



HAL
open science

Comprendre l'absence à la consultation post-IVG instrumentale : une étude qualitative auprès de femmes concernées en Aquitaine

Marion Alesi

► To cite this version:

Marion Alesi. Comprendre l'absence à la consultation post-IVG instrumentale : une étude qualitative auprès de femmes concernées en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01563253

HAL Id: dumas-01563253

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01563253>

Submitted on 17 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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2017

N° 87

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 2017

par

Marion ALESI

Née le 8 octobre 1987 à Sainte-Foy-Lès-Lyon

**COMPRENDRE L'ABSENCE À LA CONSULTATION POST-IVG INSTRUMENTALE:
UNE ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE FEMMES CONCERNÉES EN AQUITAINE**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Sami HADDAD

JURY :

Monsieur le Professeur Claude HOCKE	Président
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Rapporteur
Madame le Professeur Claudine MATHIEU	Juge
Madame le Docteur Mélanie AFONSO	Juge
Monsieur le Docteur Sami HADDAD	Juge

Remerciements

À Monsieur le Professeur Claude Hocke, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, l'expression de mon profond respect.

À l'ensemble des membres du jury, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet. Soyez assurés de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Sami Haddad qui a accepté de diriger ce travail, merci de m'avoir soutenue et encouragée.

À Madame le Docteur Sylvie Maurice, merci de votre aide précieuse, votre soutien sans faille sur le fond et sur la forme de mon travail.

À Pierre, merci pour ton amour et ton soutien permanent durant ses longues années d'études. Tes rires, ta tendresse et tes attentions ont fait et font mon bonheur, et continueront à le faire. Tes conseils et ta relecture m'ont été véritablement indispensables.

À mes Parents, merci pour votre amour inconditionnel et votre confiance absolue. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ce chemin et de m'avoir poussée toujours plus loin.

À Lucie, Vincent et Mathieu, ma fratrie, ma tribu. Merci pour ce que vous êtes. Je suis tellement fière de vous !

À mes grands-parents, Toutis, Pierre et Théa, merci pour votre soutien et votre amour.

À Marie, ma cousine adorée, avec qui je partage tant. Merci d'avoir ouvert la voie. Merci pour tous ces beaux moments et souvenirs vécus ensemble, et pour ceux à venir.

À Brigitte, merci pour m'avoir inspiré l'amour de ce métier, tout en sérieux et en décontraction.

À Aurélia, mon amie d'enfance, à mes côtés depuis toujours, même à l'autre bout de la planète. A Jérôme, un grand merci pour ton aide linguistique d'urgence !

À mes amies d'université, Alice, Anne-Cécile, Clémence, Clémentine, Corentine, Hélène, Johanna, Maider, Marine, Natasha et Raphaëlle. Mêmes si les kilomètres nous séparent, votre soutien et votre amitié m'ont toujours permis d'avancer.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES.....	3
ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
HISTORIQUE DE L'IVG.....	10
ETAT DES LIEUX : LES CHIFFRES EN FRANCE ET EN NOUVELLE AQUITAINE	15
REFERENTIEL DE LA PRATIQUE D'UNE IVG INSTRUMENTALE.....	19
1. LES CONSULTATIONS MEDICALES AVANT L'IVG	19
2. LA PROCEDURE D'IVG INSTRUMENTALE	20
LA CONSULTATION POST-IVG INSTRUMENTALE	22
1. INTERET ET CONTENU DE CETTE CONSULTATION.....	22
2. LIMITES DE LA CONSULTATION ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	24
MATERIEL ET METHODE.....	27
1. L'ENTRETIEN EN RECHERCHE QUALITATIVE.....	27
1.1. JUSTIFICATION DE LA METHODE QUALITATIVE	27
1.2. LE CHOIX DES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES.....	27
1.3. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	28
1.4. L'ECHANTILLONNAGE.....	29
1.5. REALISATION DES ENTRETIENS.....	30
2. METHODE D'ANALYSE	31
2.1. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	31
2.2. ANALYSE DU DISCOURS.....	31
RESULTATS D'ANALYSE	33
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	33
2. RESULTATS D'ANALYSE	33
2.1. LA PLANIFICATION DE LA CONSULTATION POST-IVG	34
2.1.1 PROPOSITION D'UNE CONSULTATION POST-IVG	34
2.1.2. CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DE LA CONSULTATION POST-IVG.....	35
2.1.3. COMMUNICATION ET INFORMATIONS CONCERNANT LA CONSULTATION POST-IVG	35

2.2.	L'ABSENCE DE CONSULTATION POST-IVG : LES RAISONS DE L'INOBSERVANCE....	36
2.2.1	RAISONS PSYCHOLOGIQUES.....	37
2.2.2.	RAISONS PRATIQUES.....	38
2.2.3.	MAUVAISE EXPERIENCE AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE.....	40
2.2.4.	VISITE SANS INTERET.....	40
2.2.5.	OUBLI.....	41
2.3.	L'ABSENCE DE CONSULTATION POST-IVG : LES CONSEQUENCES.....	42
2.3.1.	PAS DE MANQUE RESSENTI.....	42
2.3.2.	MANQUE RESSENTI.....	43
2.4.	PARCOURS CONTRACEPTIF ET SUIVI GYNECOLOGIQUE.....	44
2.4.1.	L'UTILISATION DES MOYENS DE CONTRACEPTION AVANT L'IVG.....	44
2.4.1.1.	La pilule.....	44
2.4.1.2.	Le préservatif.....	47
2.4.1.3.	Le retrait.....	48
2.4.1.4.	Aucune contraception.....	48
2.4.2.	SUIVI GYNECOLOGIQUE AVANT L'IVG.....	49
2.5.	LE PARCOURS AVANT L'IVG.....	50
2.5.1.	EXPERIENCE NEGATIVE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	51
2.5.2.	EXPERIENCE POSITIVE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	52
2.6.	L'IVG : L'INTERVENTION.....	53
2.6.1.	EXPERIENCE NEGATIVE.....	53
2.6.2.	EXPERIENCE POSITIVE.....	54
2.7.	LES PISTES D'AMELIORATIONS.....	55
2.7.1.	CONCERNANT LA CONSULTATION POST-IVG.....	55
2.7.2.	CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE.....	58
2.7.3.	CONCERNANT LES EQUIPES SOIGNANTES.....	58
2.7.4.	CONCERNANT L'INFORMATION AUPRES DES FEMMES.....	59
	DISCUSSION.....	61
1.	DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE.....	61
2.	DISCUSSION DES RESULTATS.....	65
2.1.	PLANIFICATION DE LA CONSULTATION POST-IVG.....	65
2.2.	LES RAISONS DE L'INOBSERVANCE.....	68
2.2.1.	RAISONS PSYCHOLOGIQUES.....	68
2.2.2.	RAISONS PRATIQUES.....	69

2.2.3.	<i>MAUVAISE EXPERIENCE AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE</i>	71
2.2.4.	<i>VISITE SANS INTERET</i>	72
2.2.5.	<i>OUBLI</i>	72
2.3.	LES CONSEQUENCES DE L'ABSENCE DE CONSULTATION	73
2.4.	PARCOURS CONTRACEPTIF ET SUIVI GYNECOLOGIQUE	75
2.4.1.	<i>UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES AVANT L'IVG</i>	75
2.4.2.	<i>SUIVI GYNECOLOGIQUE AVANT L'IVG</i>	77
2.5.	LA PRISE EN CHARGE AVANT ET PENDANT L'IVG	77
2.6.	LES PISTES D'AMELIORATION EVOQUEES PAR LES PATIENTES	79
	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	83
	BIBLIOGRAPHIE	86
	ANNEXE 1 : FICHE INFORMATION PATIENTE	92
	ANNEXE 2 : FICHE PROFESSIONNELS DE SANTE	93
	ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN	94
	RÉSUMÉ	96

Abréviations

ARS : Agence régionale de santé

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

DRESS : Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques du
Ministère de la Santé

HAS : Haute autorité de santé

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MLF : Mouvement de libération des femmes

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'aménorrhée

Introduction

L'idée de ce travail nous est venu d'un constat : « *environ un quart des femmes n'ont pas eu de consultation de contrôle (post-IVG)* ». Ces résultats émanent de l'enquête COCON, publiée en 2005 [1]. Or, plusieurs travaux, notamment ceux du groupe de travail *IVG / Contraception* du réseau Périnat Aquitaine ont, en 2015, identifié cette visite post-IVG comme étant un moment clé du parcours de soin, et tout particulièrement, dans les situations de vulnérabilité. En effet, s'appuyant sur deux thèses traitant respectivement, pour la première, des liens entre violences et IVG répétées, et du parcours de soins d'IVG selon la vulnérabilité, pour la seconde, et dont nous reparlerons plus tard, le rapport du groupe aquitain concluait la nécessité d'améliorer l'observance de cette consultation de contrôle. Cette dernière devant permettre aux femmes, d'une part, de devenir « *actrices de leur santé* », d'autre part, de leur offrir « *une opportunité supplémentaire de mieux s'approprier leur suivi gynécologique de prévention* » [2].

Mon travail de thèse a été initié alors qu'en stage d'internat à la PMI (Protection Maternelle et Infantile) j'ai assisté à des visio-conférences organisées par le réseau Périnat. S'intégrant dans une action conjointe avec le groupe *IVG / Contraception* du réseau, c'est donc naturellement que je me suis intéressée à la question de l'inobservance de cette consultation post-IVG.

Rappelons brièvement que l'IVG a été légalisée en France en 1975. Après une baisse régulière jusque dans les années 1990, leur nombre connaît depuis les années 2000 une certaine stabilité avec environ **220 000 IVG par an**. Cette stabilité du recours à l'IVG résulte de deux mouvements opposés :

- d'une part, la proportion de femmes ayant recours à l'IVG diminue
- d'autre part, la probabilité de recourir à nouveau à l'IVG après une IVG augmente. Les IVG répétées deviennent donc plus fréquentes [3].

Les études sur le sujet pointent régulièrement la consultation de contrôle post-IVG. Celle-ci paraît présenter des dysfonctionnements, parmi lesquels une inobservance importante, notamment en ce qui concerne les IVG instrumentales (celles-ci, contrairement aux IVG médicamenteuses, ne nécessitant pas forcément une vérification quant à l'efficacité de la méthode). Recommandée par l'HAS, cette consultation de contrôle doit être **systématiquement proposée après l'IVG**. Elle pourrait être un élément essentiel du parcours de soins d'une IVG, mais également un moment privilégié pour les femmes concernées leur permettant de se réapproprier leur parcours contraceptif, ainsi que leur suivi gynécologique. Dans le même temps, cette visite représente l'opportunité d'évoquer le vécu psychologique de cet évènement.

C'est pourquoi le travail qui nous a été confié s'est intéressé précisément à la problématique de la consultation post-IVG et s'est tout particulièrement porté sur les femmes qui avaient réalisé des IVG instrumentales.

Dans le cadre de cette étude nous nous sommes entretenus avec des femmes concernées et qui n'avaient pas bénéficié de consultation post-IGV, que ce soit par choix personnel ou non. Nous avons tenté de recueillir leur ressenti et leur vécu, avec le triple objectif de comprendre la récurrence de cette absence de visite de contrôle, d'en mesurer les éventuelles conséquences, et de proposer ainsi des pistes pour en améliorer l'observance.

Dans les paragraphes suivants, nous rappellerons les grandes dates de l'histoire de l'IVG en France, puis l'état des lieux et ses chiffres clés. Viendront ensuite le référentiel de la pratique d'une IVG instrumentale et sa consultation de contrôle. Nous aborderons ultérieurement la méthode et le matériel d'étude et nous poursuivrons avec les résultats, la discussion et enfin la conclusion et les perspectives.

Historique de l'IVG

Au début du XIX^{ème} siècle, la loi, suivant le code pénal de 1810, punit de réclusion les femmes qui se sont livrées à des manœuvres abortives, et aux travaux forcés, les médecins qui les ont aidées [4]. Cent ans s'écoulent et pourtant, rien n'a encore changé. Au lendemain des guerres franco-prussiennes, puis de la première Guerre Mondiale, le tout dans un contexte de politique nataliste, la loi de 1920 réprime fortement l'avortement, le définissant alors comme un « crime », et interdisant la propagande pour les méthodes anticonceptionnelles [5].

En faisant de la famille l'une de ses principales préoccupations, le régime du maréchal Pétain ne pouvait pas manquer de légiférer sur l'avortement. Très tôt, les partisans de Vichy imputent la défaite de juin 1940 à la dénatalité ; la dénonciation de l'avortement, et ses conséquences funestes pour la vitalité de la France, fait ainsi pleinement partie du discours dominant. L'avant-guerre est stigmatisée comme une période de débauche et d'immoralité ayant conduit le pays à la défaite. Le Front Populaire en particulier est accusé d'avoir laissé se développer une propagande néo-malthusienne¹, soutenue par les milieux libertaires, syndicalistes et féministes. C'est en 1942 sous le régime de Vichy, que la répression va s'accroître avec **une loi instaurant l'avortement comme un crime passible de la peine de mort**. L'application la plus emblématique de cette répression est sans nul doute celle qui concerne l'histoire de Marie-Louise Giraud. Cette femme avorteuse, sous-louant également des chambres à des prostituées, est alors dénoncée à la police par une lettre anonyme, arrêtée à

¹ A la fin du 18^{ème} siècle, Thomas Malthus prônait une politique active de maîtrise de la population dans un contexte de ressources terrestres limitées. Le néo-malthusianisme est une actualisation de cette doctrine, militant pour une volonté de contrôle des naissances grâce aux moyens contraceptifs et à l'avortement.

Cherbourg puis traduite devant le Tribunal d'Etat de Paris. Après un procès expéditif de deux jours, elle est guillotinée « pour l'exemple » le 30 juillet 1943 [6]. Malgré ces lois toujours plus répressives et la violence du discours dominant, il semble que la pratique de l'avortement soit impossible à éradiquer. Pas plus que la III^{ème} République, Vichy n'aura réussi à faire disparaître ce qu'il considère comme un « fléau national »...

En 1944, à la Libération, le Gouvernement provisoire de la République française abroge les lois de Vichy, relatives à la répression de l'avortement. Pourtant, dans l'immédiat après-guerre, bien que le « baby-boom » fasse reculer quelque peu le spectre de la dénatalité française, l'avortement reste fortement réprimé.

Créée en 1956, la « Maternité heureuse », futur Mouvement français pour le Planning familial, milite pour la législation favorable et la généralisation des moyens anticonceptionnels, dénonçant également le « fléau » que constitue en France l'avortement clandestin.

Il faut attendre 1970 et la naissance du MLF (Mouvement de Libération des Femmes) pour que la législation de l'avortement devienne une revendication à part entière, suscitant dans le pays un débat aussi houleux que passionné. C'est en 1971 que l'opinion publique va se mobiliser avec la publication dans le *Nouvel Observateur* du « Manifeste des 343 salopes ». 343 femmes y déclarent avoir avorté, parmi lesquelles, des personnalités du monde des lettres et du spectacle, telles que Simone de Beauvoir, Marguerite Duras, Françoise Sagan ou bien encore Catherine Deneuve.

Se terminant par une revendication clairement exprimée en faveur de l'avortement libre, le texte, qui fera date, pointe l'existence du problème et souhaite contraindre le gouvernement à prendre position.

En juillet 1971, Gisèle Halimi, avocate militante, crée, avec d'autres personnalités, l'association « *Choisir* » qui se propose de lutter sur trois fronts : la contraception et l'éducation sexuelle, la suppression de la loi de 1920 et la défense gratuite des personnes inculpées pour avoir contrevenu à la loi de 1920 [7].

En octobre 1972 s'ouvre le célèbre procès de Bobigny, qui, ayant pris une dimension nationale, a provoqué un véritable déclic dans l'opinion publique. Gisèle Halimi se saisit en effet du dossier de la jeune Marie-Claire, alors âgée de 17 ans, qui a avorté avec l'aide de sa mère et deux de ses collègues. Gisèle Halimi fait acquitter la jeune fille. C'est une victoire importante pour les opposants à la répression provoquant ainsi un virage majeur dans l'application de cette loi. Pour l'avocate ce procès a fait « éclater la loi » : celle de 1920, mais également l'article 317 du code pénal, dont l'origine remonte à 1810. Après ce procès le ministre de la justice donne consigne au Parquet de ne plus poursuivre les avortements [8].

En février 1973, alors qu'approchent les élections législatives, 330 médecins entreprennent de projeter la question de l'avortement au cœur du débat politique. A la manière des 343, ils signent un manifeste publié dans le *Nouvel Observateur*, et dans lequel ils revendiquent avoir pratiqué des avortements [9]. Suite à cela, la montée grandissante du mouvement d'opposition « *Laissez-les vivre* », soutenu par l'Eglise, empêche les quelques propositions avancées dans le sens de la législation de voir le jour.

