



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La place du partenaire dans la consultation d'IVG en ville : vécu des
médecins généralistes**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 4 mai 2023 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Aurore DESCHILDRE**

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur :

Monsieur le Docteur Grégory LEFEBVRE

Directrice de thèse :

Madame la Docteur Judith OLLIVON

Avertissement

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

Liste des abréviations

AUEC : Attestation Universitaire d'Enseignement Complémentaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Table des matières

| | |
|---|----|
| RESUME | 4 |
| INTRODUCTION | 5 |
| MATERIELS & METHODES..... | 8 |
| I. Type de l'étude..... | 8 |
| II. Protocole et recrutement..... | 8 |
| III. Entretiens | 8 |
| IV. Analyse des données..... | 9 |
| V. Ethique..... | 9 |
| RÉSULTATS | 10 |
| I. Caractéristiques socio-démographiques..... | 10 |
| II. L'avortement, un droit fondamental à renforcer..... | 12 |
| A. Une pratique contemporaine en constante évolution..... | 12 |
| B. L'orthogénie en ville, une pratique facile mais non valorisée..... | 15 |
| C. Un évènement singulier..... | 19 |
| II. Être entourée pendant l'IVG permettrait un meilleur vécu | 23 |
| A. Le médecin au service de la patiente..... | 23 |
| B. Importance des acteur·rice·s | 26 |
| III. Le partenaire, une place floue à investir..... | 30 |
| A. L'homme au second plan, encore trop laissé de côté | 30 |
| B. Vers une inclusion de l'homme | 33 |
| DISCUSSION | 37 |
| I. Forces et limites de l'étude..... | 37 |
| A. Forces de l'étude | 37 |
| B. Limites de l'étude..... | 38 |
| II. Discussion autour des résultats..... | 39 |
| A. « Aucun doute, la santé est politique » | 39 |
| B. La pratique de l'IVG..... | 40 |
| C. La place du partenaire | 41 |
| D. IVG, contraception et charge mentale | 44 |
| CONCLUSION | 46 |
| BIBLIOGRAPHIE | 47 |
| ANNEXES | 51 |

RESUME

Introduction : En 2021, 220 300 IVG ont été enregistrées. La législation est en constante évolution depuis la loi Veil de 1975 afin d'améliorer l'accès à l'IVG. Une proposition de loi pour inscrire le droit fondamental à l'IVG dans la Constitution a été déposée à l'Assemblée Nationale. L'IVG est associée à une charge mentale presque exclusivement féminine puisque moins de 1% des études sur le sujet se sont intéressées au vécu de l'homme.

Méthode : Cette étude qualitative a été menée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : L'avortement est un droit fondamental à renforcer et une pratique contemporaine en constante évolution. L'IVG reste un tabou, source d'inégalités entre les hommes et les femmes. L'orthogénie en ville est une pratique considérée comme facile mais non valorisée. Être entourée pendant l'IVG permettrait un meilleur vécu, grâce à divers acteurs. La place du partenaire reste floue car il est encore mis de côté, ou il n'est pas suffisamment investi. Il est urgent d'inclure davantage l'homme afin de répartir le poids mental de l'IVG. Actuellement l'IVG est le reflet d'une société patriarcale.

Discussion : Les hommes sont invisibles dans les études concernant l'avortement.

Cette étude est limitée par le manque de saturation des données lié au manque d'effectif interrogeable mais permet d'accentuer la nécessité d'inclure davantage les hommes. L'invisibilité de cette place peut leur être confortable car ils subissent peu de charge mentale, comme c'est déjà le cas dans les domaines liés à la parentalité.

Pourtant, répartir l'équilibre entre hommes et femmes contribuerait à réduire l'incidence du recours à l'avortement.

INTRODUCTION

Le féminisme est défini comme un courant de pensée et mouvement politique, social et culturel en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes(1).

L'Office Québécois de la langue française définit la charge mentale comme une sollicitation constante des capacités cognitives et émotionnelles d'une personne, liée à la planification, à la gestion et à l'exécution d'une tâche ou d'un ensemble de tâches(2).

Selon une enquête intitulée « Les Français et la charge mentale », près d'un Français sur deux (41%) associe la charge mentale à la gestion, l'organisation et la planification constantes des tâches domestiques et parentales tandis que pour 24% la charge mentale se résume à une « double journée » et pour 13% comme l'articulation entre vie professionnelle et vie privée(3).

Dans une revue de littérature souhaitant démontrer qu'il existe une inégalité de genre en matière scientifique assignant exclusivement la charge mentale de l'IVG aux femmes, il en est sorti que moins de 1% des travaux de recherche sont consacrés à l'homme confronté à la situation d'IVG, alors qu'à l'inverse, la femme largement privilégiée en santé reproductive est moins bénéficiaire en santé sexuelle(4).

En France en 2021, 223 300 IVG ont été enregistrées. Les femmes de 20 à 29 ans restent les plus concernées, avec un taux de recours s'élevant à 24,8‰ parmi

les femmes âgées de 20 à 24 ans et atteint 27,2‰ pour celles âgées de 25 à 29 ans(5).

L'accès à l'IVG est une priorité nationale. La législation de 1975(6) s'est améliorée par différents décrets. L'accès de l'IVG est facilité par la loi de 2004 permettant une activité d'orthogénie par les médecins de ville(7). L'IVG en ville représente actuellement environ un quart des IVG(8). Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100% par l'Assurance maladie(9). En 2022 le délai légal de l'IVG médicamenteuse en ville a été allongé à 9 semaines d'aménorrhées(10). La même année le délai légal pour avorter a été allongé à 16 semaines d'aménorrhée(11).

En réaction à la décision de la Cour suprême des Etats-Unis en juin 2022 concernant l'abolition de l'arrêt Roe vs Wade laissant chaque Etat libre d'interdire l'IVG(12), une proposition de loi constitutionnelle a été déposée à l'Assemblée Nationale en octobre 2022 visant à protéger le droit fondamental à l'IVG(13).

Si plus de 220 000 IVG sont pratiquées en France tous les ans, plus de 220 000 hommes sont concernés aussi(14). La décision finale revient cependant à la femme(15).

De nombreuses études ont été réalisées auprès des femmes ayant recours à une IVG. Peu d'études se sont intéressées à leur partenaire. Selon l'étude de A. Kero et A. Lalos sur les réactions et réflexions des hommes à 4 et 12 mois post-avortement, les hommes veulent prendre part à la décision d'avorter ou non. Des études chez les femmes ont montré que le processus de prise de décision influence grandement les réactions après un avortement(16). Les hommes parlent rarement de l'IVG. Les hommes l'évoquent comme un moment important voire difficile(14).

Le but de ce travail était de démontrer que l'inclusion du partenaire dans la consultation d'IVG, en cabinet de médecine générale, permettrait un meilleur vécu par une meilleure compréhension du phénomène par les médecins généralistes.

MATERIELS & METHODES

I. Type de l'étude

La recherche qualitative permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale. Elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins(17).

II. Protocole et recrutement

Cette étude a été réalisée chez des médecins généralistes des Hauts-de-France pratiquant l'orthogénie en cabinet par le biais d'entretiens semi-dirigés. Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige. En cas de rupture du cycle, d'autres médecins ont été recrutés par recherche sur le site internet doctolib.

III. Entretiens

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés de septembre 2022 à février 2023 en face-à-face ou en visioconférence. Leur durée était comprise entre 10 mn 47 s et 32 mn 09 s. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur vocal puis retranscrits mot à mot sur un logiciel de traitement de texte Word.

Un guide d'entretien a été créé *a priori* puis modifié régulièrement afin de s'adapter aux réponses des médecins. Des questions de relance avaient été prévues.

La saturation des données n'a pas pu être obtenue en raison d'un nombre faible de sujets.

IV. Analyse des données

La méthode inspirée de la théorie ancrée a été utilisée via le logiciel N'Vivo. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées. Une théorie explicative est envisagée puis construite à partir des données(17).

V. Ethique

Au début de chaque entretien a été recueilli le consentement oral des médecins vis-à-vis de l'enregistrement des données sur un téléphone et un ordinateur. L'anonymat des médecins a été garanti par la numérotation des entretiens et l'absence d'éléments nominatifs.

RÉSULTATS

Dans cette partie nous poserons dans un premier lieu le contexte de l'IVG et de la consultation avant d'en venir à la place du partenaire.

I. Caractéristiques socio-démographiques

11 entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

Deux médecins ont refusé de participer à l'étude. Trois entretiens n'ont pu être obtenus faute de réponse.

