



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes désirant une interruption volontaire de grossesse attendent plus de 9 semaines d'aménorrhée pour leur demande ?

Thèse Qualitative

Présentée et soutenue publiquement le 9 février 2017 à 16h00
Au Pôle Recherche
Par Florent Lefranc

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie Catteau-Jonard

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe Deruelle

Monsieur le Docteur Didier Hubert

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe Hannequart

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
βHCG	Fraction Béta de l'Hormone Chorionique Gonadotrope
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
E/P	Oestro-Progestatif
μP	Micro-Progestatif
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HAS	Haute Autorité de Santé
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SA	Semaine d'Aménorrhée

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. L'IVG en quelques dates	2
II. L'IVG en quelques chiffres.....	2
III. Les méthodes abortives.....	3
Matériels et méthodes.....	6
I. Sélection des patientes.....	6
II. Le guide d'entretien	6
III. Déroulement des entretiens.....	7
IV. Retranscription des résultats	7
V. L'analyse des données	8
Résultats	9
I. Caractéristiques de l'échantillon de patientes.....	10
II. Les raisons du retard de prise en charge avant l'entrée en parcours de soins	13
1) Liées au mode de découverte de la grossesse	13
a. Erreur d'interprétation des cycles menstruels	13
b. Erreur d'interprétation des signes cliniques de grossesse	14
c. Délai autour du test de grossesse	15
2) Liées aux difficultés socio-économiques	16
a. Problèmes de couple	16
b. Précarité	17
3) Liées à l'utilisation de la contraception	18
a. Problème d'observance	18
b. Intolérance de la contraception	19
c. Echec de la contraception d'urgence	20
4) Liées à l'ambivalence	20
a. Indécision.....	20
b. Regrets	21
c. Peur du geste ou de la situation	21
d. Attitude passive	21
III. Les raisons du retard de prise en charge lors du parcours de soins.....	22
1) Passage par le médecin traitant.....	22
2) Difficulté d'entrée dans le parcours de soins et passage par le planning familial.....	22
3) Passage par le gynécologue	23
4) Problèmes de santé intercurrents.....	24
5) Délai de réflexion.....	25
IV. Remarques des patientes	25
1) Fluidité du parcours de soins en centre d'IVG.....	25
2) Remarques des patientes sur leur prise en charge	26
V. État des connaissances des patientes sur l'IVG	27
Discussion	29
I. Limites et forces de l'étude	29

1) Limites	29
2) Forces	30
II. Analyse des résultats.....	30
1) Les raisons d'un retard de prise en charge	31
a. Usage de la pilule du lendemain	31
b. Test de grossesse positif et dosage de β HCG	32
c. Délai de réflexion	34
d. Problèmes de santé intercurrents	35
e. Déontologie douteuse	36
f. Précarité.....	37
1. Sociale.....	37
2. Couples instables	37
3. Les femmes mineures et jeunes patientes	38
g. Méconnaissance des cycles menstruels	39
2) Etat des connaissances des patientes	39
a. L'IVG et les moyens d'information	39
1. Internet	40
2. Le bouche à oreille	40
3. Information scolaire	41
4. Information par les professionnels de santé	41
5. Télévision/ Presse/ Radio	42
b. La contraception	42
Conclusion.....	44
Références bibliographiques	45
Annexes	49
Annexe 1 : Note d'information à l'attention des patientes	49
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	50
Annexe 3 : Formulaire de consentement	51

RESUME

Contexte : Environ 220.000 IVG par an sont réalisées en France, ce chiffre est stable depuis plusieurs années. Les IVG médicamenteuses sont réalisables jusqu'à 9 SA contrairement aux IVG par aspiration possibles jusqu'à 14 SA, plus complexes et moins bien tolérées. Les IVG sont médicamenteuses dans seulement 57 % des cas, alors que 84 % des femmes souhaiteraient cette méthode. L'étude s'intéresse aux raisons du dépassement du délai de 9 SA pour une demande d'IVG.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par le moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Les patientes recrutées avaient réalisé une IVG par aspiration après 9 SA.

Résultats : Sur 37 patientes éligibles, 19 ont accepté de participer à l'étude. 5 cas ont été exclus car il s'agissait d'un échec d'IVG médicamenteuse ou d'un souhait de réaliser une IVG par aspiration avant 9 SA. Les patientes étaient âgées de 15 à 40 ans, avec une moyenne à 24,9 ans. Avant l'accès au parcours de soins, les raisons principales du retard de prise en charge étaient les retards de diagnostic de grossesse, les erreurs de contraception ou l'ambivalence. Après l'accès aux soins, il existait une perte de temps dans la réalisation d'examens inutiles, des défauts d'orientation, d'information ou un délai de réflexion imposé alors qu'il n'est plus obligatoire. Globalement, les patientes avaient des connaissances lacunaires sur la physiologie des cycles menstruels, la contraception, les méthodes d'IVG et le parcours à suivre.

Conclusion : Les femmes souhaitant réaliser une IVG sont souvent mal informées sur les moyens disponibles et les façons d'y accéder. Les délais de prise en charge ont été particulièrement importants lors d'erreur de contraception ou de grossesse non suspectée. Une sensibilisation plus importante des médecins généralistes concernant la contraception, l'information des patientes sur les cycles menstruels et l'IVG pourrait éviter ces situations de retard.

INTRODUCTION

I. L'IVG en quelques dates

Le 31 juillet 1920, la loi pénalise l'interruption volontaire de grossesse (IVG), l'avortement est un crime et l'usage de la contraception est un délit. L'usage d'une contraception sera dépenalisé en 1967, par la loi Neuwirth. (1)

Les travaux de Madame Simone Veil permettent, le 17 janvier 1975, la dépenalisation de l'IVG. La limite légale pour l'IVG est alors de 12 semaines d'aménorrhée (SA). (2)

Le 31 décembre 1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale. (3)

Le 23 septembre 1988, la mifepristone (RU 38486) obtient l'autorisation de mise sur le marché (AMM). La France est alors l'un des premiers pays à donner cette autorisation pour la réalisation d'IVG médicamenteuse. Auparavant, seule l'aspiration était utilisée. (4)

Avec la loi du 4 juillet 2001, le délai maximal de prise en charge pour l'IVG passe de 12 à 14 SA. L'IVG peut être pratiquée en ville et l'accord parental pour une mineure est supprimé. (5) Il faut attendre 3 ans pour obtenir le décret d'application.(6)

En 2009, l'IVG médicamenteuse est autorisée en centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) et de santé. (7)

II. L'IVG en quelques chiffres

L'IVG est un enjeu de santé publique. Selon le rapport de la DREES 2015 (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), en

France, 218.100 IVG ont été pratiquées en 2015. (8) Ce chiffre est globalement stable depuis 2006.

En France, 36.283 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, en 2015 (18% du total des IVG). Ce chiffre progresse chaque année. Les IVG sont médicamenteuses dans 57 % cas en France métropolitaine. (8)

Dans les Hauts de France, 18.090 IVG ont été réalisées en 2015, dont 1.692 en ville (9,3%). Dans cette même région, pour les femmes de 15 à 49 ans, le taux d'IVG est de 13,5 ‰, avec un taux de 9,6‰ pour les 15 à 17 ans. Pour les mineures, les Hauts de France sont au-dessus de la moyenne nationale (7,6 ‰). (8)

Ces chiffres sont sous-estimés. Il existe des biais d'information concernant les mineures souhaitant garder l'anonymat, les erreurs de déclaration, les IVG réalisées à l'étranger car hors délai.

Selon un rapport d'octobre 2009, 40 % des femmes en âge de procréer ont recours à l'IVG. Une contraception était en place dans 72 % des cas d'IVG. (9) En France, en 2015, l'indice conjoncturel d'IVG est de 0,54 par femme. (8)

En France, malgré une des meilleures couvertures de contraception au monde (92 % des femmes), le nombre d'IVG n'a pas diminué. (10)

Avec les études et les carrières professionnelles, les femmes retardent leur première grossesse. De plus, la médicalisation du contrôle des naissances tend au souhait de « l'enfant programmé ».

En 1975, en cas de grossesse non désirée, une IVG était réalisée 4 fois (cas) sur 10. En 2000, ce chiffre était de 6 fois sur 10. Toutes les catégories socio-professionnelles sont touchées. (10)

III. Les méthodes abortives

En France, il existe deux méthodes abortives :

- L'IVG par aspiration légalisée depuis 1975. (2)

- L'IVG médicamenteuse autorisée à partir de 1988. (4)

Théoriquement jusqu'à 7 SA, l'IVG médicamenteuse peut être réalisée en ville. Dans la plupart des centres, cette méthode reste possible, entre 7 et 9 SA mais en hôpital de jour. A partir de 9 SA, la technique par aspiration est la seule recommandée. (4)

Depuis 1988, les protocoles d'IVG médicamenteuse ont été améliorés pour gagner en efficacité et en sûreté. (11)-(12)-(13)-(14)

Ces deux techniques sont comparables en termes d'efficacité et ont des risques maîtrisés. (15)

En termes de coût, une IVG est remboursée sur la base d'un forfait :

- IVG médicamenteuse en ville : 187,92 € (sans échographie de contrôle).
- IVG médicamenteuse en établissement de santé : 282,91 €.
- IVG instrumentale, selon le type d'anesthésie : de 463,25 à 664,05 €. (16)

Le choix de la méthode revient normalement aux femmes. L'étude de Moreau et al, montre que lorsque le choix est donné, les femmes optent pour la méthode médicale dans 84 % des cas. (17) Selon une étude de Morotti et al., lors de la réalisation d'une IVG chirurgicale, le retour à une vie sexuelle normale est moins rapide que lors d'une IVG médicale. (18)

De cette revue de la littérature, on remarque le plus souvent que les femmes préfèrent réaliser une IVG médicamenteuse, quand cela est possible. De plus cette méthode serait mieux tolérée. Cependant, en France, il existe un écart entre le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées (57%) et le souhait théorique des patientes (84%).

L'objectif de cette thèse est de comprendre les raisons qui retardent l'accès à l'IVG après le délai de 9 SA. Les femmes n'ont alors plus le choix de la technique abortive employée.

Nous nous sommes également intéressés aux connaissances des patientes sur les différentes méthodes d'IVG et leurs moyens d'information.

MATERIELS ET METHODES

Pour la réalisation de cette étude, nous avons choisi une méthode qualitative, par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés. (19)-(20)

I. Sélection des patientes

La sélection des patientes s'est faite dans des établissements réalisant des IVG par aspiration. Les centres de Maubeuge et Cambrai ont été sollicités pour cette étude. A l'aide d'une note d'information, il était demandé aux femmes ayant réalisé une IVG par aspiration, si elles souhaitaient témoigner de leur parcours (Annexe 1). Le respect de l'anonymat était garanti. Les données étaient utilisées à des fins de recherche pour un travail de thèse. Les coordonnées téléphoniques de l'investigateur étaient laissées au centre d'IVG.

Le critère d'inclusion était d'avoir réalisé une IVG par aspiration, il n'existait pas de limite d'âge ou de délai établi après l'IVG.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Impossibilité de s'exprimer ou troubles de l'élocution.
- Échec d'une IVG médicamenteuse avec réalisation secondaire d'un curetage.
- Souhait de réaliser une IVG par aspiration avant 9 SA.

Le recrutement s'est fait par mise à disposition d'une note d'information à l'accueil des centres d'IVG et par sollicitation par le personnel soignant.