Il faut attendre juillet 1974 pour que Valéry Giscard d'Estaing, Président de la République, annonce qu'un texte « libéral » sur l'avortement sera soumis au Parlement. Il affirme également son soutien à sa ministre de la Santé, Simone Veil, qui ne fait pas mystère de son hostilité à la répression, ni de son désir de défendre la cause des femmes.

C'est le 17 janvier 1975, qu'après de longs mois de débats houleux, la Loi Veil est promulguée, et mise en place pour une période de cinq ans. Cette loi légalise l'Interruption Volontaire de Grossesse et dispose qu'elle peut être pratiquée sous l'unique volonté de la mère, dans un délai de douze semaines d'aménorrhée [10]. Malgré l'énorme avancée que constitue cette loi, certaines critiques persistent et notamment celle concernant le non-remboursement de cet acte par la Sécurité sociale.

La reconduction définitive de la loi Veil en novembre 1979 a apaisé le débat politique sur la légitimité de l'avortement. L'imposant front du refus qui rendait son application problématique s'est disloqué et démobilisé à l'issue de la dernière bataille parlementaire, où il a été mis en échec.

En décembre 1982, Yvette Roudy, alors ministre des Droits des femmes, fait voter la loi relative à la prise en charge de l'IVG par la Sécurité sociale à hauteur de 70% [11], enracinant un peu plus ce droit à l'avortement. Vingt ans plus tard, le 4 juillet 2001, la loi Aubry-Guigou porte de 12 à 14 semaines d'aménorrhée le délai légal de l'IVG et supprime la nécessité d'autorisation parentale pour les mineures [12]. Cette nouvelle loi change considérablement l'esprit de la loi Veil. A la fois réaction face aux menaces qui ont pesé sur l'IVG et réponse aux difficultés rencontrées par les femmes, elle est l'aboutissement d'une logique amorcée en 1982 qui en finit avec la simple « tolérance » des cas particuliers, la dissuasion et la compassion, pour consacrer un droit et, tout simplement, une liberté.

Afin de faciliter l'accès à l'IVG, l'utilisation du RU 486 (Mifégyne) est autorisée en 2004 pour les avortements médicamenteux en ville. Plus récemment en 2013, le remboursement à 100% de l'IVG par la Sécurité sociale est décidé.

En 2015 le délai de réflexion de sept jours obligatoire entre les deux consultations avant une IVG est supprimé, répondant ainsi au problème spécifique des IVG tardives.

Après avoir été combattue par une partie de la droite ainsi que par le mouvement anti-IVG, la proposition de loi socialiste visant à pénaliser les sites de « désinformation » sur l'IVG a été adoptée en février 2017. Ce texte comprend l'extension au numérique du délit d'entrave à l'IVG créé en 1993.

Etat des lieux : les chiffres en France et en Nouvelle Aquitaine

➤ Les chiffres concernant l'IVG

Après une baisse jusqu'au milieu des années 1990, puis une légère augmentation jusqu'au milieu des années 2000, le nombre d'IVG s'est stabilisé depuis 2006, autour de 220 000 par an selon les années. Le nombre d'IVG s'établit à 229 000 en France en 2013, puis à 218 100 en 2015, avec un taux de 14,9 pour 1000 femmes. **Les IVG instrumentales représentent 40% du total des IVG en France, soit 86 271 interventions réalisées en 2015** [13]. Des écarts régionaux perdurent, avec des taux plus élevés qu'ailleurs dans les Départements d'Outre-Mer, en Ile-de-France et dans le sud de la France. En 2015 la région Aquitaine possédait un taux d'IVG plus faible à celui de la moyenne nationale avec 11,9 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans [13].

Cette stabilité du recours à l'IVG s'accompagne de trois évolutions majeures :

↳ Tout d'abord, **l'âge moyen à l'IVG a baissé**, passant de 28,6 ans en 1975 à **27,5 en 2013**. En revanche, les naissances surviennent plus tard, l'âge moyen de la maternité recule, passant de 26,7 en 1975 à 30,1 ans aujourd'hui. Avec le « retard » des premières grossesses et la fragilité économique accrue des jeunes générations, l'établissement d'une stabilité professionnelle, financière et conjugale recule. De fait, puisque cette période « d'instabilité » s'allonge, les jeunes femmes sont plus qu'avant exposées à des grossesses inopportunes, pouvant aboutir à des IVG.

On parle ici de **grossesse inopportune et non de grossesse non désirée**. En effet l'adjectif « inopportun » qualifie un évènement se présentant à un moment qui ne convient pas. On ne parle donc pas de désir ou de souhait (puisque lors de certaines IVG, les grossesses sont souhaitées) mais plutôt de circonstances. En effet, à une période de la vie, dans un contexte particulier, une grossesse peut sembler inopportune, et donc faire l'objet d'une demande d'IVG. La proportion de grossesses interrompues volontairement est maximale aux âges extrêmes de fécondité, aujourd'hui comme hier. Le recours à l'IVG est aujourd'hui moins fréquent après 25 ans. En revanche, les femmes âgées de 18 à 25 ans y ont plus souvent recours que dans les années 80-90, où l'on observait la tendance inverse [13].

↳ La loi de 2001 a facilité l'accès à l'IVG en allongeant la durée de grossesse légale, de 12 à 14 SA (semaines d'aménorrhée). La durée moyenne de grossesse à l'IVG, toutes techniques confondues, restée stable de 1990 à 2000, s'est légèrement allongée l'année suivant le changement de la loi (8,8 SA). Néanmoins après 2002, cette durée moyenne a diminué, atteignant **8 semaines d'aménorrhée en 2013**. La durée moyenne des grossesses, dans le cas des IVG chirurgicales, a augmenté de presque une semaine entre 1997 et 2002, passant de 9,1 à 9,9 SA. La tendance s'est ensuite stabilisée avec une durée moyenne de 10,2 SA en 2010, la méthode médicamenteuse ayant remplacé une partie des interventions chirurgicales des grossesses précoces [3][14].

Cet accès « facilité » à l'IVG s'explique par la diffusion de la méthode médicamenteuse, à laquelle les patientes sont en mesure d'avoir recours plus rapidement. En 2013 au niveau national, 58% des IVG étaient en effet médicamenteuses (elles ne sont que 44,2% sur le territoire aquitain).

↳ Enfin, la stabilité du recours à l'IVG résulte d'une part :

- de la **diminution de la proportion de femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie**
- d'autre part, d'un **taux d'IVG répétées supérieur à 40%** en régulière augmentation depuis les années 2000.

La proportion de femmes ayant recours plus d'une fois à l'IVG demeure faible en France : 9,5% des femmes ont recours deux fois à l'IVG, et 4,1% trois fois ou plus au cours de leur vie. Depuis les années 1970, la diffusion des méthodes de contraception a permis de diminuer la fréquence des grossesses inopportunes, mais lorsque celles-ci surviennent, on observe un recours à l'IVG plus fréquent, ce qui participe à stabiliser le nombre total d'IVG [3][15]. C'est ce que l'on appelle le « **paradoxe français** », qui résulte en fait, **malgré une très large « couverture contraceptive » en France, d'un taux d'IVG relativement élevé et stable** [16]. Ce paradoxe révèle les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes tout au long de leur vie sexuelle et reproductive, dans la gestion quotidienne de leur contraception ; et tout particulièrement en début de vie sexuelle, période durant laquelle les femmes ont une activité plus intense et sont les plus fertiles [17].

➤ Les chiffres concernant la consultation post-IVG

Un des faits marquants qui ressort de la plupart des études réalisées est le faible taux de présence des femmes à la consultation post-IVG.

Recommandée par l'HAS, elle doit normalement être proposée aux patientes à une date située entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après leur IVG, afin de s'assurer de l'absence de complications et de la présence d'une contraception adaptée à la patiente, ainsi que pour évaluer son état psychologique. Pourtant on relève un taux d'absence important à cette visite de contrôle.

L'étude française COCON révélait déjà qu'en 2000 environ **un quart des femmes ayant bénéficié d'une IVG ne se présentaient pas à la consultation post-IVG** [1]. D'autres travaux parmi lesquels deux études américaines qui étudiaient la pose de DIU après des IVG, ont confirmé cette tendance relevant des taux d'absence respectivement de 40% [18] et de 69% [19]. Une étude portugaise, réalisée en 2014 au centre hospitalier et universitaire de Lisbonne, travaillant sur la pose d'implant post-IVG, retrouvait des chiffres similaires avec 59,7% d'absence [20].

Plus récemment, des travaux de thèses en médecine en France sur le sujet de l'inobservance de la consultation post-IVG médicamenteuse notaient des taux d'absence allant de 15,9% [21] à 37,5% [22]. Une autre thèse ayant étudié le devenir des contraceptions à longue durée d'action suite à des IVG instrumentales dans un CPEF aquitain, révélait environ 50% d'absence à la visite de contrôle [23].

Tous ces chiffres montrent bien l'existence d'une problématique autour de cette consultation post-IVG, qui pourrait être en lien avec l'augmentation du taux d'IVG répétées.

Référentiel de la pratique d'une IVG instrumentale

Le délai de recours légal à l'IVG instrumentale est de 12 semaines de grossesse, soit 14 SA. Elle ne peut être pratiquée que par un médecin en établissement de santé public ou privé. Suite à une demande du ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes et afin d'améliorer l'accès à l'IVG notamment dans certaines régions de France, la réalisation d'IVG instrumentale hors établissements de santé est actuellement, en ce début d'année 2017, en train d'être réfléchi.

Une mineure peut recourir à l'IVG sans l'autorisation de ses parents mais doit être accompagnée par une personne majeure de son choix [24].

1. Les consultations médicales avant l'IVG

La première a une visée essentiellement diagnostique et informative. L'âge gestationnel est estimé par l'interrogatoire et l'examen clinique, et peut être confirmé par une échographie. Néanmoins, une échographie systématique n'est pas recommandée en routine avant l'IVG. Le professionnel explique précisément la procédure ainsi que les choix offerts d'anesthésie (locale ou générale). Des documents d'information écrits doivent être mis à disposition des patientes [25].

A l'occasion de cette consultation, ou préalablement, un entretien psychosocial doit être systématiquement proposé aux patientes. Dans le cas où

il est demandé, cet entretien sera confié à des professionnels qualifiés dans l'accompagnement et le dépistage de difficultés psycho sociales.

Un dépistage des infections sexuellement transmissible ainsi qu'un frottis cervico-vaginal peuvent être proposés.

La deuxième consultation (rappelons que le délai de réflexion de 7 jours entre les deux consultations a été supprimé en 2015) permet de recueillir l'accord écrit de la patiente et d'apporter toutes informations utiles pour l'intervention (lieu, méthode, etc.) [24][25].

2. La procédure d'IVG instrumentale

Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir le mode d'anesthésie : locale ou générale.

Une antibioprophylaxie efficace contre Chlamydia Trachomatis et les germes anaérobies est recommandée.

La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse, surtout recommandée chez les patientes nullipares entre 8 et 12 SA :

- mifépristone per os 36 à 48h avant aspiration
- ou bien, misoprostol par voie orale ou vaginale 3 à 4h avant aspiration.

L'anesthésie peut être locale (intra-cervicale ou paracervicale), ou bien générale par sédation.

La dilatation du col se poursuit par une dilatation mécanique (dilatateurs cervicaux rigides) ou osmotique (tige laminaire intra-cervicale).

L'évacuation du contenu utérin se fait par aspiration, dans des conditions strictes d'asepsie. Le contrôle visuel du produit d'aspiration par examen macroscopique est recommandé, avec notamment l'identification des produits de la conception. Si l'examen du contenu d'aspiration n'est pas satisfaisant, une aspiration sous contrôle échographique sera réalisée.

En post-opératoire, toute patiente ayant bénéficié d'une sédation intraveineuse, d'une anesthésie générale ou péri-médullaire, doit séjourner dans la salle de surveillance post-interventionnelle [24][25].

La consultation post-IVG instrumentale

1. Intérêt et contenu de cette consultation

Selon la HAS [24] et la littérature [17] [26], la **consultation de contrôle post-IVG est un moment clé dans le parcours de soin d'une IVG**, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale. Cette consultation doit être **systématiquement proposée 14 à 21 jours après l'IVG**. Selon les recommandations, après la technique instrumentale, cette visite présente plusieurs objectifs :

○ Elle permet tout d'abord de s'assurer de **l'absence de complication**, à l'aide de l'interrogatoire, de l'examen clinique et gynécologique et si besoin, d'une échographie pelvienne. Voici les complications pouvant apparaître suite à une IVG instrumentale :

- Persistance d'une grossesse évolutive ou grossesse ectopique. Cette complication est normalement évitée grâce à l'examen du contenu d'aspiration. Elle surviendrait dans 0,2% des cas.
- IVG incomplète ou rétention utérine nécessitant une ré-aspiration ou une évacuation médicamenteuse. Elle surviendrait dans 0,3 à 2% des cas.
- Infection pelvienne. Cette complication reste rare.
- Les rares hémorragies surviennent le plus souvent pendant la procédure ou dans l'heure qui suit. Elles peuvent

notamment être dues à une rétention utérine, un traumatisme, une coagulopathie, une atonie utérine (en lien avec les produits utéro-relaxants utilisés en cas d'anesthésie générale. Cette information devrait être précisée lors des premières consultations afin que la patiente puisse choisir son mode d'anesthésie en connaissance de cause).

- Traumatismes du col et du vagin à type de déchirure, perforation utérine et lésion d'organes voisins. Ces complications exceptionnelles sont également détectées pendant la procédure [25][27][28][29].

○ Le médecin vérifie également que la femme dispose **d'un moyen de contraception adapté** à sa situation et à ses attentes. La présence et la situation correcte d'un éventuel dispositif intra-utérin mis en place lors d'une IVG instrumentale sont vérifiées. Le cas échéant, le DIU peut être mis en place dans ce deuxième temps [17][24][25]. En 2013 l'HAS a rédigé une fiche récapitulative pratique afin d'accompagner au mieux les médecins dans la prescription d'une contraception après une IVG [30].

○ Le médecin se doit également **d'interroger la patiente sur son état psychologique** et de l'orienter si nécessaire vers un professionnel compétent [24]. C'est aussi un moment où la question des violences doit être abordée, sachant que les femmes en ayant subies, présentent plus de risque de faire des IVG répétées (comme le concluait M. Lafaysse dans son travail de thèse réalisé en Aquitaine en 2009 auprès de femmes réalisant des IVG médicamenteuses [26]). Pour l'auteure, l'IVG pourrait être un « appel à l'aide » lancé à l'intention des professionnels de santé. Dès la première IVG et afin d'en éviter la

répétition, il est alors primordial de repérer au plus tôt ces violences. Nous reverrons cette question de façon plus détaillée dans la Discussion.

En 2009, une étude anglo-saxonne concluait que les femmes qui revenaient en visite de contrôle présentaient moins de risque par la suite de connaître à nouveau une grossesse inopportune, en faisant l'hypothèse que c'était parce qu'elles étaient plus motivées par leur contraception qu'elles étaient revenues [31].

Cette consultation apparait donc comme une étape essentielle de l'IVG pour les patientes, un moment privilégié pour le dépistage des violences et pour une reprise en main de leur suivi gynécologique de prévention [32].

2. Limites de la consultation et justification de l'étude

Si cette consultation semble être indispensable, il n'en demeure pas moins qu'en pratique, et à en croire la littérature, son organisation connaît des dysfonctionnements. Certains auteurs se questionnent sur les alternatives possibles.

Tout d'abord, l'absence des patientes à cette consultation est très régulièrement soulignée dans les études abordant le sujet. Mais alors :

➤ Pourquoi ce fort taux d'inobservance ?

Ayant son travail de recherche quantitatif autour de la question des IVG médicamenteuses ambulatoires à Nice en 2013, C. Auvara cherchait à définir les **facteurs influençant l'observance** de la consultation post-IVG [22]. D'après ses résultats, un taux d'observance se révélait plus élevé lorsque :

- les médecins avaient peu d'années d'expérience et pratiquaient moins de 45 IVG par an
- lorsqu'ils pratiquaient eux-mêmes les échographies de contrôle
- lorsque les patientes possédaient le baccalauréat
- lorsqu'elles étaient insatisfaites de leur contraception
- et enfin, lorsque le médecin fixait à l'avance le rendez-vous avec la patiente.

D'autres auteurs observent également un nombre important de « perdues de vue ». Les causes probables retrouvées sont une insatisfaction des patientes vis-à-vis du déroulement de l'IVG, les difficultés pratiques, le manque de temps et la réalisation d'exams complémentaires. En effet, en conclusion de sa thèse réalisée en Aquitaine en 2014, A. Arnaud se questionne sur les possibles raisons de l'inobservance à la consultation post-IVG, évoquant les difficultés d'obtenir un rendez-vous, ainsi que le ressenti négatif des femmes concernant les professionnels qui les ont pris en charge [32].