Les caractéristiques socio-démographiques des médecins ont été reportées dans le tableau ci-dessous.

| | Genre | Âge | Milieu d'exercice | Type de pratique majoritaire | Nombre d'années d'installation ou de remplacement | Nombre d'années de pratique de l'IVG |
|-----|-------|-----|-------------------|------------------------------|---|--------------------------------------|
| M1 | M | 47 | Urbain | Santé de la femme | 14 | 16 |
| M2 | F | 36 | Urbain | Médecine générale | 8 | 8 |
| M3 | F | 30 | Urbain | Mixte | 3 Remplacement | 2 |
| M4 | F | 32 | Urbain | Santé de la femme | 1,5 | 4 |
| M5 | F | 40 | Urbain | Médecine générale | 11 | 10 |
| M6 | F | 39 | Urbain | Médecine générale | 7 | 4 |
| M7 | F | 31 | Mixte | Santé de la femme | 2 | 4 |
| M8 | F | 31 | Urbain | Santé de la femme | 1 Remplacement | 2 |
| M9 | F | 34 | Urbain | Médecine générale | 5 | 6 |
| M10 | M | 69 | Semi-rural | Mixte | 44 | 14 |
| M11 | F | 34 | Urbain | Santé de la femme | 2 | 4 |

Tableau : caractéristiques socio-démographiques des médecins

II. L'avortement, un droit fondamental à renforcer

A. Une pratique contemporaine en constante évolution

1. L'IVG : héritage acquis d'une histoire et menaces à venir

Un médecin admirait les féministes ayant participé à la légalisation de l'IVG mais s'inquiétait des nouveaux courants féministes. Le combat est générationnel et n'est plus à mener aujourd'hui pour un autre médecin. Pour certain-e-s, le droit à l'IVG peut être mis en cause et n'est pas accessible dans tous les pays. Les médecins considéraient l'IVG comme une pratique ancienne, avec une évolution des mœurs qui permet une évolution de la prise en charge.

M5 : "tout en sachant aussi que ce n'est pas un droit, enfin quoique maintenant ça a été inscrit dans la Constitution donc ça devrait aller, mais qu'il n'y a rien d'acquis et que les droits peuvent être mis en cause."

2. Législation

Un médecin pensait que l'IVG était bien légiférée. Certains médecins parlaient du droit à l'IVG nouvellement inscrit dans la Constitution. Les médecins se référaient à différents textes législatifs, en constante évolution, comme la suppression du délai de réflexion et de l'entretien psychologique, la formation nécessaire à la pratique de l'orthogénie, le délai maximal obligatoire de 5 jours de rendez-vous d'échographie.

M1 : "il y a de plus en plus de lois qui facilitent la prise en charge de l'IVG en ville."

Un médecin déplorait l'exclusion du partenaire dans la législation. Un autre ne trouvait pas de nécessité à l'inclure. Encore un autre craignait que cela puisse engendrer des conflits.

M1 : "tout ce qui est organisé, que ça soit le protocole ou la loi, c'est centré sur la femme, et le mec il est exclu de A à Z dans la procédure."

3. Le tabou de l'IVG

Un médecin rapportait la maltraitance de certaines patientes dans le contexte de grossesse non désirée.

M11 : "j'ai beaucoup de femmes qui viennent me voir en me disant : « j'ai été jugée par rapport à ma grossesse non désirée à l'hôpital, on m'a maltraitée, j'ai déjà fait une IVG, ça s'est très mal passé » ; c'est récurrent hein, c'est vraiment récurrent, ça arrive régulièrement."

Un autre médecin mentionnait le tabou des métrorragies si l'accompagnant.e n'était pas une femme.

4. (In)égalité homme-femme

Pour certains médecins l'orthogénie est un acte féministe. L'orthogénie n'est pas un acte féministe pour d'autres, dont un qui disait pratiquer la médecine sans distinction de genre. Le bien-être des femmes passait par l'égalité homme-femme.

Un médecin pensait que l'orthogénie ne devrait pas être un acte féministe mais sous-entend qu'il l'est au vu de l'état actuel des choses.

Un médecin spécifiait que l'IVG ne peut pas être équitable. La charge mentale n'était pas partagée lors des IVG.

M9 : “dans l’IVG, c’est quand même elle qui se tape tout quoi, en fait, c’est elle qui a droit aux médicaments, aux effets secondaires des médicaments”

5. Les *a priori* du médecin

Certains médecins avaient une mauvaise perception de la prise en charge en ville et/ou en France. Les médecins n’émettaient pas de jugement concernant la raison qui poussait la femme à avorter mais certains ont émis des *a priori* sur l’origine ethnique, la différence d’âge dans les couples ou le nombre d’IVG précédemment réalisé par les patientes.

M10 : “je suis là juste pour les aider, et elles essaient de se justifier : « vous vous rendez compte, je suis au chômage, je suis toute seule » etc. Ça pourrait être intéressant du point de vue sociologique, mais je veux dire, elles n’ont pas à se justifier, je le dis toujours.”

Un médecin parlait des éventuelles prises de position concernant l’avortement de confrères ou consœurs.

B. L'orthogénie en ville, une pratique facile mais non valorisée

1. Un acte de médecine générale comme un autre

L'IVG devrait être un acte de médecine générale comme un autre selon un médecin. Sa pratique était vue comme globale et n'était pas limitée à l'acte médical. Elle était perçue comme facile à pratiquer, simple, bien qu'à développer. Un médecin en faisait un point de conversion.

M1 : "la prise en charge IVG est super riche et ce n'est pas juste « je donne des comprimés pour avorter ». C'est que tu rencontres les femmes dans des moments particuliers où tu peux leur apporter autre chose qu'une prise en charge médicale."

2. Freins et moteurs à la pratique de l'IVG par les médecins

Les freins à la pratique de l'IVG en ville étaient le manque de formation, le manque de temps, la densité de la consultation ou le désintérêt des hôpitaux à financer l'orthogénie.

Les moteurs étaient la simplification de la prise en charge ou la simplicité et la globalité de la formation.

Concernant la rémunération, des idées contradictoires ont été émises.

M1 : "on peut gagner très très bien sa vie, mais euh c'est chronophage et pas bien payé"

3. L'orthogénie à l'épreuve du désintérêt des médecins

Selon les médecins interrogés, les médecins généralistes se désintéressaient de l'orthogénie pour investir des consultations mieux rémunérées. Ceux-ci manquaient d'intérêt pour les formations para-universitaires et pour les cours d'orthogénie qui étaient, à une époque, uniquement législatifs.

M1 : "tant que c'est mis à part dans les formations, les médecins généralistes ne le font pas."

La prise en charge des médecins obligés à pratiquer l'orthogénie (dans le cadre d'une mission de service public par exemple) était perçue comme mauvaise.

4. Pratiquer l'orthogénie en ville, une adaptation nécessaire

Dans un premier temps, il fallait faire l'AUEC et se conventionner avec un centre d'orthogénie. Ces démarches administratives sont longues, difficiles et manquaient de contact. Un médecin décrivait l'orientation progressive de la maternité vers la ville avec la nécessité d'améliorer les échanges avec le centre conventionné. Le cabinet devait être pensé et adapté à la pratique de l'orthogénie, avec parfois l'acquisition d'un échographe.

M10 : "Alors moi l'avantage c'est que je suis autonome ; je fais tout de A à Z. J'ai l'écho, donc voilà."

La patientèle du médecin n'était pas toujours au courant de la pratique d'orthogénie. Un médecin avait dû prendre du temps pour se faire connaître auprès des patientes et des centres qui l'environnent. Ce médecin s'était préalablement renseigné sur l'absence de praticiens dans le secteur prisé.

Il fallait se procurer les médicaments en pharmacie.

5. Points forts et points faibles de la ville du point de vue des médecins

Les points forts de la pratique en ville de l'orthogénie mis en lumière par les médecins étaient l'activité non hospitalo-centrée, la continuité de pratique, l'autonomie qui permettait de proposer une prise en charge rapide, un espace plus intimiste, leur mise à disposition possible via leur numéro de téléphone personnel, un meilleur contact, une prise en charge plus rapide et sereine et de manière générale une bonne, voire meilleure prise en charge en ville.

M3 : "il y a un temps où c'est un peu plus privilégié, plus privé"

Les points faibles décrits étaient l'absence de conseiller·ère (mais il était possible de lui adresser des patient·e-s), le délai légal de rendez-vous d'échographie pas toujours possible à respecter dans les grandes villes, un temps parfois perçu comme plus compté qu'à l'hôpital, une information plus difficile à relayer, un suivi psychologique plus difficile à réaliser.

M4 : "À mon cabinet, le seul truc qui manque, je dirais, c'est que du coup il n'y a pas la conseillère qui est d'accès facile"

6. Freins des patientes à l'IVG

Des médecins décrivaient les freins des patientes à bénéficier d'une IVG en ville plutôt qu'à l'hôpital, tels qu'un accès restreint pour certaines femmes, les déserts médicaux, une difficulté de prise en charge entre 7 et 9 semaines d'aménorrhée qui

impliquait notamment plus de douleurs et de saignements, la prise en charge psychologique en ville, la période des vacances scolaires, le manque de médecins formés, le manque de temps, le manque d'information ou le manque d'intérêt des médecins.

Les freins décrits en général étaient un·e accompagnant·e non aidant, une décision non sûre, le délai légal dépassé, la désinformation par certains gynécologues, la dichotomie entre l'avis des femmes et du gouvernement, la solitude, l'IVG forcée, la place des hommes qui reste floue, le comportement de certains partenaires, les longs délais de rendez-vous, le manque de médecins ou la mauvaise influence de l'accompagnant·e.