II. Le guide d'entretien

Le questionnaire ou guide d'entretien était évolutif. Les femmes étaient invitées à parler de leur parcours, des difficultés rencontrées et des freins pour leur prise en charge. Les questions étaient ouvertes pour permettre une expression libre des

patientes. Elles étaient recentrées lorsqu'elles s'écartaient du sujet ou relancées lorsqu'un point nécessitait de plus amples détails. Les questions étaient souples et adaptables. (Annexe 2)

Les patientes étaient aussi invitées à exposer l'état de leurs connaissances sur les différentes méthodes abortives. Ainsi que sur les points qu'elles auraient souhaité améliorer dans leur prise en charge.

Les données sur l'âge des patientes, l'utilisation d'une contraception, les antécédents d'IVG et la ville de provenance, étaient recueillies avant les entretiens.

III. Déroulement des entretiens

Les patientes pouvaient décider de réaliser l'entretien dans une salle dédiée à l'hôpital ou à leur domicile après rendez-vous fixé par téléphone.

Au début de chaque entretien, la fiche descriptive était remplie. Une feuille de consentement était signée par la patiente et l'investigateur. L'investigateur informait la patiente du déroulement de l'entretien et garantissait l'anonymat. (Annexe 3)

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de la fonction dictaphone d'un smartphone (Samsung Galaxy S4). Des notes sur l'observation du langage non verbal étaient réalisées par l'investigateur, en repérant le moment d'utilisation de ce langage dans l'entretien.

IV. Retranscription des résultats

Les enregistrements étaient retranscrits mot à mot, de façon verbatim par l'investigateur sur le logiciel de traitement de texte Libre Office.

Le codage des paroles des patientes était précédé de la lettre « P », et « I » pour l'investigateur.

Le langage non verbal était retranscrit par des insertions en italique dans les entretiens. Les silences étaient notés par des points de suspension entre crochets [...]. Les gestes décrits entre parenthèses ().

V. L'analyse des données

L'analyse des retranscriptions s'est faite à l'aide du logiciel informatique NVIVO version 11. Une analyse personnelle de chaque entretien a été faite. Un double codage a été fait par un autre investigateur, pour limiter la subjectivité des analyses. Cette personne respectait l'anonymat des patientes et avait elle-même déjà réalisé une thèse qualitative (Dr Anne Mazur).

Le logiciel permettait d'associer chaque partie de phrase à un thème ou « nœud linguistique ». Lorsque l'ensemble des entretiens était retranscrit et analysé, les résultats des deux investigateurs étaient regroupés.

L'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenue avec le respect de la norme MR 02 relative au traitement des données patients lors d'une recherche médicale. Les entretiens ont été détruits à la fin du travail de thèse et non diffusés.

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) nord-ouest a donné son accord pour la réalisation du travail de recherche, ne s'agissant pas d'une étude interventionnelle.

RESULTATS

Les verbatim les plus pertinents ont été cités, entre guillemets, dans la thèse. L'intégralité des enregistrements et des retranscriptions est disponible sur CD-Rom. Lorsque le nom d'un médecin était cité, son nom était remplacé par la lettre X. Pour deux entretiens, une tierce personne (le compagnon) était présente. Leurs participations ont été retranscrites mais non analysées.

Lors de la période de recrutement du 8 mars 2016 au 8 juillet 2016, 37 patientes étaient éligibles, dont 18 qui ont refusé de participer à l'étude. Sur les 19 patientes interrogées, 5 ont été exclues de l'analyse : 3 pour échec d'IVG médicamenteuse, 2 pour préférence de l'IVG par aspiration avant 9 SA. La figure n°1 reprend le diagramme de flux.

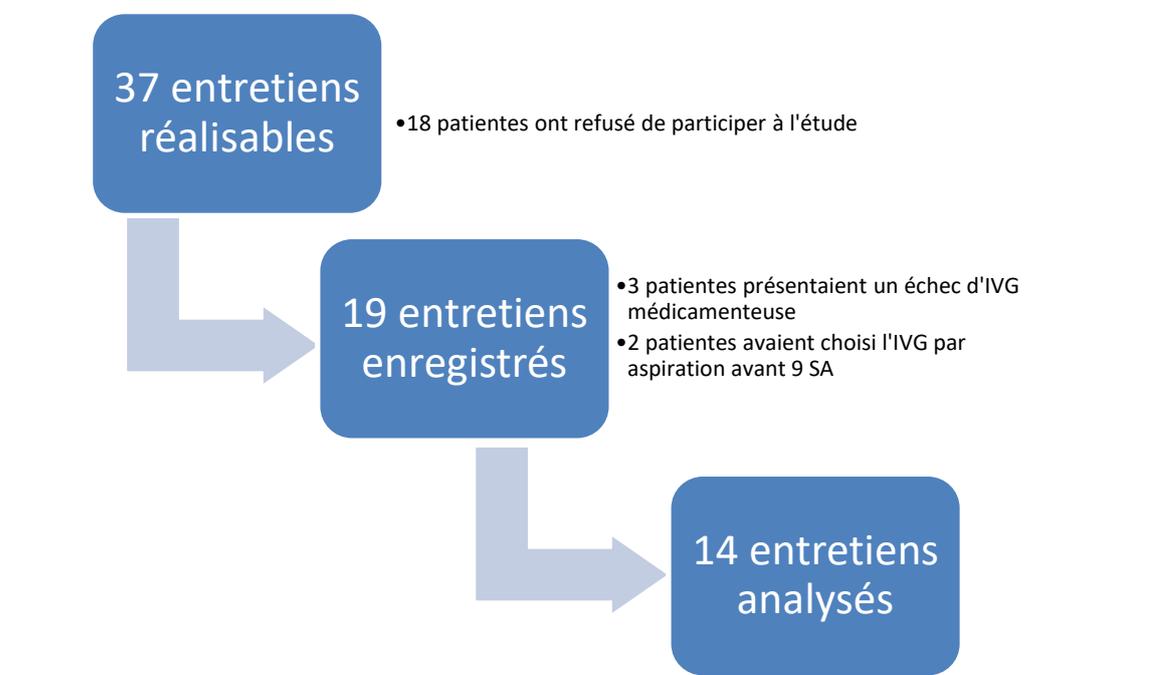
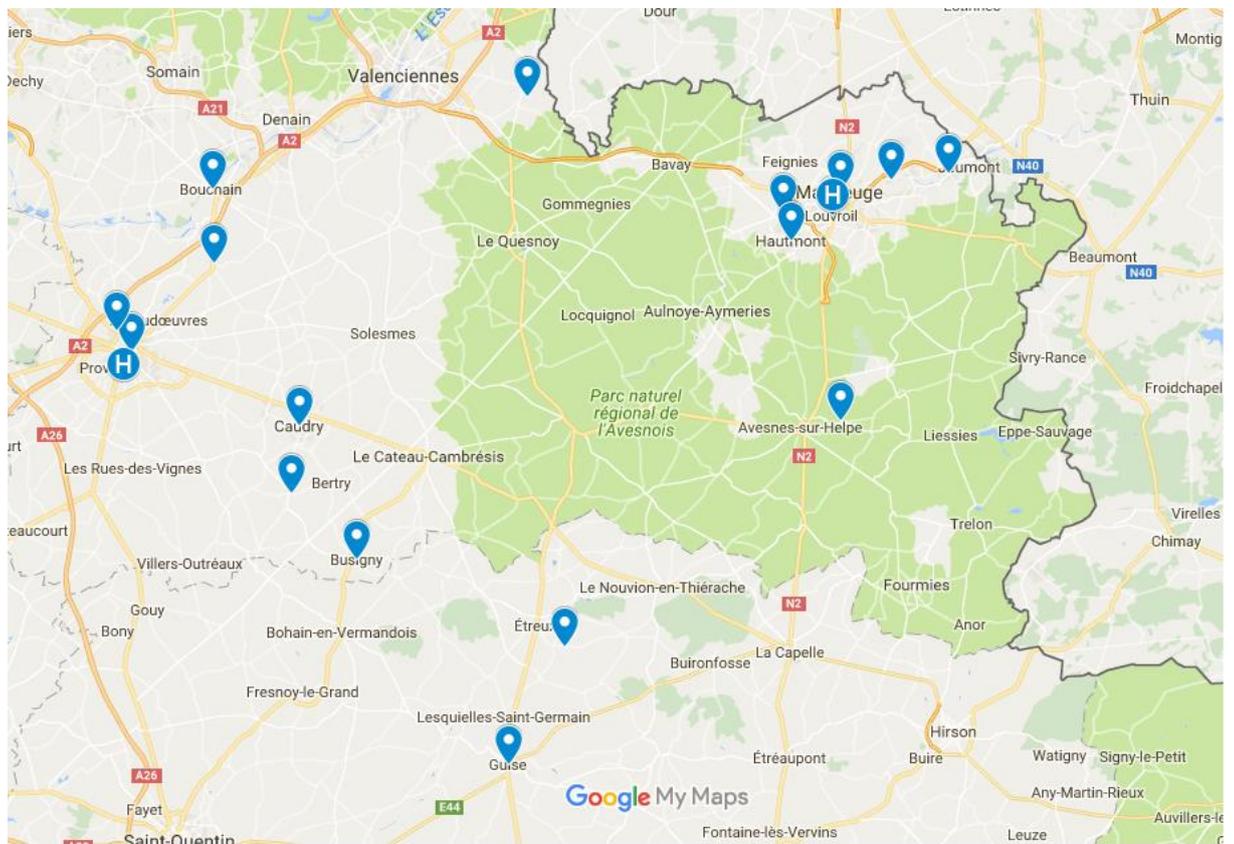


Figure 1 : Diagramme de flux

Aucun entretien téléphonique n'a été réalisé.

I. Caractéristiques de l'échantillon de patientes

Les patientes venaient de régions rurales, urbaines et semi-rurales. La patiente la plus éloignée, venait de Guise dans l'Aisne. La figure 2 montre la répartition des patientes sur les départements du Nord et de l'Aisne. Les points bleus correspondent aux patientes, les points bleus avec un H représentent les centres hospitaliers.



Source : Google my maps

Figure 2 : Répartition géographique des patientes et des centres d'IVG

Les patientes étaient âgées de 15 à 40 ans, la moyenne d'âge était de 24,9 ans, écart-type à 6,38. Six patientes déclaraient suivre une contraception par pilule œstro-progestative (E/P). La patiente la plus âgée prenait une contraception par micro-progestatif (μ P). Une patiente se protégeait uniquement par préservatif.

Pour 5 patientes sur les 14 interrogées, il existait un antécédent d'IVG.

- 4 patientes par médicament.
- Une patiente par aspiration.

- Seules 2 patientes sur 5 avaient une contraception en place après leur IVG.

Sur l'échantillon, aucune patiente n'avait subi d'IVG répétées (plus de 2 IVG).

Les caractéristiques des patientes sont reprises dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Récapitulatif de l'échantillon de patientes

	Patiente	Age lors de l'IVG	Contraception	Antécédents d'IVG	Lieu d'habitation	Causes d'exclusion
Patientes incluses	Patiente 1	24	0	IVG med	Bouchain	
	Patiente 2	23	0	0	Neuf-mesnil	
	Patiente 3	27	Pilule E/P	0	Caudry	
	Patiente 4	26	Pilule E/P	0	Guise	
	Patiente 5	28	Pilule E/P	IVG med	Hautmont	
	Patiente 7	21	0	0	Busignies	
	Patiente 9	20	Pilule E/P	IVG med	Caudry	
	Patiente 11	27	0	IVG med	Louvroil	
	Patiente 12	19	0	IVG chir	Cambrai	
	Patiente 13	36	préservatif	0	Sebourg	
	Patiente 15	21	Pilule E/P	0	Neuville-saint-R	
	Patiente 17	22	Pilule E/P	0	Flaumont-W	
	Patiente 18	15	0	0	Maubeuge	
	Patiente 19	40	Pilule μ P	0	Assevent	
Patientes exclues	Patiente 6	37	0	IVG med	Iwuy	Echec d'IVG med
	Patiente 8	28	0	0	Marpent	Echec d'IVG med
	Patiente 10	35	0	0	Dorengt	Echec d'IVG med
	Patiente 14	19	Pilule E/P	0	Neuf-mesnil	Souhait d'IVG chir
	Patiente 16	20	non	0	Clary	Souhait d'IVG chir

Abréviations : IVG med : IVG médicamenteux ; IVG Chir : IVG par aspiration ; Pilule E/P : pilule oestro-progestative ; Pilule μ P : pilule micro-progestative.

