrant l'importance accordée à l'entretien, d'extrême intérêt pour les opinions exprimées, y compris les plus anodines ou étranges, de sympathie manifeste pour la personne interrogée.* »(35)

C'est rappeler l'importance de l'empathie comme un changement de référentiel spatial, une « *capacité à comprendre la parole de l'autre, à se mettre à la place d'autrui* »(36) pour s'interroger sur les systèmes de pensée de chaque patiente. Se questionner nécessite donc un engagement aussi fort que celui des personnes en interaction devant nous et l'« *usage de son "intelligence" comme étant la capacité à comprendre ce qui se passe avec les autres,*



*ensemble* ». <sup>28</sup> Ces compétences <sup>29</sup> relationnelles relèvent de l'acquisition et de l'apprentissage dans la durée, au même titre que les compétences techniques. Jean-Claude Kauffman poursuit en indiquant que « *Pour parvenir à s'introduire ainsi dans l'intimité affective et conceptuelle de son interlocuteur, l'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions et catégories de pensée. Ne penser qu'à une chose : il y a un monde à découvrir, plein de richesses inconnues. Chaque univers personnel à ses richesses, qui ont immensément à nous apprendre. Mais pour cela toute attitude de refus ou d'hostilité doit être évitée, quels que soient les idées et comportements de celui qui parle : il faut simplement chercher à comprendre, avec amour et considération, avec aussi une intense soif de savoir.* »(35) Nous ajouterons qu'après tous les maux livrés par les patientes lors des consultations, plus de temps permettrait un échange où le rapport même à l'IVG émergerait.

Il a été incontestablement enrichissant d'étudier toujours plus les processus des constructions culturelles et symboliques développées par les femmes et leurs conjoints pour demander une IVG et choisir la méthode. Chaque femme avec son histoire singulière a rappelé la pertinence d'étudier le sujet de l'accompagnement de la méthode d'IVG sous l'angle de ce qui fait sens pour elle et qu'elle traduit par des peurs, des questionnements, des aspirations, des refus, et des décisions. Des questionnements individualisés de la part du professionnel sont nécessaires afin de créer les conditions les meilleures pour une prise en charge globale. On comprend que l'accompagnement est déterminant et qu'il doit s'inscrire dans une logique de continuité à chaque étape.

---

28 Phrase utilisée par Martin Winckler lors d'une conférence éthique le 26 mars 2015 à la Faculté de Médecine de Brest

29 Jean Jouquan lors d'un cours dispensé à la Faculté de Médecine de Brest parle de la compétence comme d'un savoir-agir adéquatement en situation

## Bibliographie

1. Code de la santé publique | Legifrance [En ligne]  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171542&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141115>. Consulté le 15 novembre 2014.
2. Code de la santé publique - Article L2212-1. Code de la santé publique. [En ligne]  
<http://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 29 février 2016.
3. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance [En ligne].  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913761>. Consulté le 29 février 2016.
4. Gouvernement.fr. La loi de santé. [En ligne].  
<http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>. Cité le 15 octobre 2015.
5. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Popul Sociétés. 2004;407:38-40. [En ligne].  
[http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=2683](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=2683). Consulté le 15 novembre 2014
6. DREES. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013. Etudes Résultats. Juillet 2015;(924).
7. La pilule devient légale - Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances : texte intégral des débats à l'Assemblée Nationale. décembre, 1967.
8. Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale. 2015 août.
9. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, équipe COCON. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005;(34):53-61.
10. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2010.
11. Jouquan J. L'évaluation des pratiques confrontée à l'exigence de la preuve scientifique en médecine clinique. mt thérapeutique. 2003;9(3):93-100.
12. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
13. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.
14. Code de la santé publique - Article L2212-5. Code de la santé publique.
15. Peretz H. Les méthodes en sociologie : L'observation. La Découverte. Paris : La découverte; 2004, 123 p.

16. Winkin Y. Anthropologie de la communication : De la théorie au terrain. Nouvelle édition. Paris : De Boeck et Larcier et Du Seuil; 2001, 332 p.
17. PRÉFÉRENCE : Définition de PRÉFÉRENCE [En ligne].  
<http://www.cnrtl.fr/definition/pr%C3%A9f%C3%A9rence>. Consulté le 5 janvier 2016.
18. Laplantine F. La description ethnographique. Paris : Nathan Armand Colin; 2015, 127 p.
19. Copans J. Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie. 3ème éd. Paris : Armand Colin; 2010, 128 p.
20. Hall ET. Le langage silencieux. Paris : Seuil; 1984, 237 p.
21. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Calgary-Cambridge Guide to communication : Process skills - Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal. 2004. [En ligne].  
<http://www.med.ucalgary.ca/education/learningresources>. Consulté le 31 octobre 2015.
22. Benhamou O. Avorter aujourd'hui : Trente ans après la loi Veil. Paris : Mille et une Nuits; 2005, 216 p.
23. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004;33:125-130.
24. Marzano M. Je consens, donc je suis... Ethique de l'autonomie. Paris : Presses Universitaires de France; 2011, 262 p.
25. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
26. Ricoeur P. Préface. In: Code de déontologie médicale. Paris. Seuil; 1996.
27. Amiel P, Vialla F. La vérité perdue du « code de Nuremberg » : réception et déformations du « code de Nuremberg » en France. Rev Droit Sanit Soc. 2009;4(6):73-87.
28. Kant E. Fondements de la métaphysique des moeurs (1785). Paris : Gallimard; 1985, 1632 p.
29. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis sur les essais de nouveaux traitements chez l'homme. Réflexions et propositions, avis [et rapport]. 1984 oct. Report No.: 2.
30. Borillo D. Bioéthique. Paris : Dalloz; 2011, 311 p.
31. Jouquan J. S'il te plaît,... dessine-moi tes connaissances ! Pédagogie Médicale. 2010;11(2):77-79.
32. Svandra P. L'éthique soignante. Paris : Seli Arslan; 2014, 156 p.

33. Marcel G. Être ou avoir. Paris : Editions Universitaires; 1991, 192 p.
34. Hervé C. De l'Evidence-Based Medicine à l'Evidence-Based Ethics : quelle définition pour la pratique de la médecine ? 27è Journ SFSPM. 2005;1:62-66.
35. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Paris : Nathan; 1996, 128 p.
36. Rogers C. Lé développement de la personne. Paris : Dunod; 1968, 270 p.

# Annexe I – La grille d'observation

Date : \_\_\_\_\_ Entretien n° \_\_\_\_\_  
 Lieu : \_\_\_\_\_

SAVOIR-FAIRE TECHNIQUES GESTUELLE	SAVOIR Connaissances Méthodes Techniques Risques Législation	CONTEXTE Familial Personnel Émotionnel (ressenti, paroles, attitudes, silences...)	Construction et processus de décision	Phrases et autres

Méthode décidée à l'issue de l'entretien :

Illustration 1: Première page de la grille d'observation

Date : \_\_\_\_\_ Entretien n° \_\_\_\_\_  
 Lieu : \_\_\_\_\_

Questions soulevées	Éthique

Illustration 2: Seconde page de la grille d'observation

Caractéristiques socio-démographiques :

- Âge :
- Profession :
- Situation familiale :
- Accompagnée ou seule :
- Gestité :
- Parité :
- Terme de la grossesse :
- Rang de l'IVG :
- Durée de l'entretien :
- Patiente adressée par un professionnel libéral :

*Illustration 3: Fiche connexe*