M6 : “parfois ça arrive qu'elles viennent et qu'elles soient en dehors du délai pour une prise en charge médicamenteuse alors que, à la base, elles étaient dans le délai”

M10 : “les trois-quarts du temps elles viennent toutes seules parce que les partenaires ne sont pas impliqués”

C. Un évènement singulier

1. Choisir l'IVG

Les médecins rapportaient différentes raisons des patientes à opter pour l'IVG comme le moment non choisi, le souhait de ne pas agrandir la famille ou un grand écart d'âge avec le partenaire.

Les femmes avaient besoin d'assurance dans leur prise de décision car celle-ci était parfois difficile à prendre. Le processus de l'IVG débutait dès la connaissance de la grossesse.

M1 : "ce n'est pas une décision qui est toujours facile, c'est compliqué pour elles"

2. Le cheminement jusqu'à l'IVG

Certains médecins rapportaient un accès facile à l'IVG pour les patientes, d'autres parlaient d'errance pour trouver un médecin formé. La période pré-IVG était perçue comme anxiogène.

M6 : "parfois j'en vois qui viennent dans un état de tension"

M9 : "Après, l'IVG en ville, d'un point de vue d'accès à la méthode, je trouve qu'on est quand même un bon maillage dans le Nord-Pas-de-Calais aujourd'hui, enfin dans le Nord aujourd'hui je pense qu'il n'y a pas de limite d'accès à l'IVG et qu'on maille assez bien quand même le territoire"

Les patientes étaient informées avant de venir en consultation via des fichiers pdf ou internet. Elles pouvaient se procurer sur internet une liste des médecins qui

pratiquent l'orthogénie. La prise de rendez-vous en ligne était considérée comme facile.

Certains médecins rapportaient des patientes peu informées, mal orientées.

M6 : "pour certaines, on n'est pas bien informées, on n'est pas dans un réseau, on n'a pas des copines qui ont déjà vécu ça. J'en ai, c'est le parcours du combattant, clairement."

3. Le déroulement de la consultation IVG

Un médecin pensait qu'il n'y avait plus de charge mentale une fois arrivées en consultation car les patientes avaient peu de choses à organiser.

Il y avait un interrogatoire type, la consultation était protocolisée, et le protocole concis. Le médecin expliquait la prise des comprimés.

Certain·e·s patient·e·s avaient besoin de temps pour intégrer les informations.

M1 : "le protocole IVG, en gros, oui bon on a compris, on a eu toutes les infos, on va digérer ça tous seuls"

M1 : "j'ai une consultation qui est hyper carrée, où il y a toutes les infos... après c'est lourd une consultation d'IVG... il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup d'infos"

Certaines questions des médecins étaient perçues comme intrusives par la patiente, elle s'interrogeait sur leur légitimité.

Concernant le partenaire, des médecins ont parfois observé leur influence sur la patiente sur le choix de la contraception future ou de l'anesthésie. Le praticien pouvait se sentir surveillé.

4. L'occasion de faire le point

Des médecins voyaient l'IVG comme un moment privilégié pour aborder la contraception masculine, dépister les violences conjugales, questionner la contraception afin de trouver celle qui sera adaptée pour être épanouie ou faire le point sur le suivi gynécologique. Pour les couples c'était aussi le moment de se remettre en question.

M3 : "pour moi ça intègre toute la gynéco parce que tu vas parler contraception, de maladies sexuellement transmissibles et derrière tu vas les revoir pour les suivis, parfois elles reviennent pour les suivis de grossesse"

M10 : "Si elles n'ont pas de contraception, elles ne peuvent pas avoir de sexualité épanouie. Donc elles ne seront pas dans le bien-être. Tout ça, ce sont des choses qu'il faut leur apporter."

5. Clés du succès d'une IVG

Du point de vue des médecins, les clés du succès d'une IVG étaient la formation de beaucoup de praticiens, une consultation systématique avec le·la conseiller·ère, la communication entre les deux protagonistes, l'accompagnant·e à domicile qui devait être véhiculé·e ou une procédure simplifiée.

M2 : “moi je suis toujours très contente quand il y a un accompagnant dans un contexte de l’IVG parce que c’est... ça favorise le succès de l’IVG, en tout cas, nous c’est l’un des critères de réalisation de l’IVG médicamenteuse en ville”

M5 : “Nous on essaie d’être réactifs, donc euh... on a tous les jours des rendez-vous possibles pour les IVG et puis quand on voit que les patientes elles ont pris rendez-vous même pour quelques jours après, on les rappelle pour les avancer éventuellement, pour avancer le rendez-vous si elles en ont besoin plus tôt”

Du point de vue des patientes, les clés du succès d'une IVG décrits par les médecins étaient une décision partagée, un délai de prise en charge court, un dialogue avec bienveillance, se sentir à l'écoute, la disponibilité du médecin, un accès facile, être accompagnée, un partenaire impliqué, être bien informée ou être soutenue.

M11 : “je pense que si elle se sent soutenue, ça sera plus simple pour elle. Tout simplement. Si elle est dans un bon contexte à la maison ça sera pareil.”

6. Après l’IVG

Concernant le suivi, les médecins regrettaient l'absence de suivi au long terme, ce qui était pourtant primordial. Le suivi psychologique pouvait être pris en charge à l'hôpital. Les médecins ne proposaient pas systématiquement de suivi psychologique au partenaire. Peu d'hommes étaient en demande de suivi.

Un médecin était en désarroi face à la solitude des patientes en post-IVG. Elles n'étaient pas forcément soutenues et venaient souvent seules à la consultation post-IVG.

M8 : “des fois les dames ne vont pas très bien en post-IVG et je leur demande si elles en parlent avec leur mari, et des fois non.”

Un médecin mentionnait la gestion parfois difficile des métrorragies post-IVG.

II. Être entourée pendant l'IVG permettrait un meilleur vécu

A. Le médecin au service de la patiente

1. Pourquoi faire de l'orthogénie

La plupart des médecins ont découvert l'orthogénie via la gynécologie pendant leur internat.

Les raisons évoquées qui ont motivé les médecins à pratiquer l'orthogénie étaient d'abord humanistes afin d'aider et être utile, de se mettre au service des femmes et d'aider les couples. Elles pouvaient être militantes et/ou féministes afin de soutenir le droit des femmes, bien que choisir de s'occuper de femmes n'était pas un rejet des hommes. Parfois c'était le fait de connaître le mauvais vécu ou la maltraitance de certaines patientes qui avait donné envie de pratiquer l'orthogénie avec bienveillance. Devant de nombreuses demandes reçues, certains médecins ont vu l'orthogénie comme une possibilité, voire comme une nécessité, d'autant plus que la

formation avait évolué et que le travail était intéressant. Les honoraires valorisés ont été évoqués par un médecin.

M8 : “pratiquer l’orthogénie tout court c’est pour défendre le droit en fait, j’ai toujours eu envie de défendre le droit d’accès à l’IVG”

M9 : “C’est nécessaire pour les femmes quoi, pour les femmes en globalité, pour les femmes en général et en fait on a quand même la chance d’être dans un pays où c’est légal, où c’est pris en charge, où c’est quand même assez bien cadré ; moi je trouve qu’on a quand même énormément de chance, et pas forcément qu’en tant que femme mais pour les couples aussi, ça les aide”

2. Rôles du médecin

Les rôles évoqués afin de se mettre au service de la patiente étaient multiples. Le médecin délivrait une multitude d’informations et s’assurait de la bonne compréhension de la patiente. Il pouvait remettre une fiche d’informations sur l’IVG.

Il devait questionner le lieu choisi par les femmes pour faire leur IVG (à domicile ou à l’hôpital). Un bilan sanguin était parfois prescrit. En cas de doute, le médecin pouvait temporiser l’IVG. Il devait créer une relation de confiance avec la patiente en favorisant l’empathie et en respectant son intimité. Les prises en charge étaient médecin-dépendant. Le médecin devait aborder d’autres thèmes comme la vaccination HPV ou la prévention sexuelle.

M1 : “si on sent que la situation est difficile, s’il y a une ambiguïté sur le désir de grossesse, si on sent que la patiente est hésitante, c’est à nous de dire : « vous avez le temps, on peut se revoir ».”

3. Un vécu variable

Les médecins ont rapporté des conditions de prise en charge différentes selon les structures. L'expérience de l'IVG à l'hôpital était parfois mauvaise.

Le vécu des patientes pouvait être bon, mais était parfois difficile. Il était meilleur si la décision était partagée avec le partenaire. Le vécu du partenaire était différent.

M1 : "C'est un moment dans la vie d'une femme"

Le médecin évaluait l'état d'esprit de la patiente, qui était parfois hâtive d'avorter. Les patientes se sentaient reconnaissantes si la prise en charge était bonne.

Les médecins ne montraient pas les clichés de l'échographie. L'IVG était vue comme un évènement de vie qui pouvait être douloureux physiquement.