➤ **Quelles sont les alternatives proposées ?**

Les dernières recommandations concernant cette visite de contrôle datent de 2001 et n'ont pas été revues depuis. Par ailleurs les données de la littérature étrangère sont moins unanimes quant à la nécessité absolue de cette visite. Certains estiment qu'une consultation systématique ne serait pas nécessaire lorsque les suites de l'IVG (médicamenteuse ou instrumentale) sont simples [33]. Selon eux, il serait possible d'éduquer les patientes quant aux symptômes d'alerte nécessitant un retour vers le médecin [34]. Dans d'autres études n'abordant que les suites d'IVG médicamenteuses, et non instrumentales, les auteurs évoquent la possibilité de dématérialiser cette

visite par le biais d'un **rendez-vous téléphonique** ; certains proposent un simple **test urinaire à domicile** ; d'autres encore, un **dosage sanguin des bétaHCG** [35][36][37][38][39][40]. Une étude conclut que la consultation de contrôle systématique après les IVG instrumentales pourrait sans problème être éliminée et éventuellement remplacée par une visite à faire uniquement en cas de complications [41].

Mais qu'en est-il du ressenti des patientes qui ne sont pas rendues à cette consultation ? Quelles sont leurs raisons ? Qu'en est-il de celles à qui personne n'a proposé une visite de contrôle ?

Comment cette absence de consultation post-IVG, voulue ou non, a-t-elle été vécue ? Leur a-t-elle manqué ? A-t-elle eu des conséquences par la suite ?

C'est ce que nous allons essayer de comprendre à travers cette étude.

Matériel et méthode

1. L'entretien en recherche qualitative

1.1. Justification de la méthode qualitative

« La recherche qualitative s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes, et inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive. » [42].

Ainsi cette méthode de recherche est-elle particulièrement adaptée pour observer des facteurs subjectifs et donc, difficiles à mesurer.

« La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. » [43].

Nous avons souhaité explorer et comprendre un phénomène à travers le ressenti et le vécu des femmes. La recherche qualitative s'est donc imposée à nous comme étant la meilleure méthode pour ce travail.

1.2. Le choix des entretiens semi-dirigés

Nous avons choisi de mener des entretiens individuels afin que les femmes contactées se sentent plus libres et plus à l'aise pour s'exprimer sur des sujets sensibles et intimes comme la contraception et l'IVG.

L'entretien semi-dirigé est un outil courant de la méthode qualitative. La plupart du temps il est orienté par un guide d'entretien pour assurer une reproductibilité. Ce dernier peut se présenter sous la forme d'une série de questions, dont certaines ouvertes, ou simplement d'une liste de thèmes à aborder [44].

1.3. Elaboration du guide d'entretien

Pour la réalisation du guide d'entretien un travail préliminaire de bibliographie portant sur le vécu des femmes lors d'une IVG (thèse effectuée par S. Martin en 2013 en région Ile-de-France) a d'abord été réalisé [45].

Par la suite, le guide d'entretien a longuement été travaillé et remodelé au sein du Réseau Périnat Aquitaine. Des visio-conférences durant lesquelles les différents professionnels du réseau (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, conseillères familiales) pouvaient exprimer leur avis au sujet du guide ont ainsi permis de le faire évoluer.

Le guide d'entretien contenait un propos introductif rappelant brièvement l'objectif de l'étude **[Annexe 3]**. Il informait les patientes des conditions d'enregistrement de l'entretien (support numérique) et rassurait également sur l'anonymat, leur indiquant l'absence totale d'éléments figurant dans la thèse permettant leur identification.

Venaient ensuite quelques questions d'ordre général, servant dans un premier temps à instaurer le dialogue, si besoin à détendre l'atmosphère, et également à obtenir des données démographiques (localisations géographiques, situations professionnelles et familiales).

Quatre grandes thématiques étaient ensuite abordées, à savoir :

- Le parcours contraceptif et le suivi gynécologique
- L'IVG
- L'absence de consultation post-IVG
- Les propositions d'améliorations

1.4. L'échantillonnage

A la différence de la recherche quantitative, la recherche qualitative se caractérise par un recours à des échantillons relativement restreints et non définis à l'avance. L'échantillonnage n'est pas conditionné par le besoin de représentativité mais par celui de diversité des points de vue et d'une meilleure compréhension d'un phénomène [46].

Les patientes incluses étaient des :

- **femmes de plus de 18 ans,**
- **ayant réalisé au moins une IVG instrumentale dans les cinq dernières années,**
- **et n'ayant pas bénéficié de consultation post-IVG.**

Au départ il était envisagé que plusieurs médecins du réseau Périnat Aquitaine (dont le Directeur de thèse et moi-même) effectueraient le recrutement des patientes. Nous pensions ainsi élargir le recrutement et avoir des témoignages plus variés, puisque venant de centres et de départements différents. Au final, les participantes furent uniquement recrutées par le Directeur de cette thèse (gynécologue-obstétricien au Centre hospitalier de Périgueux, et membre de l'équipe de coordination du Réseau Périnat

Aquitaine) et par moi-même, à l'occasion de remplacement de médecine générale à La Réole en Gironde.

Le recrutement s'opérait de deux façons : respectivement lors de consultations gynécologiques (contraception, suivi, demande d'une première ou d'une nouvelle IVG, autre...), et lors de consultations de médecine générale. Un document à l'intention des potentiels recruteurs avait été rédigé afin d'avoir un texte et un discours commun face aux patientes **[Annexe 2]**.

Une fiche d'information **[Annexe 1]** était remise aux patientes ayant accepté de participer. Il leur était demandé d'y renseigner leurs coordonnées téléphoniques, ainsi que les jours ou horaires où elles acceptaient d'être contactées. Elles devaient ensuite nous remettre personnellement ce formulaire, ou bien le déposer à nos secrétariats.

1.5. Réalisation des entretiens

L'ensemble des entretiens ont été réalisés par moi-même par téléphone, compte tenu de la distance géographique me séparant du Directeur de thèse, et par conséquent, des patientes qu'il recrutait.

L'entretien était effectué au minimum 4 semaines après l'IVG, lorsque les patientes recrutées en avaient réalisé une récemment.

Après accord des participantes, les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Le choix de la date et de l'heure du rendez-vous téléphonique était laissé aux patientes.

2. Méthode d'analyse

2.1. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été intégralement et fidèlement retranscrits mot à mot à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Les silences, les rires, les moments de gêne, ainsi que les « écarts » de langage ont été conservés, afin de rester au plus proche de la spontanéité du discours oral. Pour éviter toute perte d'informations les entretiens étaient retranscrits juste après leur réalisation.

2.2. Analyse du discours

Les données démographiques ont été recueillies et synthétisées au sein d'un tableau afin de caractériser l'échantillon **[Annexe 4]**. D'autres données ont servi à préciser le profil des participantes **[Annexe 5]**², à savoir :

- le nombre d'IVG réalisées jusqu'alors,
- la méthode contraceptive utilisée avant l'IVG,
- la régularité du suivi gynécologique,
- le mode d'anesthésie,
- le moyen de transport sollicité pour se rendre au centre d'IVG,
- la durée du trajet domicile-centre d'IVG,
- la proposition, ou pas, d'une consultation post-IVG.

² Ces deux annexes ne font pas partie du document de thèse publié par souci d'anonymat et de non-identification des patientes .

L'analyse du discours a été réalisée par **codage linéaire ou axial des verbatims**. C'est ce que l'on appelle une **analyse inductive**. Une lecture attentionnée des verbatims est tout d'abord réalisée, puis un découpage « en idées » est opéré selon un choix d'**unités de signification** (ou « unités de sens »). Chaque partie du verbatim est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories sont ensuite regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées. La construction de cet « arbre de concepts » est progressive et évolutive, constamment enrichie par les nouveaux verbatims.

En cas de doute quant à la classification et au découpage des verbatims, l'arbitrage était laissé au directeur de thèse.

Cette étude étant purement qualitative, aucune quantification n'a été réalisée [46][43] [44].

Résultats d'analyse

1. Caractéristiques de la population étudiée

Treize entretiens ont été réalisés entre octobre 2016 et février 2017, avec des patientes recrutées par le Directeur de thèse et par moi-même. Les entretiens se faisaient par téléphone. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes ; le plus long ayant duré 45 minutes, le plus court, 9 minutes. Peu de femmes ont refusé de participer à l'étude. Trois femmes ayant donné leur accord initialement n'ont finalement jamais répondu à mes sollicitations.

Les femmes ayant participé à l'étude étaient âgées de 23 à 43 ans. La plupart d'entre elles avaient **moins de 30 ans**, vivaient **en couple** (concubinage, mariage ou PACS), avaient un **emploi** et habitaient en **zone semi-rurale**.

2. Résultats d'analyse

Les entretiens ont été menés suivant une trame respectant la chronologie du parcours de soin type d'une IVG ; c'est-à-dire en explorant dans un premier temps le parcours contraceptif, puis la demande et la réalisation de l'IVG, et enfin, la consultation de contrôle avec dans le cas précis de ce travail, son inexistence et ses éventuelles conséquences. Cependant nous débuterons la présentation de ces résultats en abordant la question centrale de notre étude, autour de la consultation post-IVG, son organisation, son absence et ses causes énoncées par les patientes. Nous poursuivrons par la suite avec les autres thèmes présentés plus haut, qui viendront étoffer notre analyse.

2.1. La planification de la consultation post-IVG

2.1.1 Proposition d'une consultation post-IVG

A la question « *Vous souvenez-vous si on vous a proposé une visite de contrôle ?* », **plusieurs femmes racontent qu'une consultation leur a effectivement été proposée après l'IVG, alors que d'autres assurent formellement ne pas avoir reçu cette information, ou ne s'en souviennent pas.**

➤ **Professionnel proposant la consultation**

Trois professionnels de santé sont cités lors de la proposition de la visite de contrôle : **l'infirmier(e), la sage-femme et le médecin gynécologue.**

« En général c'est les infirmières quand elles s'occupent de nous après. » E1.

« C'est l'infirmière qui [...] m'a dit qu'il faudrait revenir dans 15 jours pour une visite de contrôle. » me racontait cette jeune femme nullipare.

« Je pense que ça devait être la sage-femme. » E11.

« Le gynécologue est passé juste avant que je parte pour savoir si tout allait bien et m'a dit qu'il fallait que je revienne dans une quinzaine de jours. » E8.

➤ **Organisation**

Deux participantes ont été invitées à **reprenre rendez-vous elles-mêmes en rappelant le service.**

« On me l'avait proposé mais il fallait que je rappelle pour avoir un rendez-vous. » E11.

« Elle m'a juste dit de rappeler dans 2 ou 3 semaines pour reprendre rendez-vous avec le gynéco. » E13.

2.1.2. Connaissances et représentations de la consultation post-IVG

➤ Lorsque je leur demandais si elles avaient connaissance de cette visite de contrôle, la plupart des femmes interrogées me répondaient **ne pas être au courant de l'existence de cette consultation.**

« Non non, moi j'avais compris qu'on voyait le médecin, la sage-femme, qu'on faisait l'intervention et basta quoi ! », disait cette jeune femme à qui personne n'avait proposé de visite.

« Non je ne savais pas qu'il y avait une consultation après l'intervention. Même au planning ils me l'avaient pas dit, je me rappelle pas de ça. » E3.

« Non je ne savais pas qu'il fallait revenir. [...] Elle m'en a pas dit plus. » E6.

« Je ne connaissais même pas l'existence d'une visite de contrôle après l'IVG. » E7.

➤ Une des deux participantes au courant de cette consultation se représentait cette dernière comme une **visite à « visée psychologique » :**

« Je savais que c'était pour voir si dans ma tête tout allait bien... » E12.

2.1.3. Communication et informations concernant la consultation post-IVG

➤ A la question « **Vous a-t-on expliqué en quoi consistait cette consultation ?** » les réponses affirmatives font néanmoins ressortir des **explications des soignants jugées « expéditives » et succinctes par les femmes, explications incomplètes que celles-ci imputent à des équipes qu'elles jugent « pressées ».**

« L’infirmière m’a rapidement expliqué, mais elle avait l’air pressée, du coup elle a vite fait bien fait, résumé en me disant que c’était pour le suivi post-opératoire pour vérifier que tout allait bien. » E9.

Dans un autre cas, la visite a été expliquée à la patiente comme destinée à l’évaluation **psychologique** avant tout :

« Pas plus que ça, en gros ils m’ont dit que c’était pour mon état psychologique. » E12.

➤ Plusieurs participantes rapportent n’avoir reçu **aucune explication quant à cette consultation post-IVG**.

« Non il m’a rien dit de particulier. » E8.

« Non pas vraiment, elle m’en a pas dit plus. Et c’est vrai que sur le coup j’ai pas osé demander. » E6.

« Elle m’a juste dit [...] pour refaire le point. » E13.

2.2. L’absence de consultation post-IVG : les raisons de l’inobservance

Lorsque je demandais aux participantes d’évoquer les **raisons pour lesquelles elles ne s’étaient pas rendues à la consultation** de contrôle, elles me décrivaient des raisons diverses et variées, allant de difficultés psychologiques à des difficultés pratiques et organisationnelles, en passant par le sentiment d’une visite sans intérêt.

2.2.1 Raisons psychologiques

Certaines femmes justifient leur absence à la visite de contrôle en évoquant un **vécu traumatique de l'IVG** :

« Dans la salle de réveil j'ai cru que j'étais dans la morgue... Vraiment très mauvaise expérience. » E1.

La **difficulté du retour sur le lieu** où s'est déroulée quelques semaines plus tôt l'IVG est également citée :

« Il y a quand même un espèce de traumatisme dans l'idée de revenir sur les lieux de l'IVG. » E9.

La **volonté de « tourner la page »** est une notion qui revient fréquemment dans les entretiens pour expliquer leur absence en consultation post-IVG, les femmes décrivant un souhait de **mettre l'évènement de l'IVG « derrière elles »**.

« J voulais surtout que ça reste derrière et que j'en reparle plus trop forcément à ce moment-là quoi. » E1.

« C'était un épisode un peu particulier de ma vie, j'avais pas trop envie de revivre ça. » E9.

Une des participantes choisit l'image de « la plaie se refermant peu à peu » suite à l'IVG, et risquant de se rouvrir si elle en reparle :

« Quelque part c'est une manière de ne pas rouvrir une cicatrice qui se ferme. » E9.

La question des **regrets** et de la **culpabilité** est un thème récurrent dans les entretiens, et notamment lorsque les participantes m'expliquent pourquoi

elles ne se sont pas rendues à cette consultation de contrôle ; regrets et culpabilité d'avoir interrompu cette grossesse, de n'avoir pas pu trouver une autre solution.

« Certes c'est un regret que j'ai et que j'ai encore et parce que du coup j'ai perdu beaucoup de choses en tuant ce bébé. » E1.

« J'ai mis fin à une potentielle vie humaine. » E9.

« J'avais peur que ce dont je m'étais convaincue soit remis en question. Oui j'avais un peu peur des regrets. » E9.

« Il y en a toujours de la culpabilité. » E11.

« J'aurais aimé qu'on m'oriente vers une autre solution que l'IVG en fait. », m'a confié une femme qui présentait ses IVG comme des solutions inadaptées à la souffrance et la détresse qu'elle ressentait, étant donné qu'elle disait avoir toujours eu un désir de grossesse.

2.2.2. Raisons pratiques

Plusieurs participantes m'ont parlé de **difficultés d'organisation au niveau professionnel**. L'une d'entre elles, **ne désirait pas se justifier auprès de son employeur** concernant l'absence que pourrait entraîner la consultation de contrôle :

« J'avais pas envie d'expliquer ça à mon boulot... », m'a dit cette jeune salariée.

Une autre évoque un **manque de temps** :

« Ca prenait du temps sur mon planning, étant donné que je travaillais beaucoup. » E11.

Certaines ont justifié leur absence par des **difficultés de transport** pour se rendre au centre où elles avaient réalisé leur IVG et où avait lieu la visite de contrôle.

La **durée importante du trajet** et **l'éloignement** sont cités :

« Faire 30 min aller et 30 min retour juste pour qu'on me dise que tout va bien circulez, non merci ! » E6.

«C'était pas la porte à côté. » E11.

Pour une autre c'est **l'absence de moyen de transport** à disposition et ainsi la **dépendance à une tierce personne** :

« Beh ma copine ne pouvait pas m'amener et c'était galère de trouver une autre solution. » E8.

Les femmes ayant été invitées à prendre rendez-vous par téléphone pour la visite de contrôle m'ont décrit des **difficultés téléphoniques d'attente et de disponibilité des lignes** du service en question.

