

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul Sabatier

FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1066

THÈSE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Marion PILORGE

le 22 Septembre 2020

**Étude des attitudes non bienveillantes lors de la
première consultation
d'Interruption Volontaire de Grossesse en Occitanie
Ouest**

Directeur de thèse : Dr Anne Saint-Martin

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN

Assesseur





TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude

Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)		M. MESTHÉ Pierre	
Professeur Associé de Médecine Générale		Professeur Associé Médecine générale	
Mme IRI-DELAHAYE Motoko		M. ABITTEBOUL Yves	
		M. POUTRAIN Jean-Christophe	
		Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
		Mme MALAUAUD Sandra	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Pierre Mesthé,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et pour l'aide que vous avez pu m'apporter pour l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Docteur Michel Bismuth,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Madame le Docteur Anne Freyens,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'accordez en participant à ce jury de thèse. Soyez assurée de mon estime et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Anne Saint-Martin,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce projet qui me tenait à cœur.

Au REIVOC, aux médecins et aux sages-femmes, merci de m'avoir permis de diffuser mon questionnaire.

Enfin, je remercie toutes les femmes qui ont bien voulu participer à notre étude.

Remerciements personnels

Aux participants de ma formation de médecin généraliste...

A l'équipe des urgences du CHIVA, merci pour votre accueil et les bons moments passés ensemble. Vous êtes une équipe au top.

A Philippe et Dominique, merci de m'avoir accueilli chaleureusement. Merci Dominique pour mes premières consultations d'IVG qui m'ont permis de faire germer ce travail.

A Fabienne et tout le cab' de Figeac (Chrystelle, Louise et Julien), merci pour ses 6 mois parfaits passés avec vous ! J'espère continuer à avoir de vos nouvelles très régulièrement ! Merci à Dominique E., Ariane S et Jean-Michel C. pour m'avoir accueilli et m'avoir fait partager leurs connaissances en santé de la femme et de l'enfant.

A l'équipe de médecine polyvalente à Laval, merci pour ce stage enrichissant.

A Alfred, Patricia et Alain, merci de m'avoir accompagné tout au long de ce stage. A Marie, merci de m'avoir accueilli et évité d'être une bille en dermato.

A mes tuteurs et tutrices, merci pour votre implication.

A l'AIMG-MP...

Merci pour ces trois belles années passées avec vous, pour ces projets et choix de stage portés à bout de bras avec vous tous. Je vous remercie pour tout ce que vous avez pu m'apporter et tous ces bons moments passés ensemble. Merci Nono, Laurie, Mado, Lorraine, Félix, Audrey, Marie et Mes Paulines (Super CM stages !!).

A mes co-internes et amis...

A Florence, Nathalie, Marie-Jo, Marion et Pauline, merci pour toutes ces belles années de médecine passées avec vous et pour tous ces bons moments passés ensemble.

A David, merci d'illuminer mes journées de cours (entre autres ^^).

A mes amis...

A Alyssa et Marie, merci d'être là depuis toutes ces années et pour toutes les soirées mémorables passées ensemble. A Adrien, Musclor et Jeremy avec qui j'ai passé mes deux premières années de PACES.

A Sarrouille et ma Dianouille, merci pour tous nos fous rires et bon moment passés ensemble, à ces mots croisés dès mes premiers pas dans l'amphi de PACES ! Et merci pour votre présence à mes côtés encore aujourd'hui.

A Pauline et Anne-Lise, merci d'avoir été là depuis...12 ans ! Merci pour ton soutien de chaque instant et d'avoir toujours été là pour moi. Merci pour toutes ces belles années passées en ta compagnie !

A ma famille...

A ma belle-famille : Amandine, Nicolas-Alexis, Arthur, Jihane, Thierry et Thérèse, merci pour votre accueil chat-leureux. A Augustine, Paul et Gabriel, mes neveux et nièce.

Plein d'amour à toute ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines !

A Mamie Yayane, de là-haut tu veilles sur moi chaque jour. J'aurais tant aimé que tu sois là !

A Mamie Yvonne, merci pour tout l'amour que tu m'apportes (mais aussi les confitures, les crêpes, les galettes et tous les bons petits plats que tu mijotes ;) Merci pour tous ces bons moments inoubliables de notre enfance passés à Fougerolles !

A ma sœur et mon frère, Galou et Clem, merci pour votre présence chaque jour à mes côtés. Merci pour tous les moments inoubliables passés avec vous !
A Jérémie et Valentin, mon neveu adoré !

A mes parents, merci d'avoir toujours été là pour moi !
Merci pour votre soutien et votre amour : à partir du moment où j'ai émis l'idée de faire médecine jusqu'à aujourd'hui ! Je ne sais comment vous remercier. C'est grâce à vous que j'ai pu réaliser ce rêve qui est devenu réalité aujourd'hui.

A Guillaume, ma moitié, merci pour ton amour, ta patience, ton soutien et ta présence chaque jour à mes côtés. Merci pour ton aide précieuse pour l'élaboration de ce travail. J'ai hâte de vivre nos futurs projets à tes cotés...

Table des matières

I. Introduction	1
1.1. Historique succinct de l'avortement en France	1
1.2. L'IVG de nos jours, un droit fragile	1
1.3. La démarche pour une IVG	3
1.4. « La bienveillance, cœur de tout soin » (10)	4
1.5. Questionnement de la thèse (réflexivité)	5
II. Matériel et méthodes.....	6
2.1. Type d'étude	6
2.2. Objectifs.....	6
2.3. Population cible et source	6
2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	6
2.5. Questionnaire	7
III. Résultats	9
3.1. Participation et inclusion des sujets	9
3.2. Caractéristiques de la population étudiée	10
3.3. Caractéristiques de la première consultation d'IVG	12
3.4. Analyse des attitudes non bienveillantes.....	14
IV. Discussion.....	21
4.1. Synthèse des principaux résultats	21
4.2. Forces de l'étude.....	21
4.3. Les freins et les difficultés rencontrées.....	22
4.4. Biais de l'étude.....	23
4.5. Discussion des résultats obtenus.....	24
4.5.1 Validité de l'échantillon.....	24
4.5.2 Attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG.....	26
4.5.3 Un profil de femmes, plus générateur de non-bienveillance ?	28
4.5.4 La femme, plus sensibilisée à cette démarche ?	29
4.5.5 La formation à l'IVG, rempart de la non-bienveillance ?.....	30
4.6. Perspectives d'amélioration	31
4.6.1. Attentes des femmes lors de cette première consultation	31
4.6.2. Perspectives proposées par notre étude	32
V. Conclusion.....	35
VI. Références bibliographiques.....	37
VII. Annexes.....	40
Annexe 1 : Prospectus	40
Annexe 2 : Affiches	41
Annexe 3 : Questionnaire	42
Annexe 4 : Fiche mémo du REIVOC	50
Annexe 5 : Commentaires libres	52

Liste des abréviations :

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

CDEPF : Centre Départemental de Planification et d'Éducation Familiale

REIVOC : Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée

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

INED : Institut National d'Études Démographiques

OMS : Organisation mondiale de la Santé

DES : Diplôme d'Étude Spécialisé

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français

ARS : Agence régionale de santé

URPS : Unité Régionale des Professionnels de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

I. Introduction

1.1. Historique succinct de l'avortement en France

« *Il suffit d'écouter les femmes* ». Simone Veil, 26 novembre 1974.

Il y a 45 ans, Simone Veil prononçait son discours d'ouverture à l'Assemblée nationale pour présenter son projet de loi pour la légalisation de l'avortement. Le débat dura 3 jours et fut très mouvementé. La loi fut définitivement votée à l'Assemblée nationale le 20 décembre 1974 et promulguée le 17 janvier 1975 (loi 75-17 (1)) pour une durée de 5 ans. En 2001, la loi n°2001-588 du 4 juillet (2), relative à la contraception et à l'Interruption Volontaire de Grossesses (IVG), modernise la loi Veil. Les principaux changements concernent le délai légal (qui passe de dix à douze semaines de grossesse), la disparition de l'entretien psycho-social obligatoire pour les femmes majeures et la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse en médecine de ville. L'IVG est remboursée à 100% depuis 2013. Par la suite, la loi n°2014-873 du 4 août 2014 (3) pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG et étend le délit d'entrave à l'IVG jusqu'à l'accès à l'information sur l'IVG. En 2016, Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine et permet aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales.

1.2. L'IVG de nos jours, un droit fragile

Début 2018, Singh S et al. (4) ont publié un des derniers rapports sur l'avortement dans le monde. Ils effectuent un état des lieux de la légalisation de l'avortement dans le monde et classent les pays en 6 catégories, qui vont de l'absence de restriction jusqu'à l'interdiction totale d'avortement. La figure 1 représente la légalisation de l'avortement dans le monde actualisée pour 2019.

Le droit à l'avortement reste inégal. Dans la majorité des pays d'Europe et d'Amérique du Nord, celui-ci est accepté sans aucune restriction, à la demande de la femme. Récemment, en 2018, l'Irlande a voté par référendum la légalisation de l'IVG et Chypre a grandement assoupli sa législation. En octobre 2019, l'Irlande du Nord seule région de Grande-Bretagne à interdire l'IVG la légalisait à son tour. Trois pays en Europe n'autorisent toujours pas l'avortement : Andorre, Malte et Saint Marin.

En Afrique, en Asie et en Amérique Latine, l'accès reste interdit ou limité à des causes précises. En 2017, seuls 3 pays africains sur 53 autorisent l'avortement à la demande de la femme. Dans 9 pays d'Afrique, l'avortement est totalement interdit. En Asie, un tiers des pays autorisent l'avortement à la demande de la femme ; seuls les Philippines et le Laos l'interdisent totalement. Dans ces pays, ces limites restrictives n'empêchent pas les femmes de réaliser des avortements.

Selon Singh S et al. dans leur rapport en 2018 (4), le taux d'avortement ne diminue pas dans les pays en cours de développement (persistance de 36 avortements pour 1000 femmes entre 1995-1999 et 2010-2014). La possibilité de réaliser un avortement médicamenteux amènent les femmes à y recourir dans les pays où l'accès est légalement restreint. Cette méthode présente moins de risque que les méthodes traditionnelles illégales, encore pratiquées.

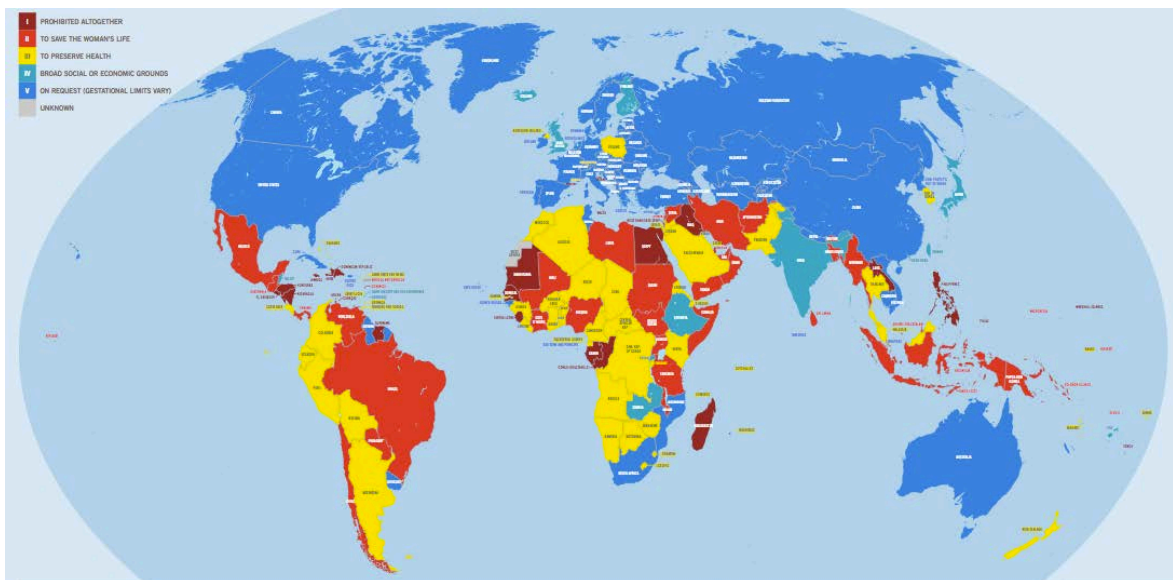


Figure 1 : Représentation de la légalisation de l'avortement dans le monde

Source : Center for Reproductive Rights

L'avortement est un droit que l'on pense acquis mais celui-ci reste fragile. Depuis quelques années, il est remis en question, même dans les pays industrialisés.

Aux États-Unis, l'avortement est autorisé depuis 1973. Certains états veulent revenir sur le droit à l'avortement. En mai 2019, l'état d'Alabama vote une loi très stricte concernant l'avortement (5). Elle rend illégale presque toutes les interruptions volontaires de grossesse. Cette loi va à l'encontre de la loi nationale « Roe v. Wade » qui, depuis 1973, statue au niveau fédéral sur la légalisation de l'avortement dans tout le pays. Les promoteurs de cette nouvelle loi espèrent que la Cour Suprême prenne position sur cette question de l'avortement. Plus récemment, la crise sanitaire liée à l'épidémie de SARS-CoV-2 montre

encore une fois que le droit à l'IVG reste fragile dans certains états américains. Au motif de stopper la propagation du virus, huit états, dont le Texas et l'Alabama, ont restreint l'accès à l'avortement considérant comme « non essentielles » les cliniques les pratiquant (6).

En France, quarante-cinq ans après la loi Veil, l'avortement reste un sujet soumis à controverse. Lors des dernières années, un exemple illustre certaines positions sur l'avortement. En septembre 2018, le président du syndicat national des gynécologues obstétriciens, le Dr Bertrand de Rochambeau, s'exprime au sujet de l'avortement : « Nous ne sommes pas là pour retirer des vies » (7). Cette prise de position a été perçue comme allant au-delà de sa position de président du syndicat national des gynécologues obstétriciens. Les gynécologues obstétriciens sont des interlocuteurs privilégiés pour les femmes aux différentes étapes de leur vie sexuelle (de la grossesse à toutes les issues possibles de cette grossesse). Ces propos criminalisent l'IVG et remettent implicitement en cause la loi.

Malgré cela, au moment de la crise sanitaire du SARS-coV-2), nous pouvons souligner une mobilisation du Gouvernement ainsi que du Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) afin de maintenir l'accès à l'IVG (8) malgré l'épidémie.

1.3. La démarche pour une IVG

Selon l'article L2212-1 du Code de la santé Publique (9), la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Elle ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse (soit 14 semaines d'aménorrhée).

Une démarche d'IVG se construit théoriquement comme suit :

- Une première consultation, qui est une consultation d'information. Le praticien informe des différentes méthodes (médicamenteuses ou chirurgicale), du déroulement de chaque étape et délivre une attestation de première consultation. Souvent, une prise de sang confirmant la grossesse, ainsi qu'une échographie de datation sont prescrites. Le praticien propose la consultation psycho-sociale. Elle est facultative pour les femmes majeures et obligatoire pour les femmes mineures. Si le praticien ne pratique pas les IVG, il doit obligatoirement en informer la patiente et la diriger vers un centre ou un confrère pratiquant les IVG. Cette consultation peut être réalisée par n'importe quel médecin ou sage-femme, en ambulatoire ou en centre de santé.

- Une deuxième consultation qui consiste en une consultation de consentement. La femme confirme sa démarche, choisit sa méthode et le lieu de réalisation. Les femmes sont à partir de cette consultation en lien avec un professionnel réalisant les IVG.
- Le troisième temps est l'IVG proprement dite (IVG chirurgicale ou médicamenteuse) qui peut se répartir en plusieurs consultations.
- La quatrième consultation est une consultation de contrôle deux à trois semaines après l'IVG.

1.4. « La bienveillance, cœur de tout soin » (10)

Selon le Larousse (11), la bienveillance est « la disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui ». D'un point de vue médical, Hippocrate rapportait déjà quelques notions de bienveillance dans son serment (12) : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. ». Enfin, le Code de déontologie médicale (13) nous rappelle que : « tout soignant se doit d'écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes (...). Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ». Au travers de ces textes, nous pouvons déjà extraire plusieurs idées sur ce qu'est la bienveillance : être respectueux, être à l'écoute et n'avoir aucun jugement en toutes circonstances.