Un médecin désirait diriger une thèse pour comparer le vécu de l'IVG à celui d'une fausse couche spontanée.

B. Importance des acteur·rice·s

1. Un travail d'équipe

Le médecin pouvait passer le relais au·à la conseiller·ère lorsqu'il s'agissait du couple. L'accompagnement du partenaire était parfois vu comme le rôle du·de la conseiller·ère. C'était son rôle d'établir équitablement la communication.

M9 : "quand il y a une notion de partenaire et une notion de couple, c'est dans ces situations là où j'oriente pas mal vers les conseillères conjugales aussi parce qu'il y a des partenaires en souffrance dans ces situations-là"

Un médecin travaillait en coordination avec une assistante médicale.

Le planning familial jouait un rôle d'information auprès des patientes. Un médecin avait été contacté par le planning familial et par un site internet mettant ses disponibilités en ligne.

2. Lien avec l'hôpital

La plupart des IVG se faisaient à l'hôpital, les médecins y avaient alors commencé à pratiquer l'orthogénie. La prise en charge y était vue comme plus protocolisée.

M4 : "C'est pratique d'être aussi à l'hôpital et au cabinet pour pouvoir amener tes patientes facilement à l'hôpital pour les interventions et cetera. Donc à la base j'ai commencé à l'hôpital et après comme je faisais du cabinet, ça me paraissait logique de proposer au cabinet, pour que toujours l'accès soit plus facile à nos patientes"

Lorsqu'ils pratiquaient en ville, des médecins adressaient rarement les patientes à l'hôpital. Un médecin déplorait l'allongement du délai de prise en charge lorsqu'une patiente nécessitait une IVG chirurgicale. Un médecin regrettait le passage obligatoire par les urgences.

M11 : "dans les échanges en ce qui concerne les échecs d'IVG, moi quand j'ai besoin d'avoir recours par exemple à un curetage ou une aspiration etc, c'est passage aux urgences, et je pense que ça pourrait être mieux."

Les médecins généralistes qui ne pratiquaient pas les IVG adressaient facilement les patientes vers un centre d'orthogénie.

3. S'adapter à son interlocuteur·rice

Les médecins accueillait des accompagnant·e·s divers·es, aux profils différents, qui avaient chacun leur propre avis sur l'avortement. Afin d'être mieux soutenue, la patiente devait choisir le·a bon·ne accompagnant·e. Celui·elle·ci pouvait interférer dans la consultation mais certain·e·s étaient dans le flou.

Le médecin cherchait à connaître la place du·de l'accompagnant·e et questionnait toujours son identité.

M5 : "généralement je demande : « et donc la personne qui vous accompagne, qui est-ce par rapport à vous ? ». Enfin voilà, pour savoir."

Pour des médecins, l'accompagnant·e était souvent la mère ou une amie. Pour d'autres, c'était majoritairement le partenaire. Des médecins pensaient que les partenaires étaient peu fréquents parmi les accompagnants. Un médecin mentionnait que la mère de la patiente était parfois la plus stressée.

M2 : “c’est très variable, ce ne sont pas souvent les conjoints finalement, ou en tout cas les responsables de la grossesse si je peux les appeler comme ça. Ça peut être une amie, ça peut être un parent, ça peut être juste un tiers de confiance.”

Le médecin pouvait discuter avec la patiente et son accompagnant·e des modalités de l’IVG. La personne présente en consultation n’était pas forcément celle qui serait présente le jour de l’IVG.

Les partenaires avaient diverses attitudes. Chaque couple était différent.

4. Venir accompagnée, un atout majeur

Les accompagnant·e·s étaient toujours autorisé·e·s en consultation. Il·Elle·s étaient souvent perçu·e·s comme aidant·e·s, leur présence était positive, il·elle·s pouvaient apporter de la joie, des informations. Certain·e·s participaient activement à la consultation. Des médecins pensaient que la patiente était souvent accompagnée en consultation. La présence du partenaire était parfois vécue comme positive, et leur seule présence physique pouvait être soutenante. Globalement pour les médecins, il valait mieux être accompagnée que seule car cela permettait de mieux répartir la charge mentale, notamment pour les partenaires. C’était un travail d’équipe.

M3 : “la plupart du temps, je trouve ça très positif parce que, que ce soit la maman, la sœur, l’amie ou le conjoint ou l’ex-conjoint, je trouve qu’il participe beaucoup. Enfin moi c’est mon retour et ceux qui sont là, ils participent, ils posent des questions, ils prennent des notes, ils disent « est-ce que t’as pensé à ci ? », ils communiquent ensemble et on communique à trois”

M6 : “c’est vrai que je pense que les femmes qui étaient accompagnées, je pense qu’elles étaient moins tendues, moins dans la souffrance que celles qui venaient seules”

M7 : “c’est plutôt positif qu’ils soient là quand c’est l’accompagnant pour le jour J parce que du coup ils entendent les explications, ils entendent les choses... les symptômes qui doivent les amener aux urgences le jour J et du coup c’est bien que les accompagnants soient là, c’est plutôt positif moi je trouve.”

5. Le partenaire investi

Des médecins déclaraient que la présence du partenaire montrait son investissement, surtout lorsqu’il était actif lors de la consultation. Il jouait un rôle dans la décision de l’IVG.

M5 : “ils peuvent [...] être très actifs, poser des questions, s’impliquer aussi dans des prises de rendez-vous, enfin voilà. Des fois, j’ai des patientes, enfin des couples, où elle ne parlait pas du tout français donc c’est lui qui traduisait tout, enfin voilà donc qui était très actif dans le truc”

III. Le partenaire, une place floue à investir

A. L'homme au second plan, encore trop laissé de côté

1. La patiente au centre de la consultation

Selon des médecins, la consultation devait être majoritairement dirigée vers la patiente. Elle ne pouvait pas être équitablement répartie entre les deux personnes. Pour tous les médecins, la décision finale appartenait à la femme. Des médecins se sont dits médecins de la femme et non de l'homme. Ils voulaient se focaliser sur la patiente et s'assurer de sa décision.

M11 : "Je ne le verbalise pas forcément, mais je leur fais comprendre que c'est la femme qui doit... que c'est son corps et c'est sa décision qui va primer"

La place du partenaire était en partie donnée par la patiente et sa présence était un choix de la patiente. Elle était libre de l'inclure ou non. Pour un médecin, un entretien avec le partenaire seul pourrait influencer la décision de la patiente.

M1 : "C'est quoi la place de l'homme en IVG, ben... La place que la femme veut bien lui accorder et qu'il arrive à prendre. Soit la femme est d'accord pour lui accorder une présence, et il sera là... après, cette présence, est-ce que lui il souhaite l'investir et est-ce qu'il souhaite être présent ?"

2. Le positionnement du médecin par rapport au partenaire

Un médecin n'avait pas vécu de mauvaise expérience avec les partenaires. Un médecin s'énervait contre les hommes qui surveillaient les patientes. Un autre recadrait le partenaire quand il voulait voir l'échographie. La plupart s'adressaient aux deux protagonistes et notamment au partenaire ainsi qu'à son ressenti.

M6 : “Je m'adresse toujours aux deux parce que pour moi, ils sont tous les deux impliqués. Quand une dame qui vient, qui vient faire une IVG, qui vient avec son compagnon, je considère que la demande, un peu, elle émane un peu des deux également quoi, je ne me dis pas que c'est que la femme, et l'homme je le mets de côté et je m'adresse qu'à la femme, non pas du tout.”

3. Le partenaire mis de côté

Un médecin n'avait pas de question systématique pour le partenaire. Certains n'avaient pas de temps dédié. Sa sollicitation systématique semblait compliquée.

M3 : “On ne dédie pas forcément un temps spécifique à l'homme”

Un médecin regrettait que le partenaire n'ait pas son mot à dire. Des hommes lui avaient exprimé ce sentiment.

Des médecins expliquaient comment ils essayaient d'intégrer le partenaire. Mais si besoin, ils n'hésitaient pas à le faire sortir. Ils profitaient parfois de leur absence pour mieux discuter. Parfois le partenaire restait spontanément en salle d'attente. Parfois il n'était pas mis au courant ou aucune place ne lui avait été laissée.

M5 : “des fois, ils ne sont même pas au courant de la grossesse”

Un médecin notifiait que les partenaires désinvestis semblaient être ceux qui n'étaient pas le conjoint.

4. Le partenaire en échec

Le partenaire était souvent décrit comme absent. Sa présence était parfois perçue comme négative par le médecin notamment lorsqu'il était désinvesti, en opposition, envahissant ou impuissant. Des médecins le pensaient présent uniquement pour conduire la patiente.

Le partenaire se mettait parfois en retrait. Il s'absentait parfois dès l'annonce de la grossesse ou se désengageait de la situation. Globalement, il ne savait pas forcément trouver sa place car elle était mal définie. Un médecin décrivait le partenaire intéressé uniquement lorsqu'il était directement concerné.