II. Les raisons du retard de prise en charge avant l'entrée en parcours de soins

1) Liées au mode de découverte de la grossesse

a. Erreur d'interprétation des cycles menstruels

Certaines patientes avaient présenté des hémorragies du premier trimestre qu'elles ont interprétées comme leurs menstruations habituelles.

« P7 : J'avais les mêmes symptômes que mon premier. » [...] « P7 : et j'ai eu mes règles mais paaass... Bah je les ai eues au premier mois et au deuxième mois je les avais plus. » 7ème patiente.

« P13 : Alors, un retard de quelques jours, vu que euh... j'ai eu des fausses règles le mois précédent. I : D'accord... P13 : Donc, de ce fait, euh, voilà pourquoi le délai, euh, a été, euh a été très important. Donc maintenant, après coup, je me dis, effectivement, c'était pas des règles comme habituellement. C'était euh... moins abondant euh... » 13ème patiente.

« I : Donc si ça a tardé, c'est parce que vous pensiez pas que vous étiez enceinte ? P11 : Oui, j'étais réglée normalement donc euh... I : Même pendant la grossesse, vous avez continué à avoir vos règles ? P11 : des symptômes de grossesse... non des saignements. » 11ème patiente.

Deux patientes avaient eu des spanioménorrhées. Ces symptômes étaient responsables de délais importants.

« I : D'accord, euh..., donc là ce que vous m'avez dit, c'était que, là, euh ce qui vous a un peu fait pécher au niveau des délais, c'était que vos règles étaient pas régulières? P15 : Voilà ! J'ai souvent des aménorrhées et que... pour l'instant j'ai jamais eu de soucis avec ma contraception... ». [...] « P15 : Euh..., Bah en fait je me sentais pas bien mais, euh... comment, euh... je fais souvent des aménorrhées de plusieurs mois des fois » 15ème patiente.

« I : à deux mois? En fait, il s'est écoulé un mois parce que vous aviez une erreur de plaquette ? P3 : Parce que je pensais... Voilà...Je pensais, biiiin, que j'avais eu un dérèglement hormonal... que j'ai... que j'ai déjà eu le tour plein de fois. » 3ème patiente.

Beaucoup de patientes confondaient SA et semaines de grossesse.

« I : D'accord, donc une fois que vous arrivez à l'hôpital, ils vous refont une échographie? P19 : Oui I : et vous étiez à quel délai, en semaines d'aménorrhée ? P19 : Je devais être à euh... 7 semaines et. Non même pas, plus ! Quand j'étais chez ma gynéco, j'étais à 7 semaines et 2 jours, donc je devais être à 9... 9-10 semaines. » 19ème patiente.

« I : Euhhhh Est ce que vous aviez tardé à faire ce test de grossesse ou vous l'aviez fait très rapidement? P2 : Non, non non, j'ai fait, j'étais àààà cinq, ssssss.... cinq six semaines. I : cinq/six semaines euh sans règles? P2 : quatre euh quatre, non non non, j'étais à 8 jours de retards, deeee sans règles I : Vous étiez à huit jours de retards?? donc, hmmm Euh on va dire que vous étiez à 3 semaines de grossesse. P2 : Vlà, oui. » 2ème Patiente.

Cette confusion pouvait amener à des informations faussement rassurantes.

« P11 : Ouais, euh, oui. J'étais de 2 mois et...fin 2 mois plus 1 semaine, plus 15 jours. »

b. Erreur d'interprétation des signes cliniques de grossesse

Des patientes ont parlé des signes sympathiques de grossesse, mais n'ont pas fait le rapprochement avec la grossesse actuelle.

« P13 : J'avais quand même euh les semaines avant, euh, les quelques semaines avant d'effectuer le test urinaire, euh, des douleurs au niveau des seins, des douleurs dans le bas du ventre. Ça aurait pu m'alerter, mais franchement... » 13ème patiente.

« I : D'accord! Est ce qu'il y avait de la fatigue ? Des douleurs à la poitrine, des nausées des vomissements ? P18 : Des vomissements! Des vomissements et mal à la tête. I: ouais! Et ça, ça vous a mis la puce à l'oreille aussi ? P18 : Non » 18ème patiente.

« I : Dans quelles circonstances a été découverte la grossesse ? P9 : Euh j'aiiii, par rapport à mes nausées et euh etc... j'étais malade et puis euh je me demandais un peu euh... au fur et à mesure, comment ça se passait ? » 9ème patiente.

Parfois, l'absence de signes sympathiques de grossesse faisait douter les patientes, elles comparaient avec les signes de précédentes grossesses.

« P5 : Et après, je me suis dit euh peut-être demain, peut-être demain... I : donc euh... enfin... coupé rapidement P5 : En fait je veux dire, demain je serai pas enceinte... demain elle va venir la règle, parce que moi d'habitude avec euh, avec les autres, euh avec mes enfants. Les premières grossesses, je vomis ! ». [...] « P5 : Et là cette grossesse... I : c'était pas tout à fait la même chose... P5 : Oui c'est ça, je n'étais pas euh, il n'y avait pas euh des "ça me tourne", ou bien des...des choses que, je crois que je... que des sentiments. » 5ème patiente.

c. Délai autour du test de grossesse

Les patientes n'arrivaient pas à justifier l'attente avant de réaliser un test de grossesse. Ceci pouvait évoquer une appréhension du résultat.

« I : ...Par rapport à votre retard de règle, il s'est écoulé combien de temps avant que vous fassiez le test de grossesse ? P9 : Euh... j'ai laissé couler un mois ! I : Un mois ? P9 : un mois, ouais, un mois... I : D'accord, vous aviez un retard d'un mois et vous avez fait le test de grossesse...P9 : ...ouais un mois... » 9ème patiente.

« I : D'accord, et euuhhhh par rapport à votre retard de règles, vous l'avez fait tout de suite votre... P5 : Non non non, 'fin, après 2 semaines » 5ème patiente.

Certaines exprimaient des doutes sur la fiabilité des tests de grossesse et préféraient refaire un nouveau test.

« P7 : ... Et après j'ai pris rendez-vous euh... en médecine, Bah non... j'ai fait un test de grossesse j'en ai fait un le soir et le lendemain. Ils étaient tous les deux positifs. » 7ème patiente.

« P4 : Donc... euh... j'ai été chercher deux tests de grossesse. Dont un la sous-marque, qui était déjà pour moi, positif. I : oui... P4 : et j'ai préféré être sûre... I : en refaire un deuxième... P4 : ... en refaire un deuxième avec la marque... I : Hmmhmm. »

Les patientes voulaient confirmer la positivité du test de grossesse par une prise de sang.

« P13 : Donc, de ce fait, euh... j'ai fait un test urinaire qui s'est avéré être positif. Euh... donc suite à ça, très rapidement, j'ai fait un test sanguin et, en fait, les β HCG étaient très très élevés. » 13ème patiente

« P12 : Et puis la grossesse a été découverte par un test, une prise de sang pour bien confirmer. Et puis, bin, c'était confirmé. » 12ème patiente

Une patiente a été faussement rassurée par le résultat de sa prise de sang. Elle a minimisé l'état d'avancement de sa grossesse.

« I : D'accord euh, donc là, si je comprends bien, ce qui vous a fait le plus tarder... C'est que vous avez eu une fausse information, parce que vous avez eu un peu de règles P7 : Bah c'était écrit de 6 à 8 semaines, et je suis à 11 semaines +4 jours. I : D'accord, au niveau de la prise de sang, ça a minimisé ? P7 : Oui ! » 7ème patiente

2) Liées aux difficultés socio-économiques

a. Problèmes de couple

Les patientes exprimaient des conflits avec leur compagnon ou des changements d'avis au sein du couple.

« P12 : C'était voulu euh... oui et non...bien..., parce qu'on disait, bin, c'est tout on a voulu faire les grands... Bin on va jouer, on va continuer, on va profiter, on va voir qu'est-ce que c'est et tout... I : Hmm Hmm P12 : et puis bah là récemment, euh..., j'ai vu bah en fait ça tenait pas, bah que je perdais, que j'ai perdu mes sentiments et tout....Donc, je vois pas l'intérêt de continuer...» 12ème patiente.

« P12 : j'ai prévenu le papa. I : ouais.... P2 : on était séparés et euhh, comment dire euhh, on s'est laissé une chance de redonner une chance à notre couple. Maiiiss.... I : Ouais... P2 : Donc ça s'est bien passé au départ, et là euh sur la fin ça s'est pas très bien passé, donc euhhh.... I : D'accord... c'est ça qui vous a fait tarder ? P2 : baahhh euh à la base on était pour le garder donc euhh... I : Hmhmm P2: et puis ensuite...euh là euhhh, très récemment, donc euhh, il n'en voulait plus euhh, il y a eu des faits qui ont fait queuuuuh, moi je pouvais pas continuer comme ça. Hmmm voilà quoi. » 2ème patiente.

«P4 : j'ai appelé mon ex-petit ami...parce que donc c'est pas celui avec qui je suis actuellement. Où j'ai envoyé par MMS, le résultat deeeee ... test urinaire. Et euhhh, il m'a répondu clairement... bon c'est sûr ça m'a fait mal. Il m'a répondu clairement que lui, il s'en foutait, qu'il fallait que je le fasse dégager... » 4ème patiente.

Les patientes se retrouvaient souvent seules pour faire l'IVG.

« I : Qu'est-ce qui vous a manqué pendant cette prise en charge ? P5 : là euh, d'être tout seul dans ma chambre... [rire pincé] I : vous auriez aimé que votre compagnon vous accompagne... P5: hmmm » 5ème patiente.

« I : Est-ce que c'était pas facile pour vous ? Pour quelles raisons c'était pas facile en fait ? P18 : Bah déjà avec Erwann, y'avait pas d'intérêt. I : Oui ? P18 : Puis bah, c'était pas facile de le faire toute seule... » 18ème patiente.

b. Précarité

Pour une patiente, le changement de travail récent était un frein pour la prise de rendez-vous d'IVG.

«P1 : Euh... non, fin après euhhh, étant donné que je travaille, j'ai dû, moi, m'arranger pour euh, pour euh, être libre en fait. » [...] « Étant donné que je viens de commencer mon travail, euh, c'était paaaas évident à demander, mais bon ça va... Heureusement que j'ai une responsable assez sympa ! » 1ère patiente.

Dans d'autres situations, les patientes doutaient de leurs capacités économiques, sociales ou matérielles à poursuivre une grossesse :

- **Une patiente signalait des difficultés à allier grossesse et avenir pour les études.**

«P12 : je sais que ça va me faire mal, je sais que je vais, vais plutôt regretter, mais ça devient en fonction pour moi aussi, parce que j'ai mon avenir aussi... » [...] «je suis en restauration... BEP restauration. » 12ème patiente.