« Je me suis pas attardée dessus, puisque comme le téléphone est surbooké là-bas beh en fin de compte j'ai appelé une fois, deux fois puis après j'ai laissé tomber quoi. » E11.

« J'ai énormément de travail et je dois passer mon temps à appeler. » racontait cette active trentenaire.

2.2.3. Mauvaise expérience avec l'équipe soignante

Certaines femmes ne sont pas revenues en consultation car **elles ne souhaitaient pas être à nouveau confrontées aux professionnels** de santé qui les avaient prises en charge avant et pendant l'IVG, et avec qui elles avaient vécu une expérience négative.

« Et puis vu comme ça s'est passé à l'hôpital j'aurais pas aimé les revoir ! »
Cette patiente, comme nous le verrons plus loin, a décrit lors de sa prise en charge à l'hôpital une équipe « distante et froide ».

« Comme je vous ai dit au planning familial, je m'en suis pris plein la tête donc [...] *[si c'est pour]* qu'ils puissent refaire pareil, non merci... » E12.

2.2.4. Visite sans intérêt

➤ Plusieurs participantes se représentent cette **consultation comme sans intérêt** puisqu'elles ne ressentent pas de mal être particulier. Que ce soit physique ou bien psychique, **elles se sentent bien** et n'éprouvent pas le besoin de revenir en visite :

« Je voyais pas l'intérêt, c'était fini, tout était parti, et j'avais ma pilule. J'avais plus de douleurs et plus de saignements donc je pensais que ça servait pas à grand-chose que j'aïlle là-bas. » E6.

« Comme ça allait bien beh voilà quoi... » E8.

« Je vois pas l'intérêt de revoir quelqu'un après si tout s'est bien passé. » E8.

« Beh je voyais pas l'intérêt en fait. Moi tout allait bien. » E12.

➤ Pour une des participantes cette **visite** ne présentait **aucun intérêt** pour elle :

« Si je dois revenir pour rien, juste pour voir mon état psychologique [...] non merci... » E12.

➤ Certaines femmes ne voient pas l'intérêt de revenir en visite de contrôle puisque **leur nouvelle contraception a déjà été mise en place**, que ce soit lors de l'IVG avec une pose de DIU ou bien avec une prescription de contraception orale :

« Pendant l'IVG ils m'avaient mis un stérilet » me disait cette patiente qui était sans contraception avant l'IVG.

« Ils m'avaient posé en même temps que l'intervention un stérilet donc j'avais pas de raison de revenir. » E13.

« Moi j'avais ma pilule qu'ils m'avaient prescrite à l'hôpital donc j'avais tout ce qui fallait. » E8.

2.2.5. Oubli

Une participante a admis qu'elle n'était pas allée en consultation post-IVG puisqu'**elle avait tout simplement oublié le rendez-vous** :

« Beh parce que j'ai oublié tout simplement. » E13.

2.3. L'absence de consultation post-IVG : les conséquences

2.3.1. Pas de manque ressenti

Une participante évoque sa **résilience** et sa manière d'**avoir surmonté seule cette épreuve** :

« J'ai un vécu qui fait que de toutes façons si il m'arrive des malheurs beh c'est pas grave faut passer par-dessus et avancer donc du coup beh je prends sur moi. » m'a confié cette mère de 3 enfants.

Une autre parle du fait de **ne pas avoir de questions ni d'angoisses** au sujet de l'IVG et de l'après :

« Je n'avais pas de questions ni d'inquiétudes particulières » E7.

« Non, je n'avais pas de questions et je n'avais pas forcément envie de reparler de tout ça. C'était fini, réglé quoi. » E4.

Certaines expliquent ne pas avoir ressenti de manque à ne pas bénéficier de consultation puisque leur nouvelle **contraception a été mise en place lors de l'IVG**, ou, par un autre professionnel de santé.

« Ils m'avaient posé en même temps que l'intervention un stérilet donc j'avais pas de raison de revenir. » E13.

«J'avais tout ce qu'il fallait » rapportait cette femme qui avait arrêté la pilule peu de temps avant sa grossesse inopportune.

« Moi j'ai été la voir pour savoir si c'était bon et qu'elle me redonne un contraceptif quoi » me confiait cette patiente qui avait retiré son DIU avant l'IVG .

Lorsque j'ai demandé à une des femmes si cette visite de contrôle lui avait manqué, **elle m'a rapporté avoir consulté sa gynécologue suite à l'IVG** :

« Je suis allée voir ma gynéco après mais juste pour voir si c'était bien fini et si tout avait été bien fait. » E4.

2.3.2. Manque ressenti

➤ Plusieurs participantes évoquent des **conséquences d'ordre psychologique** à l'absence de la consultation post-IVG. Certaines racontent avoir fait un **syndrome dépressif réactionnel** :

« Après j'ai fait une grosse dépression. » E2.

D'autres rapportent un **questionnement** profond par rapport à l'acte de l'IVG :

« Pourquoi ça m'est arrivé à moi... J'avais beaucoup de questions et pas de réponses en face. » racontait cette jeune célibataire.

Quelques femmes me confient un **désir d'écoute, de réassurance et de dialogue autour de l'IVG** :

« Je pense que ça aurait été bien que je voie un psychologue ou quelqu'un qui me reparle de ce que j'avais fait. J'aurai voulu quelqu'un qui soit à mon écoute et qui me rassure... Enfin en parler quoi. » E3.

« Oui, pour en parler. [...] C'est vraiment sur le plan humain et psychologique que j'aurai aimé voir quelqu'un. » E5

➤ Une participante a présenté une **complication suite à l'IVG** à type de rétention utérine :

« Par la suite j'avais mal et je perdais beaucoup de sang. [...] Je suis donc allée aux urgences et c'est là qu'ils ont vu qu'il restait des débris. » E7.

➤ Certaines ont évoqué le fait d'avoir des **questions sans réponses d'ordre médical** concernant des dyspareunies, le DIU, les métrorragies ou bien encore le retour de couches :

« Quand j'ai pu reprendre les rapports avec mon copain, beh c'était un peu douloureux et j'avais l'impression de sentir le stérilet bouger... Bref. Et j'aurai peut-être à ce moment-là pu leur poser ces questions. » E9.

« J'ai des questions à poser au gynécologue, parce qu'au lieu d'avoir des pertes pendant 6 jours, j'en ai eu pendant 3 semaines. Et là, je crois que j'enchaîne sur un retour de couches. » E13.

↳ Les trois parties qui vont maintenant être abordées, à savoir le parcours contraceptif, le suivi gynécologique ainsi que l'IVG, ne concernent pas directement la consultation post-IVG, mais peuvent apporter des éléments de réponses permettant de compléter notre compréhension du phénomène.

2.4. Parcours contraceptif et suivi gynécologique

2.4.1. L'utilisation des moyens de contraception avant l'IVG

2.4.1.1. La pilule

La plupart des participantes ont connu la pilule à un moment donné de leur parcours contraceptif, et certaines utilisaient cette méthode lorsqu'elles sont tombées enceintes.

➤ Selon nombre d'entre elles, la pilule représente une **méthode contraceptive inefficace**.

Une participante n'arrive pas à comprendre pourquoi cette méthode a failli, et ce, à plusieurs reprises :

« Je suis tombée enceinte pour toutes mes grossesses avec la pilule, donc je ne sais pas. » E1.

Elle évoque même le fait que ce soit un **problème intrinsèque à sa personne** :

« Je dois avoir un problème technique car sous contraception je tombe enceinte, et sans contraception, je ne tombe pas enceinte. » E1.

Une autre femme rapporte un **oubli de comprimé** qui a suffi à désactiver le pouvoir contraceptif de la pilule, rappelant la fragilité de cette méthode :

« Je l'ai oubliée une seule fois. » E6.

Une participante met en cause le **dosage hormonal insuffisant** de sa pilule :

« Pour moi la composante n'était pas assez forte. » E2.

Dans un entretien, une patiente évoque le fait que la pilule devienne inefficace dès lors qu'elle présente des **vomissements ou diarrhées** (par exemple dans le cadre d'une gastro-entérite aiguë), entraînant ainsi la **prise d'une contraception d'urgence** :

« Dès que j'avais une gastro ou quelque chose comme ça, je savais que ma pilule automatiquement n'était pas efficace et qu'il fallait à tout prix aller chercher une pilule du lendemain. » E11.

➤ A la question « **la pilule vous paraissait être une méthode adaptée pour vous ?** » voici les propos rapportés.

D'une part la **contrainte d'une prise quotidienne à heure fixe** est citée plusieurs fois :

« C'est une contrainte. Et je n'aime pas les contraintes. Donc c'est le truc à heure fixe. Puis j'ai un métier qui fait que j'ai pas d'heures fixes. » E1.

« C'est pas très pratique de penser tous les jours à votre pilule. » E9.

D'autre part, c'est la **mauvaise tolérance** physique des hormones qui ressort, avec des **effets indésirables** variés :

« Prise de poids, dérèglement hormonal, migraine, poitrine douloureuse... » E2

« La prise de poids, les boutons, les machins » se plaignait cette femme sous pilule.

Cette intolérance est la cause de l'arrêt de contraception pour une des participantes :

« Je la supportais pas bien et on l'avait arrêté un temps. » E7.

➤ Lorsque je demandais comment la pilule avait été choisie comme moyen de contraception, ce **choix** apparaissait comme ayant été fait **par défaut ou par le médecin**.

La pilule apparaît dans plusieurs cas comme n'ayant pas été un véritable choix de la part de la patiente.

Pour l'une d'entre elles, les **autres méthodes étaient mal tolérées**, notamment les DIU, et la pilule est donc apparue comme le moyen contraceptif le plus acceptable :

« Les autres ne fonctionnaient pas. J'ai eu une poche de sang avec le stérilet, ils ont cru que c'était une fausse couche donc ils l'ont enlevé, et l'autre stérilet pourquoi ils me l'ont enlevé ? ... Parce qu'il devait me gêner ou me dérégler, j'me souviens plus. » E1.

Une autre, **connaissait uniquement la pilule et le DIU** comme moyens de contraception, limitant ainsi son choix et l'entraînant à reprendre la pilule, alors qu'elle était déjà tombée enceinte une première fois avec cette méthode :

« Là j'ai l'implant et je connaissais pas ce moyen de contraception en fait. Le stérilet je connaissais mais j'étais pas du tout prête au stérilet. Donc j'ai retenté une pilule. » E11.

Une autre participante **n'avait pas osé remettre en question la décision du médecin** du fait de son jeune âge à l'époque de la première prescription de contraceptif:

« Moi à 16 ans je n'allais pas le contredire, je n'avais pas vraiment mon mot à dire. » E2.

2.4.1.2. Le préservatif

Ce moyen de contraception n'est cité qu'une fois dans les entretiens. Il est évoqué dans un contexte de **relations sans lendemain**, chez une femme jeune qui l'utilise **occasionnellement et de façon non systématique** :

« Ben...des fois...pas tout le temps...» E8.

2.4.1.3. Le retrait

Evoqué par les deux participantes les plus âgées, le retrait apparaît selon elles comme une **méthode peu fiable**.

Dans la première situation, une des patientes en question avait un **discours contradictoire** puisqu'elle affirmait utiliser cette méthode et dans le même temps désirer une grossesse :

« Nous on a toujours pratiqué le coït interrompu. Mais moi en fait mes IVG étaient des grossesses désirées. » E10.

Dans l'autre cas, la patiente était dans une **période de transition après une grossesse** :

« Je n'avais aucune contraception. Mais on prenait nos précautions et il y a eu a priori un problème [...] On faisait le retrait quoi, il se retirait d'ailleurs, et bon mon mari étant peut être très fertile ben ça s'est fait quand même. » E3.

2.4.1.4. Aucune contraception

Plusieurs femmes interrogées n'utilisaient aucun moyen de contraception avant leur IVG.

Une première participante l'explique par **l'absence de relation sérieuse** :
« J'avais pas de copain, j'avais que des aventures de temps en temps avec des garçons mais rien de sérieux quoi. » E8. Cette femme évoque également son **rejet de la contraception hormonale** :

« Et moi j'veux pas prendre des hormones, comme ça, juste pour le plaisir. »
m'expliquait cette patiente qui disait utiliser de temps en temps les préservatifs.

Une autre femme cite le **manque d'information** ainsi que le **tabou** existant au sein de sa famille par rapport à ce sujet :

« J'étais jeune, j'étais pas trop informée, on parlait pas trop de ça dans ma famille » me disait cette étudiante.

➤ Trois femmes racontent être tombées enceintes lors de **périodes transitionnelles sans contraception** durant lesquelles elles n'étaient pas protégées contre une grossesse inopportune.

Cela pouvait être **après une grossesse** et avant d'avoir repris une contraception : « Je venais d'avoir ma fille et je devais me faire poser un stérilet mais j'ai pas fait le nécessaire. » E13.

Ou bien **après un arrêt de contraception hormonale volontaire et avant la pose d'un DIU** :

« J'ai demandé à changer car je voulais une méthode sans hormones. Du coup j'ai arrêté la pilule mais le temps d'avoir un rendez-vous pour mettre le stérilet ben c'était trop tard. » E9.

Une autre femme qui me racontait souffrir de **ménorragies avec un DIU** au cuivre aurait été conseillée par sa gynécologue de **retirer le DIU pendant une période** donnée, sans donner d'autre méthode contraceptive en relais :

« Quand il a fallu enlever mon stérilet, ma gynéco m'a dit : « *écoute, on va te laisser sans stérilet quelque temps, le temps que ton cycle se refasse* » » E4.

2.4.2. Suivi gynécologique avant l'IVG

➤ Plusieurs femmes ont rapporté avoir eu un **suivi gynécologique régulier** avant leur IVG. Certaines d'entre elles étaient suivies par un **gynécologue ou une sage-femme** :

« J'allais faire un frottis et des examens régulièrement chez un gynéco ou une sage-femme. » E9.

Une femme seulement a indiqué avoir eu un suivi par son **médecin traitant** :

« C'était mon médecin généraliste qui m'avait prescrit la pilule et qui me suivait et m'examinait une fois par an environ. » E6.

➤ Plusieurs participantes disent **ne pas avoir eu de suivi gynécologique régulier**.

Certaines ont pu bénéficier de consultations gynécologiques à **l'occasion de suivi de grossesse** :

« C'était des gynécologues différents que je voyais lors de mes grossesses. » E1.

D'autres à **l'occasion de pathologies aiguës touchant l'appareil génital** :

« J'avais vu une fois un gynéco pour des problèmes de mycoses. » E5.

« Une fois je suis allée voir mon médecin parce que j'avais des irritations. » E8.

Deux femmes m'ayant dit ne pas avoir de suivi avant leur IVG vont dorénavant voir régulièrement leur médecin ou leur spécialiste pour réaliser un suivi gynécologique.

2.5. Le parcours avant l'IVG

Nous verrons successivement les expériences négatives avec les équipes soignantes puis les expériences positives

.

2.5.1. Expérience négative avec les professionnels de santé

De nombreuses femmes m'ont fait part d'une certaine déception et de réserves quant au relationnel des professionnels de santé qu'elles avaient rencontrés lors de leur parcours de soin ; notamment lors de la première consultation qui constitue le moment de formulation du souhait d'IVG.

➤ Une femme reproche au psychologue qu'elle a rencontré lors de sa demande d'IVG son **incompétence** et le fait de ne pas l'avoir empêchée d'avorter :

« Le psy, j'pense, aurait pu quand même un peu plus creuser, enfin s'il avait vraiment fait sa part du travail correctement j'pense que : ou j'aurais pas avorté, ou j'aurais eu une réaction différente. » E1.

➤ Certaines participantes évoquent des **professionnels manquant de psychologie et de compréhension** :

« Au niveau humain, au niveau du suivi psychologique plutôt, c'était pas trop ça, il y avait un gros manque. » E5.

« En fait j'étais en demande d'aide urgente, quoi, je ne savais pas l'exprimer autrement qu'en demandant une IVG et ça n'a pas été traduit en fait » me racontait cette patiente utilisant le retrait comme méthode contraceptive.

« Ça a été une consultation un peu difficile, c'est pas qu'elle était désagréable mais elle m'a demandé quatre ou cinq fois si j'étais bien sûre de moi et de mon choix, de réfléchir... Bref, pas très compréhensive j'ai trouvé. » E9.

➤ D'autres m'ont rapporté des discours **moralisateurs et culpabilisateurs** de la part des soignants:

« Il m'a fait la leçon de morale pendant 20 minutes à peu près... Ça faisait un peu vieux catholique intégriste. » E2.

« Il n'était pas très favorable et il m'a dit qu'il n'avait pas fait ce métier pour faire ça, que ce n'était pas dans sa philosophie. » E3.