M1 : "ils sont là comme des pots de fleurs, hein... On leur pose des... on leur dit des trucs, on se demande s'ils comprennent ce qu'on leur raconte, on leur pose des questions et ils ne répondent pas"

5. L'IVG est le reflet de la société patriarcale

Des médecins ont fait le parallèle entre l'absence des partenaires dans la consultation d'IVG et dans les domaines de parentalité, de la vie familiale. Un médecin mentionnait l'urgence d'éduquer les garçons. Les hommes ont une place à part entière dans la planification familiale. La charge contraceptive était majoritairement attribuée à la femme, elle était rarement partagée. Les médecins avaient différentes définitions de la charge mentale et du féminisme.

M2 : “J'en ai un une fois qui était un peu vindicatif, parce qu'il estimait que c'était sa compagne la responsable : « ce n'est quand même pas compliqué de prendre une pilule », donc voilà je lui ai répondu que « ce n'est quand même pas compliqué de mettre un préservatif »”

M6 : “Vous voyez, la problématique de la place de l'homme dans le couple, dans la famille, elle va au-delà de l'IVG. Où sont les papas, où sont les partenaires ? Les suivis de grossesses pareil, j'en ai 90% qui viennent seules, alors que le compagnon, le futur papa, il est... il a quand même sa part dans l'affaire, donc moi j'aurais plutôt tendance à élargir et à dire cette problématique-là, on l'a pour pas mal de choses, en fait, on ne l'a pas que pour... elle n'est pas propre à l'IVG.”

B. Vers une inclusion de l'homme

1. Une question de couple

Des médecins mentionnaient des désirs parfois discordants, une décision parfois non partagée auprès des couples. Des médecins se sentaient au cœur du couple dans l'accompagnement de l'IVG bien qu'ils n'interféraient pas toujours. Ils devaient s'assurer de la décision du couple.

L'IVG était parfois un point d'achoppement du couple, un évènement de vie du couple. Ce n'était pas qu'une affaire de la femme. La présence ou l'absence du partenaire pouvait donner des informations sur le couple. La présence du partenaire était dite plus importante si le couple était stable. Des médecins souhaitaient une

plus grande présence des partenaires. Des médecins gardaient en tête que les deux protagonistes étaient responsables de la grossesse.

M7 : “[L’orthogénie] c’est pour les couples. Enfin c’est une grossesse donc c’est pour les couples mais la grossesse c’est la femme qui la porte.”

2. Répartir le poids de l’IVG

Le soutien de la part du partenaire permettait de déculpabiliser la patiente. Le vécu émotionnel était partagé si les deux personnes participaient à la consultation.

M5 : “le vécu émotionnel, effectivement, je pense que oui, il est plus partagé s’ils sont tous les deux acteurs de cette IVG, qu’ils sont tous les deux parties prenantes dans la consultation”

Des médecins parlaient de partager la charge émotionnelle et la charge contraceptive afin de partager le poids de l’IVG. La charge mentale était vue comme organisationnelle pour un médecin.

Une des clés mentionnées par la majorité des médecins était le soutien du partenaire.

3. Comment inclure le partenaire

Des médecins se demandaient comment inclure le partenaire. Son inclusion passait souvent par des questions communes. Ils considéraient qu’il avait sa place dans la consultation d’IVG. Il ne fallait pas le négliger pour certains médecins. Un médecin proposait d’ajouter une question systématique pour le partenaire, ou de questionner

sa décision, de recueillir son avis. La question de recevoir le partenaire en entretien seul n'était pas tranchée ; certains étaient favorables, d'autres non.

M5 : "Moi je demande comment il se positionne par rapport à cette demande d'IVG, comment il se sent, s'il est d'accord, pas d'accord, voilà, s'il a des questions..."

M8 : "j'essaie de l'intégrer déjà en donnant des petits conseils sur ce qu'il pourra faire le jour J par exemple pour aider, après quand ils viennent aussi à la consultation de contrôle, c'est l'occasion aussi de demander ; quand je demande c'est pour les deux, si l'un des deux a envie de verbaliser."

4. Investir le partenaire

Des médecins considéraient la place du partenaire comme importante. Il fallait laisser de la place au partenaire, mais imposer sa présence pourrait être néfaste. Certains médecins restaient à la disposition du partenaire si besoin. D'autres pensaient que le temps qui leur était dédié était suffisant.

M5 : "est-ce que c'est parce qu'on ne leur donne pas la place, est-ce que c'est parce qu'ils ne prennent pas encore leur place... voilà, mais... ça, c'est un combat, plus que de faire de l'IVG, d'essayer de faire de la place au partenaire"

Pour un médecin, donner les informations aux deux personnes permettait au partenaire de jouer un rôle actif. Ils essayaient d'obtenir des informations sur le partenaire. Les médecins s'interrogeaient sur l'identité de l'accompagnant·e, ce qui pouvait permettre d'identifier le ressenti de la patiente sur sa grossesse.

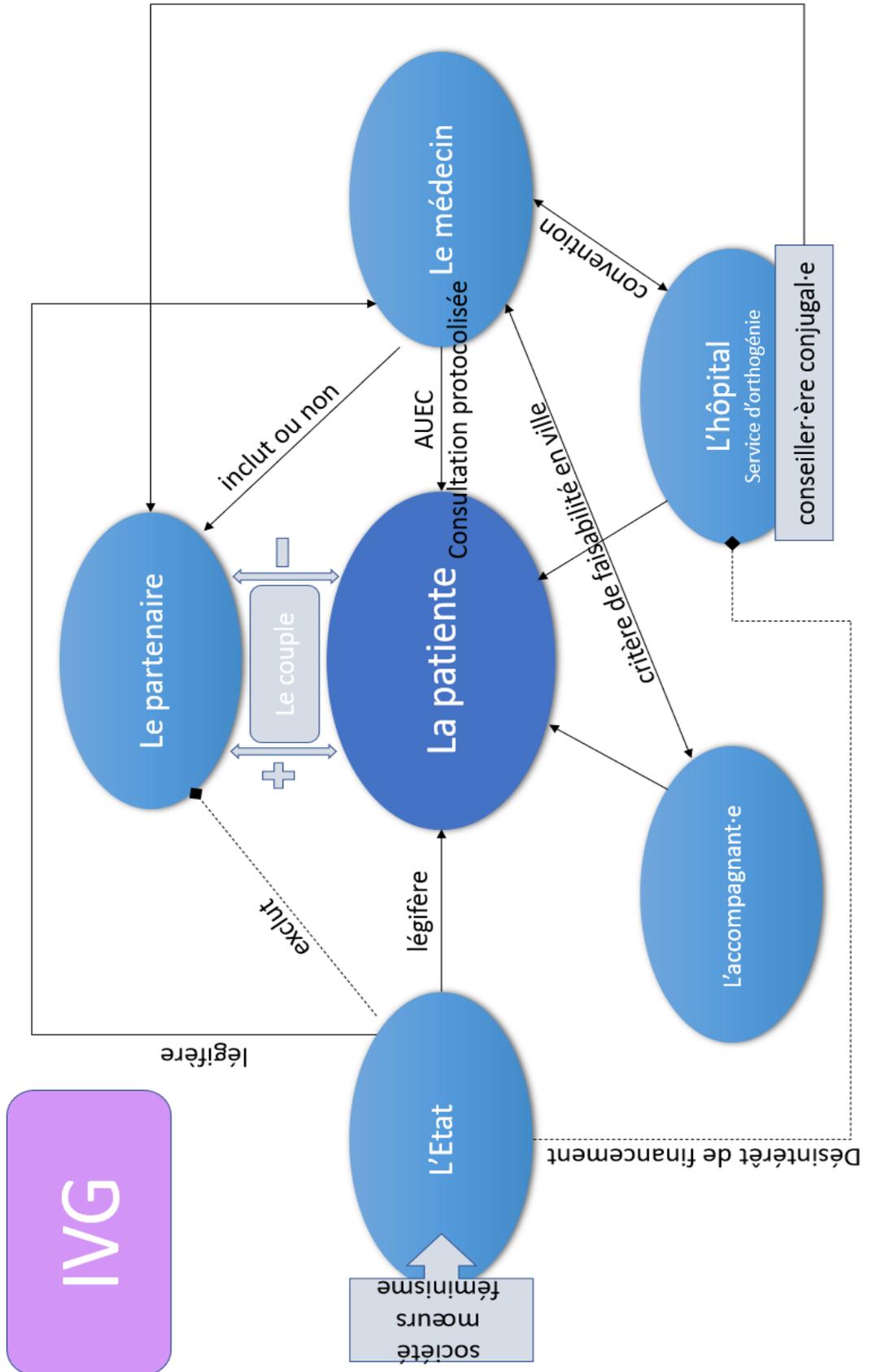


Figure : Modélisation des différents acteur·rice·s intervenant lors d'une IVG

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

1. Sujet de l'étude

Il existe peu d'écrits sur la place de l'homme en orthogénie, ce qui fait de cette étude un travail original. Quelques thèses et mémoires ont été réalisés, mais peu d'articles scientifiques se sont intéressés à ce sujet. A la connaissance de la chercheuse, aucune étude sur les hommes et l'IVG n'a été réalisée avant les années 2000. C'est surtout à partir des années 2010 que le sujet a commencé à être étudié.