Selon A. De Broca (10), on est bien-veillant lorsque l'on se sent responsable d'autrui. C'est une attitude qui peut sembler passive mais elle est en fait très active. Elle demande au soignant d'avoir la capacité à ressentir de manière empathique ce dont le patient pourrait avoir besoin. Cette notion d'empathie est importante à rajouter dans la définition de la bienveillance.

Qu'est-ce que la bienveillance en consultation d'IVG selon les femmes ? A partir de travaux de thèses qualitatives ou d'articles de revues étudiant la dimension psychologique et le ressenti des femmes (14)(15)(16)(17)(18), plusieurs éléments m'ont permis de réfléchir sur la bienveillance lors d'une consultation d'IVG. Dans la thèse du Dr Sophie Martin (14), les femmes rapportent essentiellement un besoin d'écoute et la création d'une relation de confiance afin de pouvoir « exprimer ses choix, ses doutes et ses angoisses ». Le professionnel doit être neutre et sans jugement (14). Ce même ressenti est en partie retrouvé dans les travaux du Dr Hortense Gorioux (17). Toutefois, elle rapporte aussi un besoin de disponibilité du soignant (être joignable rapidement). Elle met aussi en exergue le fait que le soignant ne doit pas être moralisateur et qu'il a le devoir d'informer. Enfin, dans leur

travail de thèse, les Dr Violaine Rousset et Lauriane Thollot (18) rapportent l'importance de l'accueil des femmes. Elles confirment la nécessité d'un soignant rassurant et déculpabilisant, ainsi qu'une absence de jugement venant de lui.

La bienveillance est donc une attitude empathique mêlant l'écoute, le respect, la réassurance, le soutien et l'absence de jugement. Ces notions ont appuyé la construction de mon questionnaire.

1.5. Questionnement de la thèse (réflexivité)

L'idée de cette thèse m'est venue lors d'un stage de mon cursus de médecin généraliste. Pendant 6 mois, j'ai assisté à des consultations d'IVG. Les femmes m'ont donc rapporté un certain nombre de fois leur vécu et leur ressenti de l'IVG. Je me suis rendu compte que les attitudes non bienveillantes étaient plus fréquentes que je ne le pensais. Celles-ci se situaient préférentiellement lors de la première consultation d'IVG ou lors du rendez-vous d'échographie de datation de la grossesse. En effet, F. Vendittelli et P. Lachcar (19) rapportent que l'échographie peut être « psychologiquement délétère et source d'angoisse » pour les femmes.

Deux temps de la démarche d'IVG, sources de non-bienveillance, pouvaient donc être étudiés. J'ai fait le choix de cibler la première consultation d'IVG. Cette consultation est souvent réalisée en ambulatoire et concerne de plus en plus les médecins généralistes (20). Elle est primordiale dans une démarche d'IVG car c'est souvent pendant le premier contact avec un professionnel de santé que la femme exprime son choix d'avorter. Elle permet par la suite la bonne orientation des femmes en vue de leurs démarches d'IVG.

Je me suis donc demandée : la première consultation d'IVG induit-elle fréquemment des situations non bienveillantes ?

L'objectif principal était d'évaluer la fréquence et d'identifier les attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG.

L'objectif secondaire était d'apporter des perspectives d'amélioration pour promouvoir une attitude bienveillante avec les patientes.

II. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

L'étude présentée est une étude quantitative observationnelle descriptive transversale.

2.2. Objectifs

L'objectif principal était d'évaluer la fréquence et d'identifier les attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG.

L'objectif secondaire était d'apporter des perspectives d'amélioration pour promouvoir une attitude bienveillante avec les patientes.

2.3. Population cible et source

La population cible de ce questionnaire comprenait toutes les femmes entre 18 et 55 ans réalisant ou ayant réalisé une IVG dans la zone Ouest de la région Occitanie (ex-région Midi Pyrénées).

La population source était toute femme ayant consulté :

- Au centre d'Orthogénie de l'Hôpital Paule de Viguier du CHU de Toulouse
- Au Centre Départemental de Planification et d'Éducation Familiale (CDPEF) du Pont Vieux à Toulouse
- Au Planning Familial 31
- À la Case de santé
- En cabinet de ville auprès d'un professionnel membre du réseau REIVOC (Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée).

Enfin, des internes de médecine générale de l'ex-région Midi-Pyrénées ont participé à la diffusion du questionnaire en le proposant aux patientes dans les cabinets en ambulatoires.

2.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusions étaient : une femme entre 18 et 49 ans, réalisant ou ayant réalisé une IVG en ex-région Midi Pyrénées.

Nous avons décidé d'exclure les mineurs devant l'obligation d'une autorisation parentale pour remplir le questionnaire. La limite d'âge de 49 ans a été fixée du fait de

l'utilisation de cette fourchette d'âge par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Notre étude s'est limitée à l'ex-région Midi Pyrénées pour des raisons de praticité. Afin de potentialiser les réponses, nous avons décidé d'inclure toutes les IVG passées. Cela permettait éventuellement de comparer la prise en charge des IVG en fonction de leurs dates de réalisation.

2.5. Questionnaire

Afin de répondre à la problématique, un questionnaire a été élaboré puis adressé aux femmes réalisant ou ayant réalisé une IVG en ex-région Midi-Pyrénées.

2.5.1. Modalités de réponse

Les femmes possédaient deux moyens de répondre au questionnaire. Une version papier et une version électronique ont été élaborés. Sur la version papier se trouvait en première page un lien internet vers la version électronique du questionnaire et un QR code. En le numérisant, les patientes étaient dirigées directement vers la version en ligne du questionnaire. Ce dernier était disponible sur le site : <https://sec.thesetlse.fr/limesurvey/index.php/478967>.

De plus, des prospectus (Annexe 1), ainsi que des affiches au format A4 (Annexe 2) ont été distribués aux patientes et affichés dans les salles d'attente des professionnels relayant le questionnaire.

2.5.2. Contenu du questionnaire

Le questionnaire utilisé pour cette thèse (Annexe 3) était divisé en 3 parties.

La première partie du questionnaire regroupait des informations démographiques concernant les femmes (âge, profession, enfants et nombres d'IVG réalisées).

La deuxième partie du questionnaire regroupait les questions sur le déroulé de la première consultation en vue d'une IVG. Les premières questions portaient sur la personne recevant la patiente et le lieu de cette première consultation. Il était ensuite demandé aux femmes si elles avaient un médecin traitant et si elles l'avaient contacté. Une question concernait ensuite la contraception. Enfin, le dernier axe de cette partie interrogeait sur la possible présence d'attitudes non bienveillantes lors de cette première consultation. A la fin de chaque question, les femmes interrogées avaient la possibilité d'ajouter des précisions via une partie de commentaires libres.

Les femmes pouvaient remplir une nouvelle fois le questionnaire en cas d'IVG multiples. La version papier et électronique dupliquaient celui-ci. Le but étant de potentialiser le nombre de réponses.

2.5.3. Diffusion

La période de recueil s'est étendue sur 6 mois du 17 juin au 17 décembre 2019. Un mail a été adressé le 27 juin 2019 à tous les membres du réseau REIVOC. Une enveloppe de 10 questionnaires, 1 affiche format A4 et 15 prospectus ont été distribués à tous les membres présents à l'assemblée générale du réseau le 20 juin 2019. Une relance par mail a été faite le 11 septembre 2019. Au total, trois prises de contact ont été réalisées dont une en présentielle. Des questionnaires, ainsi qu'une urne, ont été déposés à l'hôpital Paule de Viguier (CHU Toulouse), au CDPEF du Pont vieux (Toulouse), à la Case de santé (Toulouse) ainsi qu'au Planning Familial 31. Les médecins présents sur ces lieux ont été relancés à plusieurs reprises par mail ainsi qu'en présentiel.

2.5.4. Analyse des résultats

Toutes les réponses ont été recueillies à l'aide du logiciel LimeSurvey (version 4.2.6). Le traitement des données a ensuite été réalisé avec le logiciel Excel pour Mac (version 16.36).

Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyenne et d'écart-type.

Un calcul de l'âge lors de la réalisation de l'IVG a été effectué à partir de l'année de l'IVG et de l'âge de la patiente.

Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude, un test du Chi 2 a été réalisé, ou un test exact de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5). Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05. L'analyse statistique a été effectuée en prenant comme attitude non bienveillante référente : Avez-vous été accompagné et soutenu par cette personne ?

III. Résultats

3.1. Participation et inclusion des sujets

Sur la période de recueil s'étendant sur 6 mois, 108 femmes ont répondu au questionnaire (figure 2) : 67 réponses étaient complètes et 41 réponses partielles. Sur les 67 réponses complètes, 10 ont été exclues car les consultations n'ont pas été effectuées en Midi-Pyrénées. Sur les 41 réponses partielles, 31 ont été exclues ; le questionnaire n'étant pas terminé, les réponses ne pouvaient pas être exploitées. Sur les 10 réponses partielles possiblement exploitables, 4 réponses ont été exclues car les consultations n'ont pas été réalisées en Midi-Pyrénées.

Six réponses partielles et 57 réponses complètes dont 9 femmes ayant répondu pour deux consultations d'IVG, ont été incluses. Au total, 72 questionnaires ont été analysés dans l'étude.

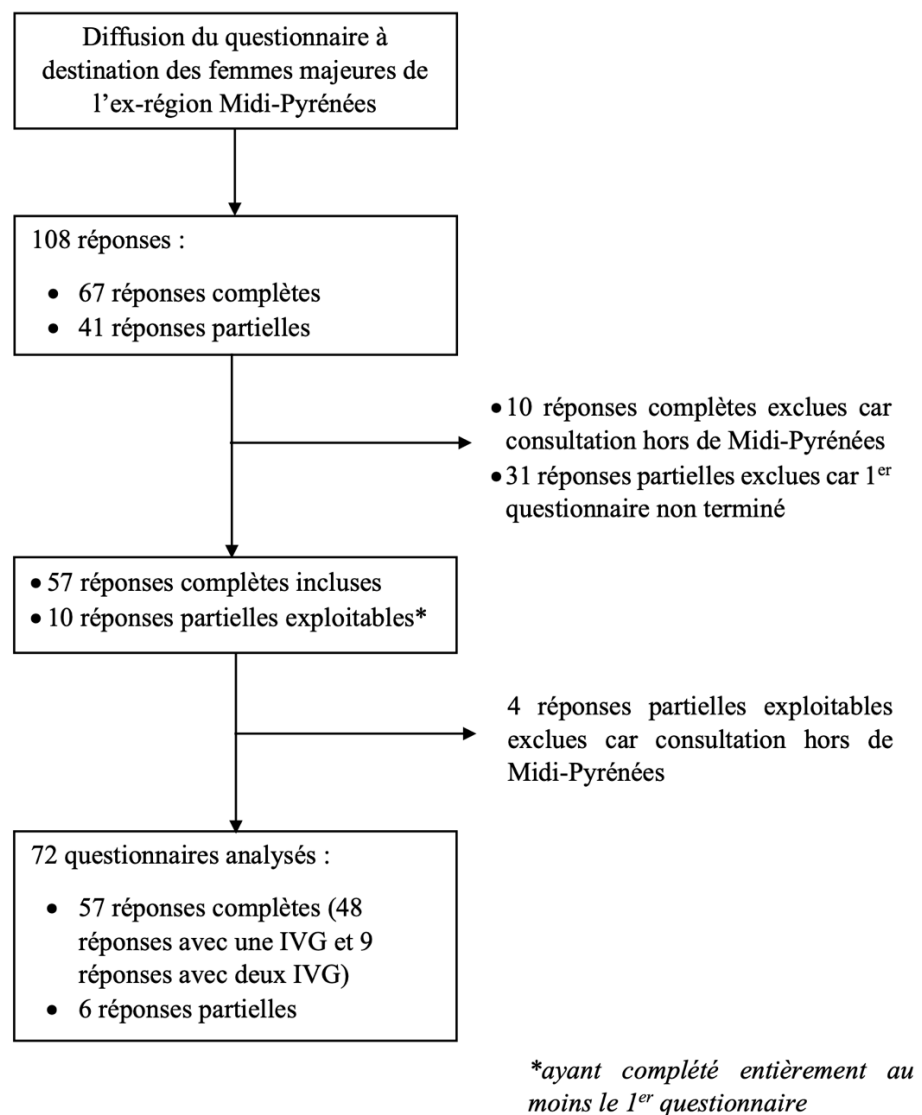


Figure 2 : Diagramme de flux

L'obtention du questionnaire par les femmes provient pour 23,7% des CDEPF/Planning familial, 22% de l'hôpital ainsi que 22% du médecin généraliste et 19% des sages-femmes.

3.2. Caractéristiques de la population étudiée

La moyenne d'âge des femmes répondant était de 31,6 ans avec un écart type de 11,5 ans. La répartition par tranche d'âge est représentée dans la figure 3 ci-dessous. Les catégories d'âge ont été définies en fonction des tranches d'âge établies par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

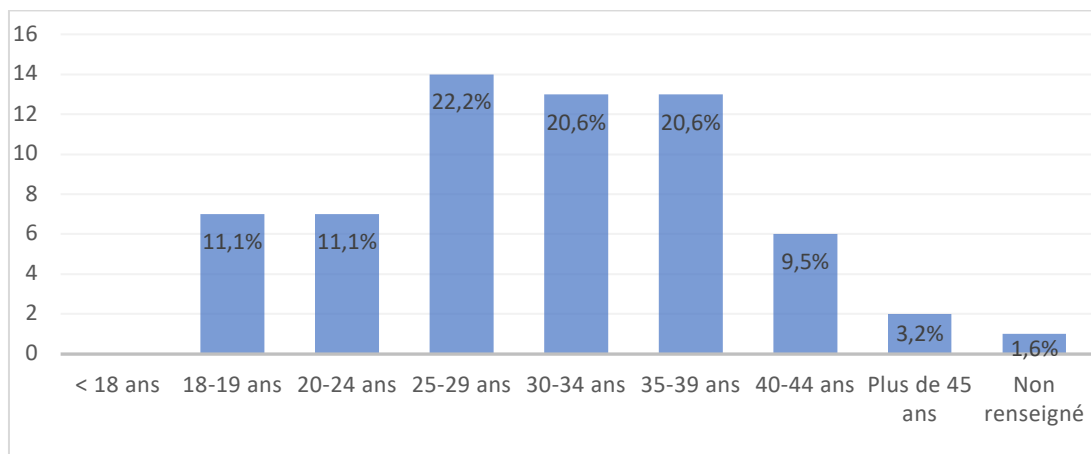


Figure 3 : Répartition par âge de la population

La figure 4 représente la répartition par âge au moment de la consultation d'IVG. La moyenne est de 27,3 ans avec un écart type de 7,8 ans. Les catégories d'âge les plus représentées sont les 20-24 ans (23,6%) et les 25-29 ans (20,8%).

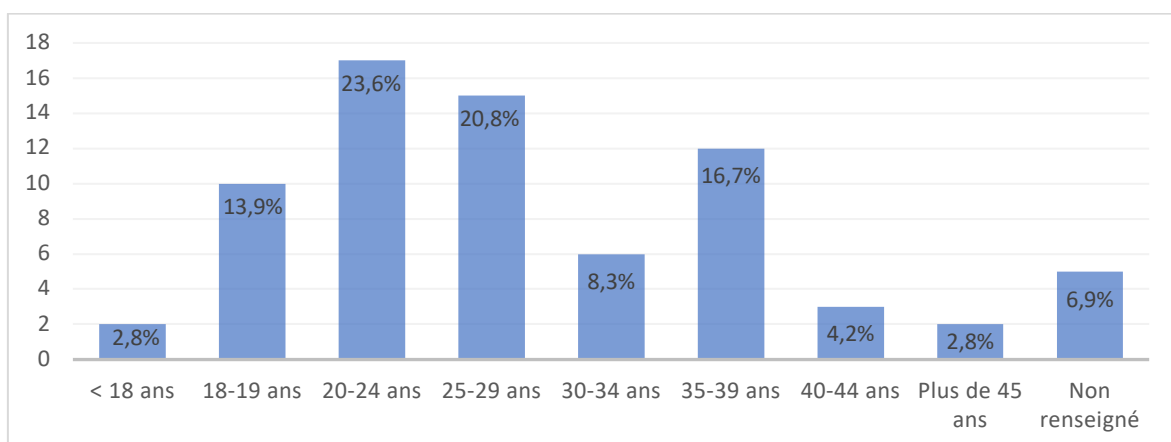


Figure 4 : Répartition par âge au moment de la consultation d'IVG

Les catégories socio-professionnelles ont été établies selon la nomenclature des Professions et Catégories Socio-professionnelles (PCS) de l'Insee (21). Les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les employées (30,2%) et les professions intermédiaires (23,8%).