Une femme raconte que les professionnels qui l'ont reçue au départ ne l'ont pas crue, et étaient persuadés qu'elle avait oublié sa pilule :

« Ils m'en ont mis plein la tête, j'avais carrément le sentiment qu'ils pensaient que c'était ma faute, que c'était pas possible, que la pilule ça marchait, que j'avais forcément dû l'oublier, que j'ai pas fait attention. » E12.

2.5.2. Expérience positive avec les professionnels de santé

Au contraire de ce qui a été dit au-dessus, durant les entretiens certaines participantes ont tenu des **propos élogieux et reconnaissants envers les professionnels** qui les avaient prises en charge au début du parcours de soin.

➤ Plusieurs femmes ont décrit des **professionnels à l'écoute, bienveillants et compétents** :

« La dame qui m'a reçue en premier, c'était pas une infirmière je crois, elle était super gentille. » E6.

« L'équipe a été adorable. » E11.

« Tout le monde était très sympa et à l'écoute. » E8.

« A l'hôpital ils ont été super, vraiment. » E7.

➤ **Une participante connaissait une des personnes au sein de l'équipe soignante**, ce qui a amélioré le vécu de son expérience :

« Super parce que l'aide-soignante je la connaissais en fait (rires) et elle est super. » E11.

2.6. L'IVG : l'intervention

Nous verrons successivement les expériences négatives vécues lors de l'IVG par les patientes puis les expériences positives.

2.6.1. Expérience négative

➤ Plusieurs femmes ont rapporté leur **expérience difficile avec les équipes soignantes** qui les ont prises en charge durant la procédure d'IVG.

Une participante a évoqué un sentiment de **dépersonnalisation** que les professionnels lui ont fait ressentir :

« Ça s'est fait dans l'anonymat total. C'était vraiment très impersonnel, aucun contact, aucun regard, rien. » E3.

Une autre m'expliquait avoir ressenti de l'**hostilité** :

« C'est des bouchers quoi, on voit bien que... Comment dire... Que ça leur plaît pas qu'on avorte comme ça quoi. C'est des regards fuyants, des personnes froides et distantes... » E4.

Une femme évoque un **manque d'intimité et d'empathie** :

« C'est pas personnel, y'a pas d'intimité. C'était purement médical et pas humain. » E5.

Le **manque de temps** est également cité une fois dans les entretiens :

« Ben ils ont pas le temps quoi en fait. » E10.

➤ Une seule participante évoquait le fait d'avoir ressenti des **douleurs durant l'IVG**. Elle fait d'ailleurs partie des femmes ayant réalisé la procédure sous anesthésie locale :

« D'ailleurs je me rappelle d'avoir eu assez mal... » E9.

➤ Deux témoignages déjà cités dans le paragraphe 2.2 (« Les raisons de l'inobservance »), relèvent également de ce thème. Ces participantes ont décrit des ressentis similaires **en salle de réveil juste après l'IVG**, à savoir, un vécu que l'on pourrait qualifier « **d'expérience de mort** » :

« J'me suis réveillée [...], comme si je m'étais réveillée de la mort, vraiment très mal. » E2.

« Dans la salle de réveil j'ai cru que j'étais dans la morgue... Vraiment très mauvaise expérience. » E1.

2.6.2. Expérience positive

Plusieurs participantes ont salué la **compétence et l'empathie des équipes soignantes**, ainsi qu'une **bonne prise en compte de la douleur**.

Certaines participantes ont décrit des **équipes compréhensives, à l'écoute et rassurantes** :

« L'équipe a été sympa, les infirmières essayaient de me détendre. » E6.

« J'ai trouvé l'équipe très à l'écoute, ils étaient rassurants. » E9.

Une femme évoque le manque des temps des professionnels de santé mais reconnaît néanmoins la **compétence** de ces derniers :

« C'était correct quoi. » E10.

D'autres rendent compte d'une **bonne prise en charge de la douleur** :

« J'ai même pas eu mal, juste un peu en salle de réveil mais après une dame est venue me mettre un calmant, ou quelque chose comme ça, et ça allait mieux. » E8.

« Ils m'ont rapidement soulagée quand je leur disais que j'avais mal. » a dit cette patiente ayant bénéficié d'une anesthésie locale pendant son IVG.

2.7. Les pistes d'améliorations

Les entretiens se clôturaient avec une partie dans laquelle je demandais aux femmes si elles avaient des propositions à faire afin d'améliorer la consultation post-IVG qu'elles n'avaient pas eue. Certaines participantes m'ont fait part d'idées concernant cette visite mais d'autres m'ont également parlé plus généralement du parcours de soin d'une IVG.

2.7.1. Concernant la consultation post-IVG

➤ A la question « **Auriez-vous préféré consulter un autre professionnel de santé lors de cette visite de contrôle ?** » voici ce que les participantes ont répondu :

- Des femmes citaient un **psychologue** : « Je pense que ça aurait été bien que je voie un psychologue. » E3.

« Je pense que [*si j'avais pu choisir*] ça aurait plus été un psychologue je crois. » E5.

- D'autres préféraient un **gynécologue**, celui ou celle qui suit habituellement la femme ou bien le médecin qui a pratiqué l'IVG :

Une femme me parle de sa gynécologue chez qui elle effectuait déjà son suivi: « Moi je trouve ça beaucoup mieux, parce qu'elle me connaît bien et que je la connais depuis longtemps, donc j'ai confiance et je suis à l'aise. »

« Le gynécologue qui fait l'IVG je pense que c'est le mieux si on devait vraiment revoir quelqu'un. Après tout, c'est lui qui est le mieux placé puisque c'est lui qui a fait le boulot. » E13.

- Le **médecin traitant** est également cité comme pouvant assurer cette consultation : « Ça aurait été plus pratique que ce soit mon généraliste qui fasse la visite de contrôle. » E6.

- Et enfin certaines participantes auraient préféré voir une **sage-femme** en consultation, et plus particulièrement dans un cas précis où la sage-femme effectuait déjà le suivi gynécologique avant l'IVG : « Une sage-femme je pense plutôt. » E7.

« Oui peut-être la sage-femme qui me suit. C'est elle qui me connaît mieux et je pense que si c'était elle qui avait assuré le suivi derrière, je

pense que j'aurais été en confiance », évoque cette patiente qui m'a confié être suivie régulièrement par sa sage-femme.

➤ Concernant un aspect pratique et organisationnel, une participante souhaiterait **améliorer la disponibilité des lignes téléphoniques du service pour pouvoir prendre rdv plus facilement** :

« Que les lignes du service et du secrétariat soient plus joignables. » Cette femme avait été invitée à rappeler l'hôpital pour prendre le rendez-vous de sa consultation de contrôle.

➤ Certaines proposent de **parler de cette consultation post-IVG dès le début** du parcours de soin afin d'informer et de sensibiliser les patientes avant l'intervention :

« Insister davantage dès le début sur l'importance de la visite de contrôle. » E9.

➤ D'autres évoquent plus généralement les **bienfaits d'une consultation de suivi après l'IVG** :

« Améliorer le suivi après. Il me semble qu'après ça un entretien, une visite serait bénéfique. » E3.

➤ Une participante propose que **l'intérêt et le contenu** de la consultation post-IVG soient expliqués aux patientes :

« Je pense que si j'avais vraiment su ce que c'était, j'y serais peut-être retournée. » E9.

➤ Une autre souhaiterait **améliorer le suivi psychologique** :

« Insister sur l'accompagnement psychologique. » E5.

2.7.2. Concernant la prise en charge psychologique

Déjà citée plus haut, paragraphe 2.2 (« Les raisons de l'inobservance »), une participante souhaiterait qu'on puisse **proposer d'autres options que l'IVG** :

« J'aurai aimé qu'on m'oriente vers une autre solution que l'IVG en fait. » E10.

Des femmes aspireraient à **une amélioration du suivi psychologique avant, et après l'IVG** :

« Insister sur l'accompagnement psychologique. » E5.

« Oui on voit un psy, qui demande les raisons du pourquoi on le fait, mais il cherche pas à savoir plus quoi » explique cette patiente qui me confiait ressentir des regrets suite à son IVG.

Une autre souhaiterait une **meilleure compréhension de la demande et de la souffrance** :

« Moi la prise en charge c'est avant l'IVG qu'il aurait fallu la faire. », me raconta cette femme qui, malgré le fait d'avoir réalisé une IVG, avait un désir d'enfant.

2.7.3. Concernant les équipes soignantes

Certaines participantes souhaiteraient **supprimer certains discours moralisateurs et partisans** des professionnels de santé :

« Par rapport à la prise de décision, essayer d'éviter la part de jugement. » E9.

Déjà cité au paragraphe précédent concernant la prise en charge psychologique cet extrait peut aussi être relié à ce thème, avec notamment le souhait d'une **meilleure compréhension de la demande et de la souffrance** :

« On a posé des actes qui ne correspondaient pas à mes besoins je pense. »
E10.

Plusieurs évoquent des **améliorations concernant l'aspect relationnels et l'écoute** des équipes soignantes : « Que les infirmières et les équipes soient plus compréhensives. » E4.

« Ben des médecins qui s'intéressent, qui font vraiment attention, qui mettent en confiance. » E12.

« Tout simplement plus d'écoute. » E10.

Une des femmes fait mention également de la nécessité d'avoir des **professionnels bien formés** :

« Et il faut des gens compétents. Voilà euh, les gynécologues sont des techniciens et pas des psychologues. » E10.

2.7.4. Concernant l'information auprès des femmes

Une des participantes souhaiterait une **amélioration de l'information sur les moyens de contraception existants**. Elle reconnaît pour sa part et chez des amies une méconnaissance de l'implant:

« Je pense qu'il y a un gros travail à faire sur l'information. [...] Moi je ne connaissais que la pilule et le stérilet ! Donc si j'avais su, j'aurais mis un implant juste après ma grossesse. Parce que j'en ai même parlé à des copines, et y'en a

plein qui ne connaissent pas l'implant » Cette patiente me racontait avoir repris la pilule après sa première IVG. Ce n'est qu'après la deuxième qu'elle a fait poser son implant.

Une autre propose **de sensibiliser les femmes sur l'importance de réaliser les IVG le plus précocement possible**, puisque cette femme a d'autant plus souffert que son IVG a été faite tardivement :

« Surtout il faut pas attendre trois mois pour le faire, parce que trois mois, c'est vraiment très dur à supporter. », me confia cette patiente qui regrettait avoir entendu le cœur du fœtus battre lors de l'échographie.

Discussion

1. Discussion de la méthodologie

➤ Discussion du schéma de l'étude

C. Auvara mentionnait dans la discussion de sa thèse réalisée en 2013 sur l'observance de la consultation post-IVG médicamenteuse à Nice, qu'elle avait initialement prévu de faire une étude qualitative et non quantitative. Elle souhaitait au départ rappeler les patientes inobservantes pour leur proposer un entretien semi-dirigé. Elle raconte que cette première piste a été écartée d'une part, de peur que les patientes refusent de s'exprimer au téléphone avec une inconnue quant à leur IVG, d'autre part, de peur que cet appel les « [dérange] dans leur quotidien » [22].

Il se trouve que nous avons précisément fait ce choix de méthode. La méthode qualitative nous paraissait la plus appropriée pour évoquer un sujet aussi délicat et complexe que la consultation post-IVG. Elle nous a également permis d'aborder modestement ce sujet selon un aspect sociologique.

De plus, j'ai trouvé la plupart des patientes plutôt à l'aise pour discuter de ce sujet et répondre à mes questions. Il est évident que lorsque les participantes étaient des patientes que j'avais recrutées moi-même en vue de cette thèse (et que j'avais donc déjà vues en consultation), celles-ci s'avéraient plus à l'aise que celles pour qui je représentais une parfaite inconnue.

Cette thèse était un premier travail de recherche qualitative. Il a donc fallu se former à ce type de recherche ainsi qu'à la technique de l'entretien grâce à des lectures [47] [48], des recherches bibliographiques ainsi qu'à des

échanges avec des personnes ayant étudié la sociologie. Au fil des entretiens mon travail d'enquêteur s'est peu à peu amélioré. J'ai ainsi acquis plus d'aisance dans mes relances ainsi que dans ma façon d'orienter la discussion vers les thèmes clés de ma recherche.

➤ Discussion de la sélection et du recrutement

L'échantillonnage a été fait afin de rechercher une diversité d'opinions et d'expériences, et non pas d'obtenir une représentativité de la population. La technique d'échantillonnage ciblé nous a permis de proposer cette étude à des patientes que nous estimions correspondre au profil de femmes recherchées. Cette appréciation était objective en respectant les critères d'inclusion, il existait néanmoins une part subjective et propre à chaque recruteur.

Soulignons que les patientes mineures n'ont pas été incluses dans cette enquête pour des questions éthiques et de responsabilité parentale.

Un autre mode de recrutement aurait pu être choisi, à savoir le rappel de patientes ayant eu une IVG afin de leur demander si elles s'étaient rendues ou pas à la visite de contrôle et pourquoi.

Il était envisagé d'inclure davantage de patientes. Le **faible nombre de patientes incluses** dans cette étude est dû à deux raisons :

1- Il était tout d'abord prévu pour le recrutement, que plusieurs médecins généralistes et gynécologues du réseau Périnat Aquitaine (dont mon directeur de thèse et moi-même) sélectionnent des patientes. Il se trouve qu'au final mon directeur et moi-même avons été les seuls à recruter. Pourquoi nos

confrères du réseau n'ont-ils alors pas pris part à ce recrutement ? Plusieurs hypothèses à cela :

- La première peut être liée au fait qu'ils n'aient pas trouvé de patientes présentant les critères d'inclusion, ou bien qu'aucune patiente ne se soit portée volontaire. Cette hypothèse semble toutefois peu envisageable tant la probabilité de rencontrer des patientes répondant à nos critères dans la cadre de leur activité est forte.
- Une seconde hypothèse pourrait être liée à un éventuel manque d'intérêt de leur part pour ce travail. Là encore, cette hypothèse semble peu probable, notre enquête s'inscrivant au sein d'un travail collectif impliquant le Réseau Périnat Aquitaine, et, par conséquent, des professionnels de santé directement concernés par l'IVG.
- Le manque de temps des professionnels pourrait éventuellement être à l'origine de cette « désertion ». En effet, repérer les patientes, leur faire part du projet, les inviter à remplir la *Fiche patiente*, peut s'avérer chronophage.
- Une autre hypothèse probable pourrait être liée au fait que les professionnels aient appréhendé les éventuels retours négatifs de leurs patientes quant à leur prise en charge.

2- Le faible nombre de participantes peut aussi s'expliquer par les critères d'inclusion assez sélectifs, ainsi que par le sujet traité, à savoir leur IVG, et qui peut être difficile à aborder pour certaines femmes. Je n'ai eu affaire à aucun refus de participation en « face à face » mais à trois reprises, des patientes qui avaient accepté de participer n'ont jamais répondu à mes sollicitations.

➤ Discussion du recueil des données : les entretiens

Comme je l'évoque en début de discussion, le fait de réaliser des entretiens téléphoniques n'a finalement pas posé problème. En effet, les patientes ne semblaient ni surprises ni dérangées par mon appel puisque c'était elles-mêmes qui avaient fixé la date et l'heure du rendez-vous.

Comme je le mentionne au début de la présentation des résultats, les entretiens ont été menés selon une trame qui suivait un ordre chronologique. Etaient dans un premier temps abordés le parcours contraceptif et le suivi gynécologique, puis l'IVG ; venait ensuite le sujet de la consultation post-IVG. Cette méthode me paraissait la plus simple et la plus logique, favorisant de surcroît la compréhension des patientes. Cependant, débiter l'entretien par la question de la consultation post-IVG et de son observance pourrait s'avérer intéressant lors d'une prochaine étude.

Mon appartenance au même sexe que les patientes a, je pense, été un atout, les participantes ayant peut-être eu moins de difficultés à s'exprimer sur des sujets intimes avec une femme comme interlocutrice.

➤ Concernant les résultats...

Il est vrai qu'en recherche qualitative les résultats sont fortement soumis à la subjectivité du chercheur. Cependant, les retranscriptions des entretiens ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse et supervisée par le directeur de thèse. De plus il y a dans les verbatims des termes concrets permettant d'appuyer les citations.

➤ Aspect éthique et confidentialité

Un avis auprès du CIL de l'Université de Bordeaux (Correspondant Informatique et Libertés) a été pris afin de s'assurer que ce travail de thèse respectait les aspects éthiques et de confidentialité nécessaires. Concernant les informations d'identité que les patientes pouvaient nous confier, il a notamment été convenu qu'elles ne nous renseigneraient, non pas sur leur commune (comme il était prévu au départ) mais plutôt sur leur zone d'habitation : à savoir urbaine, semi-rurale ou rurale. De plus, il a été finalement décidé que les tableaux récapitulatifs comprenant les données démographiques et générales seraient uniquement mis à disposition du jury et n'apparaîtraient pas dans le manuscrit de thèse.