- **Pour certaines patientes, la situation n'était pas propice à une nouvelle naissance.**

« P12 : Bah j'ai appelé par moi-même...je me suis beaucoup réfléchi, j'ai, j'ai, j'ai parlé euh...pis fin, on m'a conseillé, on m'a dit: bon bin, si tu vois comme ça les choses, bah pour l'enfant plus tard, ça sera pas très bien...donc euh... I: Hmm hmm, vous en avez parlé avec qui? P12 : Ma patronne. » 12ème patiente

« P9 : Bah je suis encore..., 'fin je suis revenue chez mes parents. Et mon compagnon travaille plus donc, euh...Pour mettre un enfant au monde et le rendre malheureux... autant pas...» 9ème patiente.

« P3 : j'ai pris la décision d'avorter, parce que pour moi c'est hors de question euhhh I: Hmm hmm P3... de la garder, euh c'est pas possible, j'en ai déjà deux en bas-âge...euh...ça reste du boulot hein... » 3ème patiente.

- **Une patiente exprimait sa peur de voir son enfant « placé » en maison d'accueil.**

«P4 : Bon bah euh, déjà le papa de mon premier m'avait appelé...parce... parce que il avait des difficultés avec mon premier... que, il obéissait plus...donc il m'a contacté...j'en ai parlé avec lui et euhh...c'est vrai que moi ... euh j'ai subi des violences conjugales... donc ma deuxième, elle a été placée en famille d'accueil. » [...] « La peur également que je perde...euhh...qu'on me replace mon troisième... » 4ème patiente

3) Liées à l'utilisation de la contraception

a. Problème d'observance

L'oubli de la contraception amenait souvent une confusion dans le déroulement du cycle menstruel.

« P3 : Donc j'ai rentamé une plaquette de pilule. Je l'ai prise pendant une semaine, puis je suis partie chez ma mère pour les fêtes, j'ai oublié ma plaquette. I Hmhhh P3 : ça fait que j'attendais le...le retour de mes règles pour pouvoir à nouveau en entamer une nouvelle. I : hmhmm P3 : Puis elles sont jamais revenues. » 3ème patiente.

Un trouble du transit pouvait aussi être la cause d'un échec thérapeutique, associé à un manque d'éducation thérapeutique.

« P15 : Mais euh, j'ai eu la gastro I : D'accord! P15 : Donc je pense que euh... du coup... I : Vous avez peut-être vomi un de vos cachets ? P15 : oui c'est ça... I : Le vomissement a eu lieu pas très longtemps après la prise? P15 : Oui ! I : Et, Et... Vous avez pas pensé à en reprendre une ? P15 : Bah...voilà, non... » 15ème patiente.

Elles ne pensaient pas pouvoir être aussi facilement enceinte, après une erreur de prise. De ce fait, elles prenaient plus de temps à réagir face aux signes de grossesse.

« I : D'accord. Vous aviez eu des nausées, vous avez vomi une fois la pilule, et ça n'a pas fonctionné... P9: Ouais, par contre, je suis étonné que ça a été aussi vite en fait!... I : Pour tomber enceinte? P9: Ouais!! » 9ème patiente.

b. Intolérance de la contraception

Des patientes présentaient des réactions digestives ou des difficultés à prendre leur contraception. Ces situations étaient pourvoyeuses d'erreur thérapeutique et d'inobservance.

« P5 : oui euh, oui plus tard, pendant trois jours je prends la pilule, et tout d'un coup je vomis, chaque fois je vomis, chaque fois je vomis. Et après, j'ai oublié de prendre encore...et, et c'était comme ça. » 5ème patiente.

« P9: Euh.....Bah non c'est pas ça, c'est que ma pilule, j'ai du mal à la prendre par rapport à mes ganglions. Parce que j'ai des ganglions enflés, donc euh, ça passe pas tout toujours. I: D'accord... P9: des fois, je retourne tout, ... bah...Par-là (elle montre sa bouche)... (rire). » 9ème patiente.

Un changement de contraception a aussi été la cause d'un délai important pour la prise en charge.

« P8 : Parce que déjà, moi, j'ai eu un problème vis-à-vis de ma contraception. C'est que au tout début, je prenais euh, la pilule. I : Hmmhmm P8 : Avec la pilule, euh, ça n'allait pas parce qu'elle ne me convenait pas. Donc, ensuite, je suis retourné chez ma médecin, ma médecin m'a prescrit un stérilet. Mon stérilet, c'est pareil, je ne l'ai pas supporté. Donc je l'ai enlevé. Y m'a represcrit une autre pilule, et la pilule ne fonctionnait toujours pas. 'fin, elle me convenait toujours pas. Donc euh... je me suis

dit je préfère arrêter, euh...même, même on a fait sans euh...donc, avec des précautions. » 8ème patiente.

« I : Quand vous observez le retard, est ce que vous avez attendu ? Ou vous avez fait tout de suite le test ? P17 : Bah, comme je prenais plus ma pilule, j'ai attendu un petit moment, parce que je me suis dit que je pouvais être dérégulée. » 17ème patiente.

c. Echec de la contraception d'urgence

Dans l'échantillon de patientes, seule une patiente avait pris une contraception d'urgence. Mais cette prise n'a pas évité la grossesse. Aucune surveillance n'a été réalisée après la prise de la contraception d'urgence.

« I : Vous avez une idée euh de, de, à quel moment il y a pu y avoir une erreur au niveau de la contraception ou de la protection ? P13 : Le, oui oui oui, on l'a, le dit, on l'a identifié ce moment-là, ouais... I : Et là, vous avez pas, euh, été faire un test tout de suite ? P13 : Non, pas du tout, euh, en fait on a euh... (rire). Mon mari est médecin, donc euh...après le rapport non protégé, on a tout de suite eu recours à une pilule du lendemain... I : Hmmhmm P13 : et apparemment euh... I : Ça n'a pas marché ? P13 : Non, ça n'a pas marché du tout ! » 13ème patiente.

4) Liées à l'ambivalence

a. Indécision

Les patientes étaient parfois indécises sur le devenir de la grossesse. Une patiente présentait des actions contradictoires.

« P4 : De ce fait là, j'ai quand même réfléchi, si j'allais le garder et tout... L'avortement pour moi, euh...c'était une chose...jamais j'aurais pensé à faire » [...] « Pourtant j'avais déjà commencé à acheter en occasion le lit...le mobilier » [...] « Bah...pour moi je voulais le garder en fait.... Pour moi c'était, c'était C'était inévitable de le faire partir... (malaise pesant) » 4ème patiente.

« P11 : Plusieurs fois, il m'a posé la question : pour être sûre. Il faut du courage pour être sûre. » 11ème patiente.

b. Regrets

Les patientes exprimaient des regrets sur leurs précédentes IVG ou sur leur situation actuelle qui ne permettait pas d'accueillir un nouveau-né. Bien qu'un désir d'enfant soit présent.

«P12 : Je sais que ça va me faire mal, je sais que je vais, vais plutôt regretter, mais ça devient en fonction pour moi aussi, parce que j'ai mon avenir aussi... » [...] «P12 : Bah, ça aurait été mieux, bah déjà si ça avait été bien réfléchi, mon choix aurait été bien réfléchi aussi... I: Oui ?...P12 : et meilleur que tout...fin meilleure méthode (pour l'ivg), meilleure situation (socio-professionnelle) » 12ème patiente.

« P5 : Parce que la dernière fois que j'ai fait, que j'ai retiré la troisième grossesse, j'ai eu mal. Maintenant je le regrette. » 5ème patiente.

c. Peur du geste ou de la situation

Des patientes exprimaient une angoisse liée à la découverte de la grossesse ou à la réalisation d'une IVG.

«P17 : Ici ? J'avais peur ! I : Vous aviez peur ? P1 7: De l'anesthésie surtout! » 17ème patiente.

«I : D'accord, est ce que, est ce qu'il y a eu des choses qui vous ont posé problème dans...dans ce parcours ? Même les derniers instants ? P3 : Non, j'avais ... euh... le seul truc, c'est que j'avais juste peur queeee...il soit trop tard » 3ème patiente.

« I : Comment ça se fait que vous avez attendu une ou deux semaines là ? P7 : Bah je sais pas, j'avais peur... » 7ème Patiente.

d. Attitude passive

La plus jeune patiente était dépassée par la découverte de la grossesse et avait adopté une attitude passive. La situation la paralysait.

« Euh... par des retards... I : des retards ?... il y avait un retard de combien à peu près? P18 : Au départ y avait un mois... I : Oui ? P18 : Puis c'était deux mois... » [...] « De là, quand vous faites le test, qu'est-ce que vous avez fait par la suite ? P18 :... hmm... I : Quel parcours vous avez eu ? P18 : j'ai attendu... I : Vous avez attendu ? Vous osiez pas en parler à personne ? P18 : Non... I : D'accord. Et avec votre compagnon, est ce que vous en avez parlé ? P18 : Oui... I : Qu'est-ce, qu'est-ce que vous avez fait ensemble? P18 : Rien... » [...] « Et son père, il a été en parler à mon père... I : D'accord, c'est là que ça a commencé à faire les démarches... ? P18 : hmm » 18ème patiente.

III. Les raisons du retard de prise en charge lors du parcours de soins

1) Passage par le médecin traitant

Dans l'ensemble, les patientes étaient passées par leur médecin traitant pour confirmer la grossesse par une prise de sang. Elles souhaitaient des informations sur la démarche à suivre ou sur l'IVG. Le médecin traitant avait un rôle de coordination.

« I : Qu'est-ce qu'il a fait le médecin traitant ? P18 : euh, il m'a fait faire une prise de sang... I : oui ça a confirmé, du coup, que vous étiez enceinte ? P18 : euh oui, il m'a fait un papier pour dire que je voulais avorter. » 18ème patiente.

« Euh... deux semaines. Eeeet, j'ai fait un test de grossesse, c'étaiiiiit que je suis enceinte. I : D'accord ! P5 : Après, j'ai fait une prise de sang avec mon médecin traitant, tout ça. » 5ème patiente.

« Ah bah, tout de suite j'ai téléphoné à mon médecin traitant. I : Oui... P8 : J'ai demandé un rendez-vous, donc il m'a demandé pourquoi, donc j'ai expliqué, il m'a dit ok. Donc, tout de suite, il m'a pris en charge, euh..., deux heures après. Donc j'ai été à son cabinet, j'ai expliqué. Donc, il m'a, il a téléphoné donc ici, euh... pour prendre un rendez-vous. » 8ème patiente.

2) Difficulté d'entrée dans le parcours de soins et passage par le planning familial

Suite à un déménagement récent, une patiente n'avait pas pu trouver de nouveau médecin traitant. Elle n'a pas pu renouveler sa contraception. Elle s'est donc dirigée vers un planning familial.

« I : Vous aviez une contraception au moment où... P1 : Non, non, non... Comme euh..., j'ai emménagé sur Cambrai, euh... j'avais pas trouvé de médecin généraliste, euh. Étant donné queeee ... qu'à Cambrai, en fait euhh, ils avaient déjà le nombre de patients euh... I : D'accord, ils prenaient pas de nouveaux patients ?! P1 : Voilà ! » [...] « Bin euhh, ensuite je suis passée par le planning familial. » [...] « Oui, ensuite ils m'onnnt, fin y m'ont envoyée ici pour faire une échographie... ». 1ère patiente

3) Passage par le gynécologue

Pour une patiente, un délai important a eu lieu entre la première consultation chez un médecin et l'accès au centre d'IVG. Ce délai peut être expliqué par une mauvaise information de la patiente par les intervenants.