Catégories socio-professionnelles	Effectif	Proportions en pourcentage
Non renseigné	1	1,6%
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	1	1,6%
Cadres et Professions intellectuelles supérieures	9	14,3%
Professions intermédiaires	15	23,8%
Employées	19	30,2%
Ouvrières	1	1,6%
Sans emploi	8	12,7%
Étudiantes	9	14,3%
Total général	63	100,0%

Tableau III-1 : Répartition des catégories socio-professionnelles

La population étudiée n'avait majoritairement pas d'enfant (57,1%). Les résultats sont présentés dans le tableau III-2.

Nombre d'enfants	Effectifs	Proportion en pourcentage
0	36	57,1%
1	13	20,6%
2	9	14,3%
3	2	3,2%
4	2	3,2%
Non renseigné	1	1,6%
Total général	63	100,0%

Tableau III-2 : Nombre d'enfants

La population étudiée avait majoritairement effectué une seule IVG (74,6%) (Tableau III-3).

Nombre d'IVG	Effectifs	Proportion en pourcentage
1	47	74,6%
2	10	15,9%
3	4	6,3%
4	2	3,2%
Total général	63	100,0%

Tableau III-3 : Nombre d'IVG réalisées

3.3. Caractéristiques de la première consultation d'IVG

La majorité des premières consultations d'IVG ont été réalisées en 2019 (38,9%). Plus de la moitié (61,1%) des consultations ont été effectués sur les quatre dernières années (Tableau III-4).

Année	Effectifs	Proportion en pourcentage
Non renseigné	4	5,6%
Avant 2000	1	1,4%
Entre 2001 et 2005	4	5,6%
Entre 2006 et 2010	9	12,5%
Entre 2011 et 2015	10	13,9%
En 2016	2	2,8%
En 2017	9	12,5%
En 2018	5	6,9%
En 2019	28	38,9%
Total général	72	100,0%

Tableau III-4 : Année de la première consultation d'IVG

Les caractéristiques de la première consultation d'IVG sont résumées dans le tableau ci-dessous (Tableau III-5). Parmi les chiffres de ce tableau :

- La majorité des consultations se sont déroulées en Haute Garonne (88,9%) et dans un cabinet médical libéral (51,4%).
- La répartition entre professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue et sage-femme) est équilibrée.
- L'intervenant de santé lors de cette première consultation était principalement une femme (77,8%).
- Deux tiers des femmes n'ont effectué que la première consultation avec le professionnel concerné (61,1%). La plus grande proportion (40,3%) ne savait pas si ce professionnel réalisait régulièrement des IVG.
- Concernant le médecin traitant, 78% des femmes en possédait un et plus de la moitié ne l'ont pas contacté pour cette demande.
- Concernant leur contraception, 60% des femmes n'utilisaient pas de contraception considérée comme « très efficaces » selon l'OMS (22) (la moitié utilisait une méthode naturelle). Dans celles qui utilisaient une contraception, le préservatif et la pilule sont les plus représentés (environ 40% chacun).

Tableau III-5 : Caractéristiques de la première consultation d'IVG :

Caractéristiques de la première consultation d'IVG		Proportion en pourcentage (effectifs)	
Département de consultation			
	Ariège	1,4%	(1)
	Aveyron	1,4%	(1)
	Haute-Garonne	88,9%	(64)
	Gers	2,8%	(2)
	Tarn	2,8%	(2)
	Non renseigné	2,8%	(2)
Lieu de la première consultation			
	Cabinet médical	51,4%	(37)
	Planning familial	11,1%	(8)
	Hôpital	26,4%	(19)
	Clinique	5,6%	(4)
	Autre	5,6%	(4)
Professionnel ayant réalisé la consultation			
	Médecin généraliste	27,8%	(20)
	Médecin gynécologue	36,1%	(26)
	Sage-femme	36,1%	(26)
Sexe de la personne ayant réalisé la consultation			
	Femme	77,8%	(56)
	Homme	22,2%	(16)
Pratique régulière de l'IVG par ce professionnel			
	Non	12,5%	(9)
	Oui	37,5%	(27)
	Ne sait pas	40,3%	(29)
	Non renseigné	9,7%	(7)
La personne qui a fait cette première consultation était-elle celle qui a ensuite effectué l'IVG ?			
	Non	61,1%	(44)
	Oui	38,9%	(28)
Existence d'un médecin traitant			
	Non	22,2%	(16)
	Oui	77,8%	(56)
Dernière consultation avec le médecin traitant			
	Plusieurs jours	12,5%	(9)
	Plusieurs semaines	12,5%	(9)
	Plusieurs mois	29,2%	(21)
	Plusieurs années	5,6%	(4)
	Ne sait pas	18,1%	(13)
	Pas de médecin traitant	22,2%	(16)
Contact avec le médecin traitant pour la demande d'IVG			
	Non	53,8%	(30)
	Oui	46,2%	(26)
Présence d'une contraception « très efficace » au moment de tomber enceinte			
	Non	58,3%	(42)
Si non, méthode naturelle (calendrier, courbe température, analyse de la glaire) ?			
	Non	54,7%	(23)
	Oui	45,3%	(19)
	Oui	36,6%	(30)
	Pilule	36,7%	(11)
	Préservatif	40,0%	(12)
	DIU (stérilet)	16,7%	(5)
	Autre	6,7%	(2)

3.4. Analyse des attitudes non bienveillantes

Concernant l'accueil lors de cette première consultation, environ un tiers des femmes (27,8%) ont ressenti un mauvais accueil venant de ce professionnel (Tableau III-6).

Avez-vous ressenti un mauvais accueil ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	43	59,7%
Plutôt non	9	12,5%
Plutôt oui	13	18,1%
Tout à fait	7	9,7%
Total général	72	100,0%

Tableau III-6 : Ressenti lors de l'accueil

Un quart des femmes environ (26,3%) ont ressenti une personne froide lors de cette première consultation (Tableau III-7).

La personne qui vous a reçue était-elle froide avec vous ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	44	61,1%
Plutôt non	9	12,5%
Plutôt oui	14	19,4%
Tout à fait	5	6,9%
Total général	72	100,0%

Tableau III-7 : Ressenti de la froideur

De même, un quart des femmes (26,4%) n'ont pas ressenti une écoute sérieuse et attentive lors de cette consultation (Tableau III-8).

Avez-vous reçu une écoute sérieuse et attentive ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	7	9,7%
Plutôt non	12	16,7%
Plutôt oui	14	19,4%
Tout à fait	39	54,2%
Total général	72	100,0%

Tableau III-8 : Ressenti de l'écoute

Concernant le fait d'avoir été entendue et respectée, moins de 20% des femmes ont déclaré avoir eu un ressenti négatif lors de cette consultation (Tableau III-9).

Avez-vous été entendue et respectée ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	2	2,8%
Plutôt non	11	15,3%
Plutôt oui	18	25,0%
Tout à fait	41	56,9%
Total général	72	100,0%

Tableau III-9 : Ressenti d'avoir été entendue et respectée

Dans l'ensemble, 86% des femmes trouvaient le praticien disponible lors de cette première consultation (Tableau III-10).

La personne qui vous a reçue était-elle disponible ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	1	1,4%
Plutôt non	9	12,5%
Plutôt oui	21	29,2%
Tout à fait	41	56,9%
Total général	72	100,0%

Tableau III-10 : Ressenti de la disponibilité

Concernant l'accompagnement et le soutien, 43% des femmes ne se sont pas senties accompagnées et soutenues par la personne les recevant (Tableau III-11).

Avez-vous été accompagnée et soutenue par cette personne ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	10	13,9%
Plutôt non	21	29,2%
Plutôt oui	13	18,1%
Tout à fait	28	38,9%
Total général	72	100,0%

Tableau III-11 : Ressenti de l'accompagnement et du soutien

Plus d'un tiers des femmes (36%) ne se sont pas senties rassurées par la personne qui les a reçues pendant cette première consultation (Tableau III-12).

Vous êtes-vous sentie rassurée par la personne qui vous a reçue ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	15	20,8%
Plutôt non	11	15,3%
Plutôt oui	10	13,9%
Tout à fait	36	50,0%
Total général	72	100,0%

Tableau III-12 : Ressenti de la réassurance

Environ un quart des femmes (23,6%) rapportent que le professionnel manquait de neutralité lors de cette consultation (Tableau III-13).

La personne qui vous a reçue manquait-elle de neutralité ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	40	55,6%
Plutôt non	15	20,8%
Plutôt oui	12	16,7%
Tout à fait	5	6,9%
Total général	72	100,0%

Tableau III-13 : Ressenti de la neutralité du professionnel

Un peu plus d'un quart des femmes (26,4%) ont ressenti une écoute associée à des jugement lors de cette consultation (Tableau III-14).

La personne qui vous a reçue vous a-t-elle écoutée/entendue sans jugement ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	11	15,3%
Plutôt non	8	11,1%
Plutôt oui	13	18,1%
Tout à fait	40	55,6%
Total général	72	100,0%

Tableau III-14 : Ressenti du jugement

Plus de 90% des femmes n'ont pas été dissuadé lors de la prise de décision pour réaliser l'IVG (Tableau III-15).

La personne qui vous a reçue a-t-elle tenté de vous dissuader lors de la prise de décision ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Pas du tout	52	72,2%
Plutôt non	13	18,1%
Plutôt oui	4	5,6%
Tout à fait	3	4,2%
Total général	72	100,0%

Tableau III-15 : Ressenti de la dissuasion

Un peu moins d'un quart des femmes (22,2% et 20,8%) ont ressenti respectivement des attitudes culpabilisatrices et moralisatrices lors de cette première consultation (Tableau III-16 et III-17)

Avez-vous ressenti des attitudes culpabilisatrices ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Non	49	68,1%
Oui	16	22,2%
Ne sait pas	7	9,7%
Total général	72	100,0%

Tableau III-16 : Ressenti des attitudes culpabilisatrices

Avez-vous ressenti des attitudes moralisatrices ?	Effectif	Proportion en pourcentage
Non	53	73,6%
Oui	15	20,8%
Ne sait pas	4	5,6%
Total général	72	100,0%

Tableau III-17 : Ressenti des attitudes moralisatrices

3.5. Accompagnement et soutien lors de la première consultation

Devant le fort pourcentage de femmes (43%) ayant ressenti un manque de soutien et d'accompagnement lors de cette consultation, nous avons décidé de choisir cette question comme attitude non bienveillante référente pour les sous-analyses et analyses statistiques.

Nous avons, par mesure de simplification, regroupé les réponses « Tout à fait » et « plutôt oui » en réponse « Oui » à la question « Avez-vous été accompagné et soutenue par cette personne ? ». Les réponses « Plutôt non » et « Pas du tout » ont été regroupées en réponses « Non ».

Tout d'abord, l'analyse a été effectuée en fonction de l'âge lors de la consultation. Celui-ci a donc été rectifié en fonction de l'année de réalisation de l'IVG. Aucune catégorie d'âge se démarque concernant le ressenti lors de cette première consultation (Tableau III-18).

	Non =31		Oui N=41	
	%	Effectif	%	Effectif
< 18 ans	50,0%	1	50,0%	1
18-19 ans	40,0%	4	60,0%	6
20-24 ans	47,1%	8	52,9%	9
25-29 ans	46,7%	7	53,3%	8
30-34 ans	16,7%	1	83,3%	5
35-39 ans	33,3%	4	66,7%	8
40-44 ans	33,3%	1	66,7%	2
Plus de 45 ans	50,0%	1	50,0%	1
Non renseigné	80,0%	4	20,0%	1

Tableau III-18 : Comparaison de l'âge en fonction de l'accompagnement et du soutien

Concernant la profession, les femmes sans emploi ont ressenti un manque d'accompagnement et de soutien. En effet, environ 67% d'entre elle ne se sont pas senties accompagnée et soutenue par le praticien. La deuxième catégorie socio-professionnelle concernée sont les employées (54%) (Tableau III-19).

	Non N=31		Oui N=41	
	%	Effectif	%	Effectif
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	0,0%	0	100,0%	1
Cadres et Professions intellectuelles supérieures	33,3%	3	66,7%	6
Professions intermédiaires	35,3%	6	64,7%	11
Employées	54,2%	13	45,8%	11
Ouvrières	0,0%	0	100,0%	1
Sans emploi	66,7%	6	33,3%	3
Étudiantes	20,0%	2	80,0%	8
Non renseigné	100,0%	1	0,0%	0

Tableau III-19 : Comparaison des catégories professionnelles en fonction de l'accompagnement et du soutien

L'analyse a ensuite été effectuée en fonction de qui réalisait la première consultation. Plus de deux tiers des femmes (65,4%) ont ressenti un manque d'accompagnement et de soutien venant de leur médecin gynécologue (Tableau III-20). Les médecins gynécologues sont statistiquement moins soutenant et accompagnant que les médecins généralistes ou les sages-femmes ($p < 0,05$).

	Non N=31		Oui N=41		
	%	Effectif	%	Effectif	
Médecin généraliste	30,0%	6	70,0%	14	$p=0,01$
Médecin gynécologue	65,4%	17	34,6%	9	
Sage-femme	30,8%	8	69,2%	18	$p=0,01$

Tableau III-20 : Comparaison des praticiens en fonction de l'accompagnement et du soutien

Les femmes ont ressenti moins d'accompagnement et de soutien lorsque le professionnel était un homme (68,8%) (Tableau III-21). Les hommes sont statistiquement moins accompagnants et soutenant que les femmes ($p < 0,05$).

	Non N=31		Oui N=41		
	%	Effectif	%	Effectif	
Femme	35,7%	20	64,3%	36	$p = 0,01$
Homme	68,8%	11	31,3%	5	

Tableau III-21 : Comparaison du sexe du praticien en fonction du soutien et de l'accompagnement

Environ 75% des femmes reçues par un praticien, pratiquant régulièrement les IVG, se sont senties accompagnées et soutenues. La différence est peu marquée entre ceux pratiquant régulièrement les IVG et ceux ne les pratiquant pas (Tableau III-22).

	Non N=31		Oui N=41	
	%	Effectif	%	Effectif
Non	33,3%	3	66,7%	6
Oui	25,9%	7	74,1%	20
Ne sait pas	62,1%	18	37,9%	11
Non renseigné	42,9%	3	57,1%	4

Tableau III-22 : Comparaison de la pratique régulière des IVG avec l'accompagnement et le soutien

Nous avons ensuite étudié l'impact de l'accompagnement et du soutien lorsque le praticien recevant pour la première consultation était différent ou similaire pour la suite de l'IVG. Nous remarquons que 52% des femmes n'ont pas été accompagnées et soutenues lorsque le praticien était différent entre la première consultation et les autres consultations d'IVG. Les femmes sont statistiquement moins soutenues et accompagnées lorsque le praticien est différent entre la première consultation et les autres (Tableau III-23).

	Non N=31		Oui N=41		
	%	Effectif	%	Effectif	
Praticien différent	52,3%	23	47,7%	21	$p=0,04$
Praticien similaire	28,6%	8	71,4%	20	

Tableau III-23 : Comparaison de la prise en charge de l'IVG par le même praticien en fonction de l'accompagnement et du soutien

Nous avons ensuite voulu savoir si le fait de ne pas avoir de médecin traitant, et donc d'interlocuteur privilégié, augmentait le fait de ressentir des attitudes non bienveillantes. On

remarque que 56% des femmes n'ayant pas de médecin traitant ont ressenti un manque d'accompagnement et de soutien. Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la présence d'un médecin traitant et le manque de soutien et d'accompagnement ($p>0,05$) (Tableau III-24)

	Non N=31		Oui N=41		
	%	Effectif	%	Effectif	
Non	56,3%	9	43,8%	7	p=0,22
Oui	39,3%	22	60,7%	34	

Tableau III-24 : Comparaison entre la présence d'un médecin traitant et le manque d'accompagnement et de soutien

Concernant la contraception, la moitié des femmes n'ayant pas de contraception ne se sont pas senti accompagnées et soutenues (Tableau III-25). On remarque que lorsqu'il existe une contraception, la différence est plus prononcée, deux tiers des femmes ont ressenti de l'accompagnement et du soutien. Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre la prise de contraception et le manque de soutien et d'accompagnement ($p>0,05$).