D'autre part les numéros de téléphones étaient supprimés après la réalisation de chaque entretien.

2. Discussion des résultats

2.1. Planification de la consultation post-IVG

Dans les textes de la HAS, la consultation de contrôle post-IVG est recommandée et indiquée comme une étape essentielle de la prise en charge d'une IVG. Elle doit être prévue entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour après la procédure et fait partie du forfait IVG remboursé à 100% par la Sécurité Sociale [49].

Cependant, je constate dans les entretiens réalisés que **plusieurs participantes affirment qu'on ne leur a pas proposé cette visite de suivi après leur IVG**. Nous devons nous montrer prudents avec cette donnée puisqu'il peut

s'agir d'un biais de mémoire chez les patientes, qui ne se rappelleraient pas d'une éventuelle proposition de consultation post-IVG ou d'une mauvaise compréhension. Nous avons tenté de limiter ce biais par le critère d'inclusion stipulant que les femmes devaient avoir réalisé leur (dernière, si il en existe plusieurs) IVG dans les cinq années précédentes. Néanmoins, il me semble que dans les suites immédiates d'une IVG, qui peut être vécu chez certaines comme un évènement pour le moins remuant sur le plan émotionnel, une information rapidement donnée sur une visite de contrôle peut facilement passer inaperçue par la patiente.

Le taux d'observance retrouvé dans les études tourne autour de 70% [1][18][21][22][50], sans que l'on sache concernant les patientes inobservantes, si on ne leur a pas proposé de rendez-vous ou bien si elles n'y sont pas allées volontairement. Il n'y a que dans le travail d'A. Kourio, réalisé en 2015 en région Midi-Pyrénées, qu'apparaît le taux de médecins qui programment la consultation (79,3%), suite à des IVG médicamenteuses ambulatoires [21].

Concernant la personne qui propose la consultation post-IVG, plusieurs professionnels de santé ont été cités, à savoir, l'infirmier(e), la sage-femme et le ou la gynécologue. Peut-être cela montre-il une répartition trop floue des rôles de chacun des intervenants dans la prise en charge en post-IVG immédiat? En effet, dans aucun document officiel n'est mentionné clairement quel professionnel de santé devait aller proposer à la patiente après l'IVG la visite de contrôle. Cela dépend sûrement des centres et des équipes. Durant ma courte expérience en service d'IVG à l'hôpital Saint-André, je me rappelle que les infirmières remplissaient ce rôle en allant parler aux femmes avant leur départ.

Concernant l'organisation de cette consultation, certaines patientes ont été invitées à recontacter le service pour reprendre rendez-vous. Les participantes ont évoqué une démarche lourde, leur demandant du temps et de la persévérance, sachant que les lignes des services sont bien souvent difficilement joignables. De plus, elles trouvaient cela dérangent dans leur quotidien et surtout dans leur travail. Dans son travail de thèse, déjà évoqué précédemment, C. Auvara étudie les facteurs influençant l'observance à la consultation post-IVG. Elle y explique qu'il n'est pas possible de conclure sur l'influence de la prise de rendez-vous à l'avance puisque seulement un médecin dans son étude ne fixait pas les rendez-vous à l'avance. Elle faisait néanmoins remarquer que c'était lui qui avait le taux d'observance le plus bas [22]. En effet il me semble logique de penser que, fixer avant le départ des patientes le rendez-vous pour la visite de contrôle, ne peut être qu'un atout pour une meilleure observance.

Il ressort des entretiens une **ignorance des femmes concernant cette consultation de contrôle, ainsi qu'une communication et une information de la part des professionnels de santé à ce sujet très limitées et bien souvent trop expéditives** pour transmettre aux patientes l'intérêt réel de cette visite.

Informar les femmes sur cette consultation, en dehors de tout contexte de demande d'IVG parait compliqué, néanmoins on pourrait imaginer une information parallèle à celle donnée sur les moyens contraceptifs, qui aborderait dans les grandes lignes le parcours type d'une IVG. Cependant, le moment qui paraît le plus approprié pour parler de cette visite de contrôle reste la consultation en pré-IVG. En s'aidant du dossier guide sur l'IVG, à délivrer aux patientes, il me semble essentiel d'expliquer le déroulement de l'IVG en insistant sur la consultation post-IVG, son intérêt et son contenu [51].

D'ailleurs, M. Mayenc dans son travail réalisé entre 2013 et 2015 au CPEF de Bayonne, sur le devenir et la tolérance des DIU et des implants posées lors d'IVG instrumentales, a été amenée à réfléchir sur l'absentéisme à la consultation post-IVG. Elle évoque notamment le fait qu'une sensibilisation en amont des patientes améliorerait peut-être l'assiduité de celles-ci [23].

2.2. Les raisons de l'inobservance

Peu de travaux se sont intéressés aux raisons de l'inobservance à la consultation post-IVG, et aucune étude antérieure ne les a recherchées de façon qualitative et suite à des IVG instrumentales exclusivement.

Les raisons évoquées par les femmes que j'ai interrogées sont multiples et variées.

2.2.1. Raisons psychologiques

Un **vécu difficile de l'IVG** peut expliquer la non-venue en visite de contrôle. Le fait d'avoir vécu l'intervention comme un événement traumatisant pourrait être un facteur favorisant l'inobservance, tout comme le ressenti de **regrets ou de culpabilité suite à l'IVG**. « La femme peut vivre un sentiment de mal-être ou de culpabilité. [...] Cette recherche montre l'existence chez certaines femmes d'un vécu post-IVG négatif » concluait A. MAINGUY dans son travail de synthèse de la littérature francophone réalisé de 2000 à 2012 sur le vécu psychique après l'IVG [52]. Il me semble légitime de penser que ce vécu négatif de l'IVG peut favoriser l'inobservance, alors qu'il devrait justement être un moteur supplémentaire pour reconsulter. Il serait sûrement possible d'expliquer aux femmes, en pré-IVG ou bien en post-IVG immédiat, la

possibilité et l'importance de parler d'un éventuel mal-être lors de cette consultation de contrôle.

La **volonté de tourner la page suite à l'IVG** a été évoqué plusieurs fois lors des entretiens, pour justifier la non-venue en visite de suivi, avec le désir de ne pas revenir sur cet évènement. Pourtant, dans une étude qualitative sur le vécu psychique de l'IVG médicamenteuse en ambulatoire réalisée en 2013 en Ile-de-France par S. Martin, il apparaît que la parole du médecin lors de la consultation post-IVG reste, pour la majorité, importante pour clôturer l'IVG et pour rassurer [45].

2.2.2. Raisons pratiques

Un rendez-vous médical implique la plupart du temps de **devoir s'absenter sur le temps de travail** et donc parfois de **se justifier auprès de l'employeur** ou bien des collègues. Ces contraintes sont clairement apparues comme représentant un **frein à la venue des femmes en consultation post-IVG**. Deux solutions pourraient être proposées pour faciliter l'assiduité des patientes. D'une part le fait de prendre le rendez-vous en présence de la patiente pour déterminer le moment qui la dérange le moins dans son emploi du temps. D'autre part certains auteurs proposent une dématérialisation de la visite de contrôle [35][36][37], à savoir par des appels téléphoniques et/ou avec dosage sanguin du taux de béta HCG ou encore avec test urinaire à domicile. En effet ces méthodes faciliteraient la gestion de l'organisation professionnelle des femmes. Cependant, à mon sens la consultation post-IVG ne se limite pas à vérifier l'absence de grossesse évolutive, elle doit comporter

un dialogue autour de l'IVG, de la nouvelle contraception, et doit permettre aux femmes de s'exprimer sur leur vécu de l'intervention si besoin.

J'ai pu me rendre compte lors des entretiens que **l'éloignement du centre d'IVG et la durée importante du trajet, que les patientes doivent parcourir depuis leur domicile pour s'y rendre, constitue un facteur favorisant l'inobservance** à la consultation post-IVG. Le travail de thèse de F. Nguyen ainsi que l'étude de l'équipe de L. Horning confirment cette notion puisqu'ils y ont conclu que la proximité géographique influait favorablement sur l'observance [53][54]. Cela constitue de plus un facteur d'inégalité socio-économique puisque les femmes ne possédant pas de véhicule sont d'autant plus pénalisées. Mais comment rapprocher le lieu de la consultation post-IVG du domicile des patientes?

- Premièrement, on pourrait imaginer un **renforcement du réseau entre les centres d'IVG et les médecins généralistes ou gynécologues de ville** qui pourraient réaliser des « consultations post-IVG de proximité » (M.MAYENC évoque également cette possibilité dans sa thèse).
- Deuxièmement, dans les prochaines années on pourrait espérer voir des **IVG instrumentales réalisées hors établissements de santé**, dans les centres de santé, centres de planification ou encore en maison de santé. L'IVG médicamenteuse s'est quant à elle depuis plusieurs années déjà diffusée en ville, en dehors des hôpitaux, réalisée par des gynécologues, sages-femmes ou encore médecins généralistes. Un rapport de la HAS est paru en mars 2016 dans le but de dresser un cahier des charges pour la réalisation des IVG instrumentales hors établissements de santé. Ce document a été demandé par le ministère des Affaires sociales, de la

Santé et du Droit des Femmes devant « la réduction du nombre d'établissements réalisant les IVG, liée au mouvement de concentration de l'obstétrique, ainsi que le choix de certaines établissements de santé de ne plus proposer que la technique médicamenteuse, entraînent une absence de choix pour de nombreuses femmes qui se voient imposer la seule technique médicamenteuse ou une prise en charge très éloignée de leur domicile » [25].

Les difficultés pour prendre rendez-vous par téléphone, déjà traitées précédemment, constituent un frein considérable à l'observance, puisqu'appeler le service est rapporté par les patientes comme étant très contraignant. Devant ces difficultés, ces dernières abandonnent et finissent par ne pas obtenir de rendez-vous pour leur consultation post-IVG.

2.2.3. Mauvaise expérience avec l'équipe soignante

J'ai pu observer que certaines participantes n'avaient **pas eu envie de revenir en consultation post-IVG en partie à cause de l'expérience négative vécue avec les professionnels de santé** qui les avaient prises en charges lors de l'IVG. Dans son étude C. Auvara évoque également cette notion en émettant l'hypothèse que la relation médecin-patient joue un rôle primordial dans l'observance de la consultation à venir. Elle constate d'ailleurs que les meilleurs taux d'observance sont obtenus par les jeunes médecins pratiquant peu d'IVG et depuis peu. Elle conclut qu'il serait intéressant de réaliser une étude qualitative sur la satisfaction des patientes concernant la prise en charge de leur IVG par le médecin et d'évaluer son effet sur l'observance de la consultation de contrôle [22].

2.2.4. Visite sans intérêt

De nombreuses patientes, après leur IVG, n'ont pas mesuré l'intérêt de cette consultation de contrôle. En effet, lorsqu'elles se sentent bien, ou que leur contraception a déjà été mise en place, elles ne voient pas pourquoi elles reviendraient en visite post-IVG. L'intérêt et le but de la consultation de contrôle devraient être clairement expliqués en amont afin de les sensibiliser davantage et d'améliorer leur assiduité. La mise en place de la contraception avant la consultation post-IVG ne peut être critiquée et doit être vue comme une procédure exemplaire.

En effet, dans son travail de thèse sur les moyens de contraception longue durée posés lors des IVG, M. Mayenc évoque le **danger de différer la pose de ces contraceptifs**. Elle explique que cela revient à prendre le risque que la patiente ne se présente pas à la consultation de contrôle, qu'elle se retrouve alors sans contraception, et donc, exposée à une nouvelle grossesse inopportune (et ainsi, peut-être, une nouvelle IVG) [23]. D'autre part, l'étude de C. Auvara confirme que **les patientes insatisfaites de leur moyen de contraception reviennent globalement plus en consultation**, en précisant que les patientes sans contraception, bien souvent insatisfaites de leur statut contraceptif, reviennent également plus en visite de contrôle [22].

2.2.5. Oubli

L'oubli de consultation, aléa de tout rendez-vous médical, est également cité comme justification. Le rappel des patientes ne s'étant pas présentées en consultation a été étudié par C. Auvara et n'a pas été retrouvé comme favorisant l'observance [22].

2.3. Les conséquences de l'absence de consultation

Nous avons constaté que **l'absence de consultation pouvait ne pas être vécue comme un manque** par certaines patientes. En effet, la résilience, le fait d'avoir déjà une contraception en place, ou bien encore l'absence de questions et d'angoisses, ont permis à ces femmes de ne pas avoir souffert, à leurs dires, de cette absence de visite de contrôle.

Certains auteurs, anglo-saxons notamment, ainsi que l'OMS, préconisent de planifier une consultation post-IVG « à la demande », c'est-à-dire uniquement pour les femmes présentant des complications à propos desquelles elles auraient été informées, ainsi que pour celles qui la demanderaient [33][34].

Une patiente m'a également assuré que cette visite ne lui avait pas manqué puisqu'elle s'était rendue chez sa gynécologue habituelle suite à l'IVG. Comme je l'ai déjà évoqué plus haut, il semble essentiel de développer les liens entre les centres d'IVG et les professionnels de santé en ville afin que les femmes puissent revenir consulter le médecin de leur choix.

En revanche, pour d'autres, **le manque lié à l'absence de consultation pouvait être ressenti de diverses façons.**

Certaines ayant présenté après l'IVG des troubles psychologiques (un mal-être, un questionnement profond ou un besoin de dialogue) déplorent cette absence de consultation. Dans son travail, A. Mainguy conclut en affirmant que sa recherche a montré l'existence chez certaines femmes d'un vécu post-IVG plutôt négatif qui devrait faire prendre conscience au soignant de l'intérêt d'en repérer les signes et d'évaluer le besoin d'écoute de ces femmes [52]. Ceci

confirme le besoin d'accompagnement psychologique en post-IVG qui pourrait débiter par la consultation de contrôle et, si besoin, se prolonger par un suivi plus spécifique.

Une patiente a présenté une complication, à savoir, une rétention utérine suite à son IVG. N'ayant pas eu de proposition de consultation de contrôle, la patiente a dû se rendre aux urgences afin d'être prise en charge. La consultation n'aurait pas évité la survenue de la complication. Mais un examen clinique, aidé si besoin d'une échographie, aurait certainement permis au médecin de diagnostiquer cette rétention et d'adresser directement la patiente en service de gynécologie. Dépister les éventuelles complications de l'IVG est un des objectifs de la visite de contrôle, bien que celles-ci demeurent exceptionnelles (en moyenne, 0,3 à 2% de rétention utérine retrouvées dans la littérature) [25][27][28].

D'autres patientes se posaient des questions précises d'ordre médical et ne se sont pas pour autant rendues en consultation, même si celle-ci leur avait été proposée. Les questions sont diverses et concernent la reprise des rapports, les sensations lors des relations sexuelles avec un DIU, les métrorragies, les pertes suite à l'IVG, le retour de couches... On pourrait dans ces cas-là penser que l'invitation à aller consulter son médecin généraliste, ou bien son gynécologue traitant, faciliterait la démarche de la patiente afin d'obtenir des réponses et éventuellement, d'être rassurée.

2.4. Parcours contraceptif et suivi gynécologique

2.4.1. Utilisation des méthodes contraceptives avant l'IVG

La quasi-totalité des patientes de mon étude ont déjà eu recours à une contraception. Avant leur IVG, beaucoup d'entre elles utilisaient une contraception orale, ou alors n'avaient aucun moyen contraceptif. Quelques-unes ont cité la méthode du retrait, et seulement une femme a évoqué l'utilisation du préservatif.

Les différentes sources de données disponibles sur la contraception en France montrent tout d'abord que **la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée globalement** (sauf chez les 45-49 ans, où elle est devancée par le DIU). On observe depuis 2000 une diminution de l'utilisation de la pilule, compensée par un recours à d'autres méthodes hormonales (implant et patch contraceptifs, anneau vaginal). Le DIU est utilisé par une femme sur cinq et son taux d'utilisation est fortement lié à la parité. Le préservatif est utilisé par 3,9% des femmes et son utilisation est en augmentation. Quant aux méthodes naturelles (retrait, abstinence lors des périodes d'ovulation) leur chiffre reste stable depuis les années 2000 et concernent 6% des femmes [55].

Concernant la pilule, la première notion qui ressort des entretiens est que celle-ci est largement considérée par les patientes comme une méthode inefficace, et bien souvent inadaptée. **Pourtant, une contraception adaptée à la patiente reste la clé d'une efficacité contraceptive maximale.** En 2011 l'INPES publiait un dossier concernant l'adéquation des contraceptifs aux modes de vie des Françaises. Il y est écrit qu'en 2005, une majorité de femmes avait déclaré avoir eu recours à la contraception d'urgence suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière. Chez les 20-24 ans la prise de la

contraception d'urgence est consécutive à un oubli de la pilule dans 42,3% des cas. Ce recours à la contraception d'urgence prouve bien que les femmes rencontrent des difficultés certaines dans la gestion quotidienne de leur pratique contraceptive, se manifestant entre autres par des écarts fréquents d'observance. « Or, l'efficacité contraceptive dépend de l'observance des utilisatrices, laquelle [observance] est elle-même étroitement liée à leur niveau d'adhésion à la méthode et à l'adaptation de celle-ci à leurs besoins et à leur mode de vie » [56].