« P19: J'ai vu ma gynécologue, j'ai été voir mon médecin traitant. Parce que c'est lui qui m'avait envoyé chez la gynéco. I: Hm hmm P19: Qui lui, m'a demandé de prendre contact avec euh..., comment dire, l'hôpital. Pour envisager, selon ma décision, prendre contact et prendre rendez-vous. I: D'accord, donc une fois que vous arrivez à l'hôpital, ils vous refont une échographie? P19: Oui. I : et vous étiez à quel délai, en semaines d'aménorrhée ? P19: Je devais être à euh... 7 semaines et. Non même pas, plus! Quand j'étais chez ma gynéco, j'étais à 7 semaines et 2 jours, donc je devais être à 9... 9-10 semaines. I: D'accord! Quand vous étiez à 7 semaines, vous aviez pas pris la décision, tout de suite d'arrêter la grossesse ? P19: Si, Si si. I: Et euh... vous en aviez parlé avec cette gynécologue? P19: Oui, Ouais, je lui ai dit, je lui ai donné ma volonté. I: Hm hmm, elle ne vous a pas aiguillée directement vers le centre d'IVG? P19: elle ne m'a pas dirigée, elle m'a demandé vers quel hôpital je désirais aller. J'ai dit, bah écoutez, Maubeuge, si possible ; si pas je me dirigerai vers Valenciennes. I: oui... P19: Et puis là elle m'a dit, bah ouais, d'accord! I : et...P19 Et voilà, sans plus... [rire circonspect] » 19ème Patiente.

Certaines patientes, au moment de la découverte de leur grossesse, prévenaient leur gynécologue habituel.

« I : De là, qu'est-ce que vous avez fait ? P15 : Bah, le lendemain, j'ai été voir mon gynéco. I : Ouais, et et il a fait, donc, l'échographie ? P15 : Il a fait l'échographie, mais comme il ne pratiquait plus l'IVG, il m'a envoyée ici. » 15ème patiente.

La distance n'était pas un frein pour aller voir son gynécologue habituel.

« P4 : Donc j'ai recontacté l'hôpital de Cambrai, vu que j'étais revenue sur Cambrai, vu que son papa habite Cambrai. Et euh... de là j'ai pris contact avec X, qui était le gynéco de mon fils et de ma fille. » 4ème patiente.

Pour une patiente, le gynécologue l'a renvoyée directement vers le centre d'IVG.

« P2 : j'ai pris contact avec X mais mon gynéco même m'a refusé. I : Mouais... P2 : Et du coup ils m'ont dit que je pouvais voir sur Maubeuge ou bien à Valenciennes. » 2ème patiente.

4) Problèmes de santé intercurrents

Les problèmes de santé étaient un frein à une prise en charge rapide. Les patientes étaient dans un parcours de soins sans rapport avec la grossesse actuelle.

Les hospitalisations ou les investigations pouvaient gêner les patientes. Les patientes n'étaient pas prises en charge dans leur globalité et mettaient la question du devenir de la grossesse entre parenthèses.

« P4 : parce que je suis contre d'un sens... je suis vraiment contre...et euh...je l'ai fait parce que mon problème de santé déjà euh...il s'est aggravé, je faisais euhh beaucoup de tachycardie parce que j'ai été opérée à plusieurs fois euhh... De transplantation de gros vaisseaux...I: Hmmmhmm P4: Donc euh... mon problème de santé s'est aggravé... et ... beaucoup d'hospitalisations entre deux et...euh... » 4ème patiente.

« Euh... mon médecin traitant, euh... parce qu'il a dit, j'ai un problème de foie, un problème de rate et que je prends des médicaments pour la migraine » [...] « Il a dit c'est pas possible pour la grossesse. Il faut ou que j'arrête le médicament ou bien que j'arrête la grossesse. » [...] « On a pas encore regardé qu'est ce qui se passe. Il comprend pas. I: D'accord P5: euh c'est pour ça... euh... je fais ça à court terme (les explorations médicales). 5ème patiente.

5) Délai de réflexion

Pour beaucoup de patientes, le délai de réflexion d'une semaine n'était pas vécu comme un frein pour l'accès à l'IVG.

« On m'a, 'fin, les explications ont été très claires, j'ai revu le médecin une semaine après, et puis là on est vendredi quoi... » 13ème Patiente.

« I : est-ce que ça vous a gêné le délai de réflexion ? P5 : Non, ça m'a fait plaisir qu'elle me dise ça, parce que, pour réfléchir parce que moi aussi, j'ai besoin de réfléchir pour décider » 5ème Patiente.

Pour une patiente, le délai de réflexion a été un moment difficile.

« P11 : Plusieurs fois, il m'a posé la question : pour être sûr. Il faut du courage pour être sûr. » 11ème Patiente

Un délai plus court aurait été souhaité pour une patiente.

« Le délai de réflexion, est ce que ça a été une gêne ? P13 : Euh... mouais, j'aurais préféré que ça soit plus court, oui. » 13ème Patiente

IV. Remarques des patientes

1) Fluidité du parcours de soins en centre d'IVG

Les patientes étaient, dans la grande majorité, satisfaites de la qualité et de la rapidité de prise en charge.

« P13 : Vraiment pas du tout... Non non, c'était très rapide... Donc euh, j'ai fait les tests et la prise de sang le lundi... j'ai téléphoné le lundi, hein ? Chéri ? (Le

mari est présent et acquiesce). Ouais, j'ai téléphoné le lundi même, ici, au niveau du secrétariat...euh...à la maternité. On m'a donné, euh... quand j'ai expliqué le dosage de β HCG qui était élevé. On m'a donné tout de suite un rendez-vous, euh... le jeudi. » 13ème patiente.

« I : Est-ce que vous avez eu beaucoup de délai d'attente ou ça a été très rapide ? P11 : c'était très rapide !! » 11ème Patiente.

«P17 : Non, ça a été, les gens ont été cool. » 17ème Patiente

Les patientes avaient bénéficié d'une bonne information sur le déroulement de l'IVG.

«P4 : Non, parce qu'ils ont bien fait leur travail, ils ont bien expliqué, ils ont bien... pour moi euh tout a été clair et dit » 4ème Patiente.

2) Remarques des patientes sur leur prise en charge

Deux patientes ont été gênées par le fait que le praticien montre les résultats de l'échographie.

« Ouais... Au niveau des échographies...et... l'écoute du cœur du bébé... I : D'accord... parce qu'onnnnn vous avez fait écouter les battements ? P2 : On a fait écouter les battements, mais on insiste hein... » 2ème patiente.

«P9 : L'écran... ouais c'est... I : Le fait qu'on vous ait montré l'échographie c'est... P9 : Ouais c'est...je pense que ça m'ahhhhh I : ça vous a chamboulé aussi ? P9 : Ouais, ça m'a chamboulée, un petit peu... I : D'accord... P9 : ça m'a vraiment emmerdée... » 9ème patiente.

Une patiente exprimait des doutes sur la confidentialité du motif de consultation.

« P7 : peut-être au niveau deBah quand on arrive au rendez-vous, on sait a peu près ce que les gens y vont faire, parce que c'est dans le même lieu. » [...]
« Un peu, parce que s'il y aurait eu des gens que j'aurais connus, ils aurait pu, euh...savoir. » 7ème Patiente.

De ces remarques découlaient des pistes d'amélioration de l'offre de soins. Une patiente proposait des lieux d'accueil séparés de la maternité.

« I : D'accord, euh: vous auriez préféré que ce soit dans un endroit séparé de la maternité? P7 : Oui! » 7ème Patiente.

La première patiente demandait plus de flexibilité pour le choix du rendez-vous.

« P1 : ... euh non, euh y a rien eu de gênant, ... hmmm ... mis à part le fait qu'euhh qu'on puisse pas trop choisir les dates. ». 1ère Patiente.

V. État des connaissances des patientes sur l'IVG

Globalement, les patientes avaient des connaissances lacunaires sur les méthodes d'IVG.

« P2 : J'avais entendu parler par médicaments ou par aspiration, mais... » 2ème patiente.

« I : D'accord... euuuuuhhh... Est-ce que vous connaissiez les différentes méthodes pour arrêter la grossesse ? P3 : bah euh le médicament et euhh, l'ivg par... » [...] « I : D'accord...est-ce que vous savez un peu pourquoi on a choisi l'ivg par aspiration ? P3 : Euh... parce que... euh, c'est déjà... euhh tard là ? » 3ème atiente.

3 patientes n'avaient aucune idée de la démarche à suivre avant de faire leur IVG.

« I : Et avant de consulter...l'infirmière ou le médecin...est-ce que vous connaissiez un peu comment ça se passait ? P9 : Non pas du tout I : Vous aviez pas eu d'information à la télé, ou au collègue ? P9 : Non du tout ! Bah non bah, je me suis jamais... je suis pas trop télé... [rire]. » 9ème Patiente.

Les moyens d'information étaient variés. Pour certaines patientes, l'information avait été reçue lors d'une première IVG.

«P1 : Oui, oui oui. Bien euh, vu que j'avais déjà eu à faire, hmmm, une IVG par médicament, je savais que c'était une IVG par médicament ou par aspiration. » 1ère patiente.

Pour les plus jeunes patientes, c'était par le biais de la prévention scolaire.

«I : Est-ce que, euh... est-ce que vous aviez déjà eu cette information, avant de consulter la première fois ? P18 : Oui. I : Ouais... Comment vous aviez eu cette information ? P18 : Euh, l'école et tout... I : à l'école ils vous en ont parlé, qu'il y avait les deux méthodes ? P18 : oui » 18ème patiente.

Des patientes signalaient avoir pris des renseignements sur internet, bien que critiquant ce moyen d'information.

« P19 : Bah euh, non, rien de particulier m'a gêné, à partir du moment où je me suis renseignée moi, vous savez maintenant... I : Avec internet ?! P19 : Avec internet, j'ai regardé comment ça se passait, quel était ... » [...] « I : ça vous a pas fait peur sur internet ? P19 : ça ne m'a pas fait peur, non, non... je sais que [rire sarcastique] I : vous êtes tombée sur les bons sites [rires partagés]. » 19ème patiente.

Le bouche à oreille permettait une information partielle, mais utile pour l'orientation des patientes.

« I : D'accord, est ce que vous connaissiez les différentes méthodes pour l'IVG ? P7 : Oui parce que y a une amie qui a fait, bah euh, l'IVG et qui m'en avait parlé. » 7ème Patiente.

Une patiente avait exprimé le souhait d'avoir une information par un spécialiste et se méfiait des informations véhiculées par les médias.

« I : D'accord...Et avant d'avoir un contact avec des soignants...vous n'en n'aviez pas entendu parler par la télé, par internet ? Ou en milieu scolaire P12 : Non... je me suis pas pris la tête pour chercher tout ça... parce que je préfère que ce soit expliqué par des spécialistes et tout... » 12ème patiente.

DISCUSSION

I. Limites et forces de l'étude

1) Limites

L'étude n'a pas été réalisée à l'aide de focus group car le sujet recherchait l'expérience personnelle et les connaissances de chacune des patientes. Nous ne voulions pas que les patientes soient gênées par la présence d'un tiers. Il était important que les patientes ne soient pas jugées par d'autres patientes. Le sujet était de nature intime. (21)

Le fait que l'investigateur soit de sexe masculin a pu favoriser une réticence à se confier. (20) Les patientes auraient été plus enclines à témoigner de leur parcours auprès d'une femme. Cela a pu entraîner un biais interne.