	Non N=31		Oui N=41		
	%	Effectif	%	Effectif	
Pas de contraception	50,0%	21	50,0%	21	p=0,15
Contraception	33,3%	10	66,7%	20	

Tableau III-25 : Comparaison de la contraception avec le manque d'accompagnement et de soutien

IV. Discussion

4.1. Synthèse des principaux résultats

La première consultation est une étape très importante dans la démarche en vue de la réalisation d'une IVG. Elle est le tout premier contact avec un professionnel de santé où la femme exprime son choix d'avorter. Cette consultation permet, entre autres, la bonne orientation vers les professionnels ou les centres de santé réalisant les IVG. Celle-ci est encore trop souvent source de non-bienveillance. L'IVG étant encore à ce jour aux yeux de la société une décision stigmatisante pour les femmes, « une sorte de stigmate moral invisible » d'après S. Divay (23), il est important qu'une relation bienveillante s'instaure dans ces consultations.

Selon notre étude, un tiers à un quart des femmes ont ressenti différentes attitudes non bienveillantes lors de cette première consultation : manque de réassurance (36%), mauvais accueil (28%), personne froide (26%), personne jugeante (26%) ou un manque d'écoute (26%). Il existe pour 43% d'entre elles, un manque d'accompagnement et de soutien pour cette consultation.

Devant des sentiments de détresse, de mal être ou de malaise des femmes suite à ces attitudes, il est donc essentiel de les repérer afin de les éviter (Annexe 5).

Trois attitudes bienveillantes ressortent positivement dans notre étude. Tout d'abord, le praticien restait disponible (pour 86% d'entre elles) et 83% des femmes ont été entendues et respectées. Enfin, 90% n'ont pas été dissuadées par le professionnel. Ce dernier chiffre se doit d'être important. En effet, la dissuasion fait partie du délit d'entrave à l'IVG et est donc répréhensible par la loi (3). Malgré cela, cette situation peut encore se produire. Certaines femmes ont témoigné dans ce sens dans les commentaires libres : « Elle souhaitait que je change d'avis », « ma gynécologue m'a répondu qu'elle ne tuait pas les enfants mais qu'elle les mettait au monde ». Ce témoignage souligne la difficulté que représente pour certains praticiens l'accompagnement des femmes dans des décisions qui les heurtent. Accompagner un avortement serait se rendre complice d'un acte immoral. Or pour peu qu'ils le pensent le professionnel n'a pas à commenter sur le plan moral les choix de ses patientes.

4.2. Forces de l'étude

Dans la littérature, seules des analyses qualitatives (14)(17)(18) sur le ressenti lors de la démarche d'IVG ont été effectuées. Une seule étude quantitative sur le parcours de soins et le vécu de l'IVG en ville chez des médecins généralistes conventionnés a été réalisée (20). L'élaboration de travaux sur le sujet de l'IVG se majore au fil des années mais aucune analyse quantitative n'avait encore été réalisée sur ce sujet à ce jour. Cette étude descriptive

transversale est, au vu des recherches bibliographiques effectuées, la seule analyse quantitative réalisée sur les possibles attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG.

Le principal atout de cette étude a été d'analyser les potentielles attitudes non bienveillantes qu'un professionnel peut avoir envers une femme demandeuse d'IVG. Reconnaître et identifier ces attitudes, puis évaluer leur ampleur permet d'attirer l'attention des professionnels sur des pratiques inadaptées mais pas forcément repérées.

La diffusion de ce questionnaire a permis un retour assez homogène et varié avec environ un quart des réponses provenant de chaque structure (hôpital, CDPEF/Planning familial, médecin généraliste et sage-femme). De même, nous avons pu obtenir un échantillon représentatif en termes de catégories d'âge. Nous nous étions fixées d'obtenir une centaine de réponses au questionnaire. Le taux de réponse reste correct avec 72 réponses qui ont pu être incluses dans cette étude.

Ce travail est utile afin d'améliorer la prise en charge des patientes lors de la réalisation d'une IVG. Un certain nombre de professionnel nous ont fait part de l'intérêt qu'ils portaient à la réalisation de cette étude ce qui montre un désir d'amélioration des pratiques. Cette étude peut permettre, à titre individuel, une réflexion sur ses propres critères de « bienveillance » en tant que soignant. A l'échelle du réseau REIVOC, c'est un travail qui va permettre une information et une amélioration du contenu des formations qu'elles soient « initiales » (au moment de la formation en vue de l'obtention du conventionnement) ou « continues » (au cours des réunions annuelles de réseau). Elle est d'autant plus utile que celle-ci a montré beaucoup plus de situations non bienveillantes que ce qui pouvait être attendu.

Enfin, cette étude a permis de répondre à notre objectif afin d'évaluer la fréquence et d'identifier les attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG.

4.3. Les freins et les difficultés rencontrées.

Plusieurs difficultés ont été rencontrés lors de la réalisation de cette étude.

Du fait d'un sujet à la frontière entre le médical et la sociologie, les recherches bibliographiques se sont faites à partir de référence dans ces deux domaines qu'il a fallu compiler.

La bienveillance n'ayant pas de définition pré-établie, l'élaboration d'un questionnaire sur ce sujet a été difficile. Il a donc été nécessaire de transformer un ressenti des femmes en variables quantitatives. Chaque question pouvait être comprise différemment d'une femme à l'autre.

Une des plus importantes difficultés a été la diffusion du questionnaire. Le questionnaire s'adressant aux femmes, nous avions à chaque fois un intermédiaire avant qu'il ne leur parvienne. La diffusion de notre questionnaire dépendait essentiellement de l'implication des professionnels auquel nous nous étions adressés. D'ailleurs, un taux de réponse plus important était attendu.

Enfin, presque 90% des premières consultations d'IVG se sont déroulées en Haute-Garonne. Ce chiffre est probablement en lien avec la diffusion et la nécessité du recueil des questionnaires. Notre proximité géographique permettait de mieux sensibiliser les professionnels à notre étude.

Plusieurs freins ont été rencontrés lors de cette étude.

Lors de la diffusion du questionnaire, nous avons rencontrés des réticences de la part de certains professionnels pour afficher notre étude dans leur salle d'attente ou mettre à disposition des questionnaires. Il a pu exister aussi un frein de la part des femmes à piocher dans les bacs disposés en salle d'attente un questionnaire identifié « IVG » et à le remplir devant d'autres personnes. La mise en place d'un QR code sur les prospectus, ainsi que la remise des questionnaires papiers dans le bureau médical pouvaient limiter ce frein.

Ce questionnaire interrogeait les femmes sur leurs ressentis concernant les professionnels qu'elles avaient rencontrés. En ce sens, ce questionnaire a pu être perçu comme un contrôle des pratiques professionnelles. Les professionnels diffusant le questionnaire acceptaient de se faire évaluer ou de faire évaluer un confrère. Certains ont refusé cette diffusion se sentant, d'après leurs dires, « fliqués » ou « évalués ».

Enfin, peu de questionnaires ont été retournés par le CDPEF de Toulouse devant une confusion de notre part dans le libellé entre CDPEF et Planning familial 31. Ce frein est lié à l'historique associatif sur la défense du droit à l'IVG dans la région.

4.4. Biais de l'étude

Il existe plusieurs biais dans cette étude.

Tout d'abord, la diffusion du questionnaire dans les différentes structures (Hôpital Paule de Viguier, le CDPEF, le planning familial 31 et la Case de santé) génère un premier biais de sélection. La diffusion par le réseau REIVOC ainsi que par les internes ont permis d'élargir la population pour atteindre un maximum de femmes avec des profils différents. Du fait d'une diffusion plus importante dans le département de la Haute-Garonne, 89% des femmes ayant répondu au questionnaire ont réalisé leur consultation dans ce département.

On remarque aussi qu'aucun questionnaire n'a été retourné par des médecins gynécologues (probablement par manque de diffusion).

La réponse au questionnaire étant sur la base du volontariat, il génère un probable biais de recrutement. Nous pouvons supposer que les femmes ayant ressenti plus d'attitudes non bienveillantes étaient plus sensibilisées à cette question et ont peut-être plus répondu au questionnaire.

Afin de potentialiser le nombre de réponses, nous avons décidé d'inclure les femmes réalisant ou ayant réalisé des IVG au cours de leur vie. Un biais de mémorisation sur les IVG passées est donc à prendre en compte. Nous pouvons penser que ce biais est peu prépondérant pour 39% des femmes qui ont réalisé leur IVG en 2019. Par ailleurs, ce biais reste important pour environ 40% des femmes qui ont réalisé leurs IVG il y a plus de quatre ans.

Un biais de compréhension peut être souligné. Le questionnaire portant sur un ressenti, chaque item du questionnaire était soumis à une compréhension subjective. Le choix des items ainsi que la formulation ont été décidés en fonction de thèses qualitatives trouvées dans la bibliographie. Malgré une attention particulière sur la formulation des questions, la compréhension restait tout de même subjective.

Enfin, plusieurs biais de confusion peuvent être notés. Tout d'abord, notre travail ciblait la première consultation d'IVG. Les femmes ont pu confondre cette première consultation avec une autre, comme la consultation pré-IVG ou la consultation d'IVG proprement dite. La diffusion du questionnaire aux femmes passant par les professionnels, nous pouvons supposer que leurs réponses pouvaient être biaisées, surtout si le questionnaire était rendu à ce même professionnel. Afin de diminuer ce biais, des urnes ont été disposées dans les différents centres pour le recueil des questionnaires papiers. Les femmes pouvaient aussi répondre anonymement via le questionnaire en ligne en scannant le QR code présent sur les affiches et le questionnaire papier qui leur était proposé.

4.5. Discussion des résultats obtenus

4.5.1 Validité de l'échantillon

En comparant avec les chiffres de l'INED (Institut national d'études démographiques), la moyenne d'âge des femmes dans notre échantillon est sensiblement similaire : 27,3 ans avec un écart type de 7,8 ans contre 27,5 ans en France en 2011 (24).

Les dernières données de 2017 concernant la répartition par âge lors d'une IVG en Midi-Pyrénées montrent que les 20-24 ans restent la catégorie d'âge la plus représentées avec 26,2% des femmes (25). Dans notre échantillon, cette catégorie d'âge est également la plus représentée (environ 24%). Le recours à l'IVG pour les 18-19 ans est en diminution depuis plusieurs années (de 22 pour 1000 en 2010 à environ 17 femmes pour 1000 en 2017) alors que les taux ont plutôt tendance à croître chez les 25-39 ans (26). Cette répartition est aussi observée dans notre échantillon avec une proportion plus importante de femmes entre 25-39 ans. On remarque par contre qu'il y a peu de femmes entre 30-34 ans dans notre échantillon (seulement 8,3%). Cela est probablement lié à la diffusion du questionnaire. Dans l'article de Moreau et al. basé sur l'étude COCON en 2005 (27), les femmes de 30-35 ans consultaient plus fréquemment en premier lieu un médecin gynécologue comme premier interlocuteur (pour 38%). Une des faiblesses de cette étude est, en effet, qu'aucun de nos questionnaires n'a été retourné par des médecins gynécologues. Cette faiblesse peut donc expliquer en partie le manque de femmes représentées entre 30 et 34 ans.

Dans notre échantillon, une majorité de femmes (71 %) occupaient un emploi et 14% sont des étudiantes. Les données retrouvées dans les dernières études sociodémographiques de l'INED en Midi-Pyrénées montrent que 48% des femmes réalisant des IVG possèdent un emploi et 16% sont des étudiantes (28). Comparativement aux données, plus de femmes occupant un emploi ont donc répondu à notre étude. Moreau et al. (27) montre que les femmes de plus de 30 ans qui sont au chômage ou non active s'adressent pour leurs premières consultations pour 14,3% dans un centre médico-social (contre 7,2% pour les femmes actives). Cette différence est légèrement moins marquée pour les femmes de moins de 30 ans : 17,2% des femmes au chômage s'adressent à un centre médico-social contre 9,7% des femmes actives. Dans notre étude, seulement 11% de nos premières consultations se sont déroulées au CDEPF/Planning familial. Cette faiblesse peut donc expliquer en partie la proportion plus importante de femmes occupant un emploi.

Le dernier rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2018 rapporte qu'en 2011, 33% des femmes ayant recours à une IVG l'avaient déjà fait au moins une fois auparavant (26). Dans notre échantillon, un quart des femmes ont réalisées plus d'une IVG.

En conclusion, nous avons obtenu un échantillon représentatif en termes de moyenne d'âge et de répartition par catégories d'âge des femmes réalisant une IVG en Occitanie Ouest. Il existe dans notre échantillon une sur-représentation des femmes occupant un emploi et une sous-représentation des femmes ayant réalisés plusieurs IVG.

4.5.2 Attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG

Lors d'une démarche d'IVG, la première consultation représente le tout premier contact au cours duquel la femme exprime son choix d'interrompre sa grossesse. Ce premier contact est important puisqu'il va conditionner l'orientation dans la suite de sa prise en charge. Dans notre étude, environ un tiers à un quart des femmes rapportent des attitudes non bienveillantes lors de cette première consultation.

28% des femmes ont ressenti un mauvais accueil et 26% ont ressenti de la froideur de la part du professionnel. L'attitude et l'accueil du premier interlocuteur rencontré est important. En effet, les femmes y seraient sensibilisées (18). Leur ressenti ainsi que la prise en charge ultérieure peuvent être modifiés par l'accueil et l'attitude de l'interlocuteur (18). De plus, la durée entre la décision d'avortement et la réalisation de l'acte pourrait être modifiée par l'attitude de ce premier interlocuteur (29). On pourrait penser qu'améliorer l'orientation des femmes dans leur démarche pourrait permettre un meilleur accueil de celles-ci. Mais, pour un certain nombre de femmes, savoir à qui s'adresser en premier lieu est compliquée (20). L'information en amont est probablement insuffisante. Des progrès, au niveau national, ont été réalisés depuis 2013 sur la base des recommandations du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (30) mais ceux-ci peuvent encore être renforcés en améliorant leurs diffusions. Le site IVG.gouv, destiné aux femmes et aux professionnels, a été créé en 2013 et amélioré en 2016 afin qu'il figure en 1^{er} résultat sur les moteurs de recherches pour la requête « IVG » (30). Au niveau régional, le réseau REIVOC a mis en place une carte interactive répertoriant les professionnels réalisant les IVG pour aider les femmes dans leurs démarches (31). REIVOC a également édité avec l'ARS une fiche mémo à destination de tous les professionnels médicaux recevant des femmes en consultation (Annexe 4). Cette fiche explique comment recevoir une demande d'IVG, les examens à prescrire et vers qui orienter. La diffusion se fait par le réseau et les URPS. Au niveau national, dans son rapport I. Nisand (32) proposait déjà en 1999 la mise en place de recommandations de pratique clinique sur l'accueil téléphonique, l'accueil médical, ainsi que la création d'une formation à l'accueil des femmes. Vingt ans après, il n'existe pas de recommandation et peu de formations ont été créés.

26% des femmes ont manqué d'écoute et 36% des femmes ont manqué de réassurance. Le témoignage de nos patientes dans les commentaires libres nous le confirme : « Pas de volonté d'être rassurant », « C'est un moment douloureux où une écoute active est primordiale ». Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (33) nous rappelle que les consultations avant de réaliser l'IVG doivent être des temps d'informations, d'échange et d'écoute de la femme. L'entretien psycho-social, obligatoire jusqu'en 2001,

permettait jusqu'alors aux femmes de bénéficier de ce temps d'écoute et d'amener à la réflexion sur cette IVG. Il est maintenant systématiquement proposé pour les femmes majeures et reste obligatoire pour les mineures. Depuis la suppression de l'obligation de cet entretien psychosocial pour la femme majeure, ce temps d'écoute a donc une place particulièrement importante lors de la première consultation d'IVG. De plus, les femmes seraient bien moins accessibles sur leur ressenti pendant l'IVG (travail psychologique laissé en suspens pendant l'acte) ou après l'IVG (période spontanée de fermeture psychique) (15). La première consultation serait donc le moment idéal pour réaliser ce travail d'écoute sur le ressenti de chaque femme.

26% des femmes ont ressenti des jugements ou des attitudes moralisatrices/culpabilisatrices (20% environ). En effet, les femmes nous rapportent dans leurs commentaires libres qu'elles « devai[ent] bien réfléchir parce que c'était un choix qu'[elles] pourrai[ent] regretter toute [leur] vie ». Les femmes peuvent aussi être infantilisées : « J'ai fait une bêtise », « ne recommencez pas ». Ces attitudes peuvent découler d'un sentiment de supériorité venant du soignant. En effet, selon A. de Broca (10), la relation soignant-patient peut être perçue comme asymétrique puisque le soignant est porteur d'un savoir que le patient ne possède pas. D'ailleurs, le paternalisme, qui prévalait dans la relation soignant-soigné jusqu'aux années 1980 (34), ne permettait pas aux patients d'exprimer leur volonté et leur capacité à prendre des décisions pour leur propre santé. Mais de nos jours, cette relation a évolué. Le patient a de plus en plus la possibilité de s'informer et donc d'avoir la capacité de dire ce qu'il désire : le patient participe à « une décision médicale partagée » (34). Cependant, il persiste tout de même un savoir « médical » que le patient ne peut acquérir que par le professionnel de santé. Celui-ci est transmis par le professionnel grâce à un échange et un partage entre lui et son patient. La bienveillance doit donc se construire sur cette relation asymétrique « puisque c'est bien parce que le soigné et le soignant ont une posture différente qu'ils peuvent avancer ensemble » (10). Chacun participe à la construction de cette relation. La bienveillance prend donc une place importante dans notre métier qui, au-delà des gestes techniques, se construit essentiellement sur un échange réciproque entre deux personnes (10).

Enfin, les femmes rapportent, pour 43% d'entre elles, qu'elles ont manqué d'accompagnement et de soutien. Les patientes dans les commentaires témoignent : « Débrouillez-vous », « Entendu par la secrétaire mais ni aidée ni orientée » « On n'a pas reparlé de cette IVG ». En lien avec ce besoin d'accompagnement, elles expriment la nécessité d'une recherche du vécu psychologique : « Comment vivez-vous cette situation ? ». Ainsi que la possibilité de souligner ce que l'IVG pourrait signifier pour elles.

Cela fait donc écho à deux dimensions de cette consultation. Mis à part la dimension technique d'accès à la méthode, la dimension d'accompagnement serait donc prévalente. Dans l'étude COCON effectuée avant les années 2000 (35), 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 lors d'une IVG en établissement de santé. Les auteurs de l'étude COCON l'expliquaient par une probable dévalorisation de la prise en charge de l'acte et par une marginalisation de l'activité d'IVG dans les établissements (35). Depuis la loi de santé de 2001 (2) qui autorise l'IVG médicamenteuse en médecine en ville, le circuit ambulatoire est de plus en plus sollicité (36). Une majorité des premières consultations dans notre étude se sont déroulées dans un cabinet médical (51,4%) et cette tendance est retrouvée dans d'autres études (27) (20). On aurait donc pu penser que ce chiffre s'améliorerait depuis la modification de la loi. Malgré cela, le manque d'accompagnement et de soutien reste important. Toutefois, le lien avec le médecin généraliste et donc la possibilité d'avoir un interlocuteur privilégié permettrait d'améliorer le ressenti des femmes. Dans notre étude, 56% des femmes n'ayant pas de médecin traitant, et donc d'interlocuteur privilégié, ont ressenti un manque d'accompagnement et de soutien lors de la première consultation (contre 39% qui possédaient un médecin généraliste).

4.5.3. Un profil de femmes, plus générateur de non-bienveillance ?

Lors de la réalisation de notre questionnaire, nous nous étions posé la question de savoir s'il existait des facteurs pouvant générer de la non-bienveillance pendant cette consultation. Concernant l'âge, notre étude n'a pas permis de mettre en exergue une classe d'âge source de non-bienveillance lors de la première consultation. Cela s'explique probablement par un manque d'effectif de notre échantillon. En revanche, nous avons montré que les femmes sans emploi ont plus fortement ressenti un manque d'accompagnement et de soutien pour 67% d'entre elles. De même, 54% des employées ont ressenti ce manque. On pourrait donc se demander s'il existe plus d'attitudes non bienveillantes chez les femmes n'ayant pas d'emploi ou un emploi avec peu de qualification. L'autre hypothèse serait que les femmes appartenant à ces catégories socio-professionnelles auraient finalement plus besoin d'accompagnement et de soutien que les autres. En effet, le poids du jugement moral de la société sur l'IVG est peut-être ressenti de façon plus prégnante par ces catégories socio-professionnelles contrairement aux autres qui sont plus convaincues de leurs droits et de la légitimité de leurs décisions.

Concernant la contraception, 60% des femmes dans notre étude n'utilisaient pas de contraception jugée comme « très efficaces » par l'OMS et pour la moitié d'entre elles

utilisaient une méthode naturelle. Il n'existe pas d'association significative entre l'absence de contraception et un manque d'accompagnement et de soutien. Notre manque d'effectif est probablement la raison pour laquelle nous n'avons pas mis en évidence de résultat. Mais on peut noter une tendance. Deux tiers des femmes possédant une contraception ont été accompagnées et soutenues (50% lors de l'absence de contraception). Cela pourrait s'expliquer par l'apparition dans notre société d'une norme procréative et d'une norme contraceptive (37). La procréation ne doit être que volontaire. Ainsi, les femmes en l'absence de désir d'enfant se doivent d'utiliser un moyen contraceptif reconnu comme efficace. Mais l'utilisation d'une contraception n'est pas aussi simple que pourrait le penser la société ou le corps médical. Son utilisation par les femmes n'est pas parfaite. Le taux stagnant d'IVG depuis plusieurs années (36) nous montre que la diffusion large de la contraception ne fait pas diminuer le nombre d'avortement. Il existe toujours dans notre société une dichotomie contraception-avortement. L'IVG n'est pas perçue comme une autre manière de contrôler les naissances mais toujours comme un moyen pour corriger une contraception en échec. Cette vision peut en outre être source de non-bienveillance.

4.5.4. La femme, plus sensibilisée à cette démarche ?

Presque 78% des professionnels dans notre étude qui ont réalisé la première consultation sont des femmes. Ce chiffre est en lien avec une féminisation croissantes des professions médicales. En effet, dans les classes d'âge les plus jeunes (moins de 40 ans), les femmes représentent 61% des médecins (toutes spécialités confondues). Chez les médecins généralistes, elles représentent 67% des moins de 34 ans (38). Concernant les sages-femmes, les hommes représentent 2,6% des effectifs (39).

Dans notre étude, 69% des femmes ne se sont pas senties accompagnées et soutenues lorsque le professionnel était un homme. Le pourcentage était de 36% quand les patientes étaient reçues par une femme. Nous pouvons donc nous demander si les hommes sont moins sensibilisés à la démarche d'IVG ou s'ils sont perçus comme moins bienveillants par les femmes parce qu'ils sont des hommes.

Dans la thèse du Dr Vincent (40), les femmes sont d'avantages motivées à la pratique d'IVG en ville et sont significativement plus nombreuses à trouver que le service médical rendu (délai de prise en charge, confort...) est important pour les patientes (70% versus 42%). Enfin, les hommes sont significativement plus nombreux à n'éprouver aucune motivation à la réalisation d'IVG dans leur cabinet.

Concernant la formation à la réalisation d'IVG en ville, plus de femmes s'intéresse à celle-ci. En effet, le Dr Soufflet (41) montre que 77% des participants à une formation pour l'IVG en Midi-Pyrénées sont des femmes.

Nous pensons donc qu'il est important de sensibiliser les hommes à cette démarche et il serait intéressant d'étudier leurs freins concernant cette démarche.

4.5.5. La formation à l'IVG, rempart de la non-bienveillance ?

75% des femmes reçues par un praticien pratiquant régulièrement les IVG se sont senties accompagnées et soutenues par celui-ci contre 66% avec un professionnel ne les pratiquant pas. Dans notre étude, la différence est peu marquée. Mais, il existe un fort biais du fait que la moitié des femmes ne savait pas si le professionnel pratiquait régulièrement les IVG ou n'ont pas répondu à cette question. On peut donc penser que cette différence pourrait être plus importante. Cette question de la formation a pu être contournée. Par la suite, nous avons demandé si le praticien était similaire ou différent entre la première consultation et les autres (en considérant que s'il était différent il ne pratiquait pas les IVG). 52% des femmes n'ont pas été accompagnées et soutenues lorsque le praticien était différent contre 28% lorsque le praticien était similaire. Les femmes sont statistiquement moins soutenues et accompagnées lorsque le praticien est différent entre la première consultation et les autres ($p < 0,05$). Une formation à l'IVG entraîne donc probablement moins d'attitudes non bienveillantes envers les femmes.

Cette formation reste très succincte lors de notre cursus de médecin. Au cours du 2ème cycle des études médicales, elle aborde lors d'un item les modalités réglementaires légales, les différentes techniques d'IVG et les possibles complications. Devant une formation encore très théorique et peu pratique, on pourrait imaginer une première sensibilisation à la relation médecin-patient et tout particulièrement sur la bienveillance en consultation.

Lors de la formation pour le Diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale, un semestre est consacré à la santé de la femme et de l'enfant. Le département universitaire de médecine générale de Toulouse aborde sous forme d'atelier la demande d'IVG en soins premiers. Nous avons montré qu'une formation à l'IVG entraîne probablement moins d'attitudes non bienveillantes. Nous pensons donc qu'il est très important de sensibiliser les internes de médecine générale à la réalisation d'une première consultation d'IVG bienveillante. Nous pourrions imaginer l'aide de certains outils comme la visualisation de vidéo, des jeux de rôles ou des témoignages de patientes. Concernant les études de sages-femmes, celles-ci possèdent dans leur formation un module obligatoire

concernant la formation à l'IVG. Concernant le DES de gynécologie, il dispense les gynécologues d'une formation complémentaire pour demander un conventionnement. Pourtant très peu de gynécologues médicaux en ville pratiquent l'ivg médicamenteuse (2 conventionnées selon REIVOC) leur formation leur paraît-elle suffisante ? De plus, dans notre étude, nous avons montré qu'ils sont statistiquement moins accompagnants et soutenant lors de la première consultation.

Enfin, cette formation à l'IVG peut aussi se réaliser lors de la formation médicale continue. En Midi-Pyrénées, REIVOC, en lien avec l'ARS Occitanie (Agence régionale de santé) propose plusieurs formations par an avec le soutien logistique de MGForm. Ces formations permettent un conventionnement mais aussi l'amélioration des pratiques professionnelles. En effet, dans l'étude du Dr Soufflet (41), la formation des professionnels en Midi-Pyrénées entre 2012 et 2014 a permis la signature de convention dans 27% des cas (soit une augmentation de 47% en 9 ans) et 88% des professionnels ont modifié leurs pratiques professionnelles (réalisation d'IVG, amélioration de la prise en charge initiale ou orientation vers une activité gynécologique). Mais du fait de l'autorisation depuis 2016 de la pratique des IVG médicamenteuses par les sage-femme, ces chiffres sont probablement en augmentation. En Midi-Pyrénées, d'après le recensement non exhaustif de REIVOC 46 médecins généralistes, 2 gynécologues et 32 sages-femmes sont conventionnés (31). La formation des professionnels dans le secteur libéral permet ainsi d'améliorer et de faciliter la prise en charge des femmes lors d'une demande d'IVG. En 2013, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (42) alertait les pouvoirs publics devant la fermeture de plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG entre 2001 et 2011. Il réitère l'alerte en 2017 avec la mise en place d'un moratoire concernant la fermeture des centres d'IVG (30). Devant cette réalité, l'importance des professionnels réalisant les IVG dans le secteur libéral se confirme.

4.6. Perspectives d'amélioration

4.6.1. Attentes des femmes lors de cette première consultation

La dernière question du questionnaire permettait aux femmes d'exprimer leurs attentes sur cette consultation. Nous avons donc résumé les points essentiels abordés par les femmes. L'ensemble des commentaires faits par les participantes est visible en annexe (Annexe 5).

Elles expriment tout d'abord l'importance de reconnaître que l'IVG est un droit et qu'il se doit d'être respecté. Pour cette première consultation, elles attendent une écoute sans

jugement et sans infantilisation, une objectivité, une neutralité et de l'empathie de la part du professionnel. Elles demandent à ce que le professionnel les rassure sur leurs choix et sur la poursuite de la démarche. Le soignant doit être compréhensif sur les raisons qui les poussent à faire ce choix.

Elles attendent une meilleure information sur les différentes méthodes possibles et leur déroulement. L'accompagnement et le soutien sont primordiaux : elles souhaitent une aide pour trouver les prochains rendez-vous ou les professionnels à contacter. Si c'est le souhait de la patiente, il faut penser à inclure le compagnon dans la démarche. Enfin, certaines femmes souhaitent être questionnée sur leur vécu psychologique : « Comment vivez-vous cette situation ? ».

4.6.2. Perspectives proposées par notre étude

Plusieurs propositions pour optimiser la bienveillance lors de la première consultation peuvent être proposées.

Il s'agirait tout d'abord d'améliorer l'information en amont. Nous avons vu qu'améliorer la bonne orientation des femmes pourrait diminuer les attitudes non bienveillantes. Il faut donc multiplier les moyens d'informations pour les femmes pour qu'elles s'adressent à des professionnels sensibilisés et formés. Le réseau REIVOC met déjà à disposition des femmes et des professionnels de santé une carte répertoriant les cabinets et les établissements réalisant les IVG. L'accès à cette carte interactive doit être beaucoup plus facile et le lien diffusé par les instances médicales (Unité Régionale des Professionnels de Santé (URPS)/Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)/ARS). Au niveau national, en lien avec le rapport du Haut Conseil à l'Egalité (30), le gouvernement a mis en place le site internet IVG.gouv.fr et un numéro vert depuis 2016.

L'information des professionnels de santé est primordiale. REIVOC a édité avec l'ARS une fiche mémo à destination de tous les professionnels médicaux recevant des femmes en consultation (Annexe 4). Cette fiche explique comment recevoir une demande d'IVG, les examens à prescrire et vers qui orienter. La diffusion se fait par le réseau et les URPS.

L'information en amont passe aussi par des campagnes d'information du grand public sur l'IVG. Une seule campagne a été effectuée en 2015 (30). Elle pourrait être réitérée. En effet, l'IVG concerne 1 femme sur 3 (36) et elle doit, à ce jour, être considéré comme un acte fréquent et de caractère urgent. Concernant les mineures, l'IVG de la femme jeune est souvent la conséquence d'un manque d'éducation sexuelle (32). La loi prévoit depuis 2001 (43), au moins trois séances annuelles d'éducation à la sexualité dans les

collèges et les lycées. Cette loi ne serait pas appliquée. Alors que c'est une mission des CDPEF et que de nombreuses associations proposent des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, ces séances sont difficiles à mettre en place. Ils restent toujours une forte réticence institutionnelle, des parents ou des enseignants (crainte d'initier des comportements sexuels plus prématurés (32)),

Il s'agirait ensuite d'améliorer l'accueil des femmes. Comme le proposait déjà I. Nisand (32), on peut envisager la mise en place de recommandations de pratique clinique pour l'accueil des femmes : accueil téléphonique, accueil médical et mise en place d'une formation à l'accueil des femmes. L'Occitanie est la première région à bénéficier de formations à destination des paramédicaux assurées par le réseau REIVOC.

L'écoute des femmes pourrait être améliorée. La première consultation serait le moment propice pour réaliser ce travail d'écoute et évaluer le ressenti des femmes. Ce travail est important puisque l'accueil et l'attitude de l'interlocuteur ont une incidence sur la prise en charge ultérieure et sur le ressenti des femmes (18). Une écoute bienveillante, « ce n'est ni encourager ni dissuader » (44). Ainsi, la formation des professionnels pourrait être améliorée. Les médecins généralistes en devenir pourraient avoir une meilleure sensibilisation à la non-bienveillance. Des vidéos ou des jeux de rôles pourraient être intégrés dans la formation. Par ailleurs, les formations ou la sensibilisation à l'IVG pourraient être multipliées pour les médecins généralistes diplômés. Bien que la possibilité de faire des IVG médicamenteuse en ville soit légale depuis 2001, encore beaucoup de professionnel ignorent que cela est possible ce qui ne leur permet pas de correctement orienter les femmes.