Pour améliorer cette adéquation des méthodes contraceptives aux femmes, les médecins prescripteurs de contraceptifs devraient être mieux formés à ce sujet et pourquoi pas mieux rémunérés pour le temps nécessaire à ce genre de consultation. D'ailleurs, il apparaît dans la nouvelle convention pour la médecine générale une cotation à 46 euros pour les consultations « complexes, à fort enjeu de santé publique », comprenant la première prescription de contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

La deuxième notion marquante de notre étude au sujet des moyens contraceptifs concerne les **périodes de transition contraceptive**. En effet plusieurs patientes m'ont affirmé avoir débuté une grossesse alors qu'elles traversaient justement une « période de transition » sans couverture contraceptive. Par exemple entre une grossesse et un DIU, ou bien entre une pilule et un DIU... A. Arnaud constate également que les périodes de transition citées par les patientes seraient propices au risque de grossesse et d'IVG [32]. L'INPES confirmait en 2007 cette hypothèse. En 2004, une femme sur deux avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG [57]. L'HAS corrobore également cette notion en

présentant ces périodes de transition comme des périodes de fragilité constituant des facteurs de risque d'échec de la contraception [55].

2.4.2. Suivi gynécologique avant l'IVG

Un certain nombre de patientes de l'étude ont déclaré ne pas avoir eu de suivi gynécologique régulier avant l'IVG ; à savoir pour les femmes de 25 ans et plus, un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans, et pour les plus jeunes, au moins un examen gynécologique. A. Arnaud étudie également dans sa thèse le suivi gynécologique mais à travers le prisme de la vulnérabilité et de la précarité. Elle remarque en s'appuyant sur l'étude Fécond [56], que l'absence de suivi gynécologique régulier touche particulièrement les femmes en situation de vulnérabilité, confrontées de ce fait à un recours plus tardif aux soins. Elle considère donc que la demande d'IVG pour ces patientes pourrait représenter un recours plus tardif à la contraception. La consultation post-IVG nous paraît être un moment essentiel en vue d'une reprise en main par les femmes de leur suivi gynécologique de prévention. En effet, parmi les patientes qui n'avaient pas de suivi avant l'IVG, seules deux m'ont rapporté un changement. Peut-être que la visite de contrôle pourrait permettre à davantage de femmes de se « réapproprier leur santé » dans ce domaine-là.

2.5. La prise en charge avant et pendant l'IVG

D'une façon générale, que ce soit lors des consultations de demande d'IVG, ou bien pendant la prise en charge hospitalière et l'intervention, les expériences vécues par les patientes sont diverses et variées, autant que leurs ressentis concernant ces moments-là. **Une de nos hypothèses de départ,**

quant aux raisons de l'inobservance à la consultation post-IVG, était que le vécu d'expériences négatives avec les professionnels de santé rencontrés tout au long du parcours de soin favoriserait l'inobservance. C'est la raison pour laquelle nous avons voulu entendre leur propre récit de ces instants forts que sont la consultation pré-IVG et l'intervention. En effet il ressort des entretiens qu'un mauvais contact avec les soignants peut participer de façon non négligeable à la décision de la patiente de ne pas revenir en consultation post-IVG.

Dans une étude réalisée à Paris entre 2003 et 2004, les auteurs concluent qu'il n'est pas possible d'avancer l'argument d'un mauvais contact avec le corps médical pour expliquer le taux de 30,7% d'inobservance à la visite de contrôle. En effet, plus de 90% des femmes ont été satisfaites de l'accueil en ville ou à l'hôpital [59]. Cependant cette étude concerne des IVG médicamenteuses pratiquées en ville et ne peut donc être totalement comparée à la nôtre. Il apparaît dans les résultats de l'enquête COCON un court paragraphe sur la satisfaction des patientes quant à leur prise en charge lors de l'IVG. Il y est affirmé que la plupart des femmes ont plutôt été satisfaites de l'accueil reçu au centre d'IVG, mais que **plus du tiers des femmes ne se sont pas senties soutenues par l'équipe soignante**, et plus de la moitié, peu soutenues par l'équipe médicale. Ce sont **les femmes ayant eu une IVG par aspiration dans le secteur public qui, globalement, semblaient les moins satisfaites** [1].

Aucune publication n'a été retrouvée concernant spécifiquement la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur prise en charge lors d'une IVG instrumentale en France.

2.6. Les pistes d'amélioration évoquées par les patientes

➤ **Certaines femmes auraient préféré revenir consulter un autre professionnel de santé plutôt que de revoir le gynécologue du centre d'IVG.** Une préférence est donnée aux généralistes, gynécologues ou sages-femmes traitants, bien connus des patientes, et avec qui elles se sentent en confiance. On pourrait donc imaginer un **renforcement des réseaux entre centre d'IVG et médecine de ville** afin de créer plus concrètement un relais lors de la consultation post-IVG. De plus le retour sur les lieux de l'IVG peut être vécu comme traumatisant ou dérangeant par les patientes. M. Mayenc évoque également cette notion dans les perspectives de son travail de thèse, en précisant qu'il pourrait aussi y avoir un **réseau de professionnels référents en ville** en mesure d'assurer les visites de suivi, particulièrement utiles dans le cas où les patientes ne voudraient pas aller parler de leur IVG à leur médecin traitant [23].

➤ **La prise de rendez-vous par la patiente pour la consultation post-IVG est à éviter**, étant donné les difficultés rapportées par les femmes pour joindre le service. Il paraît évident qu'il serait préférable de **fixer un rendez-vous pour la visite de contrôle avec la patiente juste avant sa sortie du centre**, et selon ses disponibilités. On peut également imaginer la création de lignes téléphoniques dédiées à l'IVG au sein même des centres d'IVG, et qui pourraient de fait, s'avérer moins saturées que les lignes des services de gynécologie-obstétrique (désengorgeant celles-ci par la même occasion).

➤ **La nécessité d'une meilleure information au sujet de la consultation post-IVG (ou d'une information tout court)** ressort également nettement des propositions d'améliorations formulées par les patientes. En effet je pense **que la consultation post-IVG devrait être abordée dès la consultation de demande**

d'IVG, en explicitant ses intérêts et son contenu, avec la possibilité de s'appuyer sur le dossier guide IVG qui décrit de façon claire chaque étape de l'IVG. Elle pourrait être de nouveau discutée juste après l'IVG (avant le départ de la patiente), éventuellement par le biais d'un **document explicatif résumant les objectifs et le déroulement de cette visite**, document que la patiente pourrait ensuite consulter au calme, une fois revenue chez elle.

➤ De nombreuses patientes souhaiteraient une **amélioration de la prise en charge psychologique** tout au long du parcours de soin de l'IVG. Il existe pourtant déjà des entretiens spécifiques en pré et en post-IVG, mais qui sont, selon la littérature, peu réalisés en pratique. L'enquête COCON rapporte qu'environ trois quarts des femmes ont bénéficié d'un entretien psycho-social avec un conseiller conjugal, et qu'à une femme sur quatre a été proposé un entretien post-IVG, que 20% d'entre elles ont accepté. **La consultation post-IVG doit normalement comprendre un moment durant lequel l'état psychologique de la patiente est abordé, ainsi que son vécu de l'IVG.** S. Martin, dans son travail de thèse, liste les points essentiels à aborder en consultation de contrôle, mentionnant notamment l'évaluation de l'état psychologique :

- Aborder le vécu psychologique, pour avoir une discussion si la femme le désire.
- Favoriser l'expression du vécu : « *comment vivez-vous la situation ?* »
- Repérer les vulnérabilités psychologiques avant l'IVG
- Proposer des coordonnées pour « *plus tard* ». [45]

Dans son étude portant sur les liens entre violences et IVG répétées, M. Lafaysse, insiste sur le fait que **le temps post-IVG reste un moment privilégié pour aborder la question des violences** [26]. En effet, son travail montre

clairement un lien entre IVG (répétées notamment) et violences. Pour l'auteure, l'IVG pourrait être un « signal de détresse » adressé aux professionnels de santé. D'où l'importance de dépister au plus tôt, dès la première IVG, ces vulnérabilités. Cette mission pourrait être réalisée dans le cadre de la consultation de contrôle par le médecin traitant, qui y aurait un rôle central. M. Lafaysse évoque des outils d'aide au dépistage, à savoir notamment le questionnaire du Dossier Périnatal, utilisé au départ pour le suivi des grossesses, et comprenant en première page une grille d'évaluation du contexte psycho-social. Son accessibilité pourrait être généralisée et améliorée, en imaginant un document gratuit, à commander auprès de l'ARS, au même titre que le Dossier guide IVG.

➤ **Concernant les équipes soignantes, beaucoup de patientes souhaiteraient une amélioration sur le plan relationnel ainsi que sur la formation professionnelle.**

Des mesures qui viseraient au changement des professionnels paraissent difficilement envisageables, d'autant plus que les ressentis sont très subjectifs. Pour autant, tout soignant doit faire preuve d'empathie, de compréhension et d'écoute vis-à-vis de ses patients. On peut néanmoins penser que la formation médicale continue constituerait un levier précieux dans ce domaine-là. A. Auvara propose également une amélioration de la formation des professionnels en renforçant les réseaux santé ville-hôpital en orthogénie, ce qui amènerait les médecins à se rencontrer et à échanger sur leurs pratiques. Dans son étude il paraît exister un lien entre l'observance et les médecins qui ont la formation la plus récente. De plus il me semble essentiel de renforcer cette formation afin que les médecins pratiquant des IVG (médicamenteuses ou instrumentales) soient davantage sensibilisés au sujet de la consultation

post-IVG : comment l'aborder, comment l'expliquer, et bien entendu, comment la mener de façon à ce qu'elle soit la plus utile possible.

➤ Enfin, **l'amélioration de l'information donnée aux femmes en matière de contraception** a également été citée. En 2007 les résultats de l'étude « Les Français et la contraception » de l'INPES/BVA montraient que de nombreux Français connaissaient diverses méthodes de contraception. Ainsi ils étaient 97% à déclarer connaître la pilule et le préservatif, 93% le DIU et trois quarts le préservatif féminin et le diaphragme. En revanche, un peu moins de la moitié connaissaient « les nouveaux modes de contraception » à savoir les spermicides, le patch, l'anneau vaginal et l'implant (ce dernier était connu de 44% des français). L'étude retrouvait également des représentations erronées sur les méthodes contraceptives, leur utilisation et le cycle féminin [58].

Pourtant, depuis 2001, la loi relative à l'IVG et à la contraception a instauré l'obligation légale d'information sur la sexualité et la contraception en direction des jeunes et organisée dans le cadre scolaire. En 2013 la HAS a établi un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. En réponse à ces freins retrouvés les auteurs proposent comme principaux leviers d'action l'information sur les différentes méthodes, leurs avantages et leurs inconvénients ainsi qu'un renforcement de l'éducation à la sexualité [55]. Si l'éducation des jeunes sur ce sujet me semble essentielle, je pense que c'est dans la pratique courante et quotidienne de nos consultations de gynécologie ou de médecine générale qu'il faut renforcer de façon continue le dialogue et l'information auprès des patients, femmes et hommes. Il est vrai que cela demande du temps, ainsi que des connaissances mises à jour. Pour cela, des documents pratiques d'aide à la consultation ont été conçus par l'INPES ou la HAS, résumant clairement les différents modes de contraception, leur utilisation, et leur coût.

Conclusion et perspectives

Notre étude montre une **origine multifactorielle de l'inobservance** à la consultation post-IVG. Le manque d'information des patientes sur le sujet, ainsi que des freins d'ordre pratique et psychologique favorisent ce phénomène.

Ce travail s'inscrit dans une réflexion plus large sur la **réappropriation du suivi gynécologique de prévention** des femmes, et plus particulièrement la reprise en main et le choix d'une contraception adaptée, qui est censé avoir lieu lors de la consultation post-IVG.

Comme nous avons pu le voir, des dysfonctionnements existent. L'inobservance à cette visite de contrôle avoisine les 30% dans la plupart des études. Le manque de sensibilisation des professionnels, et d'information des patientes, les réticences à revenir dans le centre d'IVG, et à revoir les professionnels ayant pratiqué l'intervention, les difficultés pratiques de transport et de prise de rendez-vous constituent autant de raisons permettant la compréhension de ce phénomène. Pourtant il apparaît clairement un manque ressenti par certaines patientes lié à l'absence de cette visite.

Nous pourrions alors imaginer trois perspectives d'évolution.

- Tout d'abord et principalement, **renforcer l'information et les explications sur la consultation post-IVG auprès des patientes**. Cette sensibilisation pourrait se faire dès la demande d'IVG et tout au long du parcours de soin. Un professionnel clairement désigné dans l'équipe pourrait être chargé en post-IVG immédiat de fixer avec la patiente le rendez-vous pour sa consultation de

contrôle, à l'aide, pourquoi pas, d'une brochure à lui délivrer rappelant les intérêts et le contenu d'une visite post-IVG. Ce document pourrait s'inspirer du Dossier guide d'IVG.

- D'autre part, **créer davantage de relais entre hôpital et médecine de ville ; notamment avec les médecins généralistes**, afin que ces derniers puissent réaliser des « consultations post-IVG de proximité ». Cette perspective permettrait par ailleurs de pallier les réticences qu'ont les patientes à revenir au centre d'IVG et à revoir les professionnels impliqués. La patiente pourrait être invitée à prendre rendez-vous avec son médecin traitant. Un courrier pourrait être envoyé, avec l'accord de la patiente (puisque nous avons vu que certaines étaient réticentes à cela), à ce dernier afin de le tenir au courant et si besoin de pouvoir rappeler la patiente.

Le médecin généraliste aurait ici toute son importance en tant que soignant de confiance et pourrait avoir un vrai rôle à jouer. Cette relation de confiance médecin-patient apparaît comme essentielle à la mission d'écoute, d'information et de prévention lors d'une consultation post-IVG. Le généraliste semble également le mieux placé pour une éventuelle prise en charge psychologique et le dépistage de violences.

- Enfin, comme dans toutes les thèses sur ce sujet, une **amélioration de la formation médicale** initiale ainsi qu'un renforcement de la formation continue sont préconisés. Mais que peut-on faire concrètement ? Au-delà de la formation continue, une augmentation de la participation des médecins généralistes à des formations en gynécologie ou à des DIU de régulation des naissances permettrait de les sensibiliser davantage à ce sujet et de créer des réseaux de connaissances (notamment au sein lors des cours de DIU).

Notre approche qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés a permis de mettre en évidence un besoin d'écoute et de dialogue autour de l'IVG ainsi qu'une nécessité de maintenir la consultation de contrôle suite à cet évènement. Néanmoins, son organisation et son cadre peuvent évoluer afin de s'adapter au mieux aux besoins des femmes.

Il pourrait être intéressant de compléter cette étude en se penchant également sur les patientes ayant bénéficié de la consultation post-IVG.

Bibliographie

1. 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.
2. Réseau Périnatal Aquitaine. *Bilan annuel*, 2015 ; 8 :13.
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. *Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété*, Population et Sociétés, 2015 ; 518.
4. Le Naour J, Valenti C. *Chapitre 1 : La mère ou l'enfant ? La question de l'avortement thérapeutique. Dans : Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle ; Paris : Seuil ; 2003. p.18-22.*
5. Le Naour J, Valenti C. *Chapitre 4 : Vers la correctionnalisation de l'avortement. Dans : Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle ; Paris : Seuil ; 2003. p.160-164.*
6. Le Naour J, Valenti C. *Chapitre 5 : La faillite de la répression (1923-1944). Dans : Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle ; Paris : Seuil ; 2003. p.195-199.*
7. Le Naour J, Valenti C. *Chapitre 6 : La levée du tabou (1944-1972). Dans : Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle ; Paris : Seuil ; 2003. p.228-232.*
8. Le Naour J, Valenti C. *Chapitre 6 : La levée du tabou (1944-1972). Dans : Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle ; Paris : Seuil ; 2003. p.233-238.*
9. Le Naour J, Valenti C. *Chapitre 7 : De la libéralisation de la loi à la libération des femmes (1973-1979). Dans : Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle ; Paris : Seuil ; 2003. p.240.*
10. *Loi du 17 janvier 1975 dite Simone Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse*, Journal Officiel du 18 janvier 1975, France.