Le nombre important de refus de participer à l'étude est un biais de sélection. On peut supposer que le parcours de ces femmes ait été plus compliqué, d'où leur refus de participer à l'étude. Certains entretiens ont été difficiles à encoder en raison d'une mauvaise compréhension des questions malgré une reformulation. Certaines femmes ne maîtrisaient pas la langue française. Cela pouvait amener des confusions.

Les locaux hospitaliers, froids et impersonnels, n'étaient pas propices à la réalisation de ces entretiens car ils ne permettaient pas aux patientes d'être en confiance. (20) Cependant, aucune patiente n'a accepté de rappeler l'investigateur pour convenir d'un lieu et d'une date pour la réalisation de l'entretien.

Les patientes étaient issues d'une zone géographique restreinte : Le Cambrésis, l'Avesnois et la Thiérache.

2) Forces

Le but de cette étude était d'objectiver, auprès des patientes, un ensemble de raisons de retard de prise en charge de leur IVG. Pour cela, la recherche qualitative en entretiens individuels semi-dirigés était la méthode de choix. Ce type d'étude permettait de faire émerger des expériences et des sentiments les plus variés possibles.

Aucune patiente n'était connue de l'investigateur.

La validité scientifique de cette étude était basée sur plusieurs critères (19)-(20)-(22) :

- Le recrutement : cette étude comprenait des femmes d'âges et de milieux socio-économiques différents. L'échantillon était représentatif des femmes consultant pour une IVG, selon les chiffres de la DREES. (8)

- La saturation des données : la saturation des données a été obtenue lors du 11ème entretien. Trois entretiens supplémentaires n'ont pas amené de nouvelles idées sur la question principale.

- Double codage : l'investigateur et le Dr Anne Mazur ont analysé de façon indépendante les verbatim. Les idées et les nœuds étaient similaires. Ceci a diminué la subjectivité de l'analyse des données.

- La triangulation des données recueillies avec les données de la littérature a permis de rendre crédible cette étude.

Une fois la thèse terminée, les verbatim et les enregistrements ont été détruits, ainsi que le codage NVIVO 11, afin de respecter l'éthique de l'étude.

II. Analyse des résultats

Contexte du recrutement.

Les patientes ont toutes été interrogées le jour de leur IVG, soit tôt le matin avant l'IVG, soit après le retour en chambre. Le choix du jour de l'IVG s'est révélé

nécessaire car aucune patiente n'a pris rendez-vous avec l'investigateur par téléphone pour un entretien. La diffusion des notes d'information était réalisée par les secrétaires qui prenaient les rendez-vous d'IVG ou par l'infirmière en charge de l'accueil des patientes.

Le rendez-vous de consultation post-IVG n'était pas toujours honoré. Interroger les patientes à ce moment-là pouvait entraîner un biais de sélection. Seules les patientes les plus observantes seraient interrogées.

Le choix du jour de l'IVG a pu amener des biais d'information. Les patientes pouvaient être stressées, focalisées sur l'opération à venir. Elles pouvaient oublier des détails après l'usage des produits anesthésiants : effet amnésiant des benzodiazépines, somnolence des patientes.

1) Les raisons d'un retard de prise en charge

a. Usage de la pilule du lendemain

Sur l'ensemble des patientes interrogées, une seule patiente a pris une pilule contraceptive. Deux causes probables expliquent ce faible ratio :

- Les patientes de l'étude découvraient leur grossesse souvent tardivement.
- Elles n'avaient pas repéré le rapport à risque.

Pour la patiente qui a pris la pilule contraceptive, cela s'est soldé par un échec. La patiente n'a pas pensé à contrôler le taux de β HCG après cette prise.

Selon la 3ème conférence de 2012 de « International Consortium for Emergency Contraception » et de la FIGO, 4 contraceptions d'urgence sont disponibles en cas de rapport à risque de grossesse : le lévonorgestrel, l'ulipristal acétate, la mifepristone (pas d'AMM en France) et la pose de dispositif intra-utérin (DIU). (23)

La revue de la littérature permet de montrer que l'efficacité du lévonorgestrel et de l'ulipristal acétate est de 90 %. Cependant, des études montrent un taux de réussite inférieur : 49 % IC 95 % [17 %-69%] (23). L'ulipristal acétate est moins connu par les patientes françaises.

Selon la DREES, environ 1.200.000 boîtes de NORLEVO® ou ELLAONE® ont été distribuées en 2015. (8)

L'HAS (Haute Autorité de Santé) recommande de fournir en avance la contraception d'urgence au cas par cas : pour les femmes utilisant des contraceptions peu efficaces, les femmes qui voyagent ou qui habitent loin d'une pharmacie. Cela peut augmenter l'utilisation de la contraception d'urgence et améliorer le délai de prise. (24)

Il est important d'informer les patientes sur les contraceptions d'urgence disponibles de façon systématique et préciser les risques d'échec. La consultation d'introduction ou de renouvellement de la contraception régulière est un moment propice pour faire ces rappels.

Il ne faut pas hésiter à proposer une consultation après l'utilisation d'une pilule le lendemain. Cela peut permettre de refaire le point sur la contraception régulière et de contrôler la négativité du taux de β HCG.

La pose d'un DIU au cuivre, en contraception d'urgence, est le moyen le plus efficace disponible pour se prémunir d'une grossesse non désirée. Il s'agit, de plus, d'une contraception fiable et pérenne. Cependant, le faible nombre de médecins formés à la pose de DIU en rend l'accès difficile, en urgence. (25)

b. Test de grossesse positif et dosage de β HCG

Dans cette étude, les femmes ont été nombreuses à demander la réalisation d'un β HCG sanguin malgré un test de grossesse urinaire positif. Certaines femmes avaient réalisé un deuxième test de grossesse urinaire alors que le premier était déjà positif.

Un article canadien a passé en revue les principaux dispositifs sur le marché. Un test de grossesse détecte dans les urines la β HCG par l'intermédiaire d'anticorps mono-clonaux. Le taux de détection moyen dans les urines est de 20 mUI/mL. (26)

Ce cap de détection est généralement obtenu après 3 semaines de grossesse.

Pour la prise de sang, le taux de détection est de 1mUI/mL.

Lorsqu'il est positif, un test de grossesse urinaire détecte une grossesse dans 98,9 % des cas. Les faux-positifs sont dus le plus souvent à des traitements à base de β HCG (OVITRELLE®), des fausses couches spontanées ou plus rarement des tumeurs sécrétant la β HCG.

Les faux-négatifs sont principalement causés par :

- Une utilisation précoce de ces tests (avant la date théorique des règles).
- Urines diluées (potomanie, boisson abondante avant le test).
- Erreur d'interprétation (réactif trop pâle).

Depuis plusieurs années, le système de soins français tend vers la rationalisation des prescriptions.

Lorsqu'une femme fait un test de grossesse urinaire pour un retard de règles, si celui-ci est positif, une grossesse est alors fortement probable. Une recherche de β HCG sanguin s'avère inutile.

Cependant, en cas de test de grossesse urinaire négatif, s'il y a doute, une prise de sang permettra de détecter de façon plus précise la β HCG.

De plus, la réalisation d'une prise de sang chez une jeune patiente peut s'avérer être un parcours semé d'embûches : difficulté de mobilité, non possession de moyens de paiement ou d'une carte vitale, besoin d'informer les parents pour ces démarches.

Enfin, pour une patiente, les normes de taux de β HCG ont été mal interprétées. Cela a conduit à une minimisation de l'état d'avancement de sa grossesse. La patiente ne s'est pas pressée pour aller en centre d'IVG et cela a abouti à un retard de prise en charge, avec la réalisation d'une IVG par aspiration.

Les indications de l'avancement en semaines de grossesse par rapport au taux de β HCG, sur les résultats de prise de sang, est un très mauvais moyen de dater une grossesse. Les intervalles de taux de β HCG se chevauchent et les erreurs d'interprétation sont fréquentes.

En cas de grossesse non désirée avec un test de grossesse urinaire positif, le médecin doit orienter la patiente, au plus vite, vers un centre d'échographie pour

datation. La prescription du dosage sanguin de β HCG, dans ce cas, est coûteuse, superflue et est une perte de temps pour les patientes.

Quand on regarde le coût d'un dosage sanguin de β HCG (16,74 €) prescrit lors d'une consultation (23€), on peut se poser la question de l'intérêt de rembourser le test de grossesse urinaire.

Il existe plusieurs gammes de tests de grossesse urinaires, allant de la simple bandelette réactive aux tests numériques avec affichage digital. Les prix varient : 0,40 € pour une bandelette réactive à 20-30 euros pour un test de grossesse plus sophistiqué.

Dans l'hypothèse où une patiente se teste par bandelette lors de chaque cycle, il faudrait utiliser ce test pendant plus de 7 ans pour égaler le coût d'un dosage sanguin de β HCG. Nous pensons qu'il est plus pertinent, en termes de coût pour la société, de diffuser un test urinaire simple plutôt qu'une prise de sang, plus difficile d'accès et plus chère.

L'intérêt du dosage sanguin de β HCG réside dans le suivi de la cinétique et comme test précoce.

c. Délai de réflexion

Dans l'étude, des femmes se sont vues imposer un délai de réflexion d'une semaine. Depuis le 27 janvier 2016, le délai de réflexion est rendu non obligatoire par la loi Santé. (27)

Ce délai pouvait être raccourci pour privilégier l'IVG médicamenteuse. Dans notre étude, le délai de réflexion n'a pas été une cause de dépassement des 9 SA. Cependant, il a ajouté de la gêne à cette démarche déjà difficile.

Deux patientes se sont plaintes de ce délai de réflexion, elles auraient préféré d'emblée programmer l'IVG. On se rend compte que, lorsque les femmes décident de réaliser une IVG, la réflexion s'est faite le plus souvent en amont.

Pour une patiente le délai de réflexion a été bénéfique car il existait une ambivalence manifeste lors de la consultation pré-IVG.

Cette pratique est encore trop répandue par certains praticiens en amont des centres d'IVG.

Deux raisons peuvent expliquer la poursuite de cette pratique :

- Un manque d'information après promulgation de la loi.

- L'inertie liée aux habitudes de service, difficultés à changer ses habitudes.

Cependant, une étude récente montre qu'en cas de demande tardive d'IVG, après 12 SA, les deux raisons principales évoquées sont:

- Un diagnostic récent de grossesse (26,16% des femmes).
- Une réflexion prolongée (35,47%). (28)

d. Problèmes de santé intercurrents

Pour deux patientes, des problèmes de santé ou des adaptations de traitement ont été les causes d'un retard de prise en charge pour une IVG.

D'une part, une patiente s'est retrouvée dans une situation où sa santé prévalait sur la grossesse en cours. Elle a nécessité plusieurs hospitalisations pour le suivi d'une pathologie cardio-vasculaire (transplantation des gros vaisseaux). Elle a dû se centrer sur ses soins, avant de réfléchir au devenir de sa grossesse.

D'autre part, une patiente avait besoin d'un traitement de fond pour ses migraines et présentait récemment une cytolyse hépatique avec hépatosplénomégalie. Le traitement de fond était contre-indiqué avec une grossesse et son état de santé justifiait la réalisation d'explorations rapides. Elle a eu besoin d'un délai pour essayer d'autres thérapeutiques, avant de se résigner à réaliser une IVG.

Dans ces deux cas, une prise en charge globale et pluridisciplinaire aurait permis un meilleur accompagnement.

Si la patiente hospitalisée avait bénéficié d'un interrogatoire complet, elle aurait pu être orientée plus rapidement vers un centre d'IVG.

Pour la patiente migraineuse, il y avait un désir de grossesse. La prise en charge pluridisciplinaire, en amont, aurait permis de mener une grossesse dans de bonnes conditions. Il semble que le médecin traitant ait pris seul la décision de proposer une IVG. Il aurait pu prendre un avis auprès de spécialistes pour évaluer la dangerosité ou non de la grossesse.