Afin d'améliorer l'accompagnement et le soutien des femmes, le lien avec le médecin traitant est important à entretenir. Il permet l'accès à un interlocuteur privilégié.

Pour améliorer l'attitude du professionnel de santé, nous devons « être le médecin de sa patiente et non le relai de ses propres convictions » (20). Les consultations doivent être sans jugement, ni attitudes moralisatrices ou culpabilisatrices. Le patient participe à « une décision médicale partagée » (34) et le professionnel doit respecter le choix de sa patiente.

Afin de diminuer la multiplicité des interlocuteurs, on pourrait envisager la création de structures ambulatoires dédiées uniquement aux IVG. Les femmes auraient donc un seul interlocuteur du début jusqu'à la fin que ce soit pour les IVG médicamenteuses ou chirurgicales (création de salles blanches dans ces structures pour la réalisation des IVG par aspiration sous anesthésie locale). Cette organisation est retrouvée en Belgique (45). Il n'existe en extra-hospitalier que des Centre de Planning Familial pour réaliser les IVG médicamenteuses et chirurgicales. Ces structures permettent la réalisation des IVG

chirurgicales sous anesthésie locale. Les rendez-vous sont donnés pour que l'accueillante et le médecin soient similaires entre les consultations. Aucune structure de ce type n'existe en Occitanie.

V. Conclusion

Suite à plusieurs témoignages de femmes, nous nous étions demandé si les attitudes non bienveillantes étaient fréquentes lors de la première consultation d'IVG. L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le soutien sont parmi les éléments indispensables à la première consultation d'IVG (14)(17)(18).

Notre étude a permis de montrer qu'environ un tiers à un quart des femmes ont ressenti des attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG : manque de réassurance (36%), mauvais accueil (28%), manque d'écoute (26%), professionnel froid (26%) ou jugeant (26%). Il existe pour 43% d'entre elles un manque d'accompagnement et de soutien pendant cette consultation.

Trois attitudes bienveillantes ressortent dans notre étude : la disponibilité des praticiens, le respect de la décision des femmes (pas de tentative de dissuasion de la part des professionnels), le respect et l'écoute de la parole des patientes.

Les femmes sans emploi et les ouvrières seraient deux catégories professionnelles pouvant ressentir un manque d'accompagnement et de soutien lors de cette consultation. Les médecins gynécologues et les praticiens de sexe masculin sont statistiquement moins accompagnants et soutenant. De même, il existe une différence significative lorsque le praticien est différent lors de la première consultation et les autres consultations d'IVG. En revanche, l'âge, la présence d'un médecin traitant ou l'absence de contraception ne seraient pas des facteurs pouvant majorer les situations non bienveillantes.

Le manque d'information pour les patientes et les professionnels, le manque de formation, ainsi que le manque de temps peuvent expliquer nos résultats. Une meilleure orientation des femmes dans leur démarche pourrait permettre d'améliorer l'accueil de celles-ci. Devant un manque relatif d'accompagnement et de soutien, il serait judicieux de proposer une sensibilisation plus importante des médecins à la bienveillance lors d'une démarche d'IVG. Le médecin généraliste a également un rôle d'interlocuteur prépondérant pour ces femmes tout au long de la démarche.

A notre connaissance, une étude comme celle-ci n'avait encore jamais été réalisée. Il serait intéressant de la reproduire dans d'autres régions et sur des échantillons de population plus importants. Il serait aussi utile de savoir si l'information en amont pour les femmes, ainsi que les praticiens, est suffisante. Enfin, une étude à double vision, coté médecin et côté patiente, serait intéressante afin de comparer le ressenti de chaque interlocuteur. En effet, on pourrait penser que certaines femmes peuvent projeter un sentiment de honte ou de culpabilité sur le soignant influençant leur ressenti sur sa bienveillance.

Cette étude ne permettait que de qualifier et recenser les attitudes non bienveillantes mais pour explorer le ressenti des femmes sur ce sujet précis une thèse qualitative pourrait être menée permettant d'explorer tout ce qui intervient dans l'identification du professionnel comme bienveillant ou non.

La première consultation est une étape importante pour les femmes en demande d'IVG. Un interlocuteur bienveillant est indispensable afin de les accompagner au mieux dans leur démarche.

Vu
Toulouse le 2/7/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 7 juillet 2020
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE



VI. Références bibliographiques

1. LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
2. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
3. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. 2014-873 août 4, 2014.
4. Singh S et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access [Internet]. Guttmacher Institute. 2018 [cité 27 nov 2019]. Disponible sur : <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
5. L'Alabama vote la loi la plus répressive des États-Unis sur l'avortement. Le Monde.fr [Internet]. 15 mai 2019 [cité 9 déc 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2019/05/15/l-alabama-vote-la-loi-la-plus-repressive-des-etats-unis-sur-l-avortement_5462285_3210.html
6. Le Texas déclare « non essentielles » les cliniques qui pratiquent l'avortement [Internet]. Amnesty France. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.amnesty.fr/droits-sexuels/actualites/le-texas-declare--non-essentielles--les-cliniques>
7. « Nous ne sommes pas là pour retirer des vies », assène le président du syndicat des gynécologues sur l'IVG [Internet]. Le Huffington Post. 2018 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/2018/09/12/le-president-du-syndicat-des-gynecologues-bertrand-de-rochambeau-sur-livg-nous-ne-sommes-pas-la-pour-retirer-des-vies_a_23524629/
8. CAB Solidarités, CAB Solidarités. IVG et COVID-19 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 avr 2020]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/ivg-et-covid-19>
9. Code de la santé publique - Article L2212-1. Code de la santé publique.
10. Broca A de. La bienveillance, cœur de tout soin. //www.em-premium.com/data/revues/17654629/v8i4/S1765462911000833/ [Internet]. 6 déc 2011 [cité 11 févr 2019] ; Disponible sur : <https://www-em--premium-com-s.docadis.upstlse.fr/article/678116/resultatrecherche/1>
11. Larousse É. Définitions : bienveillance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/9179>
12. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 9 déc 2019]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
13. Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale.
14. Martin S. Étude qualitative sur le vécu de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire. 5 mars 2014 ;105.
15. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 avr 2004 ;33(2) :125-30.
16. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. //www.em-premium.com/data/revues/03682315/unassign/S0368231516301594/ [Internet]. 29 oct 2016 [cité 11 févr 2019] ; Disponible sur : <https://www-em--premium-com-s.docadis.upstlse.fr/article/1091846/resultatrecherche/1>
17. Gorioux H, Bercier S. Vécu et besoins ressentis des femmes ayant réalisé une IVG médicamenteuse en ambulatoire. France ; 2018.
18. Rousset V, Thollot L. L'IVG médicamenteuse à domicile en soins primaires : une étude qualitative sur le vécu des femmes en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2015 [cité 3 sept 2018]. Disponible sur : <http://thesesante.upstlse.fr>

tlse.fr/959/

19. Vendittelli F, Lachcar P. Femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse et image échographique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. nov 2004;32(11):965-8.
20. Nouvellon M. Parcours de soins et vécu d'une interruption volontaire de grossesse réalisée en ville chez des médecins généralistes conventionnés : étude quantitative de 71 témoignages de femmes [Thèse d'exercice]. [2012-, France] : Aix-Marseille Université. Faculté de médecine ; 2018.
21. pcs2003-1-Agriculteurs exploitants | Insee [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
22. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013.
23. Divay S. L'ivg : un droit concédé encore à conquérir. *Travail, genre et sociétés*. 2003 ; N° 9(1) :197-222.
24. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/recours-moindre-ivg/>
25. INED - Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2015 [Internet]. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur : https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2015/T59_2015.html
26. Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. *Études et Résultats*, n°1081 ; 2018.
27. Moreau C2, Bajos N3, Bouyer J4, et le groupe Cocon. Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* volume 36 n° 1 ; 2005.
28. INED - Statistiques de l'Avortement en France. Annuaire 2015 [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur : https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2015/T52_2015.html
29. BAJOS (Nathalie), BAJOS (Nathalie), FERRAND (Michèle), BOVE (C.), HASSOUN (D.), BACHELOT (A.), et al. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Paris : INSERM ; 2002.
30. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Accès à l'avortement : D'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté. 2017.
31. REIVOC [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://reivoc.fr/>
32. Nisand I. L'IVG en France : Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. 1999 ;55.
33. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandation pour la pratique clinique, l'interruption volontaire de grossesse.
34. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013 ; 76.
35. Lelong N, Moreau C, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. /data/revues/03682315/00341-C1/53/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 16 avr 2020] ; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/115233>
36. Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. *Études et Résultats*, n°1125 ; 2019.
37. Mathieu M. Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France - Québec [Internet] [phdthesis]. Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis ; Université du Québec à Montréal ; 2016 [cité 11 févr 2019]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01515693/document>
38. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2018.

39. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
40. Vincent P. Motivations et freins des médecins généralistes installés en Haute Savoie à la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en ville. 7 mars 2019 ; 67.
41. Soufflet H. Impact d'une formation des professionnels de la santé à l'IVG médicamenteuse, sur la prise en charge et l'orientation des patientes en Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2016 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1283/>
42. Bousquet D, Laurant F. Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 2 Accès à l'IVG dans les territoires. Haut Conseil à l'Egalité entre les Hommes et les Femmes ; 2013 nov p. 101. Report No. : n°2013-11 04-SAN-009. [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/remise-du-rapport-ivg-a-la-737>
43. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
44. Dinechin B de. Entretien pré-IVG : Dire pour mieux comprendre. Laennec. 2002 ; Tome 50(3) : 37-44.
45. Glorie C. La pratique de l'interruption volontaire de grossesse en structure extra hospitalière en Belgique. 2013.

VII. Annexes

Annexe 1 : Prospectus

Bonjour,

Interne en médecine générale, je réalise une thèse sur les attitudes non bienveillantes lors de la toute première consultation ou contact avec un-e professionnel-le de santé pour votre (vos) Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse (IVG).

Si vous avez plus de 18 ans et que vous vivez dans la région ex Midi-Pyrénées, vous pouvez rentrer l'adresse internet ou flashez ce QR code ci-dessous afin de remplir mon questionnaire sur internet (les réponses sont anonymes).

<https://sec.thesesetse.fr/limesurvey/index.php/478967>



Il vous prendra entre 5 et 10 minutes.

Merci pour le temps que vous m'accorderez.

Marion Pilorge, interne en médecine générale

Bonjour,

Interne en médecine générale, je réalise une thèse sur les attitudes non bienveillantes lors de la toute première consultation ou contact avec un-e professionnel-le de santé pour votre (vos) Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse (IVG).

Si vous avez plus de 18 ans et que vous vivez dans la région ex Midi-Pyrénées, vous pouvez rentrer l'adresse internet ou flashez ce QR code ci-dessous afin de remplir mon questionnaire sur internet (les réponses sont anonymes).

<https://sec.thesesetse.fr/limesurvey/index.php/478967>



Il vous prendra entre 5 et 10 minutes.

Merci pour le temps que vous m'accorderez.

Marion Pilorge, interne en médecine générale

Bonjour à toutes,

Interne en médecine générale, je réalise une thèse sur les attitudes non bienveillantes lors de la toute première consultation ou contact avec un·e professionnel·le de santé pour votre (vos) Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse (IVG).

Si vous avez plus de 18 ans et que vous vivez en Occitanie Ouest (ex Midi-Pyrénées), vous pouvez flasher ce QR code ci-dessous afin de remplir mon questionnaire sur internet (les réponses sont anonymes).



Il vous prendra 5 à 10 minutes.

Merci pour le temps que vous m'accorderez.

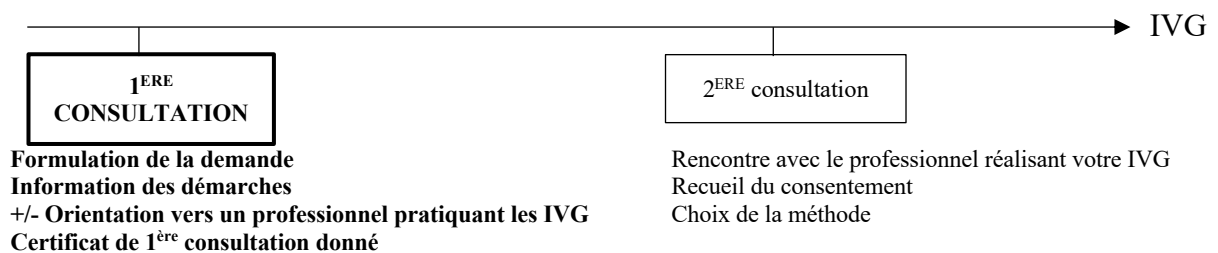
Marion Pilorge, interne en médecine générale

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire pour l'obtention de la thèse de médecine générale

Vous avez effectué **une ou des Interruption(s) Volontaire(s) de Grossesse (IVG)** dans votre vie en ex Midi-Pyrénées et vous avez **plus de 18 ans**, ce questionnaire s'adresse à vous.

Il cible plus précisément **la toute première consultation ou contact** que vous avez eu avec un·e professionnel·le de la santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme ou autre) :



Je m'intéresse tout particulièrement à ce premier contact médical (cela ne concerne pas les autres consultations de votre IVG) et aux attitudes non bienveillantes que vous auriez pu rencontrer lors de cette consultation.

Ce questionnaire vous prendra entre 5 et 10 minutes. Vous avez la possibilité de le remplir en version papier et de le rendre dans l'urne anonyme dédiée.

Vous pouvez aussi vous rendre à l'adresse internet suivante ou de flasher le QR code ci-dessous avec votre smartphone pour remplir le questionnaire anonyme à votre domicile.

<https://sec.thesetlse.fr/limesurvey/index.php/478967>



La date limite de retour de questionnaire est le : 17 décembre 2019
Merci pour le temps que vous m'accordez.

Marion Pilorge, interne de médecine générale

Informations générales

- o Quel est votre âge ?.....
- o Quelle est votre profession ?.....
- o Combien avez-vous eu : d'enfant(s) ?
d'IVG ?.....

Si vous avez effectué plusieurs IVG, merci de répondre pour deux de vos IVG (le questionnaire étant dupliqué deux fois)

Je vous remercie pour le temps que vous allez m'accorder. Votre témoignage est précieux pour améliorer la prise en charge lors de cette consultation.

Marion Pilorge

IVG 1 :

O En quelle année avez-vous effectué votre IVG (approximativement) ? :

Concernant cette première consultation :

- Dans quelle ville (et département) a-t-elle eu lieu ?

- Où a-t-elle eu lieu ?

☐ Dans un cabinet ☐ Planning familial ☐ A l'hôpital ☐ En clinique ☐ Autre (précisez) :
médical

- Par qui ? ☐ Médecin généraliste ☐ Médecin gynécologue ☐ Sage-femme

- La personne qui vous a reçue était : ☐ Un homme ☐ Une femme

- Pratiquait-elle régulièrement les IVG ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- La personne qui vous a reçue pour la première consultation était-elle celle qui a ensuite effectué votre IVG ? ☐ Oui ☐ Non

O Aviez-vous un·e médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, l'aviez-vous contacté.e pour cette demande d'IVG ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quand datait votre précédente consultation avec lui·elle ?

☐ Plusieurs jours ☐ Plusieurs semaines ☐ Plusieurs mois ☐ Plusieurs années ☐ Je ne sais pas

O Aviez-vous une contraception lorsque vous êtes tombée enceinte ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ? ☐ Pilule ☐ Implant ☐ DIU ☐ Préservatif ☐ Autres (précisez) :

Si non utilisiez-vous une méthode naturelle (calendrier, courbe de température, analyse de la glaire) ?

☐ Oui ☐ Non

Concernant la première consultation d'IVG (premier contact avec un·e professionnel·le de la santé) :

O Avez-vous ressenti un mauvais accueil ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O La personne qui vous a reçue était-elle froide avec vous ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Avez-vous reçu une écoute sérieuse et attentive ?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt oui

☐ Plutôt non

☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Avez-vous été entendue et respectée ?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt oui

☐ Plutôt non

☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O La personne qui vous a reçue était-elle disponible ?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt oui

☐ Plutôt non

☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Avez-vous été accompagnée et soutenue par cette personne ?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt oui

☐ Plutôt non

☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Vous êtes-vous sentie rassurée par la personne qui vous a reçue ?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt oui

☐ Plutôt non

☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O La personne qui vous a reçue manquait-elle de neutralité ?

☐ Tout à fait

☐ Plutôt oui

☐ Plutôt non

☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O La personne qui vous a reçue vous a-t-elle écoutée/entendue sans jugement ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O La personne qui vous a reçue a-t-elle tenté de vous dissuader lors de la prise de décision ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Avez-vous ressenti des attitudes culpabilisatrices venant de cette personne ?

(Sentiment d'avoir fait une faute, d'avoir transgressé une règle morale) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Avez-vous ressenti des attitudes moralisatrices ?

(La personne qui vous a reçue vous a-t-elle fait la morale ou sermonnée) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O Qu'est-ce qui vous aurait aidé lors de cette première consultation ? Quelles attentes aviez-vous de la personne qui vous a reçue lorsque vous avez formulé votre demande d'IVG ?

IVG 2 :

O En quelle année avez-vous effectué votre IVG (approximativement) ? :

Concernant cette première consultation :

- Dans quelle ville (et département) a-t-elle eu lieu ?

- Où a-t-elle eu lieu ?

- ☐ Dans un cabinet médical ☐ Au planning familial ☐ A l'hôpital ☐ En clinique ☐ Autre (précisez) :
- Par qui ? ☐ Médecin généraliste ☐ Médecin gynécologue ☐ Sage-femme
- La personne qui vous a reçue était : ☐ Un homme ☐ Une femme
- Pratiquait-elle régulièrement les IVG ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- La personne qui vous a reçue pour la première consultation était-elle celle qui a ensuite effectué votre IVG ? ☐ Oui ☐ Non

O Aviez-vous un·e médecin traitant ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, l'aviez-vous contacté.e pour cette demande d'IVG ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quand datait votre précédente consultation avec lui·elle ?

☐ Plusieurs jours ☐ Plusieurs semaines ☐ Plusieurs mois ☐ Plusieurs années ☐ Je ne sais pas

O Aviez-vous une contraception lorsque vous êtes tombée enceinte

☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ? ☐ Pilule ☐ Implant ☐ DIU ☐ Préservatif ☐ Autres (précisez) :

Si non utilisiez-vous une méthode naturelle (calendrier, courbe de température, analyse de la glaire) ?

☐ Oui ☐ Non

Concernant la première consultation d'IVG (premier contact avec un·e professionnel·le de la santé) :

O Avez-vous ressenti un mauvais accueil ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

O La personne qui vous a reçue était-elle froide avec vous ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

☐ Avez-vous reçu une écoute sérieuse et attentive ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout
Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

☐ Avez-vous été entendue et respectée ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout
Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

☐ La personne qui vous a reçue était-elle disponible ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout
Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

☐ Avez-vous été accompagnée et soutenue par cette personne ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout
Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

☐ Vous êtes-vous sentie rassurée par la personne qui vous a reçue ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout
Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

☐ La personne qui vous a reçue manquait-elle de neutralité ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout
Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

o La personne qui vous a reçue vous a-t-elle écoutée/entendue sans jugement ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

o La personne qui vous a reçue a-t-elle tenté de vous dissuader lors de la prise de décision ?

☐ Tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Pas du tout

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

o Avez-vous ressenti des attitudes culpabilisatrices venant de cette personne ?

(Sentiment d'avoir fait une faute, d'avoir transgressé une règle morale) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

o Avez-vous ressenti des attitudes moralisatrices ?

(La personne qui vous a reçue vous a-t-elle fait la morale ou sermonnée) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Informations supplémentaires que vous aimeriez donner :

o Qu'est-ce qui vous aurait aidé lors de cette première consultation ? Quelles attentes aviez-vous de la personne qui vous a reçue lorsque vous avez formulé votre demande d'IVG ?

CONTACTS UTILES

Orientation de la patiente

Carte interactive
des médecins et sages-femmes
pratiquant l'IVG médicamenteuse en ville



Liste des professionnels et établissements

prenant en charge l'IVG

www.reivoc.fr

www.ivglesadresses.org

www.ivg-midipyrenees.fr

Information de la patiente

Sites utiles :

www.reivoc.fr

www.ivg-gouv.fr (où vous pouvez trouver le dossier guide)

www.ivglesadresses.org

www.ivg-midipyrenees.fr (en cours de réactualisation régionale)

www.ancic.asso.fr

www.choisirsacontraception.fr

Numéros utiles :

Permanence téléphonique nationale : 0 800 08 11 11

(redirigée vers chaque département)

Permanence téléphonique régionale Occitanie : 0 800 80 10 70

Rappel de la législation

- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (loi Veil) relative à l'interruption volontaire de la grossesse, reconduite en 1979 et législation définitive au 1^{er} janvier 1980
- Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 Prise en charge à 100% de l'Assurance Maladie de l'IVG et des contraceptifs remboursables pour les 15-18 ans
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 Modernisation de notre système de santé, suppression du délai de réflexion obligatoire, prise en charge à 100% de tous les actes IVG, ouverture de la pratique des IVG médicamenteuses aux sages-femmes



© ars Occitanie, 01/2019

L'IVG

médicamenteuse en ville

Rôle du médecin généraliste ou de la sage-femme

Fiche mémo

Le choix entre 2 méthodes



En **médicine de ville**
jusqu'à 7 SA*



En **établissement de santé**
jusqu'à 9 SA*
- IVG médicamenteuse
jusqu'à 14 SA*
- IVG chirurgicale

Les autres consultations seront assurées par l'orthogéniste : médecin ou sage-femme, formé et agréé.

La première consultation au cours de laquelle la femme exprime sa demande d'IVG peut se faire auprès de tout médecin (généraliste ou spécialiste) ou de toute sage-femme quelle que soit sa structure d'exercice.

OBJECTIFS DE LA CONSULTATION DE PREMIÈRE DEMANDE D'IVG

- **Recueil de la DEMANDE d'IVG**
- **Prescription du BILAN** nécessaire à la consultation avec l'orthogéniste *BHCG plasmatiques quantitatifs* à faire la veille de la consultation avec l'orthogéniste *Échographie de datation* (en précisant sur l'ordonnance, après accord de la patiente, qu'il s'agit d'une IVG), *Groupe sanguin* si la patiente n'a pas de carte de groupe
- **Rédaction du PREMIER CERTIFICAT** (voir modèle ci-après)
Le délai de 7 jours n'existe plus mais 2 consultations préalables à l'IVG restent nécessaires.
- **Remise des COORDONNEES** des professionnels pratiquant l'IVG proches de chez la patiente (voir contacts en dernière page)
La patiente doit pouvoir s'y rendre dans les 5 jours maximum, même si elle n'a pas encore réalisé l'ensemble des examens prescrits. En fonction du terme, l'orthogéniste proposera à la patiente la méthode adaptée à son terme et à sa préférence.



LES EXAMENS À PRESCRIRE



Un Bilan biologique



Une échographie

Faire pratiquer
BHCG plasmatiques quantitatives
Groupe Rhésus RAI
(en l'absence de carte de groupe)

Faire pratiquer une échographie
de datation pour IVG
DDR =

Code FPB (cotation permettant
la prise en charge dans le forfait à 100%)

Code IPE (cotation permettant la prise en
charge dans le forfait à 100%)

*Merci de permettre à la patiente
de ne rien voir ni entendre si elle le désire.*

REMBOURSEMENT ET PRISE EN CHARGE

Forfait IVG médicamenteuse prise en charge à 100%
avec dispense d'avance de frais possible (tiers payant) :

- > Consultations IVG
- > Entretien psycho-social
- > Médicaments
- > Radiologie et Biologie avec les **codes IPE et FPB**
(groupage et BHCG)



Spécificités pour la femme mineures

- Droits identiques à ceux des autres patientes +
- > Accompagnement par un majeur de son choix
- > Entretien psycho-social pré IVG obligatoire avec délivrance d'attestation
(les coordonnées seront communiquées par l'orthogéniste)
- > Dispense d'avance de tous les frais pour les mineures dans le secret

MODÈLE DE LETTRE DE LIAISON AVEC L'ORTHOGÉNISTE PRATIQUANT L'IVG

*Je soussigné(e)
certifie que Mme âgée de ... est venue me consulter le
pour une demande d'IVG.*

Veuillez trouver ci-joint les informations relatives à Mme

DDR :
contraception actuelle :

BHCG plasmatiques: ☐ faits le
quantitatifs **résultat :**

ou

☐ prescrits ce jour pour
a veille de votre consultation

Échographie de datation ☐ faite le

datation : SA + j

ou ☐ prescrite ce jour

Groupe sanguin :

ou ☐ prescrit ce jour

Je vous remercie de ce que vous ferez pour elle

Annexe 5 : Commentaires libres

Avez-vous ressenti un mauvais accueil ?	« Mon gynécologue n'étant plus sur Toulouse j'ai dû me débrouiller seule car pas de gynécologue disponible et pas d'orientation vers un professionnel compétent. » « Ma gynécologue m'a répondu qu'elle ne tuait pas les enfants mais les mettait au monde. Elle m'a dit de m'adresser à un planning familial sans me donner d'adresses ni de numéro de téléphone. Je n'y suis plus retournée. » « J'étais hospitalisée pour hyperemese gravidique et double embolie pulmonaire. On ne pouvait donc pas garder cet enfant qui était désiré. » « Le médecin étais contre ivg » « Ce n'était Pas contre eux mais je me sentais mal personnellement au fond de moi » « Très accueillant et rassurant » « La médecin gynécologue qui m'as reçu était la remplaçante de ma gynécologue habituelle, je venais car mon test sanguin était positif et que j'avais un stérilet. Elle m'a retiré le stérilet mais ne m'as même pas demandé si je souhaitais le garder, c'est moi qui ai dû demander comment cela ce passait pour demander une IVG, elle m'as demandé de rappeler le cabinet la semaine suivante pour voir ça avec ma gynécologue à son retour. » « Mon médecin traitant est très bienveillant, empathique et à l'écoute » « Les informations qu'elle m'a donnée par téléphone était fausses. Je suis venue la voir pour rien et elle m'a fait perdre du temps car ne pouvait rien faire. Elle m'a toutefois donné une liste de médecins généralistes pratiquant les IVG médicamenteuses » « Accueil et écoute bienveillants » « Sage-femme très rassurante sur les pratiques de l'IVG » « J'étais/j'agissais sous le joug de mon copain de l'époque. Je ne désirais pas avorter. » « Jugement, moralisatrice » « J'ai été consulter une proche sage-femme que je savais féministe, suite à une très mauvaise expérience lors de ma précédente IVG » « Au contraire, tout le personnel de la case de santé est très disponible et à l'écoute, super équipe et qui expliquent et rassurent bien. » « Suite à ma précédente expérience d'IVG, je suis allée voir une sage-femme que je savais féministe » « Hôpital j. Ducuing. Merveilleux pro ! » « Moralisateur »
--	---

La personne qui vous a reçue était-elle froide avec vous ?	« Je n'ai eu que le secrétariat » « Voir le commentaire de dessus » « Personne froide qui a fait la morale et je me suis senti très mal » « Elle était normale » « La médecin gynécologue qui m'as reçu était la remplaçante de ma gynécologue habituelle, je venais car mon test sanguin était positif et que j'avais un stérilet. Elle m'a retiré le stérilet mais ne m'as même pas demandé si je souhaitais le garder, c'est moi qui ai dû demander comment cela se passait pour demander une IVG, elle m'as demandé de rappeler le cabinet la semaine suivante pour voir ça avec ma gynécologue à son retour. » « Aucune question sur mon moral alors que je pleurais. Pas de volonté d'être rassurant, en expliquant précisément le processus par exemple et la suite) » « Elle souhaitait que je change d'avis » « Très bonne écoute » « Elle m'a conseillé et vivement conseiller prendre le médicament 2 jours après notre RDV, sans me demander si j'étais stable psychologiquement et sans me parler des autres alternatives de suite » « J'ai été accompagné par une amie. J'ai été coachée par téléphone par le planning familial 31? L'amie est restée avec moi toute la consultation. Nous nous étions préparés. Nous avons préparé une liste de questions. » « Il était taiseux, ce qui ne met pas à l'aise. » « Bienveillance et professionnelle » « J'ai fait une bêtise »
Avez-vous reçu une écoute sérieuse et attentive ?	« Débrouillez-vous » « Idem » « La médecin gynécologue qui m'as reçu était la remplaçante de ma gynécologue habituelle, je venais car mon test sanguin était positif et que j'avais un stérilet. Elle m'a retiré le stérilet mais ne m'as même pas demandé si je souhaitais le garder, c'est moi qui ai dû demander comment cela se passait pour demander une IVG, elle m'as demandé de rappeler le cabinet la semaine suivante pour voir ça avec ma gynécologue à son retour. » « C'est un moment douloureux, ou une écoute active et primordiale. Ce n'est pas une course quand nous sommes dans les délais, inutile de mettre la pression » « J'étais très ému car au début j'ai été baladé de service en service mais chaque personne m'a rassurée et écoutée » « Je n'ai pas eu de soutien/le soutien que j'attendais pour me donner le courage d'assumer mon choix. »

	« Il n'y avait pas vraiment d'écoute on vient pour ça la sage-femme fait ce qu'on lui demande » « Ne recommencez pas »
Avez-vous été entendue et respectée ?	« Entendu par la secrétaire mais ni aidée ni orientée » « Le gynécologue ne mesurait pas la détresse dans laquelle j'étais A ce moment-là. » « Jugement, infantilisation » « La médecin gynécologue qui m'as reçu était la remplaçante de ma gynécologue habituelle, je venais car mon test sanguin était positif et que j'avais un stérilet. Elle m'a retiré le stérilet mais ne m'as même pas demandé si je souhaitais le garder, c'est moi qui ai dû demander comment cela se passait pour demander une IVG, elle m'a demandé de rappeler le cabinet la semaine suivante pour voir ça avec ma gynécologue à son retour. » « On ne pouvait pas réaliser une ivg à cet endroit il fallait que je me déplace hors Toulouse et je ne voulais pas de cette grossesse. C'était très violent. » « Quand je me suis imposée, elle n'a pas eu le choix que de me donner d'autres alternatives, en manifestant un air déçu » « Oui car j'ai pu réaliser l'IVG » « La pour faire le job »
La personne qui vous a reçue était-elle disponible ?	« Pas de gynécologue disponible » « C'est un grand professeur. » « C'était son travail en même temps » « il a pris le temps qu'il fallait même si ça l'a sans doute retardé » « C'était sur une permanence, trop tard pour moi elle n'a pas pris trop de temps. » « On n'a pas trop eu le temps de discuter (prise du cachet +15min) : environ 30 min de consultation. »
Avez-vous été accompagnée et soutenue par cette personne ?	« Suite à l'ivg, il m'a demandé d'entamer les démarches pour ligaturer les trompes, car je ne pouvais plus prendre de pilules, ni de stérilet aux hormones. » « Elle m'a juste fait l'ordonnance pour la prise de sang sans me poser une seule question » « Et à la lecture de cette prise de sang elle m'a dit de me rendre à l'hôpital (j'étais à 6 semaines) » « Je ne l'ai jamais revue en suivant de la 1 1ere consultation » « Culpabilisation » « La médecin gynécologue qui m'as reçu était la remplaçante de ma gynécologue habituelle, je venais car mon test sanguin était positif et que j'avais un stérilet. Elle m'a retiré le stérilet mais ne m'as même pas demandé si je souhaitais le garder, c'est moi qui ai dû demander comment

	cela se passait pour demander une IVG, elle m'a demandé de rappeler le cabinet la semaine suivante pour voir ça avec ma gynécologue à son retour. » « On n'a pas reparlé de cette IVG. » « Merci, rentrez chez vous ... » « Un peu d'eau ? (Voyant que je craquais) » « Cette grossesse était un accident car le préservatif a eu un souci. » « On souhaitez le garder mais la maladie a repris le dessus et l'embryon avait un hématome important. »
Vous êtes-vous sentie rassurée par la personne qui vous a reçue ?	« Elle n'avait pas l'air de bien connaître les démarches j'étais un peu perdue » « Au contraire » « La médecin gynécologue qui m'as reçu était la remplaçante de ma gynécologue habituelle, je venais car mon test sanguin était positif et que j'avais un stérilet. Elle m'a retiré le stérilet mais ne m'as même pas demandé si je souhaitais le garder, c'est moi qui ai dû demander comment cela se passait pour demander une IVG, elle m'as demandé de rappeler le cabinet la semaine suivante pour voir ça avec ma gynécologue à son retour. » « En recevant les résultats de la prise de sang (positive), alors que j'ai 17 ans et que je suis seule au rendez-vous, sa réaction est de me dire " C'est une bonne nouvelle, au moins vous êtes fertile"» « Scénario catastrophe et sous pression. Il faut vite prendre le médicament sinon nous ne sommes plus dans les délais, vous allez beaucoup saigner, risque de diarrhées et vomissements » « Pas de douche, pas de bain » « La pour faire le job »
La personne qui vous a reçue manquait-elle de neutralité ?	« Secrétaire » « C'était clair elle était contre l'avortement » « Elle m'a fait une remarque sur le fait que je ne souhaitais pas de contraceptifs médicalisés » « la sage-femme avait elle-même déjà eu recours à l'IVG avant d'avoir eu des enfants » « S'est permis de juger ma situation » « Morale »
La personne qui vous a reçue vous a-t-elle écoutée/entendue sans jugement ?	« Secrétaire » « "j'étais inconsciente" » « Elle était neutre "comme un robot", manque d'humanité »

	« Sans le vouloir, elle jugeait négativement le fait que je ne souhaite pas prendre de contraceptifs » « À la fin quand je lui ai dit NON au médicament d'autres choix sont arrivés » « Malgré cela on pense toujours qu'il y a un jugement derrière » « Voir commentaire ci-dessus »
La personne qui vous a reçue a-t-elle tenté de vous dissuader lors de la prise de décision ?	« J'étais dans une situation difficile (victime de violence) et déterminée à arrêter cette grossesse. » « Mais elle m'a demandé si ma décision était bien définitive »
Avez-vous ressenti des attitudes culpabilisatrices venant de cette personne ? (Sentiment d'avoir fait une faute, d'avoir transgressé une règle morale)	« Quand je lui ai dit que je venais de faire une double embolie pulmonaire alors que je me plaignais de douleurs thoraciques depuis plus d'une semaine avant ivg. Il pensait que j'étais simplement constipée, et donc il m'a demandé poste ivg de retourner voir mon gynécologue de ville pour la suite. » « J'ai eu le regret de tomber enceinte à cause d'un temps de latence entre l'arrêt de ma pilule contraceptive (qui faisait l'objet d'un arrêt pour raisons sanitaires) et un autre mode auquel je n'étais pas assez sensibilisée et attentive. Mon médecin a semblé désappointé par mon manque d'informations et j'aurais aimé un jugement moins hâtif » « A l'époque j'utilisais avec mon compagnon le préservatif mais uniquement lors de période à risque. Le médecin m'a fait comprendre que c'était un peu "stupide" (sans utiliser ce mot). » « Sur le retard de mouvement oui. » « C'était ma deuxième IVG (la première était en Australie) et je n'ai pas senti une attitude culpabilisatrice à proprement parler mais une sorte de jugement quand même alors que mes 2 IVG ont eu lieu après être tombée enceinte deux fois sous stérilet (1e fois en Australie, la deuxième, en France à Toulouse). » « Ce médecin m'a rappelé que je devais bien réfléchir parce que c'était un choix que je pourrais regretter toute ma vie. Je me suis sentie nulle ne n'avoir pas su éviter cette situation mais j'étais tellement sûre de ne pas vouloir élever d'enfant à cet âge que j'ai pris sur moi. » « Elle a été très à l'écoute, compréhensive et sans jugement, dans ce moment difficile. » « Le gynécologue ne m'a pas adressé de propos d'ordre moral mais il a pris sa voix de papa parce qu'avorter c'est avoir mal géré sa contraception. On a l'impression d'être légère alors que non. J'étais à 3 mois après mon premier IVG et je ne savais pas qu'il y avait un pic de fertilité à ce moment-là. » « Je ne suis pas maligne »
Avez-vous ressenti des attitudes moralisatrices ? (la personne qui vous a reçue vous a-t-elle fait	« Juste sur la bonne utilisation de la contraception et le manque de fiabilité des calculs de son cycle. » « Il m'a précisé qu'il fallait éviter les IVG pour ma santé. C'était ma première IVG et j'avais déjà un enfant. J'en voulais un autre mais j'étais célibataire et j'avais mis un préservatif. La décision était déjà difficile. Il ne m'a pas aidée. »

la morale ou sermonnée)	« Pourquoi ne prenez-vous pas la pilule ? Pourquoi avoir arrêté ? » « Sur mon couple oui »
Qu'est-ce qui vous aurait aidé lors de cette première consultation ? Quelles attentes aviez-vous du professionnel·le de santé lorsque vous avez formulé votre demande d'IVG?	« Mon gynécologue ne m'ayant pas prescrit de contraception à 45 ans ! c'est naturellement vers lui que je me suis tournée lorsque je suis tombée enceinte. Ce dernier ayant quitté la région, et personne ayant repris sa patientèle... je n'ai pu avoir aucune information précise de la part du secrétariat ! Je n'ai pas eu le réflexe de me tourner vers mon médecin traitant car je ne pensais pas qu'il pouvait me renseigner. J'ai tenté de contacter un autre gynécologue qui a refusé de me recevoir car il ne pratiquait pas l'IVG il n'a pas su m'orienter vers un autre professionnel! il m'a seulement indiqué de faire une prise de sang et un échographie de datation. Grace au laboratoire d'analyse, j'ai trouvé une sage-femme qui m'a fait l'écho et m'a orienté vers un Médecin compétent. » « C'est un droit, n'avoir aucun jugement sur la personne, être écouté et comprendre les raisons. A l'époque je n'étais encore qu'une étudiante » « De la compréhension à cause de la maladie (hyperemese gravidique), car à ce jour personne ne sait soigner cette maladie. Il pensait simplement que c'était de fortes nausées de grossesse. » « Qu'il soit à l'écoute sans jugement » « Plus de détails sur le déroulement de l'ivg, dans mon cas j'ai fait la méthode médicamenteuse et je ne sais pas quel était le processus exact ce qui m'as dérangée » « Pas de jugement, pas d'air hautain, pas d'infantilisation. Accompagnée de mon conjoint, il n'a absolument pas été considéré par le médecin » « J'aurais aimé savoir exactement ce que je pouvais faire : à aucun moment elle ne m'a parlé de l'ivg médicamenteuse à domicile. Elle ne m'avait pas plus prescrit d'échographie pour une datation... » « De l'écoute Et de la compréhension. Et savoir me donner les bonnes informations » « J'attendais des réponses à toutes mes interrogations et que l'on m'aiguille très clairement sur les démarches à suivre. J'étais terrifié et extrêmement peiné, j'avais besoin de quelqu'un qui puisse me rassurer et me dicter ce qu'il fallait faire. » « Rassurante, bienveillance, non jugement, une vraie écoute » « Pas de jugement et du réconfort, une oreille attentive et de l'objectivité » « Que l'on m'écoute » « Elle a été parfaite et m'a beaucoup informé » « Qu'elle me demande si je souhaitais poursuivre ou non la grossesse et qu'elle m'explique comment l'IVG aller se dérouler plutôt que de me laisser comme ça en me disant "Vous verrez la semaine prochaine". Qu'elle me demande si ça allait, comment je me sentais, «

« Neutralité, accompagnement, écoute et aide dans le passage à "l'acte" »

« 1er RDV avec mon médecin traitant qui a trouvé le plus rapidement possible un rdv avec un gynécologue pratiquant les IVG. Médecin très compréhensif.
mais ensuite rdv avec le gynécologue très rapide et froid. J'aurais souhaité un peu plus d'humanité, d'explication et d'accompagnement. »

« Qu'on me prenne en charge rapidement »

« Un peu plus de bienveillance et d'empathie comme c'était ma deuxième IVG sous stérilet et qu'on m'explique ce qui a pu poser problème hormis "vous êtes trop fertile" -> la faute m'incombe quelque part alors que je pensais être protégée convenablement sous stérilet (les deux fois, donc). »

« Qu'elle me donne directement l'adresse de personnes pratiquant une IVG. »

« J'attendais de l'écoute et de l'empathie. La sage-femme qui m'a reçu avait ses compétences. »

« J'aurais voulu qu'il fasse preuve de compassion, qu'il comprenne la difficulté de la décision et qu'il me donne les moyens d'être plus sûre de moi. Par exemple par une information sur les délais exacte, le protocole, la possibilité de se revoir avant de prendre une décision ferme, être rassurant techniquement. Me dire que c'était mon droit. »

« De la compassion ou d'un moins de la neutralité, pas de jugement. »

« La consultation a répondu à mes attentes, le médecin était plein tact, et de gentillesse, il m'a demandé si je voulais regarder ou non pendant l'échographie afin de ne pas commettre d'impair. »

« Accès à mes droits/une écoute de Ma situation personnelle et de mes émotions sans jugement/être accueillie dans un lieu dédié aux ivg (et pas aux femmes enceintes) /une solidarité et un soutien sans jugement/la possibilité de revenir en parler plus tard/ une déculpabilisation de l'acte par une bienveillance et des sourires "ce n'est pas si grave" en opposition de comportements qui te dise "tu es un monstre" »

« J'aurais été plus à l'aise si la personne avait été plus à l'écoute mais je n'étais pas la seule à voir et je comprends. »

« Je ne m'attendais pas à ce que ça le touche autant. Plus de neutralité et de légèreté auraient été bienvenus. Pas d'attente particulière il me semble.
Aujourd'hui je me dis qu'on aurait pu discuter de ma sexualité et même de ma vie en général, J'oubliais souvent de prendre cette pilule. Il ne me semble pas l'avoir évoqué au cours de cet entretien. »

« Une explication simple des IVG possibles. »

« Aide pour trouver le prochain rdv. Et elle l'a fait »

« Qu'elle soit plus informée sur les méthodes et l'endroit de réalisation d'une IVG »

« Une écoute sans jugement, l'IVG n'était pas une décision simple à prendre »

« J'attendais d'être rassurée et non jugée et ça s'est très bien passée ainsi.

« J'attendais une écoute et un soutien dans ma prise de décision. Ce qui a été le cas. Elle m'a laissé le choix de garder ou pas cette grossesse non voulue. Et j'ai fait le chemin de la décision d'IVG toute seule.

« - une écoute active

- un questionnement sur ce que je ressentais

- conseil sur les différents choix de suite »

« Je voulais surtout qu'elle me renseigne sur la démarche à suivre. Elle a été très avenante avec moi mais les lieux où elle m'a dirigé n'était pas forcément les plus adaptés. J'ai dû au final me débrouiller seule pour comprendre les démarches à faire. »

« J'attendais une personne calme et compréhensive, ce que j'ai eu. Je suis rassurée. »

« Un bémol : "nous allons voir si la grossesse est évolutive" -> terme non expliqué, non compris donc pas prévenus de la possibilité de la fausse couche... (infos prise auprès d'une amie sage-femme). »

« Affirmer que la mère est seule à décider puisqu'elle est seule à assumer = choix de la mère > choix du père »

« Mes attentes étaient de m'orienter vers la démarche à suivre, répondre à mes questions et mes peurs »

« Empathie, explication de la procédure »

« Rien »

« J'attends à ne pas être jugée ET à être soutenue dans ma décision »

« J'avais 20 ans, j'avais besoin de soutien pour cette épreuve, j'aurais eu besoin d'une écoute psychologique (que j'ai eue, mais pas lors de la première consultation). J'ai eu le sentiment de commettre une faute lors de cette première consultation, c'était une épreuve dans l'épreuve. »

« Elle a été sans reproches »

« Elle a entièrement répondu à mes attentes : un accompagnement sans aucun jugement et une écoute attentive à mes questions »

« Une attitude non-jugeante m'aurait aidé. Même si dans le discours la sage-femme était professionnelle et neutre, ses expressions (communication non-verbale) traduisaient tout autre chose. »

« J'attendais des ordonnances. J'aurais aimé plus d'attention quant à mon moral et plus de délicatesse dans les propos. Je ne comprends pas qu'un médecin ne demande pas dans ces cas-là (et dans d'autres) : "Comment allez-vous ?" "Comment vivez-vous cette situation ?". »

	« C'était très bien, du 1er accueil au médecin en passant par le brancardier, tout le monde a été sympa et bienveillant et j'ai très bien vécu cette ivg, un sentiment de libération à mon réveil jamais ressenti jusque-là. Des gens extraordinaires »
--	---

Study of non benevolent attitudes during the first medical consultation for an abortion in western Occitania.

Background. Non benevolence can be defined as the absence of empathy mixing attentiveness, respect, reassurance, support and non-judgment. An abortion requires multiple medical consultations. It is during the first consultation that the woman expresses her choice of terminating the pregnancy. This first consultation can be done with any health-care provider. Qualitative studies have shown that during abortions, non-benevolent attitudes from health-care providers have been felt by women. The objective of this study was to assess the frequency and to identify non benevolent attitudes during the medical consultation for an abortion. **Method.** A descriptive observational study was done based on a questionnaire, both paper and electronic, filled by women from 18 to 55 years old, having or having had an abortion in western Occitania. The questionnaire was distributed in different hospitals or primary cares organizations and were filled from June 17th to December 17th 2019. **Results.** According to our study, a third to a quarter of women have felt different non benevolent attitudes during the first medical consultation: lack of reassurance (36%), poor reception (28%), lack of attentiveness (26%), detached personnel (26%) or judgmental personnel (26%). For 43% of them, there is a lack of care and support during this consultation. Three benevolent attitudes have been noted: availability, respect of the decision, attentiveness and respect of the women's right to speak. **Conclusion.** This study has enabled to show a significant amount of non-benevolent attitudes during the first medical consultation for an abortion. It would be adapted to better the counsel and the information given to women before the consultation. In the face of the lack of care and support during this consultation it would be wise to propose more training for the doctors, or raise awareness to benevolence during an abortion. The general practitioner has, in all likelihood, a leading role as a chosen intermediary for these women during the abortion process.

Keywords : Abortion, kindness, non benevolent, pre-abortion interview, experience abortion, IVG support, general practice

Étude des attitudes non bienveillante lors de la première consultation d'Intervention Volontaire de Grossesse en Occitanie Ouest.

Contexte. La non-bienveillance peut être définie comme une absence d'attitude empathique mêlant l'écoute, le respect, la réassurance, le soutien et l'absence de jugement. La réalisation d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) nécessite plusieurs consultations. C'est au cours de la première consultation que la femme exprime son choix d'interrompre sa grossesse. Cette première consultation peut se faire auprès de n'importe quel professionnel de santé. Des travaux qualitatifs montrent qu'au cours de l'IVG, il peut exister des situations vécues comme non bienveillantes. Le but de notre étude était d'évaluer la fréquence et d'identifier les attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG. **Méthode.** Une étude observationnelle descriptive a été faite à partir d'un questionnaire papier et électronique auprès de femmes entre 18 et 55 ans réalisant ou ayant réalisé une IVG dans la zone Ouest de la région Occitanie. Ce questionnaire a été diffusé dans différentes structures hospitalières ou ambulatoires. La période de recueil s'est étendue du 17 juin au 17 décembre 2019. **Résultats.** Selon notre étude, un tiers à un quart des femmes ont ressenti différentes attitudes non bienveillantes lors de la première consultation : manque de réassurance (36%), mauvais accueil (28%), manque d'écoute (26%), professionnel froid (26%) ou jugeant (26%). Il existe pour 43% d'entre elles un manque d'accompagnement et de soutien pour cette consultation. Trois attitudes bienveillantes ressortent dans notre étude : la disponibilité, le respect de la décision prise, l'écoute et le respect de la parole des femmes. **Conclusion.** Cette étude a permis de mettre en évidence une proportion non négligeable d'attitudes non bienveillantes lors de la première consultation d'IVG. Il conviendrait d'améliorer l'orientation des femmes ainsi que l'information en amont. Devant un manque relatif d'accompagnement et de soutien, il serait judicieux de proposer une sensibilisation voire une formation plus importante des médecins à la bienveillance lors d'une démarche d'IVG. Le médecin traitant a probablement un rôle d'interlocuteur prépondérant pour ces femmes tout au long de leur démarche.

Mots clés : Intervention volontaire de grossesse, IVG, bienveillance, entretien pré-IVG, vécu IVG, accompagnement IVG, médecine générale

Auteur : Marion PILORGE

Thèse soutenue le 22 septembre 2020 à Toulouse

Directeur de thèse : Dr Anne Saint-Martin

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 4, France