11. *Loi du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financements de cette mesure*, Journal Officiel du 31 décembre 1982, France.
12. *Loi du 4 juillet 2001 dite loi Aubry-Guigou relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception*, Journal Officiel du 4 juillet 2001, France.
13. Vilan A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2015*, Etudes et Résultats, DRESS, juin 2016 ; 968.
14. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. *Le nombre d'Ivg est stable, mais moins de femmes y ont recours*, Population, 2014 ; 69(3) :365-398.
15. Bajos N, Prioux F, Moreau C. *L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge de la maternité*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2013 ; 61 :291-298.
16. Bajos N, Ferrand M, et al. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans*, Population et Sociétés, décembre 2004 ; 407.
17. Moreau C, Bajos N, Desfrères J. *Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG*, Revue française des affaires sociales, 2011 ; 1 : 148-161.
18. Goodman S, Hendlish SK, and Al. *Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion*. Contraception. Août 2008;78(2):143-8.
19. Fox MC, Oat-Judge J, and Al. *Immediate placement of intrauterine devices after first and second trimester pregnancy termination*. Contraception. Janv 2011;83(1):34-40.

20. Barros Pereira I, Carvalho RM, and Al. *Intra-abortion contraception with etonogestrel subdermal implant*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Fev 2015 ;185 :33-5.
21. Kourio A. *Analyse de pratique de la consultation de suivi après une IVG médicamenteuse en ville auprès des médecins du réseau REIV en région Midi-Pyrénées* [Thèse pour le Doctorat de Médecin Générale], Toulouse : Université Paul Sabatier ; 2016.
22. Auvara C. *Observance de la consultation post-IVG médicamenteuse dans la métropole Nice Côte d'Azur. Enquête de 3 mois auprès de 160 patientes* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale], Nice: Université Sophia Antipolis, 2013.
23. Mayenc M. *Devenir et tolérance à 6 mois des contraceptions de longue durée d'action posées au cours d'une IVG chirurgicale (2013-2015) au CPEF de Bayonne*. [Thèse pour le Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux. 2016. Université Victor Segalen.
24. ANAES, INPES et AFSSAPS, *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, 2001, Paris. Services de recommandations et références professionnelles.
25. Haute Autorité de Santé, *Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé*, mars 2016.
26. Lafaysse M. *Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux : Université Victor Segalen ; 2010.
27. Lorh A, et al. *Abortion. Clinical Review*, BMJ, 2014 ;348(17553).
28. White K, Carroll E, Grossman D. *Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature*. Contraception, 2015;92(5):422-38.

29. Grossman D, et al. *Routine follow-up visits after first-trimester induced abortion*, *Obstetrics & Gynecology*, 2004 apr;103(4):738-45.
30. Haute Autorité de Santé, *Fiche Mémo : Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse*, juillet 2013, mise à jour en 2015.
31. Madden T, Westhoff C. *Rates of follow-up and repeat pregnancy in the 12 months after first-trimester induced abortion*. *Obstetrics and Gynecology*. 2009; 113(3): 663-668.
32. Arnaud A. *Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] Bordeaux : Université Victor Segalen ; 2014.
33. Organisation mondiale de la santé, *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève : OMS ; 2013.
34. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based clinical guideline number 7. London: RCOG; 2011.
35. Clark W, et al. *Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion*. *Obstetrics & Gynecology*. 2010; 115(2): 264-272.
36. Perreira L, et al. *Feasibility of telephone follow-up after medical abortion*. *Contraception*. 2010 fev; 81(2): 143-9.
37. Rayr C, Faucher P, *Peut-on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux?* *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2012 ; 41: 8-10.
38. Lynd K, et al. *Simplified medical abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up*. *Int J Gynaecol Obstet*, 2013 may; 121(2):144-8.
39. Hassoun D, et al. *Feasibility of self-performed urine pregnancy for follow-up after medical abortion*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Feb; 197:174-8.

40. Keder L. *Best practices in surgical abortion*. Am J Obstet Gynecol, 2003 aug; 189(2):418-22.
41. Gatter M, Roth N. *Eliminating the routine postoperative surgical abortion visit*. Contraception. 2012; 86: 397-401.
42. Imbert G, *L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie*. Recherche en soins infirmiers. 2010 ; 3(102) :102.
43. Aubin-Auger I, et al. *Introduction à la recherche qualitative*. Exercer. 2008 ;84 :142-5.
44. Collège de Médecine Générale de Nice. *Guide méthodologique pour les thèses qualitatives*. Collège National des Généralistes Enseignants. Mars 2013. Disponible sur www.nice.cnge.fr
45. Martin S, *Etude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale]2014. Paris : Université Paris Descartes.
46. Hudelson P. *La recherche qualitative en médecine de premier recours*. Revue médicale suisse. 2004 ; (503).
47. Kaufmann J, *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin ; 2004.
48. Bertaux D, *Le récit de vie*. Barcelone : Armand Colin. 2^{ème} éd. ; 2005.
49. ANCIC. Le forfait IVG. 2016. Disponible sur www.avortementancic.net
50. Vilain A, *Les interruptions volontaires de grossesse en 2007*. Etudes et Résultats, DRESS, Déc. 2009 ; 713.
51. Dossier guide IVG. 2017 ; Disponible sur ivg.social-sante.gouv.fr

52. Mainguy A. *Synthèse de la littérature francophone en psychologie depuis l'année 2000 sur le vécu psychique de la femme après l'IVG* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] 2013. Angers.
53. Nguyen F. *L'interruption volontaire de grossesse en pratique de ville – Spécificités et difficultés rencontrées dans la pratique de ville dans le cadre de l'IVG médicamenteuse* [Thèse de Doctorat de Médecine Générale] 2011. Paris.
54. Horning L, et al. *Comparaison of medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin testing and in-office assessment*. *Contraception*. 2012; 85:402-7.
55. Haute Autorité de Santé, *Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*. 2013.
56. Bajos et l'équipe Fécond, *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?*, *population et Sociétés*. 2012 ; 492.
57. INPES, *Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?* 2011.
58. INPES, *Contraception : ce que savent les français*, 2007.
59. Faucher P, Baunot N, Madelnat P, *Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes*. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*. 2005. 33 ; 220-227.

Annexe 1 : Fiche information Patiente



Etude réalisée par : **ALESI Marion**
Sous la direction de : **Dr Sami HADDAD**

FICHE D'INFORMATION AUX PATIENTES POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale je prépare une étude qui aborde le sujet de la consultation post-IVG instrumentale.

Pour cela je souhaiterais réaliser des **entretiens téléphoniques individuels** auprès des femmes concernées qui auront pour objectif de comprendre pourquoi aussi peu de femmes reviennent en consultation de contrôle suite à une IVG.

Ces entretiens seront enregistrés puis retranscrits et resteront **anonymes**.

La durée moyenne de cet entretien est estimée à **20 minutes**.

Je tiens à préciser que par mesure de confidentialité et de respect je ne laisserai pas de message vocal si jamais vous ne pouvez pas répondre.

Il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat,
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez,
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées,
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et que si elles devaient faire l'objet d'une publication elles seraient anonymes,
- Que les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de répondre aux questions suivantes :

Quel âge avez-vous ?

Date d'aujourd'hui :

Numéro de téléphone (portable de préférence) :

Jours et horaires où vous préférez être contactée :

Merci pour l'attention que vous avez bien voulu apporter à cette fiche informative.

UNE FOIS REMPLIE, MERCI DE DEPOSER CETTE FICHE AU SECRETARIAT.

Annexe 2 : Fiche Professionnels de Santé

Recrutement de patientes pour une enquête qualitative sur l'inobservance de la consultation post-IVG instrumentale.

A l'attention des professionnels de santé participant à l'étude :

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une **étude qualitative ayant pour objectif principal de comprendre l'inobservance à la consultation post-IVG instrumentale** des femmes concernées. Pour cela un entretien téléphonique leur sera proposé à leur convenance avec une grille d'entretien validé par le groupe de travail IVG/Contraception du Réseau Périnatal Aquitaine.

Il est possible de recruter des patientes lors d'une consultation gynécologique standard ou bien lors d'une consultation d'IVG.

Voici les critères d'inclusion : **femmes de plus de 18 ans ayant déjà bénéficié d'une IVG instrumentale antérieure dans les 5 dernières années et qui ne sont pas venues en consultation post-IVG.**

Voici ci-dessous un texte expliquant succinctement mon projet aux patientes.

A la fin de la consultation, vous pourrez utiliser ce texte pour proposer à la patiente de participer et lui délivrer la Fiche Patiente.

Merci beaucoup de votre aide et de votre participation. Je ne manquerai pas de vous communiquer, lors de leur parution, les résultats de cette étude.

Marion ALESI.

« Dans le cadre de sa thèse de doctorat en médecine générale, un médecin de la faculté de Bordeaux souhaiterait vous contacter par téléphone. Elle prépare une étude qui aborde le parcours de soins autour de l'interruption volontaire de grossesse. Elle réalise des entretiens téléphoniques individuels auprès des femmes de plus de 18 ans qui ont déjà réalisé une interruption volontaire de grossesse ou plus.

Si vous êtes d'accord, vous devez remplir cette fiche et la déposer au secrétariat. Le médecin prendra contact avec vous dans 4 à 6 semaines, en fonction des jours et horaires qui vous arrangent, afin de réaliser un entretien téléphonique de 15 à 30 minutes. Ce dernier sera enregistré avec votre accord puis retranscrit et restera totalement anonyme. »

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour, dans le cadre de ma thèse de médecine générale je prépare une étude qui aborde le sujet de la visite médicale de contrôle après une interruption volontaire de grossesse. Je réalise des entretiens individuels auprès des femmes de plus de 18 ans concernées. Avec votre accord, cet entretien sera enregistré puis retranscrit et restera anonyme.

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

- 1) Habitez-vous en zone rurale/semi-rurale/urbaine ?
- 2) Pouvez-vous nous dire quelle est votre situation familiale ?
(célibataire/mariée/pacsée/divorcée..., nombre d'enfants)
- 3) Quelle est votre situation professionnelle ? (étudiante, recherche d'emploi, mère au foyer...)

1^{er} THEME : PARCOURS CONTRACPTIF ET SUIVI GYNECO

- **ATCD d'IVG**
- **Contraceptions utilisées**
- **Choix et adaptation de la contraception**
- **Suivi gynécologique**

Exemples de questions :

- Combien d'IVG avez-vous réalisé ?
- *Si plusieurs IVG* : De quand date votre IVG précédente ?
- Avant cette IVG utilisiez-vous une méthode de contraception ? (*préciser que le préservatif = méthode de contraception*) Laquelle ? Si non, pourquoi (*choix perso, conjoint, mauvaise tolérance...*) ?
- A votre avis, pourquoi n'a-t-elle pas été efficace ?
- Pensez-vous que cette méthode vous convenait ? Etait-ce votre choix ou celui du médecin ?
- Avant cette IVG aviez-vous un suivi gynécologique régulier ? (*si plus de 25 ans : c'est-à-dire un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans de 25 à 75 ans*). Est-ce que cela a changé depuis ?

2^{ème} THEME : L'IVG

- **Consultations pré-IVG et ressenti**
- **Méthode utilisée**
- **Prise en charge et expérience pendant l'IVG**
- **Trajet domicile-centre d'IVG**
- **La visite de contrôle (représentations, connaissances...)**

Exemples de questions :

- Que pensez-vous de votre prise en charge avant l'IVG ?
- L'IVG s'est-elle déroulée sous AL ou sous AG ?
- Que pensez-vous de votre expérience avec l'équipe soignante lors de cette IVG ?
- Quelles étaient vos possibilités de transport pour vous rendre au centre d'IVG? (*voiture/transports en communs...*)
- Combien de temps fallait-il pour se rendre au centre d'IVG depuis votre domicile ?
- Vous a-t-on proposé une consultation de contrôle 14-21 jours après l'IVG ?
- Si oui, quel professionnel de santé vous l'a proposée ? Vous a-t-on expliqué en quoi elle consistait ?
- Saviez-vous en quoi elle consistait ?

3^{ème} THEME : L'INOBSERVANCE

- **Raisons**
- **Manque**
- **Autre professionnel consulté**

Exemples de questions :

- Mauvaise expérience avec les soignants lors de l'IVG ?
- Visite sans intérêt selon vous ?
- Difficultés pratiques pour revenir au centre ?
- Volonté de tourner la page ?
- Culpabilité ?
- Regrets ?
- Peur du jugement ?
- Autres
- Cette consultation vous a-t-elle manquée ?
- Etes-vous allée consulter un autre professionnel de santé ? Lequel ? *Si oui, pourquoi ?*

4^{ème} THEME : PISTES D'AMELIORATION

- **Autres professionnel de santé**
- **Autres**

Exemples de questions :

- Auriez-vous préféré que ce soit votre médecin traitant qui effectue cette consultation ? ou votre gynécologue ? une sage-femme ? ou un autre médecin de votre choix ?
- Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la prise en charge de l'IVG et plus particulièrement « l'après » ?

Résumé

UNDERSTANDING THE ABSENCE OF FOLLOW-UP VISIT AFTER A SURGICAL ABORTION: A QUALITATIVE SURVEY OF CONCERNED WOMEN IN THE AQUITAINE REGION

Marion ALESI, Sami HADDAD

ABSTRACT

Context: The follow-up visit after a surgical abortion is an important stage of the care pathway of induced abortion. However, this visit shows some dysfunctions in particular the fact that a large percentage of women fail to observe these follow-up visit.

Purpose: The purpose of this study is to identify the reasons of this non-compliance to the follow-up visit, by collecting experiences and perceptions of women, in order to suggest improvements.

Method: This qualitative research was conducted, in the Aquitaine region, among women over the age of 18, who did not benefit from a follow-up visit. It was carried out by telephone by means of semi-structured interviews.

Results: 13 women were interviewed in 2016-2017. They explain their failure to observe this follow-up visit by several reasons: the fact that no one proposed them any visit, practical and psychological difficulties, a poor experience with the medical and nursing staff, a visit representing no interest. They have also reported a lack of information regarding the purpose of this follow-up visit. When there is no visit, women lack the attention and dialogue they need after abortion procedures. The general practitioner is a trusted partner that could conduct these follow-up visits.

Conclusion: In the actual context of increased percentage of repeated abortions, it seems crucial to maintain and improve the follow-up visit. For women, this visit represents an ideal moment to regain control over their gynecologic follow-up and their contraceptive method. For doctors, this visit represents the opportunity to screen abuses and psychological distresses. In order to achieve these goals, with improved professional training and reinforced of network between hospitals and community medicine, the general practitioner could play a central role in this follow-up visit.

Keys words: non-compliance, follow-up visit, surgical abortion, qualitative research.

COMPRENDRE L'ABSENCE DE CONSULTATION POST-IVG INSTRUMENTALE : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE FEMMES CONCERNEES EN AQUITAINE

Marion ALESI, Sami HADDAD

RÉSUMÉ

Contexte : La consultation post-IVG instrumentale est une étape essentielle du parcours de soin de l'IVG. Pourtant elle présente des dysfonctionnements et notamment un fort taux d'inobservance.

Objectifs : Cette étude a pour objectif d'explorer les causes de l'inobservance à la consultation post-IVG, ainsi que ses conséquences, en recueillant le ressenti et le vécu des femmes, afin de proposer des pistes pour améliorer l'observance.

Méthode : Une enquête qualitative a été réalisée, en Aquitaine, par des entretiens téléphoniques semi-dirigés, auprès de femmes de plus de 18 ans, n'ayant pas bénéficié de consultation post-IVG.

Résultats : 13 femmes ont été interrogées en 2016-2017. Elles justifient l'absence de consultation post-IVG par diverses raisons : une absence de proposition de consultation de la part des soignants, des difficultés pratiques et psychologiques, une expérience négative avec l'équipe soignante, une visite sans intérêt. Elles rapportent une véritable déficience d'information concernant les objectifs de cette consultation. Le manque ressenti quant à l'absence de cette dernière est associé à un réel besoin d'écoute, et de dialogue autour de l'IVG. Le médecin généraliste représente un interlocuteur de confiance qui pourrait réaliser la consultation post-IVG.

Conclusion : Dans ce contexte d'augmentation des IVG répétées, il est indispensable de conserver et d'optimiser la consultation post-IVG. Elle représente pour les femmes le moment idéal pour une réappropriation de leur suivi gynécologique de prévention, et pour les médecins, l'opportunité de dépister d'éventuelles violences ou souffrances psychologiques. Pour cela, avec une meilleure formation et un renforcement des réseaux hôpitaux-médecine de ville, le médecin généraliste pourrait être au cœur de cette consultation post-IVG.

Mots-clés : inobservance, consultation post-IVG, IVG instrumentale, recherche qualitative.

DISCIPLINE : Médecine générale

Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales

146 rue Léo Saignat

Case 16 - Espace Santé

33076 BORDEAUX