Il est important de dépister ces périodes de vulnérabilité pour les patientes qui n'osent pas forcément évoquer la problématique de grossesse en cours. Les professionnels de santé doivent garder un regard vigilant sur ces situations.

e. Déontologie douteuse

Lors des entretiens, des patientes ont manifesté leur mécontentement quant à leur prise en charge.

Deux patientes étaient en colère contre le médecin car celui-ci avait fait écouter les bruits de cœur fœtaux, lors des échographies. Les patientes se sont senties jugées par le personnel médical. Cette situation a augmenté la culpabilité des patientes et a ajouté de la peine à leur démarche.

Le médecin se doit d'abdiquer tout jugement de valeur, soigner n'est pas juger. En ce sens, il faut être vigilant sur nos remarques ou nos actions qui peuvent être culpabilisantes pour les patientes.

Pour la patiente mineure, en détresse, le médecin généraliste ne semble pas avoir été assez réactif dans la démarche du parcours de soins. Il aurait dû mieux l'accompagner et lui faciliter l'accès au centre d'IVG. Il y a eu un manque d'assistance face à une personne vulnérable.

Ce manque d'investissement dans des situations de vulnérabilité a retardé le délai de prise en charge.

Une patiente avait rapidement consulté son médecin traitant pour un retard de règles de quelques jours. Le médecin l'envoie vers un gynécologue, un délai de 15 jours s'écoule. Lors de la consultation, l'échographie montre que la grossesse est à 7 SA et la décision de faire une IVG est prise par la patiente.

A ce moment, le gynécologue ne donne pas d'information sur le délai de prise en charge pour une IVG médicamenteuse et n'adresse pas la patiente vers un centre d'IVG. Au final, la patiente retourne chez le médecin traitant pour donner les résultats de la consultation. Puis elle se dirige vers un centre, le délai de 9 SA est alors dépassé.

Le **manque d'information et d'orientation** de la patiente a conduit à la réalisation d'une IVG par aspiration alors qu'une IVG médicamenteuse aurait pu être pratiquée.

Pour un troisième cas, le gynécologue a refusé de recevoir la patiente qui souhaitait une IVG. La laissant en situation de détresse, il n'y a pas eu d'échographie réalisée. Selon le **code de Santé Publique** (29), il existe une clause de conscience qui permet à un médecin de refuser de pratiquer une IVG. Il a, néanmoins, un **devoir d'orientation et de conseil**, et se doit d'indiquer le centre d'IVG où la patiente pourra avoir une prise en charge adaptée.

f. Précarité

1. Sociale

Tout changement de situation socio-professionnelle entraîne une vulnérabilité et des difficultés organisationnelles. Pour une patiente, il existait un déménagement et un changement récent de travail.

Les changements récents de travail sont des situations complexes pour les patientes. Il faut trouver un nouvel interlocuteur médical. Dans la conjoncture actuelle, peu de médecins généralistes acceptent de prendre de nouveaux patients dans les zones déficitaires.

Lors d'un début d'embauche, il s'agit très souvent d'un contrat à durée déterminée. Dans ce contexte, toute prise d'arrêt maladie, même justifié, pourrait stigmatiser la patiente et compromettre son embauche définitive.

Pour le cas de notre étude, la patiente a été obligée d'expliquer sa situation pour trouver un arrangement avec son employeur.

2. Couples instables

Nous avons observé, dans cette étude, différentes situations de couple pouvant amener à un délai important de prise en charge.

Pour les jeunes couples ou les couples instables, l'arrivée d'une grossesse non programmée engendre également un questionnement sur la viabilité de l'union. Dans ces cas-là, la grossesse peut servir de test et le changement d'avis peut alors être tardif. Ce choix est d'autant plus difficile lorsque les partis n'ont pas le même avis.

Lorsque le couple se sépare peu de temps avant le diagnostic de grossesse, les patientes recontactent parfois leur compagnon pour faire ce choix en commun.

Le compagnon peut avoir des mots très durs et culpabiliser la patiente.

3. Les femmes mineures et jeunes patientes

Lorsque les femmes sont jeunes, la problématique peut être différente. En effet, les mineures et les jeunes patientes n'ont pas forcément d'autonomie financière. Elles ont besoin de l'aide d'un proche pour le transport ou vivent encore chez leurs parents.

Ces situations amènent des difficultés organisationnelles et des difficultés pour faire une IVG discrètement. Elles ne veulent pas informer leurs parents par peur de leur jugement et doivent dépendre d'une tierce personne pour les démarches liées à l'IVG.

Parfois, ces patientes présentent des cycles irréguliers. Elles peuvent avoir une connaissance lacunaire de la contraception et des recours en cas de rapport sexuel à risque de grossesse.

Enfin, elles n'ont souvent aucune expérience pour interpréter des signes cliniques de grossesse.

Ces différentes situations amènent à un délai de prise en charge allongé. Dans l'étude, nous avons pu relever plusieurs cas où les patientes ont retardé leur prise en charge pour ces problématiques.

Le médecin consulté se doit d'être particulièrement réactif, d'apporter toute son aide et poser les bonnes questions sur l'organisation de l'IVG. Il a, dans ce cas, un rôle d'information et d'orientation. Il peut faciliter les démarches en adressant directement les patientes aux centres d'IVG.

On sait que les femmes jeunes ont moins souvent un médecin traitant déclaré. Une IVG récente est une occasion d'entamer un suivi régulier. (30)

g. Méconnaissance des cycles menstruels

Actuellement, les patientes françaises sont mal informées sur la physiologie des cycles menstruels.

Nous avons repéré plusieurs situations où les patientes ont attendu, de façon injustifiée, avant de faire un test de grossesse. Elles analysaient leur retard soit comme un « dérèglement hormonal causé par la contraception », soit par un cycle menstruel irrégulier.

Plusieurs patientes ont présenté des hémorragies du premier trimestre qu'elles ont confondu avec des règles. Ces situations ont provoqué des prises en charge retardées.

L'HAS a émis des propositions lors du travail sur la contraception d'urgence. Donner une information appropriée sur le cycle menstruel, la sexualité, les périodes d'ovulation et de fécondité, peut permettre d'éviter des grossesses non désirées. (24) Les femmes sont alors plus à même de repérer des rapports sexuels à risque et d'être plus réactives.

Le médecin traitant a un rôle d'éducation auprès de sa patientèle. Lors de consultation d'initiation ou de renouvellement de contraception, il est nécessaire de vérifier les connaissances des patientes sur leurs cycles.

Une meilleure éducation sur la sexualité permettrait d'éviter ces situations.

2) Etat des connaissances des patientes

a. L'IVG et les moyens d'information

La plupart des patientes avaient des connaissances imparfaites sur les méthodes d'IVG. Les modes d'information cités ont été les suivants : internet, bouche à oreille, enseignement scolaire, professionnels de santé. Nous traiterons ces modes d'information séparément.

1. Internet

Des patientes ont cité internet comme moyen d'information. Elles critiquaient néanmoins les données recueillies et sélectionnaient elles-mêmes les informations pertinentes. Toute personne non initiée à la recherche sur internet pourrait aisément se faire influencer par des sites anti-avortement.

Lorsque l'on navigue sur internet, il existe de nombreux sites qui proposent une désinformation. Ils se basent sur des études statistiques biaisées et délivrent une information culpabilisante.

La manière dont apparaissent les sites internet lors d'une recherche sur un moteur de recherche dépend d'algorithmes complexes : contenu et structure du site, balise méta (mots-clefs reconnus par les robots des moteurs de recherche), citation par d'autres sites, nombres de clics...etc. (31)

Il existe des moyens de tricher sur ces référencement en payant des entreprises qui vont augmenter le nombre de clics et donc la visibilité du site.

Le gouvernement met en garde les patientes contre ces sites anti-avortement. Il faut préconiser aux patientes de lire préférentiellement les sites neutres et gouvernementaux (.gouv ou .infoservice).

Le 1^{er} décembre 2016, une proposition de loi a été débattue, à l'Assemblée Nationale, pour étendre le délit d'entrave à l'IVG à la sphère numérique. Le Sénat a voté cette loi avec quelques modifications mineures le 7 décembre 2016 (32). Toute personne, cherchant à tromper les femmes sur l'IVG, est passible de 2 ans de prison et 30.000€ d'amende.

2. Le bouche à oreille

Lors des entretiens, le bouche à oreille était un mode d'information non négligeable. Souvent, les connaissances expliquaient les démarches à suivre et leur expérience pour les différentes méthodes.

Même si ce moyen d'information est empreint d'expérience personnelle, il a l'avantage de permettre une orientation rapide des patientes et de ne pas perdre trop de temps.

Ce qui est préoccupant, c'est que les femmes doivent parfois rompre l'intimité de cette démarche pour trouver les informations.

Une plus large diffusion de l'information sur les méthodes d'IVG et les moyens d'accès aux centres d'IVG ne peut qu'amener du confort à cette démarche difficile.

3. Information scolaire

Bien que l'éducation à la sexualité soit obligatoire depuis la loi Aubry du 4 juillet 2001 (5), le contenu de ces programmes reste flou. Les séances sont basées sur un libre échange d'idées qui laisse peu de place à des informations concrètes sur la contraception, le recours à la contraception d'urgence ou à l'IVG.

Dans notre étude, seules les plus jeunes patientes ont mentionné l'école comme vecteur de l'information sur les méthodes d'IVG. Pour deux patientes, c'était par le biais d'étude dans le domaine de la Santé.

De plus, les élèves qualifiés de « décrocheurs » n'ont pas forcément tous eu accès à ces informations.

Il est donc nécessaire de vérifier les connaissances de nos patientes lors de consultation de santé de la femme.

4. Information par les professionnels de santé

Des patientes ont signalé avoir reçu l'information sur les méthodes d'IVG par l'intermédiaire d'un médecin. Une patiente ajoutait qu'elle n'avait confiance qu'en son médecin pour obtenir ces informations.

Les méthodes abortives étaient expliquées lors d'un recours à une IVG, ou avant d'adresser la patiente vers un centre d'IVG.

Une information en amont de la consultation pré-IVG aurait peut-être permis de faciliter l'accès aux centres d'IVG et d'éviter à ces patientes de trop tarder.

5. Télévision/ Presse/ Radio

Aucune patiente n'a signalé avoir eu d'information par ces moyens de communication. L'utilisation de spot radio ou télévisé par l'assurance maladie pourrait permettre de toucher une grande partie de la population. Des expressions telles que « ne restez pas seule » ou « parlez-en à votre médecin » pourraient inciter les patientes à aborder le sujet.

b. La contraception

Dans notre étude, 8 femmes sur 14 avaient une contraception en place lors du rapport sexuel à risque. Pour 7 d'entre elles, il s'agissait d'une contraception orale. Pour plusieurs patientes, les problèmes d'observance ont provoqué un doute sur le déroulement de leur cycle menstruel et une attente injustifiée pour la réalisation d'un test de grossesse. Seule une patiente a déclaré avoir pris une pilule du lendemain, mais cette étude présente un biais de sélection indéniable pour analyser cette donnée. Cela montre que beaucoup de patientes n'avaient pas les bons réflexes en cas d'oubli ou de problème d'observance.