2. Choix de la méthode

La méthode qualitative était la plus adaptée pour ce type d'étude. Comme cité dans la méthodologie, celle-ci est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale car elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les comportements et expériences personnelles

3. Population représentative

La population étudiée était représentative car tous les médecins généralistes des Hauts-de-France pratiquant l'orthogénie dans leur cabinet ont été sollicités.

4. Triangulation des données

Trois personnes différentes ont codé les entretiens et ont mis en rapport leurs analyses.

5. Grille COREQ

Cette étude s'est basée sur la grille COREQ pour sa réalisation et sa rédaction. Un total de 29/32 critères a été obtenu.

B. Limites de l'étude

1. Difficulté de recrutement et absence de saturation des données

Peu de médecins généralistes pratiquent l'orthogénie en cabinet. Dans cette étude, ils étaient majoritairement concentrés dans ou autour de la métropole lilloise, soit principalement dans le département du Nord. Il en existait peu dans le Pas-de-Calais et aucun entretien n'a été obtenu. Dans le reste des Hauts-de-France, aucun n'a été trouvé. Cela implique que la saturation des données n'a pas pu être obtenue faute de participants recrutables.

2. Biais d'investigation

Le manque d'expérience de la chercheuse a pu constituer un biais d'investigation. Les relances prévues lors des entretiens étaient le plus neutre possible. Les

réponses des participants ont pu être influencées par les intentions motivant la chercheuse.

3. Biais d'interprétation

La chercheuse a pu être influencée par ses propres représentations lors de la conduite des entretiens ainsi que lors de l'analyse. Pour limiter ce biais, une triangulation des données a été réalisée.

II. Discussion autour des résultats

A. « Aucun doute, la santé est politique »(18)

L'IVG suscite chez les médecins une pluralité d'appréhensions qui peuvent être contradictoires : la perte de ce droit, et la menace de son évolution. De nouveaux courants féministes peuvent également générer des appréhensions(19).

L'inscription du droit à l'avortement dans la Constitution a été évoqué, mais cette loi n'a pas encore été réellement adoptée. En effet, dans les prochains mois, un projet de loi inscrira dans la Constitution la liberté des femmes à recourir à l'interruption volontaire de grossesse(20).

En février 2023, le Comité Consultatif National d'Ethique a adopté à l'unanimité un avis concernant le consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité ; le consentement recherché doit

« être explicite et différencié pour chacun des examens pratiqués durant une consultation »(21).

Les influences sociétales, législatives et géopolitiques régissent l'évolution des pratiques et des représentations des médecins. Ils pouvaient avoir des attentes différentes, comme inclure ou non le partenaire dans la législation, mais leurs opinions et modes d'exercice étaient globalement similaires dans cette étude.

B. La pratique de l'IVG

La pratique de l'orthogénie en cabinet diffère de l'activité hospitalière pour de nombreuses raisons. Dans cette étude, il semblerait que le vécu des patientes soit meilleur en ville, ce que confirme l'étude de Provansal et al(22). La principale contrainte évoquée par les médecins en ville était l'absence de conseiller.ère. L'adaptation du cabinet était cependant nécessaire.

En pratique, l'acte de l'IVG est considéré comme facile à réaliser, le protocole est concis(23), et la prise en charge est globale, alliant suivi gynécologique, prévention sexuelle, contraception, psychologie(24). Cependant, les médecins et les patientes pouvaient être entravés par divers obstacles(25).

La prise en charge en orthogénie s'étend depuis la connaissance de la grossesse par la patiente jusqu'à la consultation post-IVG(26,27).

L'orthogénie est le fruit de plusieurs acteur·rice·s : la patiente, son accompagnant.e (le partenaire, la mère, une amie...), le médecin, mais aussi l'hôpital et le planning familial avec le·la conseiller·ère pour assurer le suivi psychologique de la patiente et/ou du couple.

C. La place du partenaire

Le partenaire est le grand laissé pour compte dans le sujet de l'IVG. Que ce soit dans la législation, dans la consultation ou dans les études scientifiques, une place lui est rarement attribuée. Selon Kero et al. en 1999, "les hommes sont généralement invisibles dans les études concernant l'avortement et rarement considérés comme un groupe cible dans la prévention de l'avortement dans les pays Occidentaux. Pour accroître la compréhension de la complexité d'une situation d'avortement, il est très important que les hommes impliqués deviennent également visibles"(28). En 2020 Brandão et al. plussoient : "la participation masculine à la sphère de la reproduction et de l'avortement est une lacune de la littérature scientifique à laquelle il faut faire face"(29).

Mais l'homme est-il réellement oublié, est-il rejeté par la femme ou se met-il naturellement de côté ? Concernant la décision de l'IVG, d'après la sociologue N. Bajos, « si la décision d'une femme de poursuivre ou non la grossesse ne se construit pas systématiquement en interaction avec le partenaire, elle est toujours (ou quasiment), prise en fonction de lui ». Elle estime que même si légalement la décision revient uniquement à la femme, elle est influencée par son partenaire(30). En effet, dans environ 90% des cas d'IVG, la femme a informé son partenaire(31,32).

Dans cette étude, il a été mis en évidence divers profils des partenaires en consultation d'IVG par les médecins, ce que confirme G. Cresson : "la figure la plus fréquente est celle du partenaire absent. La seconde figure est, à l'opposé, celle du partenaire envahissant, autoritaire, qui perturbe la relation de face à face entre le médecin et sa patiente. La troisième figure est celle de l'homme gentil mais un peu

perdu et culpabilisé, qui ne sait ni quelle attitude adopter, ni quelle place prendre ; il est venu simplement pour répondre à la demande de sa femme. À côté de ces trois figures peu prisées, celle de l'homme « utile » se différencie clairement car il peut contribuer au succès de la relation médecin-patiente (ou de la consultation). Il apparaît alors comme un allié du médecin, notamment en ce qui concerne la question de la contraception ultérieure”(15).

La connaissance du vécu des hommes est imparfaite. La rare étude publiée en France est celle de G. Cresson(15) et soulève les difficultés de sa réalisation. Du point de vue des médecins, chez la population d'hommes étudiés dans l'enquête ANCIC(14), soit ceux qui se montrent particulièrement concernés par l'IVG de leur partenaire, seulement un sur deux est satisfait de l'accompagnement qu'il a reçu du centre. Beaucoup d'entre eux demandaient davantage d'écoute et d'accompagnement de la part d'un membre du service d'orthogénie (conseillère conjugale, médecin notamment). Ce pourcentage doit interroger les professionnels de santé en orthogénie sur leurs pratiques à l'égard des partenaires masculins des femmes qu'ils reçoivent(33).

S'il existe de mauvaises expériences avec les partenaires, dans cette étude les médecins pensent que leur présence est globalement positive et leur soutien primordial afin que la patiente puisse avoir le meilleur vécu possible. Une place secondaire leur est souvent donnée par le corps médical qui les considère au pire comme une gêne, au mieux comme une aide ponctuelle(34).

Nagy et Rigó confirment que les différentes formes de soutien des partenaires engendrent des expériences positives des femmes et donc leur meilleur

rétablissement. En outre, l'implication des partenaires masculins dans les soins d'avortement permet aux prestataires de soins de santé d'adapter les conseils (informations sur l'intervention, sur les conséquences possibles, sur les méthodes contraceptives, etc.) aux besoins spécifiques des hommes. Ces pratiques facilitent la prise de décision conjointe et éclairée des partenaires, la responsabilité conjointe de la conception ou de la contraception, et contribuent finalement à réduire l'incidence de l'avortement provoqué(35).

Une piste de réflexion prégnante a été évoquée par plusieurs médecins dans cette étude : le parallèle réalisé entre l'absence des partenaires au cours de l'IVG et lors des évènements de parentalité, à savoir la planification familiale, les suivis de grossesses, l'éducation des enfants ou le suivi de leur santé chez le médecin. Les tâches et responsabilités associées à l'accueil d'un enfant ne sont pas réparties de façon égale entre les hommes et les femmes ; pour ces dernières, ce que représente une naissance, ses implications profondes sur la carrière et le niveau de vie, est sans commune mesure avec ce que la naissance implique dans la vie des hommes (Kellerhals et al., 1982 ; Romito, 1991). Contrairement à ce qui se passe pour la grossesse ou l'accouchement, les hommes ne sont pas invités à y participer, et en même temps ils subissent souvent le reproche de laisser la femme se débrouiller toute seule ; "c'est une affaire de femmes"(15).

D. IVG, contraception et charge mentale

Une plus grande présence des partenaires est donc souhaitée par les médecins. On peut penser que cela puisse permettre une répartition de la charge mentale au cours de l'IVG, et engendrer un partage de la charge contraceptive.

Selon une étude Suédoise(36), les hommes sont marginalisés dans le travail de prévention et peu d'attention est accordée à leurs besoins et à leurs responsabilités en ce qui concerne les grossesses non désirées. Les activités de prévention dans les centres de santé ciblent principalement les femmes, ce qui peut véhiculer le message que la régulation de la fécondité est une affaire de femmes(37).

Selon l'article de N. Divert, si seuls quelques hommes s'investissent dans l'IVG de leur partenaire, peu d'hommes souhaitent prendre une part active dans la contraception, renvoyant cette dernière exclusivement à l'univers féminin. Les hommes rencontrés disent tous vouloir défendre la pratique de l'IVG mais peu envisagent d'endosser un rôle actif dans la contraception qui relève, pour eux, de la femme(38).

Encore selon G. Cresson, "en matière de contraception, la domination masculine se manifeste de façon subtile. En amont, en faisant de la contraception une « affaire de femmes », les hommes soulignent surtout leur volonté de ne pas se responsabiliser, de ne partager ni la charge mentale ni les inconvénients [...]. Ils s'en remettent aux femmes pour la contraception. Ils imputeront le plus souvent ses échecs à la femme, (ou aux techniques, ou à la situation, ou aux caprices de la biologie), très rarement à eux-mêmes. [...] Le droit reconnu aux femmes de recourir à l'IVG se double de leur responsabilisation face à la contraception ou aux décisions à prendre, et d'une réelle solitude face à cette expérience"(15).

Y. Knibiehler fait le parallèle avec l'injustice (le sexisme) de la contraception définitive chez les hommes et les femmes : "que celui qui ne veut pas être père se fasse vasectomiser. Il conservera le pouvoir d'offrir ses précieuses paillettes à celle qu'il aura jugée digne d'être la mère de ses enfants"(39). Et on peut y ajouter qu'il n'aura pas à subir les effets indésirables occasionnés par la procréation médicalement assistée.

Selon D. Choucroun dans sa revue de littérature de 2023, "la charge mentale de l'IVG doit être portée de façon égalitaire par les personnes concernées. Cette démarche contribue tout naturellement à impliquer davantage l'homme et la recherche scientifique lors de l'IVG, également en vue d'une contraception égalitaire, ne laissant pas la charge mentale de cette contraception peser inégalement sur la femme. Cette démarche d'implication de l'homme dans la situation d'IVG, dans le respect du choix de la femme, a aussi pour objectif de l'y sensibiliser et ce dès la mise en place de l'éducation à la sexualité, afin de garantir les droits humains, dont le droit à l'IVG : la mise en application des droits nécessite de considérer les personnes de manière égalitaire, quels que soient leur anatomie, leur genre et leur identité sexuelle"(4).

CONCLUSION

L'IVG est un incident de vie important dans la vie de la femme et de l'homme. Elle est trop souvent considérée comme une affaire de femmes, malgré le fait que l'homme soit aussi concerné. La place du partenaire dans la consultation d'IVG est le reflet de la place de l'homme au sein de sujets comme la contraception ou la charge mentale : invisible. Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour atteindre un équilibre dans le couple autour de la grossesse, désirée ou non. Un changement de mentalité, notamment chez les garçons, est urgent.

Cette étude est limitée car la saturation des données n'a pas pu être obtenue par manque d'effectif interrogeable, mais elle a l'intérêt de mettre en exergue le manque de prise en charge de la charge mentale de l'IVG.

Il serait intéressant d'interroger les femmes et les hommes directement sur leur avis concernant la charge mentale de l'IVG.

BIBLIOGRAPHIE

1. fahmy-17-4-1981.pdf [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://eduq.info/1>. Larousse É. Définitions : féminisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/f%C3%A9minisme/33213>
2. charge mentale [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/26543825/charge-mentale>
3. Charge Mentale : 8 femmes sur 10 seraient concernées [Internet]. Ipsos. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/charge-mentale-8-femmes-sur-10-seraient-concernees>
4. Choucroun D. IVG : la charge mentale doit-elle rester assignée aux femmes ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 janv 2023;51(1):100-1.
5. Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 20 janv 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la>
6. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
7. Décret n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie Réglementaire) - Légifrance [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000803677>
8. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines : pérenniser ce droit pour les femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260865/fr/ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-perenniser-ce-droit-pour-les-femmes
9. ER 1163.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
10. IVG : un droit garanti par la loi | IVG.GOUV.FR N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
11. Allongement du délai légal de l'IVG à 14 semaines de grossesse [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15545>
12. Droit à l'avortement : la Cour suprême des Etats-Unis revient sur l'arrêt Roe vs Wade et laisse les Etats américains libres d'interdire l'IVG. Le Monde.fr [Internet]. 24 juin 2022 [cité 13 juill 2022]; Disponible sur:

https://www.lemonde.fr/international/article/2022/06/24/droit-a-l-avortement-la-cour-supreme-des-etats-unis-revient-sur-l-arret-roe-vs-wade-et-laisse-les-etats-americains-libres-d-interdire-l-ivg_6131955_3210.html

13. Nationale A. Proposition de loi constitutionnelle n° 2086 visant à protéger le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Assemblée nationale. [cité 13 juill 2022]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2086_proposition-loi
14. enquetesur_lhommeetivg__000.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur: http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/enquetesur_lhommeetivg__000.pdf
15. Cresson G. Les hommes et l'IVG, Expérience et confiance. Sociétés Contemp. 2006;61(1):65-89.
16. Kero A, Lalos A. Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. J Psychosom Obstet Gynaecol. juin 2004;25(2):135-43.
17. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19.
18. Vuille M, Rey S, Fussinger C, Cresson G. La santé est politique. Nouv Quest Féministes. 2006;25(2):4-15.
19. Pourquoi le féminisme fait-il tant peur ? [Internet]. www.rtl.fr. 2019 [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/feminisme-pourquoi-ce-mot-fait-il-tant-peur-7797025331>
20. « Inscrire le droit à l'IVG dans la Constitution, c'est maintenant ! ». Le Monde.fr [Internet]. 1 févr 2023 [cité 24 mars 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2023/02/01/inscrire-le-droit-a-l-ivg-dans-la-constitution-c-est-maintenant_6160099_3232.html
21. Avis 142 Finalisé.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
22. Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 nov 2009;37(11):850-6.
23. IVG médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée : la HAS actualise ses recommandations [Internet]. VIDAL. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/26957-ivg-medicamenteuse-jusqu-a-9-semaines-d-amenorrhée-la-has-actualise-ses-recommandations.html>
24. fiche_synthese_pro_ivg_medicamenteuse.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/fiche_synthese_pro_ivg_medicamenteuse.pdf

25. Avortement [Internet]. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
26. [guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf](#) [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_interruption_volontaire_de_grossesse.pdf
27. Actualité - Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse : pourquoi la consultation médicale de contrôle est indispensable et obligatoire ? - ANSM [Internet]. [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-medicamenteuse-pourquoi-la-consultation-medecale-de-contrrole-est-indispensable-et-obligatoire>
28. Kero A, Lalos A, Högberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod Oxf Engl.* oct 1999;14(10):2669-75.
29. Brandão ER, Cabral C da S, Azize RL, Heilborn ML. Young men and abortion: the male perspective on unplanned pregnancies. *Cad Saude Publica.* 2020;36Suppl 1(Suppl 1):e00187218.
30. Bajos N, Ferrand M. 14. Contraception et avortement. In: *Femmes, genre et sociétés* [Internet]. Paris: La Découverte; 2005 [cité 15 mars 2023]. p. 114-21. (TAP / Hors Série). Disponible sur: <https://www.cairn.info/femmes-genre-et-societes--9782707144126-p-114.htm>
31. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? :4.
32. Bajos N, Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemp.* 2006;61(1):91-117.
33. Coronavirus COVID-19 : mobilisation de tous les acteurs de l'IVG [Internet]. Revho : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie. [cité 27 mars 2023]. Disponible sur: <http://revho.fr/coronavirus-covid-19-mobilisation-acteurs-de-livg/>
34. Léon M. Un enfant si je veux, quand je veux...Mythes et réalités de la contraception et de l'I.V.G. *Gestalt.* 2013;43(1):104-18.
35. Nagy BM, Rigó A. [Artificial abortus from the male partner's perspective]. *Orv Hetil.* mai 2019;160(18):694-9.
36. Holmberg L, Berg-Kelly K. Health, health-compromising behaviour, sexuality and involvement in pregnancy among 18-year-old Swedish males: a cross-sectional survey. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2002;91(7):838-43.
37. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Preventing pregnancy: a girls' issue. Seventeen-year-old Swedish boys' perceptions on abortion, reproduction and use of contraception. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* juin 2007;12(2):111-8.

38. Divert N. Des hommes et l'expérience de l'IVG. Rev Sage-Femme. 1 mai 2016;15(2):69-72.
39. Knibiehler Y. Féminisme et maternité. Rev Lacanienne. 2007;2(2):11-7.

ANNEXES

Annexe 1 : première version du guide d'entretien

Guide d'entretien numéro 1

Questions principales + questions de relance si nécessaire

1. Qu'est-ce qui vous a donné envie de pratiquer l'orthogénie dans votre cabinet ?
2. Que pensez-vous de la prise en charge proposée aux femmes ?
 1. *Concernant le suivi psychologique ?*
 2. *Le délai de rendez-vous ?*
 3. *Les conditions d'accueil et de réalisation ?*
 4. *La prise en charge par la Sécurité Sociale ?*
 5. *L'allongement à 9 SA depuis le covid ?*
3. Que pensez-vous des accompagnateurs ?
 1. *Quel rôle tiennent-ils ?*
 2. *Est-ce que vous leur demandez le lien qu'ils ont avec la patiente ?*
 3. *Les incluez-vous dans la consultation ? Vous adressez-vous à eux ?*
 4. *Comment les accueillez-vous ?*
4. Comment décririez-vous l'attitude des partenaires ?
 1. *Comment sont-ils placés par rapport à la femme ? Comment sont-ils installés ? Dans quelle direction vont leur regard ?*
 2. *Est-ce qu'ils participent à la conversation ?*
 3. *Est-ce qu'ils influencent la décision de la femme ?*
 4. *Ont-ils un temps dédié ? Pourquoi ?*
5. Selon vous, qu'est-ce qui changerait si on incluait plus les hommes dans la consultation ?
 1. *Pensez-vous que cela pourrait influencer la décision ou le comportement de la femme ?*
 2. *Serait-ce bénéfique ou au contraire préjudiciable pour la femme ?*
6. Comment pourriez-vous inclure les partenaires dans la consultation ?
 1. *Verriez-y vous un intérêt ?*
 2. *Que pensez-vous de leur dédier une consultation seul ?*
 3. *Faudrait-il le faire dans le même temps de consultation ?*

Guide d'entretien numéro 5

Questions principales + questions de relance si nécessaire

1. Qu'est-ce qui vous a donné envie de pratiquer l'orthogénie dans votre cabinet ?
2. Que pensez-vous de la prise en charge proposée aux femmes ?
 1. *Concernant le suivi psychologique ?*
 2. *Le délai de rendez-vous ?*
 3. *Les conditions d'accueil et de réalisation ?*
 4. *La prise en charge par la Sécurité Sociale ?*
 5. *L'allongement à 9 SA depuis le covid ?*
3. Que pensez-vous des accompagnateurs ?
 1. *Quel rôle tiennent-ils ?*
 2. *Est-ce que vous leur demandez le lien qu'ils ont avec la patiente ?*
 3. *Les incluez-vous dans la consultation ? Vous adressez-vous à eux ?*
 4. *Comment les accueillez-vous ?*
4. Comment décririez-vous l'attitude des partenaires ?
 1. *Comment sont-ils placés par rapport à la femme ? Comment sont-ils installés ? Dans quelle direction vont leur regard ?*
 2. *Est-ce qu'ils participent à la conversation ?*
 3. *Est-ce qu'ils influencent la décision de la femme ?*
 4. *Ont-ils un temps dédié ? Pourquoi ?*
5. Selon vous, est-ce que pratiquer l'orthogénie est un acte féministe ?
 1. *Définir le féminisme*
6. Comment faudrait-il établir équitablement la communication entre les 2 partenaires ? Pourquoi cela permettrait-il une répartition ou une diminution de la charge mentale ?
 1. *En dehors des textes de loi, que pensez-vous personnellement ?*

Annexe 3 : Grille COREQ – Traduction française

| N° | Item | Guide questions/description |
|--|--|--|
| Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion | | |
| Caractéristiques personnelles | | |
| 1. | Enquêteur/animateur | Autrice et investigatrice de l'étude |
| 2. | Titres académiques | Médecin |
| 3. | Activité | Médecin remplaçant et salarié |
| 4. | Genre | Féminin |
| 5. | Expérience et formation | Aucune expérience en recherche |
| Relation avec les participants | | |
| 6. | Relation antérieure | L'enquêtrice connaissait 2 participantes avant le commencement de l'étude dans un contexte de stage de validation au DIU de gynécologie, l'enquêtrice était alors la stagiaire |
| 7. | Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur | Les participants connaissaient le titre, l'objet et le but de la recherche |
| 8. | Caractéristiques de l'enquêteur | Le but d'obtention du titre de Docteur en médecine a été signalé aux participants |
| Domaine 2 : Conception de l'étude | | |
| Cadre théorique | | |
| 9. | Orientation méthodologique et théorie | Inspirée de la théorisation ancrée |
| Sélection des participants | | |
| 10. | Echantillonnage | Sélection des participants par effet boule de neige |
| 11. | Prise de contact | 16 participants contactés pour un entretien en face-à-face ou en visio |
| 12. | Taille de l'échantillon | 11 participants ont été inclus dans l'étude |

| | | |
|---|--|---|
| 13. | Non-participation | 2 personnes ont refusé de participer par manque de temps/disponibilité. 3 n'ont pas répondu à la demande. |
| Contexte | | |
| 14. | Cadre de la collecte de données | Les données ont été recueillies au cabinet des participants ou en visio |
| 15. | Présence de non-participants | Lors de 2 entretiens, un étudiant en médecine était présent |
| 16. | Description de l'échantillon | Médecins généralistes des Hauts-de-France pratiquant l'IVG en cabinet interrogés entre septembre 2022 et février 2023 |
| Recueil des données | | |
| 17. | Guide d'entretien | Le guide d'entretien avait été réalisé au préalable mais n'était pas fourni à l'avance |
| 18. | Entretiens répétés | Les entretiens étaient uniques |
| 19. | Enregistrement audio/visuel | La chercheuse utilisait un double enregistrement audio pour recueillir les données |
| 20. | Cahier de terrain | Aucune note de terrain n'a été prise pendant ou après l'entretien individuel |
| 21. | Durée | Les entretiens individuels ont duré entre 10 mn 47 et 32 mn 09 |
| 22. | Seuil de saturation | Le seuil de saturation n'a pas pu être obtenu faute de participants. Il était défini comme 2 entretiens sans nouveau concept. |
| 23. | Retour des retranscriptions | Les retranscriptions d'entretien ont été retournées aux participants et validées |
| Domaine 3 : Analyse et résultats | | |
| Analyse des données | | |
| 24. | Nombre de personnes codant les données | 3 personnes ont codé les données |
| 25. | Description de l'arbre de codage | L'autrice n'a pas fourni de description de l'arbre de codage |

| | | |
|-----------|--|--|
| 26. | Détermination des thèmes | Les thèmes étaient déterminés à partir des données |
| 27. | Logiciel | Le logiciel Nvivo a été utilisé pour gérer les données |
| 28. | Vérification par les participants | Les participants n'ont pas exprimé de retours sur les résultats |
| Rédaction | | |
| 29. | Citations présentées | Des citations de participants ont été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats. Chaque citation était identifiée par le numéro du participant |
| 30. | Cohérence des données et des résultats | Il y avait une cohérence entre les données présentées et les résultats |
| 31. | Clarté des thèmes principaux | Les thèmes principaux ont été présentés clairement dans les résultats |
| 32. | Clarté des thèmes secondaires | Il y avait une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires |

AUTRICE : Nom : DESCHILDRE

Prénom : Aurore

Date de soutenance : jeudi 4 mai 2023

Titre de la thèse : La place du partenaire dans la consultation d'IVG en ville : vécu des médecins généralistes

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : abortion ; men

Introduction : En 2021, 220 300 IVG ont été enregistrées. La législation est en constante évolution depuis la loi Veil de 1975 afin d'améliorer l'accès à l'IVG. Une proposition de loi pour inscrire le droit fondamental à l'IVG dans la Constitution a été déposée à l'Assemblée. L'IVG est associée à une charge mentale presque exclusivement féminine puisque moins de 1% des études sur le sujet se sont intéressées au vécu de l'homme.

Méthode : Cette étude qualitative a été menée par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : L'avortement est un droit fondamental à renforcer et une pratique contemporaine en constante évolution. L'IVG reste un tabou, source d'inégalités entre les hommes et les femmes. L'orthogénie en ville est une pratique considérée comme facile mais non valorisée. Être entourée pendant l'IVG permettrait un meilleur vécu, grâce à divers acteurs. La place du partenaire reste floue car il est encore mis de côté, ou il n'est pas suffisamment investi. Il est urgent d'inclure davantage l'homme afin de répartir le poids de l'IVG. Actuellement l'IVG est le reflet d'une société patriarcale.

Discussion : Les hommes sont invisibles dans les études concernant l'avortement. Cette étude est limitée par le manque de saturation des données lié au manque d'effectif interrogeable mais permet d'accentuer la nécessité d'inclure davantage les hommes. L'invisibilité de cette place peut leur être confortable car ils subissent peu de charge mentale, comme c'est déjà le cas dans les domaines liés à la parentalité. Pourtant, répartir l'équilibre entre hommes et femmes contribuerait à réduire l'incidence du recours à l'avortement.

Composition du Jury :

Présidente : Pr Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseur : Dr Grégory LEFEBVRE

Directrice de thèse : Dr Judith OLLIVON