L'étude française d'envergure « COCON », montre que 65 % des grossesses non désirées surviennent alors qu'une contraception est en place dont 21 % sous contraception orale. (33)-(34) Les principales causes d'échec de ce mode de contraception sont un mésusage et une mauvaise observance. (35)

En ce sens, les professionnels de santé ont un rôle privilégié d'éducation et d'information sur les méthodes contraceptives. L'HAS fournit de nombreuses recommandations à l'attention des professionnels de santé pour adapter le discours en fonction de l'âge des patientes. (36)-(37)-(38)

Le besoin de formations ciblées pour les médecins est indéniable. Une étude qualitative de 2010 s'est intéressée aux connaissances des médecins généralistes sur la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli. Sur les 25 médecins

interrogés, seuls 2 fournissaient des conseils en accord avec les recommandations de l'HAS. (39)

Toutefois, ces données sont à nuancer. Selon l'étude qualitative « GINé », l'échec d'une méthode contraceptive peut être aussi le reflet d'un désir d'enfant caché. (40) Cette étude introduit la notion de « baisse de la vigilance contraceptive ». Les mécanismes, amenant à ce phénomène, sont complexes et dépendent des schémas familiaux et des cadres normatifs dans lesquels évoluent les patientes.

Il est important de responsabiliser les patientes et les médecins sur la contraception. Seule une information claire et adaptée peut permettre de diminuer le risque de grossesse non désirée. En cas de problème d'observance, l'orientation vers une contraception plus efficace et pérenne peut limiter ce risque (DIU, implants).

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, on remarque que la plupart des retards sont causés par un manque d'information, de connaissance et d'éducation des patientes. En ce sens, les médecins se doivent de fournir des informations claires et ciblées tout au long du parcours de soins.

Pour pouvoir respecter le souhait des patientes de réaliser une IVG médicamenteuse, il faut que les femmes et les professionnels de santé réagissent rapidement. C'est à cette condition que l'on pourra augmenter le pourcentage des IVG médicamenteuses.

L'IVG est un droit fragile pour les femmes. Leur parcours peut être semé d'embûches (désinformation, hésitation, personnel soignant manquant parfois d'empathie).

Depuis 1975, en France, ce droit a évolué mais reste néanmoins sujet à controverse. Dans l'actualité récente, la Pologne et l'Espagne ont proposé des révisions de loi pour restreindre l'accès à l'IVG. Le vote récent du Sénat, pour l'extension du délit d'entrave à la sphère numérique montre qu'il persiste encore une contestation forte de ce droit.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
2. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
3. Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 Relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. 82-1172 déc 31, 1982.
4. IVG médicamenteuse : rappel des conditions d'utilisation de la mifépristone et du misoprostol - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communique-Points-presse/IVG-medicamenteuse-rappel-des-conditions-d-utilisation-de-la-mifepristone-et-du-misoprostol>
5. LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
6. Douste-Blazy P. Bulletin Officiel n°2004-50 [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-50/a0503304.htm>
7. Assistance publique des hôpitaux de Paris. Circulaire DGS/MC1/DHOS/O1 n°2009-304 du 6 octobre 2009 relative à la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale et les centres de santé. Prévention des grossesses non désirées [Internet]. 2009. Disponible sur: portail-web.aphp.fr/daj/public/index/pdf/id_fiche/3823
8. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [Internet]. DREES; 2016;(968) Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
9. Inspection générale des affaires sociales française. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 - Rapport de synthèse [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000047/index.shtml>
10. Bajos N, Moreau C, Leridon H, et al. Why has the number of abortions not declined in France over the past 30 years? *Popul Sociétés*. déc 2004;(407):1-4.
11. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of Serious Infection after Changes in Regimens for Medical Abortion. *N Engl J Med*. 9 juill 2009;361(2):145-51.

12. Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant Adverse Events and Outcomes After Medical Abortion. *Obstet Gynecol.* janv 2013;121(1):166.
13. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 mars 2015;122(4):510-7.
14. Faucher P, Baunot N, Madelenat P. Efficacité et acceptabilité de l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse pratiquée sans hospitalisation dans le cadre d'un réseau ville-hôpital : étude prospective sur 433 patientes. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2005;33(4):220-7.
15. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 janv 2005;(1):CD003037.
16. Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.
17. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception.* sept 2011;84(3):224-9.
18. Morotti M, Calanni L, Gianola G, Anserini P, Venturini PL, Ferrero S. Changes in Sexual Function after Medical or Surgical Termination of Pregnancy. *J Sex Med.* 1 juin 2014;11(6):1495-504.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142-5.
20. Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Frappé P, éditeur. Neuilly-sur-Seine, France: GM Santé; 2011. 43-53 p.
21. Sudman S, Bradburn NM. Response effects in surveys; a review and synthesis. Chicago: Aldine Pub. Co; 1974. 257 p.
22. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol.* mars 2004;10(1):79-86.
23. International Consortium for Emergency Contraception and FIGO. Emergency contraceptive pills: Medical and Service Delivery Guidelines [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2014/01/ICEC_Medical-and-Service-Delivery-Guidelines-English_June-2013.pdf
24. HAS. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf

25. Belden P, Harper CC, Speidel JJ. The copper IUD for emergency contraception, a neglected option. *Contraception*. avr 2012;85(4):338-9.

26. Martel L. Mise à jour sur les tests de grossesse [Internet]. 2013 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.uniprixbd.com/documents/pdf/test%20de%20grossesse.pdf>

27. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

28. Vendittelli F, Pereira B, Paccoud G, Lachcar P, Bernard P, Pons J-C. Motifs exprimés par les femmes pour demander une interruption volontaire de grossesse entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. *Rev Sage-Femme*. sept 2015;14(4):142-50.

29. Code de la santé publique - Article R4127-47. Code de la santé publique.

30. Chor J, Hebert LE, Hasselbacher LA, Whitaker AK. Prevalence and Correlates of Having a Regular Physician among Women Presenting for Induced Abortion. *Womens Health Issues*. 1 sept 2016;26(5):517-22.

31. 19 techniques pour optimiser le référencement de votre site internet sur Google [Internet]. 2010 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.inaativ.com/wp-content/uploads/PDF/ebook_referencement.pdf

32. JORF n°0284 du 7 décembre 2016, texte n° 86. Documents parlementaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033545783&d ateTexte=&categorieLien=id>

33. Moreau C, Trussell J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France: results from a population-based survey. *Hum Reprod*. 9 janv 2007;22(9):2422-7.

34. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Rev Fr Aff Soc*. 22 juin 2011;(1):148-61.

35. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum Reprod Oxf Engl*. mai 2003;18(5):994-9.

36. Contraception chez l'adolescente [Internet]. 2015 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf

37. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2015 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
38. Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. [cité 8 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf
39. Bertin-Steunou V, Bouquet É, Cailliez É, Tanguy M, Fanello S. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mai 2010;39(3):208-17.
40. Andro A, Bozon M, Brown É, Condon S, Débauche A, Ferrand M, et al. Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné—De la contraception à l'avortement: sociologie des grossesses non prévues. *Population.* 2004;59(1):178–179.
41. Fernandez, Catteeuw. Formulaire type de consentement éclairé. Univ Paris Ouest [Internet]. 2015 [cité 9 janv 2017]; Disponible sur: <https://www.u-paris10.fr/.../com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID...>

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information à l'attention des patientes



Travail de thèse de Docteur en Médecine

Fiche d'information.

Actuellement en fin de cursus universitaire, j'effectue un travail de recherche sur les difficultés rencontrées (personnelles, parcours de soins, obstacle de délai, indécision, manque d'informations...) pour les demandes d'interruption de grossesse volontaires. Ce recueil concerne des femmes ayant réalisé une **IVG par aspiration**.

Je cherche donc des personnes volontaires pour témoigner de leur parcours et des obstacles rencontrés. Le recueil de données se fera par l'intermédiaire d'entretiens de visu, la conversation sera enregistrée par dictaphone.

Il y aura une **anonymisation des entretiens**. Les enregistrements seront détruits à la fin de ce travail et ne serviront pas pour d'autres travaux. L'entretien peut se faire soit chez vous, soit dans une salle dédiée à l'hôpital.

Vos témoignages permettront d'objectiver les freins liés à la demande d'IVG et d'améliorer l'offre de soins.

Si ce projet vous intéresse, merci de m'appeler au numéro suivant: ** ** * * * * ou de m'envoyer un mail à l'adresse suivante: *****

Annexe 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Présentation.

Quelles ont été les circonstances de découverte de la grossesse?

Parcours de soins: lieux, spécialistes rencontrés, attente, indécision?

Quel a été votre parcours pour votre prise en charge?

Qu'est ce qui vous a gêné durant votre prise en charge?

Avant cette prise en charge connaissiez-vous les différentes méthodes pour arrêter une grossesse. Comment aviez-vous eu ces informations?

Qu'est ce qui selon vous a manqué durant cette demande d'IVG?

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement. (41)

Je, soussignée _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes désirant une interruption volontaire de grossesse attendent plus de 9 semaines d'aménorrhée pour leur demande ?

Sous la direction de Mr le Docteur Ph. Hannequart
 Promoteur : Université Lille II, Faculté Henry Warembourg (Médecine).
 Investigateur principal: Florent Lefranc, médecin généraliste.

But de l'étude : Souligner les freins et les difficultés expliquant un retard de prise en charge dans l'IVG

Engagement du participant : l'étude va consister à réaliser des interviews individuelles enregistrées

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

AUTEUR : Nom : LEFRANC

Prénom : Florent

Date de Soutenance : 9 Février 2017

Titre de la Thèse : Quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes désirant une interruption volontaire de grossesse attendent plus de 9 semaines d'aménorrhée pour leur demande ?

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Gynécologie-Obstétrique

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : IVG médicamenteuse, retard, avortement, étude qualitative, 9 semaines d'aménorrhée.

Contexte : Environ, 220.000 IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) par an sont réalisées en France, ce chiffre est stable depuis plusieurs années. Les IVG médicamenteuses sont réalisables jusqu'à 9 SA (Semaine d'Aménorrhée) contrairement aux IVG par aspiration possibles jusqu'à 14 SA, plus complexes et moins bien tolérées. Les IVG sont médicamenteuses dans seulement 57 % des cas, alors que 84 % des femmes souhaiteraient cette méthode. L'étude s'intéresse aux raisons du dépassement du délai de 9 SA pour une demande d'IVG.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée par le moyen d'entretiens individuels semi-dirigés. Les patientes recrutées avaient réalisé une IVG par aspiration après 9 SA.

Résultats : Sur 37 patientes éligibles, 19 ont accepté de participer à l'étude. 5 cas ont été exclus car il s'agissait d'un échec d'IVG médicamenteuse ou d'un souhait de réaliser une IVG par aspiration avant 9 SA. Les patientes étaient âgées de 15 à 40 ans, avec une moyenne à 24,9 ans. Avant l'accès au parcours de soins, les raisons principales du retard de prise en charge étaient les retards de diagnostic de grossesse, les erreurs de contraception ou l'ambivalence. Après l'accès aux soins, il existait une perte de temps dans la réalisation d'examen inutiles, des défauts d'orientation, d'information ou un délai de réflexion imposé alors qu'il n'est plus obligatoire. Globalement, les patientes avaient des connaissances lacunaires sur la physiologie des cycles menstruels, la contraception, les méthodes d'IVG et le parcours à suivre.

Conclusion : Les femmes souhaitant réaliser une IVG sont souvent mal informées sur les moyens disponibles et les façons d'y accéder. Les délais de prise en charge ont été particulièrement importants lors d'erreur de contraception ou de grossesse non suspectée. Une sensibilisation plus importante des médecins généralistes concernant la contraception, l'information des patientes sur les cycles menstruels et l'IVG pourrait éviter ces situations de retard.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE

Monsieur le Docteur Didier HUBERT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART